

1-1-2017



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2000-2016

Región Metropolitana de Salud
Departamento de Planificación



**SISTEMA DE SALUD HUMANO, CON
EQUIDAD Y CALIDAD, UN DERECHO
DE TODOS**

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
2000-2016



Septiembre, 2017

Dr. Miguel Mayo

MINISTRO DE SALUD

Dr. Eric Ulloa

VICE MINISTRO DE SALUD

DR. AURELIO RANGEL FLORES

DIRECTOR REGIONAL

DR. TORICK ARCE CESPEDES

SUBDIRECTOR REGIONAL

EQUIPO DE PLANIFICACION

Jefe del Departamento	Dr. Antonio R. Holder Morrison
Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud	Dra. Nadja Porcell Iglesias
Formulación de Presupuesto y Proyectos de Inversión	Dr. Antonio R. Holder Morrison
Equipo Técnico	Dra. Maritza Ortega Dra. Vielka Miranda Lic. Diana Varela
Jefa de Registros y Estadística de Salud (a.i)	Lic. Elizabeth Mathews
Técnicos de Registros y Estadística de Salud	Lic. Adilia Cherigo Lic. Elizabeth Mathews Lic. Segalis Jaén Tec. Angel Ceballo Téc. Silhoutte Villa
Secretaria	Srta. Noemí Contreras Sra. Yira Ortega de Andrade Sra. Lesbia Díaz
Contribución Especial (Infórmatica)	Rafael Cornó

COLABORADORES DEL EQUIPO REGIONAL DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Jefa de Departamento	Dra. Ivette Martinez Dra. Gabriela Elvira García de Salazar
----------------------	--

DEPARTAMENTO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Jefe de Departamento	Dra. Martha Zuñiga
Monitoreo y Evaluación de Servicios de Salud	Dra. Mary Fantozzi
Bioseguridad	Dr. Virgilio Bonilla
Programa de VIH-SIDA	Dr. Eyra Chaw
Trabajo social	Lic. Gladys de Tedezco
Farmacia	Lic, Tomasa Chen de Ortiz
Nutrición	Lic. Drusila Hernandèz

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

Jefa de Departamento	Dra. Onelys Cedeño
Sección de Epidemiología	Dr. Alfredo Moltó
	Dra. Carmen Pérez
DEPA y Zoonosis	Dr. Cesar Ayala
Calidad Sanitaria del Ambiente	Lic. Verísimo Martínez
Vectores	Inspector. Luis Pineda
Programa de Tuberculosis	Dra. Cecilia Arango

Salud de adultos
Salud Sexual y Reproductiva
Salud Escolar
Programa de adolescente
Salud bucal
Atención a la Niñez

Salud Mental

Dra. Lajestani De Gracia
Dra. Magaly Zeballos
Dra. Ana Herrera
Dra. Xiomara Santana
Dra. Maribel Jaén
Dra. Mitzila Rosas
Lic. Libia Jiménez
Dr. Ricardo Chang
Lic. Lolita Denis

Enfermería
Jefa
Docencia Regional de Enfermería

Mgter. Rina Delegado
Mgter Mirta de Madrid

**OFICINA REGIONAL DE RECURSOS
HUMANOS**

Jefa

Lic. Eyra de Aparicio
Lic. Horacio Vásquez

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN

Jefa de Departamento
Presupuesto
Compras

Lic. Nilka Fernández
Ing. David Ramos
María del C. Ríos

OFICINA REGIONAL DE ASESORÍA LEGAL

Jefe

Lic. Ana Julia Perez

SISED

Jefa

Dra. Juana Pinto

DIRECCIÓN REGIONAL

Secretaria

Srta. Ratchelly Casal

COLABORADORES DE EQUIPOS LOCALES

Centro de Salud de Felipillo	Dra. Lineth Zaldarriaga- Directora Médica Lic. Ivette Rivera
Centro de Salud de 24 de diciembre	Dra. Elvia Evers- Directora Médica Dra. Esmeralda Martinez
Centro de Salud de Tocumen	Dr. Eduardo Villarreal - Director Médico
Centro de Salud de Las Mañanitas	Dr. Carlos Sánchez - Director Médico
Centro de Salud de Pedregal	Dra. Maribel Sandoval- Directora Médica Dr. José A. Cordoba Lic. Clorinda Garcés
Centro de Salud de Pueblo Nuevo	Dra. Magaly de Jordán- Directora Médica Dra. Nirma Menéndez-
Centro de Salud de Boca La Caja	Dra. Marcela Savedra- Directora Médica
Centro de Salud de Río Abajo	Dra. Tamara Pretto- Directora Médica Dra. Julieta Bal Dra. Lilia Greco
Poli-Centro de Salud de Juan Díaz	Dra. Edilma Almanza- Directora Médica Dr. Mario Chanis
Centro de Salud de Parque Lefevre	Dr. Luis H. Robles- Director Médico Dr. Carlos Biberach
Centro de Salud de Chorrillo	Dr. Max Pinzón- Director Médico Sra. Kathia Díaz-
Centro de Salud de Santa Ana	Dr. Ramón Diaz- Director Médico Dra Bethania Melendez
Centro de Salud de San Felipe	Dra. María de Jaén- Directora Médica Lic. Wendy Brown
Centro de Salud de Curundú	Dra. Aleyda Aguilar- Directora Médica Licda. Xenia Ureña Tec. José Morris
Centro de Salud de Emiliano Ponce	Dra. Danita Guerra- Directora Médica Sra. Ana de Morales
Centro de Salud de Paraíso	Dr. Leonardo Labrador- Director Médico
Centro de Salud de Veracruz	Dr. Carlos Cupas- Director Médico
Centro de Salud de Taboga	Dra. Anayansi Campos - Directora Médica
Centro de Cirugía Ambulatoria	Dr. Jorge Benitez- Director
MINSA Capsi de Las Garzas	Dra. Zoila Wong - Directora Médica Dra. Charlene Montenegro

COLABORADORES INSTITUCIONALES

PROBIDSIDA

Eduardo Robinson

Carmen Arosemena Tejeira

MIDES

Luisa Leal

Natividad

MEDUCA

Genarina de Adames

SENADIS

Lic. Alessandra Graell

POLICIA NACIONAL

Chuma Venado

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dra. Laura de Thomas

Dr. Leonardo Pirro

HOSPITAL DEL Niño

Julio Alcedo

HOSPITAL SANTO TOMAS

Ariagna Ramos

PROTECCION CIVIL

Didear Hernández

Índice General

CONTENIDO	Páginas
ÍNDICE DE TABLA	10
ÍNDICE DE GRÁFICAS	16
ÍNDICE DE FIGURAS	20
PRESENTACIÓN	21
A.- Situación General y Contexto	22
a.1.- Características Geográficas.	22
B.- Contexto Demográfico	23
b.1.- Caracterización de la Población	23
b.2.- Natalidad y Fecundidad	27
b.3. - Mortalidad	29
C.- Salud de las Personas	33
c.1.- Morbilidad General	33
c.2.- Salud del Niño	35
c.2.1.- Salud en el menor de cinco años	37
c.2.2.- Salud en el grupo de cinco años y más	44
c.3. Salud del Adolescente	48
c.4.- Salud de la Mujer	52
c.5.- Salud de Adultos (as) de 20 a 59 años	71
c.6.- Salud de Adulto (a) mayor	75
c.7.- Salud escolar	79
c.8.- Salud Bucal	89
D.- Enfermedades Transmisibles	90
d.1. Enfermedades Transmitidas por Vectores	92
d.1.1.- Dengue	92
d.2. Enfermedades Inmunoprevenibles	93
d.3. Otras Enfermedades Transmisibles	98
d.3.1. Tuberculosis	98
d.3.2. Infecciones de Transmisión Sexual	105
d.3.2.1.- Sífilis	108
d.3.3. VIH-SIDA	117

E.- Enfermedades No Transmisibles	122
e.1. Diabetes Mellitus	124
e.2. Enfermedades Cardiovasculares	129
e.3. Violencia Intrafamiliar	131
e.5. Estado Nutricional	144
F.- Salud Ambiental	147
G.- Recursos para la Provisión de Servicios	163
g.1. Red de Servicios	163
g.2. Calidad de la Prestación de Servicios	175
g.3. Uso de Servicios	186
H.- Promoción de la Salud y Participación Social	188
h.1.- Educación para la salud	189
h.2. Participación Comunitaria	189
h3. Comunicación para la salud	193
I. - Ejecución presupuestaria	195
J.-.- Conclusiones	197
K.-Recomendaciones	207
L.- Bibliografía	211
ANEXOS	
Anexo No.1	
Cuadros de trabajo	213
Anexo 2	
Indicadores de Salud Bucal por centro de salud y año.	270

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINA
TABLA No. 1. Proporción de la población según Grupo de edad en el área metropolitana. Años 2000 al 2013.	26
TABLA No. 2. Porcentaje de la población por grupos De edad, mediana de edad e índice de dependencia Demográfica de la RMS: años 1990 – 2010.	27
TABLA No.3. Comparación de defunciones ocurridas En la RMS y tasas(a/) de mortalidad Según el grupo de edad. Año 1998 y 2008.	30
TABLA No 4 Diez principales causas de muerte Y tasas de mortalidad. RMS. Años 2004-2012.	32
TABLA No. 5. Tasas de las principales morbilidades Atendidas en la RMS. Años 2003-2013	34
TABLA No. 6. Principales causas de defunción en El menor de un año. RMS Año 2009	36
TABLA No. 7. Comparación de las principales causas De morbilidad en niños menores de cinco años Atendidos en instalaciones de la RMS. Año 2000 y 2010.	37
TABLA No.8. Tasa de las principales causas de Morbilidad en el menor de un año. Período 2005-2013	38
TABLA No.9. Principales causas de Morbilidad en el grupo de 1 – 4 años. Período 2005-2013	43
TABLA No10. Tasa de las principales causas de Morbilidad en el grupo de 5-9 años. Período 2005-2013	45
TABLA No11. Tasa de las principales causas de Morbilidad en el grupo de 10-14 años. Período 2005-2013	46
TABLA No12. Tasa de las principales causas de Morbilidad en el grupo de 15-19 años. Período 2005-2013	47

TABLA No. 13. Estimación de la población adolescente según edad. Periodo 2009-2013.	48
TABLA No. 14. Principales infecciones de transmisión sexual En adolescentes de la Región metropolitana de salud. Años comparativos 2005 a 2010.	49
TABLA No. 15. Principales infecciones de transmisión sexual Según grupo de edad y sexo. Años 2005 a 2010	50
TABLA No. 16. Dosis de vacunas de virus de papiloma humano (VPH) en niñas de 10 años en la RMS. Periodo 2008-2010	51
TABLA No. 17. Indicadores del programa nacional De salud integral del adolescente. RMS. Periodo 2005-2010.	51
TABLA No. 18. Población femenina por grupos de interés para el programa de salud sexual y reproductiva. Año 2013.	53
TABLA No. 19. Nacimientos según corregimiento Y lugar de ocurrencia. Año 2010.	54
TABLA No. 20. Principales morbilidades atendidas En el programa maternal. RMS. Período 2006-2010	60
TABLA No. 21. Causas de Morbilidad Obstétrica atendidas en Centros de Salud y Policentros según el grupo de edad. Enero - diciembre de 2013.	61
TABLA No. 22. Cobertura de atención puerperal, cobertura De planificación familiar y de toma de pap cérvico - uterino en La RMS. Años 2000-2010.	62
TABLA No. 23. Porcentaje de PAP tomados (no repetidos) con relación a la población femenina mayor o igual a 15 años. Período 2005-2013	65
TABLA No. 24. Tasa de las principales morbilidades Atendidas en ginecología. RMS. Período 2006-2010	68
TABLA No.25. Porcentaje de Pruebas de VIH realizadas del total de embarazadas captadas. RMS. Período 2005-2013	69

TABLA No. 26. Comparación de las cinco principales causas De muerte en el grupo de 20-59 años RMS. Años 1998 y 2009	71
TABLA No. 27. Comparación de las principales causas de morbilidad atendida en el grupo de 20-59 años RMS. Años 2001 y 2010.	72
TABLA No. 28. Tasa de las principales morbilidades Atendidas en los adultos de 20-59 años. Años 2001-2013.	74
TABLA No. 29. Comparación de las principales causas De muerte en el grupo de 60 años y más RMS. Años 1999 y 2010.	76
TABLA No.30. Comparación de las principales causas de Morbilidad en el grupo de 60 años y más. RMS. Años 2001 -2010	77
TABLA No. 31. Tasa de las principales morbilidades Atendidas en los adultos mayores. Años 2011-2013.	78
TABLA No.32. Datos generales de población escolar. RMS. Período 2008-2012	82
TABLA No.33. Actividades del programa escolar RMS. Período 2008-2011	82
TABLA No.34. Actividades de nutrición en Programa Escolar. RMS. Período 2008-2011	83
TABLA No.35. Resultados de laboratorios en Programa Escolar. RMS. Período 2008-2011	84
TABLA No.36. Actividades de salud bucal En programa escolar RMS. Período 2008-2012	85
TABLA No.37. Actividades de calidad sanitaria del ambiente En programa escolar RMS. Período 2008-2012	86
TABLA No.38. Informe regional del comité para la erradicación del trabajo infantil	87
TABLA No. 39. Casos y tasas de enfermedades transmisibles. RMS. Período 2001-2013.	91

TABLA No. 40. Cobertura de vacunación en la población menor de un año y niños de 1 año según tipo de vacuna. Años 2009-2013.	97
TABLA No. 41. Cobertura de vacunación contra el VPH en niñas de 10 años. Años 2009-2013.	98
TABLA No. 42. Cobertura de vacunación por Tdap en niñas y niños de 10 años. RMS. Años 2009-2013	98
TABLA No. 43. Incidencia de casos de tuberculosis RMS. Años 2005 -2010	101
TABLA No. 44. Resultados de tratamiento de casos nuevos De TBC pulmonar bk (+) RMS. Años 2005 -2009	103
TABLA No. 45. Resultados de tratamiento de casos nuevos De TBC pulmonar bk (-) y extra pulmonares sin baciloscopia RMS. Años 2005 -2009	103
TABLA No. 46. Resultados de retratamiento. RMS Período 2005-2009	104
TABLA No. 47. Casos Registrados de Tuberculosis en pacientes con riesgo RMS Período 2010-2013	105
TABLA No. 48. Casos y tasas de infecciones de Transmisión sexual atendidas en las instalaciones de la RMS. 2005-2010.	107
TABLA No. 49. Casos de sífilis (A50-A53) atendidos En la RMS, según sexo y grupo de edad. Años 2008, 2009 y 2010.	110
TABLA No. 50. Casos de sífilis (A50-A53) atendidos En la RMS, según sexo y grupo de edad. Años 2011- 2012.	113
TABLA No. 51. Calculo de la tasa de sífilis según Instalación de salud. RMS: Años 2008-2012	116
TABLA No. 52. Distribución porcentual de casos De SIDA en la RMS. Años 1984-2013.	118
TABLA No.53. Distribución porcentual de casos De SIDA según sexo en la RMS. Años 1984-2013.	119

TABLA No. 54. Distribución porcentual de casos de SIDA Según su factor de riesgo en la RMS. Años 1984-2013.	120
TABLA No. 55. Casos y tasas de mortalidad y letalidad Por SIDA en la RMS. Años 1984-2013.	120
TABLA No. 56. Defunciones de SIDA Según su factor de riesgo en la RMS. Años 1984-2013.	121
TABLA No. 57. Tasa de las enfermedades crónicas Atendidas en las instalaciones de salud RMS. Período 2003-2010	123
TABLA No. 58. Casos de Diabetes Mellitus reportados En la RMS en el año 2001	125
TABLA No. 59. Casos de Diabetes Mellitus reportados En la RMS, según el sexo y grupo de edad en el año 2002	125
TABLA No. 60. Casos de Diabetes Mellitus atendidos En la RMS, según el sexo y grupo de edad en el año 2003	126
TABLA No. 61. Casos de Diabetes Mellitus atendidos En la RMS, según el sexo y grupo de edad. Período 2004 - 2010	128
TABLA No. 62. Casos de Diabetes Mellitus según el sexo Atendidos en las instalaciones de salud de la RMS. Periodo 2001-2010.	129
TABLA No. 63. Indicadores generales de violencia intrafamiliar, Relacionados con el/la agredido/a. RMS. Años 1997 a 2010.	137
TABLA No. 64. Indicadores generales de violencia intrafamiliar, Relacionados con el incidente. RMS. Años 1997 a 2010.	139
TABLA No. 65. Indicadores generales de violencia intrafamiliar, Relacionados con el/la agresor/a. RMS. Años 1997 a 2010.	142
TABLA No.66. Indicadores del Sistema de Vigilancia Nutricional. RMS. Período 2004-2008	145
TABLA No.67. Condiciones de Saneamiento Básico (Encuesta Mix o Censo de 2010) Años 2000, 2010 y 2012	150

TABLA No.68. Actividades ejecutadas de calidad sanitaria del ambiente RMS: Años 2006-2010	152
TABLA No.69. Actividades de control integral. RMS. Comparativo 2005-2014	154
TABLA No.70. Actividad de encuesta larvaria RMS. Comparativo 2005-2014	155
TABLA No.71. Muestras por Malaria del 2009 al 2014. RMS.	158
TABLA No.72. Actividades ejecutadas de sección de alimentos En la RMS. Años: 2006-2010	159
TABLA No.73. Cartera de servicios brindados en Los establecimientos de salud de la RMS.	168
TABLA No.74. Capacidad instalada de establecimientos de salud. RMS-CSS. Año 2013	169
TABLA No.75. Número de camas por instalación número de camas por habitante. RMS-CSS. Año 2013	170
TABLA No.76. Número de grupos de adultos mayores por año RMS. Período 2009-2013	190
TABLA No.77. Número de grupos de adolescentes por año RMS. Período 2009-2013	191
TABLA No.78. Número de grupos de caza mosquito por año RMS. Período 2009-2013	191
TABLA No.79. Número de grupos de caza humo por año RMS. Período 2009-2013	191
TABLA No.80. Comités de Salud y su condición general. Año 2014	193
TABLA No.81. Número de ferias de salud realizadas. RMS. Años 2006-2013	194
TABLA No.82. Apoyo a ferias de salud por año. RMS. 2007-2013	194
TABLA No.84. Informe de ejecución presupuestaria. Fondo de trabajo. RMS. Período 2009-2013.	196

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA	PÁGINA
Gráfica No.1 Pirámide de población. RMS. Año 2013.	26
Gráfica No.2. Tasas de Natalidad y Fecundidad en la RMS. Años 1994-2010	28
Gráfica No.3. Tasa Bruta de Mortalidad en la RMS. Año 1994-2010.	30
Gráfica No. 4. Tasa de Mortalidad Infantil y del niño de 1 a 4 años. RMS. Años 1994-2010.	35
Gráfica No. 5. Captación del niño recién nacido y cobertura de atención del menor de un año y del niño de 1 a 4 años. RMS. Años 1994-2013	39
Gráfica No.6. Coberturas de control de crecimiento y desarrollo en los niños 5-14 años y adolescentes de 15-19 años. RMS. Años 2000-2013.	44
Gráfica No. 7. Captación y cobertura de atención del embarazo RMS. Años 1994-2013.	55
Gráfica No. 8. Porcentaje de mujeres con control prenatal según el trimestre de inicio. RMS. Años 1994-2013.	58
Gráfica No.9. Proporción de embarazadas adolescentes atendidas en la RMS. Años 1994-2013	59
Gráfica No.10. Coberturas de control de salud y concentración de la atención de adulto de 20 a 59 años. RMS. Años 2001-2013	72
Gráfica No.11. Coberturas de control de salud y concentración de la atención de adulto de 60 años y más. RMS. Años 2001-2013	77
Gráfica No. 12. Casos y Tasas de Dengue Clásico en la RMS. Años 1994-2006	92
Gráfica No. 13. Cobertura de vacunación en niños menores de un año en la RMS. Años 2001-2005.	94

Gráfica No. 14. Cobertura de vacunación en niños menores de un año en la RMS. Años 2006-2013.	94
Gráfica No.15. Incidencia de la tuberculosis en la RMS. Años 2005-2013.	100
Gráfica No.16. Casos de sífilis reportados en la RMS según clasificación CIE-10. Años 2008-2012	108
Gráfica No. 17. Casos de sífilis reportados en la RMS Según sexo. Años 2008-2012.	109
Gráfica No. 18. Casos de sífilis atendidos y reportados en la RMS Según grupo de edad. Año 2008	111
Gráfica No. 19. Casos de sífilis atendidos y reportados en la RMS Según grupo de edad. Año 2009	111
Gráfica No. 20. Casos de sífilis atendidos y reportados en la RMS Según grupo de edad. Año 2010	112
Gráfica No. 21. Casos de sífilis atendidos y reportados en la RMS Según grupo de edad. Año 2011	114
Gráfica No. 22. Casos de sífilis atendidos y reportados en la RMS Según grupo de edad. Año 2012	115
Gráfica No. 23. Tasa de Sífilis reportada en la RMS. Período 2008-2012	116
Gráfica No. 24. Casos de Sífilis en el embarazo en la RMS. Período 2008-2012	117
Gráfica No. 25. Casos y tasa de incidencia de SIDA según año de diagnóstico. RMS. Período 1984-2013	118
Gráfica No. 26. Casos de SIDA por grupo de edad. RMS. Período 1984-2013	119
Gráfica No. 27. Prevalencia de Enfermedades Crónicas atendidas en la RMS. Años 2003-2010	122

Gráfica No. 28. Cinco principales causas de defunción en la República de Panamá. Años 1999 -2006	130
Gráfica No. 29. Porcentaje de violencia doméstica registrada en el Distrito de Panamá, según corregimiento. Año 2008	134
Gráfica No. 30 Tasa de incidentes delictivos contra la familia registrados en la República de Panamá, según provincia. Año 2008	135
Gráfica No. 31. Población de 18 años y más por percepción de imagen corporal según área. ENSCAVI 2007.	146
Gráfica No. 32. Índice de infestación de mosquito Aedes Aegypti y Albopictus según semana epidemiológica. Año 2014	152
Gráfica No. 33. Índice de infestación de mosquito Aedes Aegypti y Albopictus según mes de ocurrencia. Año 2014	153
Gráfica No. 34. Índice de infestación de mosquito Aedes Aegypti y Albopictus según Año de ocurrencia	153
Gráfica No. 35. Disposición de desechos sólidos per cápita en el relleno sanitario de Cerro patacón. Años 2008 -2012	162
Gráfica No. 36. Proporción de consultas brindadas en instalaciones De la RMS según el tipo de paciente. Periodo 2002-2010	173
Gráfica No. 37. Proporción de la producción en instalaciones De la RMS según el tipo de atención. Período 2002-2010.	175
Gráfica No. 38. Auditoría de expedientes. Atención de niños menores de un año	177
Gráfica No.39. Auditoría de expedientes. Atención en niños/niñas de 1 a 5 años	178
Gráfica No.40. Auditoría de expedientes. Atención del adolescente de 15 a 19 años.	179
Gráfica No.41. Auditoría de expedientes. Atención de la embarazada.	180
Gráfica No.42. Auditoría de expedientes. Atención del adulto de 20 años y más.	181
Gráfica No.43. Auditoría de expedientes. Atención del adulto de 20 años y más con enfermedades crónicas	182

Gráfica No.44. Atención del Adulto de 20 años y más. Atención de pacientes hipertensos y diabéticos	183
Gráfica No.45. Atención a la salud de las trabajadoras comerciales del sexo	184
Gráfica No.46. Auditoría de expedientes. Atención al paciente con tuberculosis evaluado en la tarjeta de seguimiento de caso.	185
Gráfica No.47. Auditoría de expedientes. Atención al paciente con tuberculosis evaluado en el expediente	186
Gráfica No.48. Auditoría de expedientes. Comparativo 2010- 2012	186

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS	PÁGINA
FIGURA. 1. Accesibilidad geográfica, económica y Cultural según corregimiento o comunidad	24
FIGURA. 2. Accesibilidad de las comunidades En la región metropolitana	25
FIGURA. 3. Características de la región metropolitana de salud.	25
FIGURA 4. Diagnósticos más frecuentes	83
FIGURA 5. Recursos humanos en el programa escolar	85
FIGURA 6. Número de homicidios en el distrito de panamá	132
FIGURA 7. Problemas ambientales según área sanitaria	150
FIGURA 8. Consecuencia del mal manejo de desechos	161
FIGURA 9. Situaciones de emergencia y comunidades en riesgo	163
FIGURA 10. Red de servicios públicos de la región metropolitana. Año 2013	167
FIGURA 11. Precio de transporte a diferentes instalaciones de salud.	187

PRESENTACIÓN

La Región Metropolitana de Salud en el marco de la celebración de sus 46 años, ha unido esfuerzos para elaborar el Análisis de Situación de Salud, que permita caracterizar nuestras áreas de responsabilidad sanitarias, con una imagen lo más real posible a sus necesidades, tomando en cuenta las determinantes e interacciones biológicas, sociales, económicas, culturales, geográficas, demográficas, de género y políticas, que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

Este trabajo se realizó con un enfoque estratégico interdisciplinario y comunitario de trabajo en equipo, armónico, inclusivo y participativo de todos los que de alguna u otra forma tienen competencias en el Sector Salud, desde nuestros niveles Operativos con la participación de nuestras 20 Instalaciones sanitarias y todo nuestro equipo del nivel Regional, además de Instituciones invitadas.

El Análisis de Situación es un proceso sistemático y analítico, además de ser la herramienta fundamental en la Atención Primaria en Salud, que nos permite conocer y comprender las necesidades identificadas; priorizar las intervenciones de la manera más eficaz, efectiva y sostenible, minimizando los riesgos y mejorando la calidad de vida de nuestros individuos, familias, comunidades y el ambiente.

Nos permite contribuir con elementos objetivos que faciliten la formulación, Ejecución y Evaluación de las Políticas de Salud, Plan Nacional de Salud, Planes Operativos, Programas y Proyectos, apoyando de forma esencial en el proceso de la Planificación para contribuir de forma gerencial, política y técnicamente en la toma de decisiones en salud.

Gracias a la disposición de cada una de las personal que de alguna u otra forma participaron en este proceso dinámico y nos comprometemos a lograr un:
“Sistema de salud más humano, con equidad y calidad, un derecho de todos”

A.- SITUACIÓN GENERAL Y CONTEXO

a.1.- CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

La Región Metropolitana de Salud (RMS) fue creada mediante resolución Ministerial el 10 de septiembre de 1971. Para ese entonces incluía el Distrito de Panamá, San Miguelito y Taboga, un año después incorpora el corregimiento de Veracruz, ubicado en el Distrito de Arraiján. En 1988 fue creada la Región de Salud de San Miguelito, que con posterioridad incluiría los corregimientos de Alcade Díaz y Chilibre.

La Región Metropolitana de Salud se encuentra ubicada en la Provincia de Panamá, limita al Norte con el Distrito de San Miguelito y el Corregimiento de Chilibre, al Sur con la Bahía de Panamá, al Este con el Corregimiento de San Martín y Pacora y al Oeste con el Distrito de Arraiján. La superficie de la RMS es de 889.2 km². aumentó en el año 2010, al pasar a nuestra responsabilidad sanitaria, la comunidad de Las Garzas en el corregimiento de Pacora.

En cuanto a la responsabilidad sanitaria, esta abarca 20 corregimientos de 3 Distritos a saber: en el Distrito de Panamá están Ancón, El Chorrillo, Santa Ana, San Felipe, Curundú, Calidonia, Bella Vista, San Francisco, Pueblo Nuevo, Bethania, Río Abajo, Parque Lefevre, Juan Díaz, Pedregal, Tocumen, Las Mañanitas y 24 de diciembre. En el Distrito de Taboga están: Taboga cabecera, Otoque Oriente y Occidente, el Corregimiento de Veracruz en el Distrito de Arraiján y a partir del 2011 la comunidad de Las Garzas ubicada en el Corregimiento de Pacora.

Las actividades económicas de mayor relevancia son:

- ❖ Industria de servicios a las personas.
- ❖ Comercio al por mayor y menor.
- ❖ Talleres de reparación de vehículos motorizados y electrodomésticos.
- ❖ Industrias manufactureras.
- ❖ Industrias de alimentos
- ❖ Comercio turístico.
- ❖ Actividades aeroportuarias
- ❖ Actividades financieras y bancarias

- ❖ Industria de la construcción
- ❖ Sector de educación privada.

Posee dos puertos importantes desde el punto de vista comercial: el Puerto de Balboa y el Muelle Fiscal. También se encuentran ubicados los tres aeropuertos que concentran la mayor actividad del país, el Aeropuerto Internacional de Tocumen, el Aeropuerto Marcos A. Gelabert, en Albrook y el Aeropuerto de Howard ubicado en el área comercial Panamá-Pacific.

Tiene dentro de su área de influencia dos Parques Nacionales: Parque Natural Metropolitano y el Parque Soberanía, el cual es parte de las instalaciones e infraestructura del Canal de Panamá, específicamente el área del Pacífico. También contamos con el parque recreativo Omar, ubicado en el centro de la ciudad. Además, hay varios proyectos que han modificado el área urbana desde el punto de vista social y ambiental: el Corredor Norte, el Corredor Sur, el Complejo de Punta Pacífica, que se encuentra en la etapa de relleno y construcción de las Islas residenciales artificiales, las Cintas Costeras I, II, III, la ampliación de la Calzada de Amador y las nuevas esclusas de Cocolí del la Ampliación del Canal de Panamá.

B.- CONTEXTO DEMOGRÁFICO-SOCIAL

b.1- CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

La densidad de población de la RMS ha aumentado de 598.3 km² en 1994 a 727hab./km² en 2004 y a 932.3 hab./ km² para el año 2016, con una diferencia aproximada de 9%. Esta densidad no se distribuye de manera uniforme en todos los corregimientos de la RMS, ya que cada uno posee características diferentes que lo hacen más o menos susceptible de incremento demográfico como Paraíso, que abarca gran parte del área revertida, y hacia el área Este se encuentran los corregimientos de Las Mañanitas, Tocumen, 24 de Diciembre, Felipillo y la Comunidad de Las Garzas en Pacora, los cuales cuentan con extensiones de terreno susceptibles de ser ocupadas.

El corregimiento de Curundú es el más densamente poblado durante todo el periodo ya que se estimó un promedio de 15,718.2 hab./km². en los últimos cinco años, y el corregimiento de Ancón el de menor densidad con 76.4 hab./km² en los últimos cinco años.

Podemos agrupar los corregimientos de la Región Metropolitana de Salud en cuatro grupos o áreas, según su densidad de población estimada para el período 2014 – 2016 (ver anexo 1 tabla 1):

- Aquellas que presentan densidades superiores a los 7 mil habitantes por km², como El Chorrillo, Santa Ana, Calidonia, Curundú, San Francisco y Las Mañanitas. En su mayoría formados por barrios antiguos de la Ciudad de Panamá. Solamente el corregimiento de Las Mañanitas, que tiene áreas con características de ruralidad, se encuentra en este grupo para este último quinquenio, creemos que debido al movimiento de poblaciones hacia los extremos de la ciudad
- Aquellas áreas que presentan densidades entre los 4 mil y los 7 mil habitantes por km², como son Bethania, Bella Vista, Parque Lefevre y Río Abajo. Algunos son áreas con viviendas residenciales y con edificios, pero dispersos en una mayor superficie.
- Aquellas áreas que presentan densidades entre los 1,500 a 3,999 habitantes por Km² como Pueblo Nuevo, Juan Díaz, Veracruz, Pedregal, San Felipe y 24 de diciembre. Estas son áreas de expansión de la ciudad. En su mayoría con viviendas particulares y muy pocos edificios.
- Por último, se encuentran aquellas áreas con densidades menores de 1,500 habitantes por km² como Tocumen, Paraíso, y Taboga.

En el área metropolitana se presentan espacios geográficos-poblacionales con características de ruralidad como los corregimientos de Tocumen, Las Mañanitas, Veracruz, Paraíso, Pedregal, 24 de diciembre y Las Garzas, en el corregimiento de Pacora, donde, además, existen asentamientos de grupos indígenas e inmigrantes del interior del país. Sin embargo, no existe un censo local de estas poblaciones que nos permita estratificar la población de acuerdo con la característica étnica. En el corregimiento de Veracruz, la comunidad de Koskuna y en el corregimiento de Ancón la comunidad de Kunanega, concentran en su mayoría indígenas de la etnia Guna Yala. De las otras etnias no se tienen registros.

La accesibilidad a las instalaciones de salud es diferente para cada espacio geográfico poblacional, producto de las características propias de cada área. La figura 1 muestra estas diferencias. Igualmente, el tiempo que toma acceder a la instalación es importante, en la figura 2, se detalla este aspecto.

FIGURA No. 1
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA, ECONÓMICA Y CULTURAL SEGÚN CORREGIMIENTO O COMUNIDAD

ACCESIBILIDAD	CORREGIMIENTO O COMUNIDAD
Accesibilidad geográfica	24 de Diciembre (Malengue y Pueblo nuevo.) Pedregal (Cerro Bandera y Tapia) Las Garzas (San Francisco) Tocumen (Ceremi y Jorge Illueca) Felipillo (Nueva Esperanza Arriba) Las Mañanitas (La Colorada). Veracruz (Cerro Cabra Arriba, Cerro cabra abajo, Costa del sol arriba, Bello horizonte 1 y 2) Paraíso (Isla de San Antonio Gambia, Valle de San Francisco, Kuna nega). Taboga (Otoque Oriente y Otoque Occidente)
Accesibilidad Económica	Carrasquilla y San Sebastián en Boca la Caja. 24 de diciembre (Malengue y Pueblo nuevo.) Pedregal (Cerro Bandera y Tapia) Las Garzas (San Francisco) Tocumen (Ceremi y Jorge Illueca) Felipillo (Nueva Esperanza arriba) Las Mañanitas (La Colorada). Veracruz /Cerro Cabra Arriba, Cerro cabra Abajo, Costa del Sol Arriba, Bello Horizonte 1 y 2) Paraíso (Isla de San Antonio Gambia, Valle de San Francisco, Kuna nega). Taboga. (Otoque Oriente y Otoque Occidente)
Accesibilidad Cultural	Kuna Nega en Paraíso y Koskuna en Veracruz

Fuente: Análisis de Fotografías. Agosto 2017

Culturalmente existe una gran diversidad debido a la política de “**crisol de razas**”, practicada en el último quinquenio por las autoridades de migración y que coincide con nuestra área de responsabilidad.

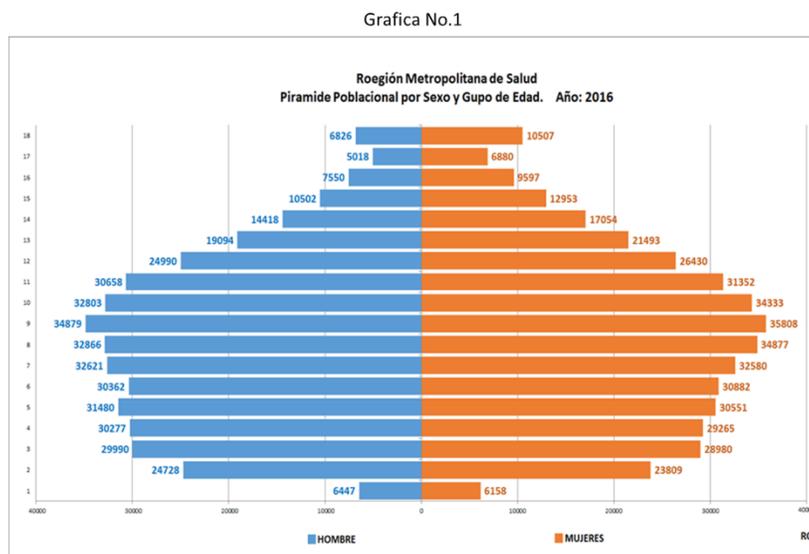
FIGURA No. 2.
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
COMUNIDADES CON PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD SEGÚN CORREGIMIENTO.

INSTALACIÓN DE SALUD	LUGAR	TIEMPO/ DISTANCIA
24 de diciembre	Malengue y Pueblo nuevo	35 minutos
Pedregal	Cerro Bandera y Tapia	1 hora y media
MINSA CAPSI-Las Garzas	San Francisco	1 hora
Tocumen	Ceremi y Jorge Illueca	1 hora
Felipillo	Nueva Esperanza Arriba	30 minutos
Las Mañanitas	La Colorada	40 minutos
Boca La Caja	Carrasquilla	10 min. 3n carro y 30 min. a pie
Emiliano Ponce, Curundú, El Chorrillo y Santa Ana.	Consideran accesibles todas sus comunidades. Son áreas completamente urbanas.	
Taboga	Otoque	2 horas
Paraíso	Kuna Nega	25 km
	Isla san Antonio	50 km
Parque Lefevre, Río Abajo, Juan Díaz y Pueblo Nuevo	No consideran ni la distancia ni el tiempo un factor limitante.	

Fuente: Análisis de Fotografías. Agosto 2017.



La población estimada para en el año 2016 fue 829,018 habitantes, el 58.6% correspondió a la población adulta de 20 a 59 años, el 14.7% a los adolescentes de 10 a 19 años, el 12.2% eran adultos mayores y el 5.8% tenían menos de 5 años. El 51.1% eran mujeres y 48.9% eran hombres, con un índice de masculinidad de 0.95.



La estructura de población se mantiene como de transición. Al desagregarla según la edad, vemos que la proporción que se mantiene estable durante el período, con variaciones pequeñas alrededor del 1.5%.

Tabla N°1
Región Metropolitana de Salud
Distribución de la Población Según Grupo de Edad.
Periodo 2000 - 2016

AÑOS	< 1 año	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 59	60 +	Masculino	Femenino	Total
2000	10478	41913	51215	50007	51585	336702	56210	291563	306597	598160
2001	10161	40734	50038	49051	50253	331549	54857	284420	302223	586643
2002	11466	41240	46022	45676	48166	245339	57180	278197	296892	575089
2003	10784	42310	49319	46267	48982	341743	58564	289647	308322	597969
2004	11454	44770	52794	50997	55572	371797	61166	315004	333546	648550
2005	11470	44977	53391	51583	56282	375076	62312	319306	335785	655091
2006	11585	45556	54547	52279	56937	383613	64382	326168	342641	668809
2007	11671	46027	55390	53476	57183	392164	66645	333037	349519	682556
2008	11703	46375	56179	54908	57284	400727	69184	339910	356450	696360
2009	11572	45997	56159	55242	55827	390846	65902	332113	349432	681545
2010	11531	45988	56634	56272	55521	394212	68898	337275	354781	692056
2011	11411	45690	56975	57128	55600	404370	71771	342569	360376	702945
2012	11928	47889	59167	59204	58012	421590	74162	358476	373476	731952
2013	12569	49372	6319	60787	58958	477562	90736	396210	414093	810303
2014	12281	48068	60153	61289	60841	488575	96778	404640	423345	827985
2015	12738	48821	58971	59070	60382	477205	97084	398104	416167	814271
2016	12605	48537	58970	59542	62031	486028	101305	405509	423509	829018

Fuente: Sección de Registros Médicos de Salud (REGES). Departamento de Planificación.

RC

La edad nos brinda información importante sobre los grupos de población y sobre las estrategias necesarias para mejorar los niveles de salud en los mismos. Entre ellas, la manera cómo se podría organizar los servicios de salud para la atención de estas poblaciones. En sentido general, la población del área metropolitana es joven, pero se encuentra en un proceso de envejecimiento, que se va evidenciando al analizar la estructura de población. Lo que constituye un llamado de atención a los gerentes, para planificar adecuadamente la oferta y provisión de servicios de salud.

TABLA No.2. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, MEDIANA DE EDAD E INDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS 1990 - 2015

Edades	1990	1995	2000	2005	2010*	2015
	%	%	%	%	%	%
Total	100	100	100	100	100	100
0-14 años	28.6	27.1	25.5	23.6	24.6	22.1
15-29 años	31	29.1	27.2	25.8	24.9	22.8
30-59 años	31.8	35	37.9	40	40.4	43.2
60 y más	8.6	8.8	9.4	10.4	9.9	11.9
Mediana de edad	25.2	26.9	28.6	30.4	32.1	25
ID	59.40%	56.10%	53.4%	51.4%	50.60%	51.5%

Fuente: Tomado de Plan Regional de Salud 1998-2000.

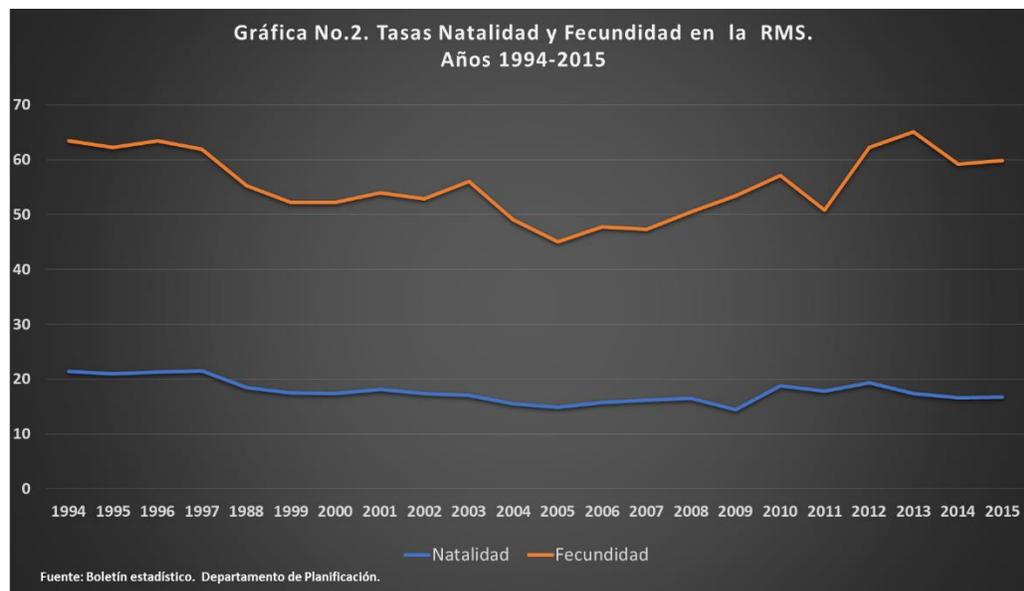
RC

*Modificado según los datos de la población 2015

Por otro lado, la relación de adultos mayores (60 años y más), y menores de 15 años también refleja en cierta medida este proceso de envejecimiento. En 1996 era de 34/100 niños, para 1999 se calculó en 35.7/100 niños y para el año 2016 se estimó en 54.1/100 niños.

b.2.- NATALIDAD Y FECUNDIDAD

La tasa general de natalidad mantiene su tendencia estabilización. Tal como se muestra en la gráfica No. 2. (Durante el periodo 2013 al 2014 se evidencio un leve decenso de 0.9/habitante. En le 2014 al 2015 alcanzó 1.1



El corregimiento que presentó las tasas más altas durante el periodo fue 24 de diciembre, con una tasa promedio de 36.8/1,000 habitantes. Entre los que presentaron tasas más bajas se cuentan: Taboga, San Felipe, Pueblo Nuevo y calidonia.

La tasa general de fecundidad muestra un patrón diferente, ya que, en el año 1994, la tasa se calculó en 63.4/1,000 mujeres en edad fértil (MEF), disminuyendo hasta 59.9/1,000 MEF en el año 2000, aumentando nuevamente hasta 56/1,000 mujeres en edad fértil en el 2003. Desciende hasta 45/1,000 mujeres en edad fértil en el año 2005. La gráfica 2, nos muestra que, en los últimos cinco años, aumenta sostenidamente hasta 50.5 /1,000 mujeres en edad fértil en el 2013.

La tasa más alta de fecundidad fue presentada por los corregimientos de 24 de diciembre y Paraíso, mientras que la tasa más baja correspondió a los corregimientos de Río Abajo y Taboga. (ver anexo 1 tabla 3).

La esperanza de vida de la población ha ido incrementando paulatinamente desde 75.8 años en 1995 hasta 76.2 años en 2006, siendo las mujeres quienes presentan cifras mayores de esperanza de vida (78.8 años).

Por tanto, podemos decir que aún continuamos en fase de transición demográfica, caracterizada por la disminución de la tasa de natalidad, aumento de la esperanza de vida y crecimiento poblacional moderado, entre otras cosas, como consecuencia de la migración, sobre todo hacia núcleos urbanos donde se concentra gran parte de la población, características propias de países desarrollados. Las que contrastan con las desigualdades existentes en el ámbito socioeconómico y cultural.

b.3- MORTALIDAD

Las cifras oficiales de mortalidad proporcionadas por la Contraloría General de la Nación han sido recopiladas y trabajadas preliminarmente hasta el año 2012. Desde 1994 la mortalidad ha mostrado una tendencia a la disminución, desde 53/100,000 habitantes en 1994 hasta 45.8/100,000 habitantes el año 2009. Sin embargo, para el 2010 la tasa bruta de mortalidad mostró un aumento considerable a 57.6/100,000 habitantes, para disminuir a para disminuir a 48.9/100,000 habitaen el año 2014 y luego aumentar nuevamente a 50.4/100,00 habitantes en el año 2015. Las instalaciones que han presentado tasas más altas durante el período son: El Chorrillo, Santa Ana, Pueblo Nuevo, Rio Abajo y Boca la Caja; y las que menor tasa bruta de mortalidad reportaron son: Taboga, 24 de diciembre, Las Mañanitas y Paraíso. (ver anexo 1 tabla No. 4)



De las 3,028 defunciones reportadas en el año 2001 el 55.4% correspondió al sexo masculino y el 44.4% al sexo femenino. Siete años después, en el 2008, el sexo masculino reporta 56.5% y el femenino 43.5%. En el año 1998 el 7.6% de las muertes ocurrieron en menores de 5 años, mientras que para el 2008 solamente alcanzó cifras de 3.4%; así mismo, el 25.6% de los fallecidos reportaron edades entre 20-59 años de edad mientras que en el 2008 llegó a 28%. En 1998 el 63.2% de las defunciones fueron adultos mayores y para el año 2008 aumentó a 68.3% en este grupo de edad. Sin embargo, la tasa de este grupo de edad disminuyó a 32/1,000 habitantes para el año 2008.

TABLA No.3. COMPARACIÓN DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD Y TASAS(a/) DE MORTALIDAD SEGÚN EL GRUPO DE EDAD. AÑOS: 1998 y 2008.

GRUPO DE EDAD	1998			2008		
	No.	%	TASA (a/)	No.	%	TASA (a/)
< de un año(b/)	198	6.7	18.5	143	2.8	8.2
1-4 años	27	0.9	0.6	25	0.6	0.4
5-9 años	23	0.8	0.4	14	0.4	0.2
10-19años	14	0.5	0.3	82	2.5	0.7
20-59 años	762	25.6	2.4	1,096	28.2	2.3
60 años y más	1,881	63.2	34.2	2,275	68.3	32.2
N.E.	21	0.7				
TOTAL	2,975	100	5.2	3,752	100.0	4.7

a/ por 1,000 habitantes

b/ por 1,000 nacidos vivos

Fuente: Boletines estadísticos. SASTS. Departamento de Planificación.

En el quinquenio 1994-1999 la primera causa de muerte fueron los Tumores Malignos, con tasas que oscilaban entre 78 y 87.9/100,000 habitantes respectivamente. Le seguían en orden de magnitud, el infarto agudo del miocardio en segundo lugar, la enfermedad cerebro vascular en tercer lugar y las causas externas en cuarto lugar. En el quinquenio 2005-2009, la enfermedad isquémica del corazón se ha ubicado en el primer lugar con una tasa de 75.4/100,000 habitantes seguida de los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular y las causas externas.

Las cifras emitidas en el boletín estadístico 2007 demuestran que la Enfermedad por VIH representó el 4.1% de todas las causas de defunción, con una tasa de 19.24/100,000 habitantes y se ubicó en el 9º lugar de todas las causas. En este año se presentaron 24 certificados de defunciones con diagnósticos que fueron clasificados como síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (mal definidos).

TABLA No. 4.
REGION METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y TASA(a) DE MORTALIDAD. PERIODO 2004 - 2015

No.	AÑO 2004			AÑO 2005			AÑO 2006		
	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa
1	Enfermedad Isquémica del Corazón	324	50.0	Enfermedad Isquémica del Corazón	423	64.6	Tumores Malignos	349	52.2
2	Enfermedad Cerebrovascular	233	35.9	Tumores Malignos	327	49.9	Enfermedad Isquémica del Corazón	315	47.1
3	Enfermedad hipertensiva	207	31.9	Enfermedad Cerebrovascular	187	28.5	Enfermedad hipertensiva	184	27.5
4	Diabetes Mellitus	165	25.4	Septicemia	168	25.6	Neumonía	171	25.6
5	Tumores Malignos de organos digestivos	164	25.3	Neumonía	145	22.1	Enfermedad por el VIH	129	19.3
6	Enfermedad por el VIH	145	22.4	Enfermedad por el VIH	144	22.0	Enfermedad Cerebrovascular	118	17.6
7	Neumonía	129	19.9	Enfermedad hipertensiva	127	19.4	Diabetes Mellitus	104	15.6
8	Otras enfermedades del corazón	120	18.5	Diabetes Mellitus	61	9.3	Agresiones por arma de fuego	95	14.2
9	Tumores Malignos de organos respiratorios e intratorácicos	81	12.5	Otras Causas externas	60	9.2	Paro Cardiorespiratorio	89	13.3
10	Enfermedades Crónicas de las vías aéreas inferiores	79	12.2	Enfermedades Crónicas de las vías aéreas inferiores	57	8.7	Insuficiencia Renal	76	11.4
No.	AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa
1	Tumores Malignos	403	59.0	Enfermedad Isquémica del Corazón	414	59.5	Enfermedad Isquémica del Corazón	514	79.7
2	Enfermedad Isquémica del Corazón	353	51.7	Tumores o Neoplasias	396	56.9	Tumores Malignos	407	63.1
3	Neumonía	211	30.9	Otras formas de enfermedades del corazón	313	44.9	Enfermedad Cerebrovascular	387	60.0
4	Enfermedad hipertensiva	205	30.0	Causas externas de mortalidad	276	39.6	Causas externas de mortalidad	348	53.9
5	Enfermedad Cerebrovascular	179	26.2	Septicemia	274	39.3	Enfermedad por el VIH	189	29.3
6	Otras formas de enfermedades del corazón	176	25.8	Paro Cardiorespiratorio	192	27.6	Otras formas de enfermedades del corazón	177	27.4
7	Enfermedad por el VIH	169	24.8	Enfermedad Cerebrovascular	182	26.1	Neumonía	139	21.5
8	Enfermedad del sistema digestivo	147	21.5	Neumonía	156	22.4	Enfermedad del sistema genitourinario	99	15.3
9	Diabetes Mellitus	139	20.4	Enfermedad por el VIH	134	19.2	Enfermedad del sistema nervioso central	86	13.3
10	Agresiones por arma de fuego	139	20.4	Enfermedad del sistema genitourinario	57	8.2	Enfermedad hipertensiva	65	10.1

(a) por 100,000 habitantes NP/dzpcmtt
Fuente: Sección de Registros y Estadísticas de Salud. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Departamento de Planificación. RMS

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar de las causas de defunción, seguidas de los tumores o neoplasias, durante los últimos diez años

TABLA No. 4.									
REGION METROPOLITANA DE SALUD									
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD									
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y TASA(a) DE MORTALIDAD. PERIODO 2004 - 2015									
No.	AÑO 2010			AÑO 2011			AÑO 2012		
	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa
1	Enfermedad Isquémica del Corazón	555	80.2	Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00 - I99)	1,188	168.7	Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00 - I99)	1,113	155.9
2	Enfermedad Cerebrovascular	321	46.4	Tumores o neoplasias (C00-D48)	693	98.4	Tumores o neoplasias (C00-D48)	778	109.0
3	Agresiones	242	35.0	Causas externas de Morbilidad y Mortalidad (V01 - Y98)	459	65.2	Causas externas de Morbilidad y Mortalidad (V01 - Y98)	406	56.9
4	Diabetes Mellitus	227	32.8	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	316	44.9	Enfermedades del Sistema respiratorio (J00 - J99)	384	53.8
5	Otras formas de enfermedad del corazón	193	27.9	Enfermedades del Sistema respiratorio (J00 - J99)	298	42.3	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	334	46.8
6	Tumores Malignos de órganos digestivos	180	26.0	Enfermedades del Sistema Digestivo (k00 - K93)	183	26.0	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	272	38.1
7	Enfermedad por el VIH	169	24.4	Enfermedades del Sistema Nervioso (G00 - G99)	127	18.0	Enfermedades del Sistema Digestivo (k00 - K93)	173	24.2
8	Influenza y Neumonía	147	21.2	Enfermedades del Sistema Osteomuscular (M00 - M99)	124	17.6	Enfermedades del Sistema Nervioso (G00 - G99)	145	20.3
9	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inf.	100	14.4	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00 - P96)	71	10.1	Enfermedades del Sistema genitourinario (N00 - N99)	124	17.4
10	Tumores Malignos de órganos respiratorios e intratorácicos	99	14.3	Malformaciones Congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00 - Q99)	61	8.7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00 - P96)	80	11.2
No.	AÑO 2013			AÑO 2014			AÑO 2015		
	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa	CAUSA	No.	Tasa
1	Enfermedades del sistema circulatorio	1157	158.0	Enfermedades del sistema circulatorio	1230	177.7	Enfermedades del sistema circulatorio	1,238	152.0
2	Tumores (neoplasias)	697	95.2	Tumores (neoplasias)	773	93.4	Tumores (neoplasias)	769	94.4
3	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	397	54.2	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	390	47.1	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	419	51.5
4	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	384	52.5	Enfermedades del sistema respiratorio	339	40.9	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	328	40.3
5	Enfermedades del sistema respiratorio	370	50.5	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	333	40.2	Enfermedades del sistema respiratorio	263	32.3
6	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	248	33.9	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	248	30.0	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	247	30.3
7	Enfermedades del sistema digestivo	154	21.0	Enfermedades del sistema nervioso	144	17.4	Enfermedades del sistema digestivo	159	19.5
8	Enfermedades del sistema nervioso	128	17.5	Enfermedades del sistema digestivo	143	17.3	Enfermedades del sistema nervioso	154	18.9
9	Enfermedades del sistema genitourinario	120	16.4	Enfermedades del sistema genitourinario	119	14.4	Enfermedades del sistema genitourinario	136	16.7
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	91	12.4	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	82	9.9	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	93	11.4

(a) por 100,000 habitantes

NP/dzpcmrmt

Fuente: Sección de Registros y Estadísticas de Salud. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Departamento de Planificación. RMS

C. SALUD DE LAS PERSONAS

c.1.- MORBILIDAD

Para el análisis de la morbilidad utilizamos las cifras disponibles en los boletines estadísticos del año 2001 al 2016. Durante el año 2001 se reportaron 14,061 casos de Infecciones respiratorias altas ubicándose en el primer lugar de todas las causas de morbilidad, con una tasa de 239.7/10,000 habitantes. Sin embargo, para el año 2010, es la Rinofaringitis aguda la patología que ocupó el primer lugar con una tasa de 502.7/10,000 habitantes. Para este mismo año, en segundo lugar, estuvo la diarrea y la gastroenteritis con 12,795 casos, lo que representó una tasa de 184.9/10,000 habitantes y el tercer lugar lo ocupó la hipertensión arterial con una tasa de 163/10,000 habitantes.

Como se aprecia en la tabla No.6, a partir del año 2003 la Rinofaringitis aguda ha ocupado el primer lugar de las atenciones por morbilidad, con un promedio de 17.6% de todas las atenciones por morbilidad para los últimos 10 años.

Llama la atención, que, durante los años 2006, 2007 y 2008 la caries dental ocupó el primer lugar de las atenciones por morbilidad, siendo una patología que no se ubicaba dentro del grupo de las “más frecuentes”, se considera que es debido al esfuerzo en la consignación de diagnósticos por parte de los odontólogos. La Obesidad por otro lado, se situó en términos generales entre las cinco primeras causas de morbilidad atendida en nuestras instalaciones.

Es importante resaltar en este punto la importancia de la codificación utilizada, ya que determina la forma en que se agrupan las patologías y su nivel de agregación o desagregación, lo cual sirve de base para realizar los análisis.

En el año 2013 nuevamente la caries dental ocupa el primer lugar de las morbilidades atendidas, pero también otros dos diagnósticos odontológicos se encontraron entre las diez primeras causas: depósitos dentales y gingivitis crónica. Esto puede explicarse por la mejoría en el registro de las morbilidades, así como en el diagnóstico. Además, de los programas especiales que se vienen desarrollando en la Región Metropolitana, como, por ejemplo, el programa “**Comunidad Libre de Caries**”.

TABLA No. 6.
REGION METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD
TASA(a/) DE PRINCIPALES MORBILIDADES ATENDIDAS, PERÍODO 2003 - 2016

No.	AÑO 2003			AÑO 2004			AÑO 2005		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Rinofaringitis aguda	15,573	260.4	Rinofaringitis aguda	20,281	312.7	Infección aguda de vías respiratorias	25,673	391.9
2	Diarrea y gastroenteritis	7,734	129.3	Influenza	7,748	119.5	Enfermedad de la piel y tejido subcutáneo	11,058	168.8
3	Influenza con otras manifestaciones	6,595	110.3	Diarrea y gastroenteritis	6,835	105.4	Enf. Endocrina, metabólica y nutricional	9,322	142.3
4	Obesidad N.E.	3,815	63.8	Bronquitis N.E.	3,001	46.3	Influenza	7,605	116.1
5	Bronquitis aguda N.E.	3,401	56.9	Asma N.E.	2,962	45.7	Enfermedades infecciosas intestinales	7,389	112.8
6	Infección de vías urinarias	3,001	50.2	Vaginitis aguda	2,786	43.0	Enf. Inflamatoria de órganos pélvicos femeninos	6,924	105.7
7	Hipertensión arterial	2,850	47.7	Infección de vías urinarias	2,646	40.8	Trastornos mentales y del comportamiento	6,038	92.2
8	Asma N.E.	2,588	43.3	Obesidad N.E.	2,592	40.0	Enf. Del sistema osteomuscular	4,902	74.8
9	Faringitis aguda	2,092	35.0	Faringitis aguda	2,125	32.8	Traumatismo y envenenamiento	4,626	70.6
10	Anemia N.E.	1,941	32.5	Infección por Papiroma virus	2,024	31.2	Otras enfermedades del sistema urinario	4,515	68.9
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Caries dental	20,176	301.7	Caries dental	34,585	506.7	Caries dental	47,496	682.1
2	Infección aguda de vías respiratorias Sup.	15,920	238.0	Infección aguda de vías respiratorias Sup.	26,171	383.4	Infección aguda de vías respiratorias Sup.	38,522	553.2
3	Enfermedades infecciosas intestinales	8,660	129.5	Enfermedades infecciosas intestinales	7,862	115.2	Enfermedades del ojo y sus anexos	12,171	174.8
4	Enf. Inflamatoria de órganos pélvicos femeninos	7,378	110.3	Influenza	6,330	92.7	Enf. Del sistema osteomuscular	12,010	172.5
5	Enf. Del sistema osteomuscular	6,470	96.7	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	6,330	92.7	Enfermedades infecciosas intestinales	10,126	145.4
6	Trastornos mentales y del comportamiento	6,160	92.1	Enf. Inflamatoria de órganos pélvicos femeninos	5,229	76.6	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	9,085	130.5
7	Influenza	4,812	71.9	Trastornos del sistema urinario	4,946	72.5	Influenza	8,598	123.5
8	Trastornos del sistema urinario	4,492	67.2	Enf. De la sangre y órganos hematopoyéticos	3,806	55.8	Enfermedad Hipertensiva	7,833	112.5
9	Trastornos no inflamatorios de órganos pélvicos femeninos	4,121	61.6	Enfermedades del ojo y sus anexos	2,753	40.3	Enf. Inflamatoria de órganos pélvicos femeninos	7,667	110.1
10	Enf. Del sistema circulatorio	4,015	60.0	Enf. Del sistema osteomuscular	2,712	39.7	Enfermedad crónicas de vías respiratorias inferiores	7,007	100.6
No.	AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Rinofaringitis aguda	34,593	491.3	Rinofaringitis aguda	37,206	521.2	Caries dental (K02.1 -K02.9)	42,428	549.5
2	Diarrea y gastroenteritis	18,578	263.9	Diarrea y gastroenteritis	17,662	247.4	Rinofaringitis aguda	30,296	392.4
3	Hipertensión arterial	10,571	150.1	Hipertensión arterial	10,282	144.0	Diarrea y gastroenteritis	11,819	153.1
4	Infección de vías urinarias	9,718	138.0	Obesidad N.E.	9,640	135.0	Hipertensión arterial	10,708	138.7
5	Obesidad N.E.	9,269	131.6	Infección de vías urinarias	9,265	129.8	Depositos (acreciones) en los dientes	10,706	138.7
6	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías respiratorias	9,195	130.6	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías respiratorias	8,972	125.7	Gingivitis crónica	10,093	130.7
7	Faringitis aguda	8,131	115.5	Faringitis aguda	8,553	119.8	Obesidad N.E.	8,582	111.1
8	Influenza	7,909	112.3	Influenza	8,024	112.4	Infección de vías urinarias	7,860	101.8
9	Asma N.E.	6,843	97.2	Asma N.E.	5,819	81.5	Necrosis de la Pulpa	6,283	81.4
10	Pioderma	5,613	79.7	Pioderma	5,453	76.4	Rinofaringitis aguda	6,122	79.3
No.	AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016		
	ENFERMEDAD	N°.	TASA	ENFERMEDAD	N°.	TASA	ENFERMEDAD	N°.	TASA
1	Rinofaringitis aguda (Resfriado Común)	30,733	371.2	Rinofaringitis aguda (Resfriado Común)	26,194	321.7	Rinofaringitis Aguda(Resfriado Común)	32,675	395.6
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	13,127	158.5	Hipertension Esencial primaria	10,951	134.5	Hipertension Arterial	11,959	144.8
3	Hipertension Esencial primaria	10,992	132.8	Obesidad, no especificada	8,923	109.6	Gastroenteritis y Colitis no Especificado	10,183	123.3
4	Obesidad, no especificada	8,929	107.8	Gastroenteritis Y Colitis no especificado	8,454	103.8	Obesidad no especificada	9,761	118.2
5	Infeccion de Vias Urinarias	7,814	94.4	Infeccion de Vias Urinarias	6,741	82.8	Infección de Vias Urinarias, Sitios no esp.	6,539	79.2
6	Faringitis aguda, no especificada	6,840	82.6	Faringitis aguda, no especificada	5,897	72.4	Faringitis Aguda, no especificada	6,154	74.5
7	Influenza con otras manifestaciones respiratorias Virus no identificado	6,820	82.4	Influenza con otras manifestaciones respiratorias Virus no identificado	5,167	63.5	Influenza con otras manifestaciones Respiratoria	5,423	65.7
8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías resp. Superiores	5,064	61.2	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías resp. Superiores	4,556	56.0	Otras infecciones Agudas de las Vias Respiratorias	5,139	62.2
9	Lumbago no especificado	4,901	59.2	Lumbago no especificado	4,479	55.0	Lumbago no especificado	4,692	56.8
10	Escabiosis	4,407	53.2	Gastritis no especificada	3,575	43.9	Observacion por Sospecha de Otras Enfermedades	3,454	41.8

a/ tasa por 10,000 habitantes
Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registros y Estadísticas de Salud. Departamento de Planificación. RMS

Por otro lado, en los últimos cinco años en las “Jornadas odontológicas” se ha hecho énfasis en los nuevos criterios diagnósticos de Caries Dental. También es importante

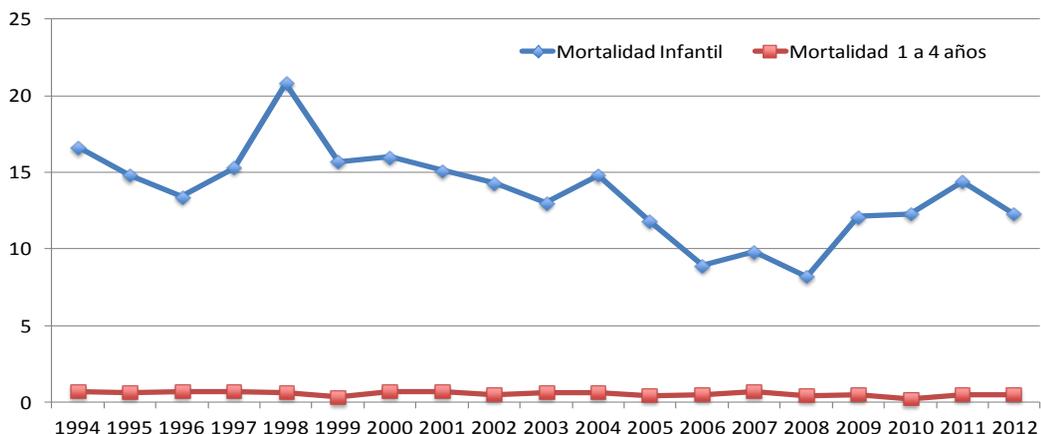
resaltar que estamos recibiendo a la población infantil que quedó fuera de cobertura de flúor en el periodo 2000-2005 cuando no se realizó fluoración de agua.

En los últimos tres años la morbilidad general mantiene un comportamiento estable en cuanto a las causas, siendo la rinofaringitis aguda la primera causa seguida de la hipertensión arterial. La obesidad sigue están entre las diez causas de morbilidad atendidas en las instalaciones de la región metropolitana de salud.

c.2.- SALUD DEL NIÑO

Durante los últimos cinco años la población bajo responsabilidad de este programa se ha mantenido bastante estable. Los menores de un año representan alrededor del 5%, los de 1 a 4 años el 20% y los escolares y adolescentes alrededor del 75%¹.

Grafico No. 4. Tasa de Mortalidad Infantil y del niño de 1 a 4 años. Región Metropolitana de Salud. Años 1994-2012.



Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de registros y estadística de salud (REDSA). Departamento de Planificación.

Desde 1994 hasta el año 2010, la tasa de mortalidad infantil ha mostrado una tendencia a la disminución, desde 16.6/1,000 nacidos vivos en el año 1994 a 8.2/1,000 nacidos vivos en el año 2008, lo que representó una reducción de casi el 50% de este indicador. No obstante, se observa un aumento relativo a 14.4 y 12.3/1,000 nacidos vivos en los últimos dos años del análisis (2011 y 2012).

¹ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS. Marzo 2011.

La mortalidad infantil no se distribuye de manera uniforme en las áreas sanitarias que comprende la Región Metropolitana de Salud, de tal forma que observamos que en el primer quinquenio (1994-1998), Santa Ana, Curundú, Calidonia, Las Mañanitas y 24 de diciembre fueron las áreas que mayor tasa de mortalidad infantil presentaron. Para el quinquenio 1999-2003, las tasas más altas se reportaron en El Chorrillo, Curundú y Juan Díaz. Para el quinquenio 2004-2008, las tasas más altas se reportaron en: El Chorrillo, Santa Ana y Juan Díaz (ver Anexo 1, tabla 5)

Para el año 2010 el área sanitaria de Curundú reportó la mayor tasa de mortalidad infantil con 25.1/1,000 nacidos vivos y San Felipe con 21.7/1,000 nacidos vivos, doblando la tasa nacional (12.3/1,000 nacidos vivos) reportada. El área correspondiente a Taboga no reporta muertes infantiles durante todo el periodo de análisis. En el año 2012 el corregimiento de San Felipe presentó la tasa más elevada por el orden de 33/1,000 nacidos vivos, seguido de Santa Ana y Veracruz con 19.4 y 18.8/1,000 nacidos vivos respectivamente.

**Tabla No.6 PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN EL MENOR DE UN AÑO.
RMS. 2009**

CAUSA	TOTAL	%
TOTAL.....	143	100
Inmadurez extrema	19	13.3
Sepsis bacteriana del recién nacido n.e.	12	8.4
Asfixia del nacimiento, n. e.	6	4.2
Malformación congénita del corazón, n.e.	6	4.2
Malformación congénita, n.e.	5	3.5
Hemorragia pulmonar n.e.	5	3.5
Septicemia, no especificada	3	2.1
Persistencia de la circulación fetal	3	2.1
Otras anomalías hipoplásticas del encéfalo	3	2.1
Discordancia de la conexión ventriculoarterial	3	2.1
OTRAS CAUSAS	78	54.5

**Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de registros y estadística de salud (REDSA).
Departamento de Planificación.**

La primera causa de muerte fue la inmadurez extrema con 13.3%, seguida de la sepsis bacteriana y las malformaciones congénitas con 8.4%, la asfixia del nacimiento con 4.2% en tercer lugar, la hemorragia pulmonar no especificada con 3.5% en cuarto lugar.

De igual forma, la mortalidad en el niño de 1 a 4 años no se distribuye uniformemente dentro de la RMS, presentando un promedio de 22 muertes por año. En los diferentes quinquenios que comprende el análisis, el área sanitaria con mayor tasa de mortalidad correspondió a Curundú, Santa Ana y 24 de diciembre, como se aprecia en la tabla No. 6 en el anexo 1.

c.2.1.- SALUD DEL MENOR DE CINCO AÑOS

En el grupo de niños menores de cinco años, para el año 2000 las infecciones respiratorias se presentan como la causa de morbilidad más frecuente con 12,200 casos y una tasa de 232.9/1,000 habitantes, seguidos de la diarrea con 3,379 casos (65.4/1,000 hab.) y las afecciones respiratorias bajas con 2,177 casos (41.6/1,000 hab.). La anemia ocupa el cuarto lugar y los trastornos nutricionales por déficit en quinta posición.

TABLA No. 7. COMPARACIÓN PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, ATENDIDAS EN INSTALACIONES DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD (RMS). AÑOS: 2000 Y 2010.

CAUSAS 2000	No.	TASA a/	CAUSAS 2010	No.	TASA a/
Infecciones Respiratorias altas	12,200	232.9	Infecciones Respiratorias altas	17,381	377.8
Enfermedad diarreica	3,379	65.4	Dermatitis y otras en de la piel	3,994	86.8
Infecciones Respiratorias bajas	2,177	41.6	Enfermedad diarreica	3,577	77.8
Anemia	1,682	32.1	Infecciones Respiratorias bajas	2,711	59
Trastornos nutricionales por déficit	1,228	23.4	Anemia	922	20

a/ por 1,000 habitantes

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de registros y estadísticas de salud (REDSA). Departamento de Planificación. RMS.

En el año 2010 las dermatitis y otras infecciones de la piel no especificadas suben al segundo lugar con 3,994 casos, que representan una tasa de 86.8/1,000 habitantes. El primer lugar lo ocupan nuevamente las infecciones respiratorias altas con 17,381 consultas para una tasa de 377.8/1,000 habitantes. La anemia desciende un escalón para situarse en el quinto lugar con 922 casos que representan una tasa de 20/1,000 habitantes.

La Rinofaringitis aguda ocupa el primer lugar de las morbilidades atendidas en las instalaciones de la Región Metropolitana, la enfermedad diarreica el segundo lugar. La escabiosis subió de la quinta posición en los años 2011 y 2012, al tercer lugar en el año 2013 y 2014. La obesidad para este mismo año se ubica en la posición número 8.

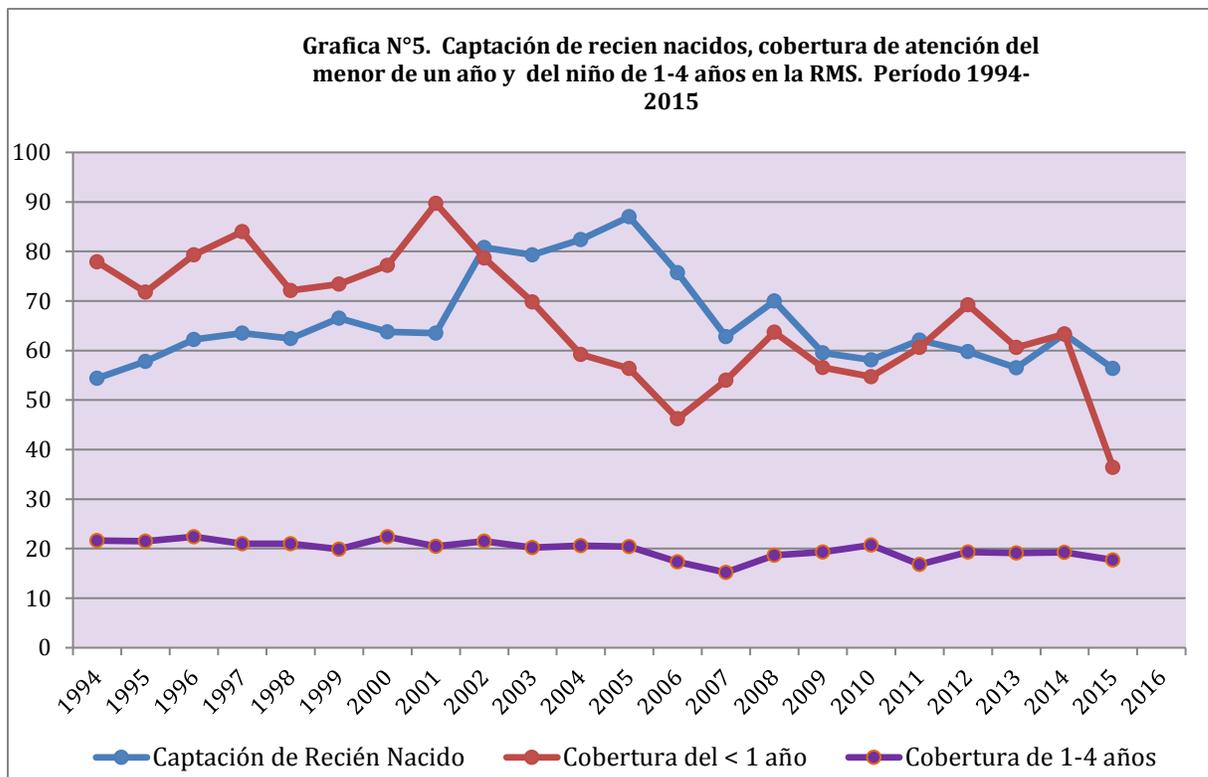
TABLA No. 8									
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD									
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD									
TASA (a) DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL MENOR DE 1 AÑO. PERÍODO 2005 - 2016									
No.	AÑO 2005			AÑO 2006			AÑO 2007		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Ínfec. Aguda de vías aéreas	6,020	517.8	Resfriado común	5,462	471.5	Resfriado común	5,873	503.2
2	Dermatitis y eczema	1,242	106.8	Enfermedad Diarreica	1,496	129.1	Enfermedad Diarreica	1,329	113.9
3	Enf. Diarreica	1,153	99.2	Influenza	1,066	92.0	Influenza	847	72.6
4	Influenza	994	85.5	Anemia N.E.	641	55.3	Anemia N.E.	813	69.7
5	Enf. Crónica de las vías respiratorias.	711	61.2	Obesidad N.E.	502	43.3	Obesidad N.E.	601	51.5
6	Otras infecciones respiratorias sup.	611	52.6	Dermatitis N.E.	495	42.7	Rinitis crónica	540	46.3
7	Micosis	510	43.9	Desnutrición	387	33.4	Dermatitis N.E.	488	41.8
8	Anemia	503	43.3	Conjuntivitis N.E.	374	32.3	Bronquiolitis aguda	464	39.8
9	Obesidad	367	31.6	Dermatitis de Pañal	365	31.5	Ictericia neonatal N.E.	464	39.8
10	Conjuntivitis	349	30.0	Bronquitis N.E.	338	29.2	Rinitis alérgica	418	35.8
No.	AÑO 2008			AÑO 2009			AÑO 2010		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Resfriado común	6,567	561.1	Resfriado común	5,904	510.2	Resfriado común	7,636	662.2
2	Enfermedad Diarreica	1,431	122.3	Enfermedad Diarreica	1,170	101.1	Diarrea y gastroenteritis	1,704	147.8
3	Influenza	1,122	95.9	Bronquitis	1,055	91.2	Influenza	991	85.9
4	Anemia N.E.	789	67.4	Influenza	762	65.8	Rinitis alérgica N.E.	775	67.2
5	Dermatitis N.E.	633	54.1	Anemia N.E.	643	55.6	Bronquiolitis aguda N.E.	762	66.1
6	Obesidad N.E.	600	51.3	Obesidad N.E.	541	46.8	Anemia N.E.	706	61.2
7	Rinitis crónica	522	44.6	Rinitis alérgica	487	42.1	Obesidad N.E.	701	60.8
8	Rinitis alérgica	513	43.8	Dermatitis N.E.	464	40.1	Bronquitis N.E.	629	54.5
9	Bronquiolitis aguda	491	42.0	Faringitis aguda	450	38.9	Faringitis aguda N.E.	585	50.7
10	Bronquitis N.E.	475	40.6	Desnutrición	427	36.9	Dermatitis del pañal	557	48.3
No.	AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Rinofaringitis aguda	9,118	777.9	Rinofaringitis aguda	9,491	795.7	Rinofaringitis aguda	7,203	573.1
2	Enfermedad Diarreica	2,245	191.5	Enfermedad Diarreica	2,712	227.4	Enfermedad Diarreica	1,465	125.2
3	Bronquitis	1,456	124.2	Bronquitis	1,610	135.0	Escabiosis	1,018	87.0
4	Influenza N.E.	1,176	100.3	Influenza N.E.	1,084	90.9	Bronquiolitis aguda N.E.	769	65.7
5	Escabiosis	863	73.6	Escabiosis	1,076	90.2	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus N. E.	688	58.8
6	Dermatitis N.E.	777	66.3	Faringitis aguda	782	65.6	Dermatitis de Pañal	600	51.3
7	Rinitis alérgica N.E.	730	62.3	Dermatitis N.E.	742	62.2	Anemia de tipo N.E.	596	50.9
8	Asma N.E.	714	60.9	Dermatitis de Pañal	675	56.6	Obesidad N.E.	582	49.7
9	Faringitis aguda	705	60.1	Pioderma	649	54.4	Ictericia neonatal N.E.	573	49.0
10	Anemia N.E.	627	53.5	Anemia N.E.	642	53.8	Otras dermatitis	572	48.9
No.	AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa	ENFERMEDAD	No.	Tasa
1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	7112	606.7	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	5987	501.9	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	6347	505.0
2	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	1523	129.9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	1843	154.5	Gastroenteritis y Colitis de Origen no Especificado	1057	90.3
3	Escabiosis	1008	86.0	Bronquiolitis aguda, no especificada	955	80.1	Bronquitis Aguda, no especificada	877	74.9
4	Bronquitis Aguda, no especificada	851	72.6	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	734	61.5	Influenza con otras manifestaciones respiratorias	683	58.4
5	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	786	67.1	Escabiosis	725	60.8	Escabiosis	501	42.8
6	Dermatitis, no especificada	562	47.9	Ictericia neonatal, no especificada	469	39.3	Dermatitis, no especificada	432	36.9
7	Anemia N.E.	557	47.5	Dermatitis, no especificada	468	39.2	Faringitis Aguda, no especificada	411	35.1
8	Dermatitis del Pañal	556	47.4	Faringitis aguda, no especificada	386	32.4	Ictericia Neonatal, no especificada	372	31.8
9	Ictericia neonatal N.E.	507	43.3	Dermatitis atópica, no especificada	352	29.5	Dermatitis del Pañal	347	29.7
10	Pioderma	451	38.5	Dermatitis del pañal	349	29.3	Otras Infecciones Agudas de Sitios Múltiples	311	26.6

a/ por 100,000 habitantes

NP/RC

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

La captación del recién nacido sufrió un aumento de 8.2% en el primer quinquenio 1994-1998, desde 54.4% a 62.4% respectivamente. En el siguiente quinquenio 1999-2003 la tendencia al incremento se mantuvo cerrando con 79.3%. Durante el quinquenio 2004-2008 se apreció un incremento en los dos primeros años, para luego descender hasta 70% en el 2008, descenso que se mantiene hasta el año 2013 donde se estimó la captación de recién nacido en 56.5%, con un ligero incremento en el 2014, para descender nuevamente en el 2015.



Cabe destacar que al analizar el comportamiento por área sanitaria o instalación de salud se observan algunas cifras por encima del 100% lo cual nos indica un problema de registro y desagregación del dato, ya que estos son indicadores que relacionan la atención dispensada versus la población de responsabilidad, por lo que el máximo a lograr es el 100%. (ver anexo 1 tabla No.7). No se pudo estimar la captación del recién nacido para instalaciones como el Centro de Salud de Felipillo y la MINSACAPSI de Las Garzas, ya que este es un indicador cuyo denominador son los nacidos vivos y este dato se consigna por corregimiento y en estos dos casos los nacimientos fueron adscritos al corregimiento de Pacora en el caso de la MINSACAPSI de las Garzas y al corregimiento de 24 de diciembre en el caso del Centro de Salud de Felipillo.

Los centros de salud con elevada captación del recién nacido fueron San Felipe, Santa Ana, Río Abajo, Las Mañanitas y 24 de diciembre. Las instalaciones que reportaron las cifras más bajas fueron Boca La caja, Juan Díaz y Taboga. (ver anexo 1 tabla No. 7)

La cobertura de Crecimiento y Desarrollo en el menor de un año ha mostrado un comportamiento irregular durante el período, presentando cifras desde 77.6% en años en 1994 hasta 89.7% en el año 2001, y descendiendo a 46.2% en el 2006, volviendo a aumentar a 63.7% en el 2008 y descender para situarse en 60.6% en el 2013. Al igual que con la captación del recién nacido hubo instalaciones durante el periodo que reportaron cifras mayores al 100% intermitentemente, lo que nos hace pensar en dificultades de registro y desagregación poblacional, es decir no reportar adecuadamente los pacientes “fuera de área”, que corresponden a los que provienen de otros Centros de Salud y los clasificados como “fuera de responsabilidad”, que corresponden a los que provienen de otras regiones de salud. (ver anexo 1 tabla No. 8)

En términos generales, tanto la captación de recién nacido como la cobertura de atención del menor de un año muestran una tendencia al descenso a lo largo del período estudiado, tal como se aprecia en la grafica No. 5. Es importante señalar aquí, que durante los últimos diez años se viene dando la pérdida sistemática de recurso humano especializado en esta área por diferentes causas, entre las que contamos: jubilaciones, renuncias, fallecimientos, etc.

La concentración de la atención es un indicador que nos permite vislumbrar el cumplimiento de los parámetros programáticos. En el menor de un año, esta ha mostrado un comportamiento irregular, desde 10.7 controles en el año 1994 (según datos que reposan en planes operativos y análisis de la época) hasta 8.0 en el año 1999, a partir de aquí se inicia un descenso algo irregular hasta el año 2063 donde la concentración se estimó en 2.3 controles. Las instalaciones que mantuvieron concentraciones por debajo de cinco fueron el Centro de Salud Emiliano Ponce y el Centro de Salud de Paraíso.

Al analizar la causa de la consulta por morbilidad en el menor de un año, encontramos que las infecciones respiratorias altas ocuparon el primer lugar desde el año 2001 hasta el 2013, con tasas de 111.6/1,000 habitantes y 573.1/1,000 habitantes respectivamente. La Enfermedad diarreica ocupó el segundo lugar ininterrumpidamente desde el año 2006 cuando reportaba una tasa de 129.1/1,000 habitantes aumentando a 147.8/1,000 habitantes en el 2010, disminuyendo a 125.2/1,000 habitantes, pero manteniéndose en la segunda posición. La anemia no especificada y la obesidad se encontraron entre las patologías más frecuentes, ocupando sendos lugares entre las diez primeras causas de morbilidad. (ver anexo 1 tabla No.10)

En el último quinquenio, el comportamiento diferenciado por Centro de Salud ha sido irregular para mucho de ellos. Es destacable que el Centro de Salud de Tocumen ha presentado la cobertura más baja, conjuntamente con el Centro de Salud de Las Mañanitas.

La cobertura de atención para el niño de 1 a 4 años se mantuvo baja a pesar de los esfuerzos realizados por los equipos locales, es llamativo como al llegar al año de edad la asistencia a los controles de salud muestra un marcado descenso. El promedio de la cobertura durante el periodo se estimó en 20%, muy lejos de los parámetros normados en el programa. El punto de inflexión más bajo se estimó en el año 2007 con 15.2%, subiendo hasta 20.7% en el año 2010, descendiendo el siguiente año a 16.8%, pero volviendo a aumentar hasta 19.1% en el 2013, tal como se muestra en la gráfica 5.

Para los niños de 1 a 4 años, la concentración de la atención se comporta de manera diferente, ya que, al presentar coberturas de atención bajas, la concentración también es baja, manteniéndose por debajo de 3 controles para toda el área metropolitana en general. A lo largo de los años observamos que hubo instalaciones que presentaron concentraciones por encima de la estimada para la región metropolitana de salud, superando muchas veces los cinco controles, lo cual evidencia el esfuerzo particular que cada equipo de salud realiza para cumplir las metas trazadas. (ver anexo 1 tabla No.9)

En el grupo de 1 a 4 años, las infecciones respiratorias altas (resfriado común o rinofaringitis) ocuparon el primer lugar de las causas de atención por morbilidad, evolucionando de 41.3/1,000 habitantes en el año 2001 a 198.1/1,000 habitantes en el 2013. La diarrea y gastroenteritis ocupó la segunda posición desde el año 2003, cuando presentaba una tasa de 57.7/1,000 habitantes, incrementando la tasa paulatinamente sin desplazarse de la segunda posición y alcanzando cifras de 133.5/1,000 habitantes en el 2011. En términos generales, el tercer lugar ha sido ocupado por la Influenza hasta el año 2009, siendo desplazada por la faringitis aguda (46.2/1,000 hab.) en el año 2010. (TABLA No.9)

El bajo peso al nacer² ha aumentado de 9.4% en el año 2005 a 10.5% en el año 2009. Los datos nos indican que la desnutrición moderada y severa en niños menores de 5 años tiende a disminuir. En el año 2007 fue de 3.1% y en el año 2010 fue de 2.2%. En menores de 5 años se ha observado un aumento de la cobertura de estos grupos por el Programa de Alimentación Complementaria. Del 2005 al 2013 el cumplimiento de entrega del cereal del PAC ha sido constante, lo que podría ser importante para la mejoría del estado nutricional de esta población.

² Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de provisión de servicios. RMS. Marzo 2011.

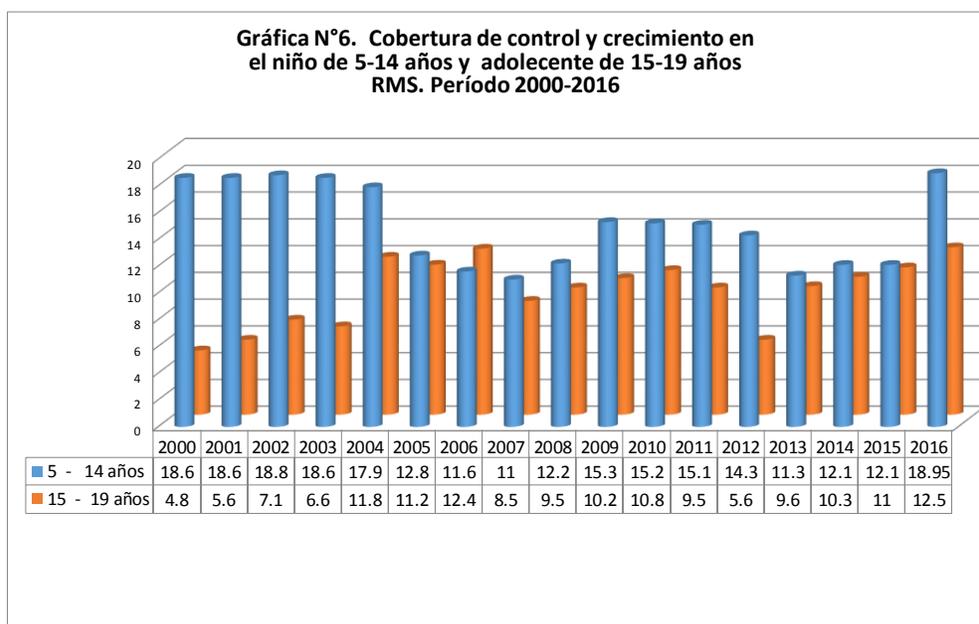
TABLA No. 9									
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD									
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD									
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE 1 A 4 AÑOS, PERÍODO 2005 - 2016									
No.	AÑO 2005			AÑO 2006			AÑO 2007		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Infecc. Aguda de vías areas	7,691	171.0	Resfriado común	7,051	155.5	Resfriado común	6,544	142.2
2	Diarrea y gastroenteritis	2,112	47.0	Enfermedad Diarreica	2,514	55.4	Enfermedad Diarreica	2,246	48.8
3	Enf. Crónica de las vías respiratorias.	1,818	40.4	Influenza	1,697	37.4	Influenza	1,218	26.5
4	Influenza	1,477	32.8	Asma N.E.	1,049	23.1	Asma N.E.	1,187	25.8
5	Dermatitis y eczema	972	21.6	Desnutrición leve	985	21.7	Pioderma	1,159	25.2
6	Anemia N.E.	706	15.7	Pioderma	952	21.0	Desnutrición leve	1,070	23.2
7	Traumatismos, envenenamientos y causas externas	577	12.8	Anemia N.E.	918	20.2	Faringitis aguda	979	21.3
8	Desnutrición	625	13.9	Faringitis aguda	796	17.6	Anemia N.E.	915	19.9
9	Otras infecciones respiratorias sup.	469	10.4	Bronquitis N.E.	586	12.9	Otras infecciones agudas de vías respiratorias	757	16.4
10	Micosis	451	10.0	Otras infecciones agudas de vías resp.	457	10.1	Bronquitis N.E.	623	13.5
No.	AÑO 2008			AÑO 2009			AÑO 2010		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Resfriado común	7,885	170.0	Resfriado común	7,680	167.0	Resfriado común	11,757	255.7
2	Enfermedad Diarreica	2,544	54.9	Enfermedad Diarreica	2,603	56.6	Enfermedad Diarreica	3,577	77.8
3	Influenza	1,713	36.9	Influenza	1,473	32.0	Faringitis aguda N.E.	2,125	46.2
4	Asma N.E.	1,490	32.1	Asma N.E.	1,379	30.0	Influenza	1,785	38.8
5	Pioderma	1,367	29.5	Faringitis aguda	1,328	28.9	Otras Infecciones agudas de vías respiratorias sup	1,687	36.7
6	Caries dental	1,249	26.9	Desnutrición leve	1,323	28.8	Asma N.E.	1,648	35.8
7	Desnutrición leve	1,247	26.9	Pioderma	1,231	26.8	Pioderma	1,576	34.3
8	Faringitis aguda	1,187	25.6	Otras infecciones agudas de vías respiratorias	923	20.1	Dermatitits atopica, N.E.	1,490	32.4
9	Anemia N.E.	1,042	22.5	Anemia N.E.	882	19.2	Bronquitis, N.E.	1,063	23.1
10	Otras infecciones agudas de vías respiratorias	886	19.1	Bronquitis N.E.	652	14.2	Impetigo (cualquier sitio anatomico)	928	20.2
No.	AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis aguda	12,432	270.3	Rinofaringitis aguda	12,428	259.5	Rinofaringitis aguda	9,556	198.9
2	Diarrea y gastroenteritis	6,143	133.5	Diarrea y gastroenteritis	5,856	122.3	Diarrea y gastroenteritis	3,331	69.3
3	Otras Infecciones agudas de vías respiratorias sup	3,126	68.0	Otras Infecciones agudas de vías respiratorias sup	3,070	64.1	Otras infecciones de la piel y tejido subcutáneo	2,084	43.4
4	Asma N.E.	3,099	67.4	Pioderma	2,514	52.5	Asma N.E.	1,385	28.8
5	Pioderma	2,697	58.6	Asma N.E.	2,510	52.4	Infecciones agudas de vías resp. Sup., de sitios múltiples o N.E.	1,271	26.4
6	Faringitis aguda N.E.	2,160	47.0	Faringitis aguda N.E.	2,328	48.6	Escabiosis	1,152	24.0
7	Influenza	1,813	39.4	Influenza	1,836	38.3	Influenza N.E.	924	19.2
8	Bronquitis, N.E.	1,041	22.6	Escabiosis	1,171	24.5	Desnutrición leve	887	18.5
9	Amigdalitis	960	20.9	Desnutrición leve	1,038	21.7	Anemia N.E.	815	17.0
10	Impetigo (cualquier sitio anatomico)	953	20.7	Anemia N.E.	886	18.5	Impetigo	747	15.5
No.	AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	9,821	213.5	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	8,274	172.8	Rinofaringitis Aguda	10,071	209.6
2	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	3,701	80.5	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	2,466	51.5	Gastroenteritis y colitis de origen no determinado	2,940	61.2
3	Pioderma	1,894	41.2	Pioderma	1,493	31.2	Otras infecciones agudas de sitios multiples	1,360	28.3
4	Faringitis Aguda, no especificada	1,402	30.5	Faringitis Aguda, no especificada	1,336	27.9	Faringitis Aguda, no especificada	1,301	27.1
5	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	1,239	26.9	Otras infecciones agudas de sitios multiples, asma, no especificada	1,318	27.5	Asma, no especificada	1,142	23.8
6	Asma, no especificada	1,190	25.9	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	1,220	25.5	Influenza con otras manifestaciones respiratorias	1,052	21.9
7	Otras infecciones agudas de sitios multiples	1,187	25.8	Asma, no especificada	1,141	23.8	Pioderma	897	18.7
8	Escabiosis	1,104	24.0	Escabiosis	906	18.9	Escabiosis	683	14.2
9	Impetigo (cualquier sitio anatomico)	821	17.8	Impetigo (cualquier sitio anatomico)	581	12.1	Bronquitis, no especificado como aguda o crónica	581	12.1
10	Anemia de tipo no especificado	703	15.3	Dermatitis, no especificada	580	12.1	Anemia de tipo no especificado	555	11.5

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

NPRC

c.2.2.- SALUD EN EL GRUPO DE CINCO AÑOS Y MÁS

La grafica No. 6 muestra claramente, que, en las edades de 5 a 19 años, la asistencia a los controles de salud disminuye marcadamente, ya que las coberturas para el niño de 5 a 14 años de edad, a lo largo de los años se mantienen entre 18% y 15.6%, siendo los años que menor cobertura reportaron 2006 y 2007 con una cobertura de 11%. A diferencia de lo que ocurre con el adolescente 15 a 19 años, donde la cobertura muestra un ascenso paulatino desde 4.8% en el año 2000 hasta 10.2% en el año 2009, disminuyendo nuevamente a 5.6% en el 2012. Apartir del 2013 inicia un incremento desde 9.6% hasta el 2016 con 12.5%.



Al analizar las coberturas de controles de salud en los niños de 5 a 14 años por instalación, encontramos que solamente el Centro de Salud de San Felipe reportó cifras de coberturas superiores a 50% durante los años analizados, incrementando sus cifras sostenidamente, para el año 2013 la cobertura de atención del niño entre 5 a 14 años fue 85.2%. El resto de las instalaciones presentó un comportamiento irregular en cuanto a la cobertura. No obstante podemos resaltar que las coberturas más bajas para el año 2013 las presentaron Curundú, Boca La Caja, Tocumen y Felipillo. El Centro de Salud de Las Mañanitas que en el año 2000 presentó cifras de cobertura en 38.7%, disminuyó drásticamente a 2.2% en el 2001, a partir de este año se observa un incremento paulatino de sus cifras de cobertura hasta 18.1% en el año 2010 (ver anexo 1 tabla No.12)

TABLA No. 10												
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD												
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD												
TASA(a) DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE 5 A 9 AÑOS, PERÍODO 2006 - 2016												
No.	ANO 2006			ANO 2007			ANO 2008			ANO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa									
1	Resfriado común	3415	62.7	Caries dental	7,009	126.5	Caries dental	8,660	154.2	Resfriado común	3,114	55.4
2	Influenza	1,034	19.0	Resfriado común	2,431	43.9	Resfriado común	3,196	56.9	Enfermedad Diarreica	828	14.7
3	Caries limitada al esmalte	957	17.6	Necrosis de la pulpa	953	17.2	Depositos o acreciones en los dientes	1,367	24.3	Influenza	813	14.5
4	Otros procedimientos	745	13.7	Enfermedad Diarreica	715	12.9	Necrosis de la pulpa	1,073	19.1	Otras infecciones agudas de vias respiratorias	786	14.0
5	Enfermedad Diarreica	717	13.2	Anomalia de la posición de los dientes	706	12.7	Anomalia de la posición de los dientes	1,035	18.4	Faringitis N.E.	739	13.2
6	Visión subnormal del ojo	649	11.9	Influenza	679	12.3	Asma N.E.	928	16.5	Otros trastornos funcionales del parpado	561	10.0
7	Faringitis aguda	578	10.6	Otras infecciones agudas de vias respiratorias	652	11.8	Hipermotropia	911	16.2	Trastornos de las habilidades escolares	531	9.5
8	Caries de la dentina	448	8.2	Depositos o acreciones en los dientes	544	9.8	Influenza	811	14.4	Asma N.E.	528	9.4
9	Pioderma	440	8.1	Pioderma	509	9.2	Enfermedad Diarreica	790	14.1	Pioderma	513	9.1
10	Gingivitis aguda	438	8.0	Gingivitis crónica	508	9.2	Faringitis aguda	749	13.3	Anemia N.E.	496	8.8
No.	ANO 2010			ANO 2011			ANO 2012			ANO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa									
1	Rinofaringitis aguda	4,342	766.7	Rinofaringitis aguda	3,360	589.7	Rinofaringitis aguda	4,028	680.8	Rinofaringitis aguda	3,117	516.8
2	Otras infecciones agudas de vias respiratorias	1,264	22.3	Diarrea y gastroenteritis	1,750	307.2	Diarrea y gastroenteritis	1,564	264.3	Diarrea y gastroenteritis	917	152.0
3	Diarrea y gastroenteritis	1,114	19.7	Otras infecciones agudas de vias respiratorias	1,475	258.9	Otras infecciones agudas de vias respiratorias	1,410	238.3	Pioderma	901	149.4
4	Influenza	1,086	19.2	Pioderma	1,109	194.6	Pioderma	1,041	175.9	Otras infecciones agudas de vias respiratorias	715	118.5
5	Faringitis N.E.	1,082	19.1	Faringitis Aguda N.E.	936	164.3	Faringitis Aguda N.E.	983	166.1	Faringitis aguda N.E.	700	116.0
6	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares N.E.	719	12.7	Asma N.E.	822	144.3	Influenza	809	136.7	Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar	612	101.5
7	Pioderma	668	11.8	Influenza	748	131.3	Asma N.E.	702	118.6	Escabiosis	569	94.3
8	Amigdalitis aguda N.E.	553	9.8	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares N.E.	675	118.5	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares N.E.	529	89.4	Asma N.E.	497	82.4
9	Asma N.E.	549	9.7	Amigdalitis aguda N.E.	509	89.3	Escabiosis	524	88.6	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares N.E.	492	81.6
10	Trastorno de la conducta N.E.	519	9.2	Varicela	481	84.4	Amigdalitis aguda N.E.	519	87.7	Influenza con neumonia, virus no especificado	481	79.7
No.	ANO 2014			ANO 2015			ANO 2016			ANO 2017		
	ENFERMEDAD	No.	Tasa									
1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	8,130	143.6	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	2,802	491.8	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	3,507	592.7			
2	Infección de Vías urinarias	628	11.1	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	737	129.4	Gastroenteritis y Colitis de Origen no especificado	977	165.1			
3	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	553	9.8	Faringitis Aguda, no especificada	678	119.0	Otras Infecciones Agudas de Sitios Múltiples	754	127.4			
4	Amenorrea N.E.	381	6.7	Otras infecciones agudas de sitios multiples no espec.	644	113.0	Faringitis Aguda, no especificada	691	116.8			
5	Rinofaringitis aguda	343	6.1	Pioderma	529	92.8	Asma, no especificado	499	84.3			
6	Influenza con otras manifestaciones respiratorias	331	5.8	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	512	89.9	Influenza con otras manifestaciones respiratorias	483	81.6			
7	Obesidad N.E.	316	5.6	Asma, no especificada	442	77.6	Pioderma	392	66.3			
8	Gastritis N.E.	316	5.6	Escabiosis	441	77.4	Desnutrición Proteínocalórica, no especificada	382	64.6			
9	Otras Infecciones Agudas de Sitios Múltiples	270	4.8	Amigdalitis aguda, no especificada	352	61.8	Escabiosis	353	59.7			
10	Vaginitis aguda	246	4.3	Obesidad, no especificada	297	52.1	Obesidad, no especificada	324	54.8			

a/ 1,000 Habitantes

N/PRC

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

TABLA No. 11												
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD												
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION - SECCION DE ANALISIS DE SITUACION Y TENDENCIA DE SALUD												
TASA (a) DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE 10 A 14 AÑOS, PERIODO 2006 -2016												
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Resfriado común	1,196	22.9	Caries dental	3,260	61.0	Caries dental	4,650	84.7	Resfriado común	1,277	23.1
2	Caries limitada al esmalte	511	9.8	Gingivitis crónica	741	13.9	Resfriado común	1,124	20.5	Influenza	521	9.4
3	Influenza	462	8.8	Necrosis de la pulpa	937	17.5	Depositos o acreciones en los dientes	1,073	19.5	Enfermedad Diarreica	471	8.5
4	Otros procedimientos	311	5.9	Anomalia de la posición de los dientes	387	7.2	Hipermetropia	850	15.5	Faringitis N.E.	467	8.5
5	Enfermedad Diarreica	291	5.6	Gingivitis aguda	344	6.4	Anomalia de la posición de los dientes	594	10.8	Obesidad	452	8.2
6	Visión subnormal del ojo	285	5.5	Influenza	325	6.1	Necrosis de la pulpa	540	9.8	Otras infecciones agudas de vías respiratorias	421	7.6
7	Faringitis aguda	281	5.4	Enfermedad Diarreica	322	6.0	Gingivitis aguda	435	7.9	Otros trastornos funcionales del parpado	328	5.9
8	Caries de la dentina	277	5.3	Faringitis aguda	270	5.0	Enfermedad Diarreica	393	7.2	Trastornos de las habilidades escolares	322	5.8
9	Gingivitis aguda	269	5.1	Obesidad	198	3.7	Influenza	376	6.8	Infección viral N.E.	290	5.2
10	Depositos en los dientes	210	4.0	Asma N.E.	184	3.4	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	337	6.1	Trastornomo de conducta	269	4.9
No.	AÑO 2010			AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis aguda	1,521	270.3	Rinofaringitis aguda	1,193	208.8	Rinofaringitis aguda	1,482	250.3	Rinofaringitis aguda	1,205	198.2
2	Otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores	665	11.8	Diarea y gastroenteritis	874	153.0	Diarea y gastroenteritis	725	122.5	Diarea y gastroenteritis	497	81.8
3	Diarea y gastroenteritis	599	10.6	Infecciones agudas de otros sitios no especificados	765	133.9	Infecciones agudas de otros sitios no especificados	697	117.7	Infecciones agudas de otros sitios no especificados	419	68.9
4	Influenza	594	10.6	Faringitis aguda N.E.	516	90.3	Faringitis aguda N.E.	549	92.7	Faringitis aguda N.E.	397	65.3
5	Faringitis aguda N.E.	523	9.3	Pioderma	441	77.2	Pioderma	436	73.6	Pioderma	377	62.0
6	Obesidad N.E.	500	8.9	Obesidad N.E.	422	73.9	Influenza	428	72.3	Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar	330	54.3
7	Asma N.E.	351	6.2	Infección de vía urinarias	387	67.7	Asma N.E.	332	56.1	Obesidad N.E.	262	43.1
8	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares N.E.	335	6.0	Influenza	379	66.3	Infección de vía urinarias	331	55.9	Infección de vía urinarias	256	42.1
9	Trastorno de la conducta N.E.	320	5.7	Asma N.E.	375	65.6	Obesidad N.E.	324	54.7	Influenza	254	41.8
10	Amigdalitis aguda N.E.	264	4.7	Desnutrición No Especifica	364	63.7	Desnutrición No Especifica	298	50.3	Escabiosis	251	41.3
No.	AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	1,137	20.2	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	1,022	178.9	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	1,234	208.4			
2	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	642	11.4	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	430	75.3	Gastroenteritis y Colitis de Origen no especificado	454	76.7			
3	Otras Infecciones Agudas de Sitios Múltiples	414	7.4	Faringitis Aguda, no especificada	343	60.0	Otras Infecciones Agudas de Sitios Múltiples	349	58.9			
4	Faringitis Aguda, no especificada	403	7.2	Obesidad, no especificada	335	58.6	Faringitis Aguda, no especificada	331	55.9			
5	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	327	5.8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples no espec.	312	54.6	Obesidad, no especificada	285	48.1			
6	Pioderma	314	5.6	Pioderma	249	43.6	Influenza con otras manifestaciones	231	39.0			
7	Obesidad N.E.	286	5.1	Escabiosis	209	36.6	Asma, no especificada	202	34.1			
8	Infección de Vías Urinarias, no especificada	258	4.6	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	209	36.6	Dermatitis, no especificada	183	30.9			
9	Escabiosis	245	4.4	Asma, no especificada	196	34.3	Infección de Vías Urinarias, no especificada	152	25.7			
10	Amigdalitis aguda N.E.	234	4.2	Infección de vías urinarias, no especificada	170	29.8	Escabiosis	69	11.7			

a/ 1,000 Habitantes

NPRC

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

TABLA No. 12												
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD												
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD												
TASA (a/) DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, PERÍODO 2006 - 2016												
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Resfriado Común	797	14.0	Caries dental	3,517	61.5	Caries dental	4,768	83.2	Afecciones del embarazo	908	16.3
2	Caries de la dentina	602	10.6	Depositos en los dientes	1,027	18.0	Depositos en los dientes	1,704	29.7	Resfriado Común	715	12.8
3	Infección de vías urinarias	533	9.4	Gingivitis cronica	766	13.4	Gingivitis cronica	889	15.5	Infección de vías urinarias	559	10.0
4	Influenza	515	9.0	Resfriado Común	590	10.3	Resfriado Común	764	13.3	Enfermedad Diarreica	443	7.9
5	Caries limitada al esmalte	496	8.7	Gingivitis aguda	447	7.8	Infección de vías urinarias	590	10.3	Influenza	440	7.9
6	Depositos en los dientes	394	6.9	Necrosis de la pulpa	430	7.5	Gingivitis aguda	566	9.9	Amenorrea	294	5.3
7	Vaginitis aguda	374	6.6	Influenza	417	7.3	Necrosis de la pulpa	452	7.9	Faringitis	290	5.2
8	Gingivitis cronica	335	5.9	Vaginitis aguda	386	6.8	Influenza	413	7.2	Vaginitis aguda	277	5.0
9	Desnutrición en el embarazo	309	5.4	Amenorrea	281	4.9	Enfermedad Diarreica	380	6.6	Otras infecciones de sitios múltiples	269	4.8
10	Diarrea y gastroenteritis	288	5.1	Diarrea y gastroenteritis	280	4.9	Vaginitis aguda	360	6.3	Obesidad N.E.	242	4.3
No.	AÑO 2010			AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Caries dental	5,386	97.0	Infección de vías urinarias N.E.	956	16.7	Infección de vías urinarias N.E.	1,221	21.3	Rinofaringitis aguda	600	10.7
2	Depositos en los dientes	1,664	30.0	Rinofaringitis aguda	879	15.4	Rinofaringitis aguda	969	16.9	Infección de vías urinarias N.E.	657	11.8
3	Gingivitis cronica	1,229	22.1	Diarrea y gastroenteritis	786	13.7	Diarrea y gastroenteritis	701	12.2	Diarrea y gastroenteritis	502	9.0
4	Rinofaringitis aguda	983	17.7	Infección N.E. de vías urinarias en el embarazo	594	10.4	Otras infecciones de sitios múltiples	450	7.9	Gastritis N.E.	383	6.9
5	Necrosis de la pulpa	679	12.2	Infecciones genital del embarazo	545	8.5	Amenorrea N.E.	420	7.3	Amenorrea N.E.	371	6.6
6	Gingivitis aguda	601	10.8	Gastritis N.E.	484	7.3	Influenza	395	6.9	Faringitis aguda N.E.	288	5.2
7	Infección de vías urinarias	582	10.5	Otras infecciones de sitios múltiples	417	7.1	Gastritis N.E.	392	6.8	Influenza	284	5.1
8	Influenza	552	9.9	Faringitis aguda N.E.	407	7.1	Faringitis aguda N.E.	382	6.7	Obesidad N.E.	265	4.7
9	Diarrea y gastroenteritis	531	9.6	Amenorrea N.E.	404	6.2	Vaginitis aguda	305	5.3	Otras infecciones de sitios múltiples	245	4.4
10	Vaginitis aguda	391	7.0	Influenza	357	# IREF!	Obesidad N.E.	287	5.0	Vaginitis aguda	243	4.4
No.	AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	813	14.6	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	718	12.9	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	954	16.7			
2	Infección de vías urinarias, no especificada	628	11.3	Infección de vías urinarias, no especificada	569	10.2	Infección de Vías Urinarias, sitio no esp.	513	9.0			
3	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	553	10.0	Amenorrea, sin otra especificación	381	6.9	Gastroenteritis y colitis de Origen no determinado	501	8.7			
4	Amenorrea, sin otra especificación	381	6.9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	368	6.6	Amenorrea, Sin otra especificación	351	6.1			
5	Faringoamigdalitis	343	6.2	Obesidad, no especificada	304	5.5	Obesidad, no especificada	320	5.6			
6	Influenza con otras manifestaciones	331	6.0	Gastritis, no especificada	292	5.3	Faringoamigdalitis	305	5.3			
7	Obesidad, no especificada	316	5.7	Faringitis Aguda, no especificada	258	4.6	infección de Vías Urinarias, sitio no esp.	265	4.6			
8	Gastritis, no especificada	316	5.7	Otras infecciones agudas de sitios múltiples no espec.	230	4.1	Gastritis, no especificada	256	4.5			
9	Otras infecciones agudas de sitios múltiples no espec.	270	4.9	Vaginitis aguda	205	3.7	Influenza con otras manifestaciones	240	4.2			
10	Vaginitis Aguda	246	4.4	Influenza con otras manifestaciones respiratoria	190	3.4	Vaginitis Aguda	223	3.9			

a/ 1,000 Habitantes

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

N/PRC

Sin embargo, la morbilidad sí se desglosa por el grupo de edad de 5 a 9 años, donde la principal causa de consulta por morbilidad fue el resfriado común, que presentó una tasa de 516.8/1,000 habitantes en el 2013. En términos generales las afecciones respiratorias representaron un importante rubro de morbilidad al tener 5 de las 10 posiciones en las “Diez principales causas de morbilidad atendida.” Llama la atención que, en los años 2006, 2007 y 2008, las afecciones dentales ocuparan varias posiciones. En el año 2007 la caries dental presentó una tasa de 126.5/1,000 habitantes y en el 2008 154.2/1,000 habitantes, ocupando el primer lugar durante estos años (ver anexo 1 tabla No. 10).

c.3.- SALUD EN EL ADOLESCENTE

Los adolescentes constituyen el grupo comprendido entre 10-19 años y abarcan el 17.1% de la población total. El sistema de información recoge los datos sobre coberturas agrupando niños de 5 a 9 años y adolescentes de 10 a 14 años, ubicándoles como niños de 5 a 14 años, por lo que el análisis de la cobertura se hizo conjunto al no tener cifras desagregadas por estos grupos de edad. Hay que tomar en cuenta que a partir de los 10 años se inicia el proceso de la adolescencia, durante el cual los chicos sufren cambios que los diferencian sustancialmente de los niños hasta 9 años. Sin embargo, las causas de atención por morbilidad si se encontraron desagregadas por estos grupos. Las coberturas de crecimiento y desarrollo en los adolescentes de 15 a 19 años de acuerdo con la instalación que realizó la atención, se observan cifras bajas durante todo el periodo, sin llegar a sobrepasar el 12% (Gráfica No.6).

Tabla No. 13 Región Metropolitana de Salud. Estimación de la población adolescente según edad en el período 2009-2016

Edad/Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
10 - 14	55,242	56,272	57,128	59,204	60,787	61199	59070	59451
15 - 19	55,827	55,521	55,600	58,012	58,958	52752	60382	60031
Total	111,069	111,793	112,728	117,216	119,745	113951	119452	119482

Fuente: Coordinación del programa de adolescente

Al revisar la morbilidad por grupo de edad nos percatamos que la segregación por edad es diferente de la agrupación para emitir los indicadores, lo que dificulta el análisis. La caries dental ocupó el primer lugar en tres de los cinco años comparados (2006-2010), de igual forma otras patologías dentales se situaron entre las más frecuentes. Este hecho nos parece consecuencia de los registros, por lo que se hace necesario una revisión más exhaustiva utilizando la herramienta CIE-10.

TABLA No. 14



Ministerio de Salud
Sistema Regional de Salud Metropolitana
Sección de Epidemiología/PAI



Principales Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes de la Región Metropolitana
Años Comparativos 2005 al 2010

Causas Frecuentes	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Papiloma Virus	194	126	163	138	95	91
Candidiasis no Especificada	0	0	0	0	0	42
Vaginitis, Vulvitis y Vulvovaginitis	10	42	51	52	35	487
Trichomonas Urogenital	0	0	0	0	0	15
Sífilis	28	21	27	17	33	37
Infección Gonocócica	47	28	42	26	31	26
VIH/SIDA	7	5	1	2	3	4
Changro	0	2	0	0	0	0
TOTAL	286	224	284	235	197	702

*Fuente: Informe Anual de Estadística/RMS

En el grupo de 10 a 14 años se presentó un panorama similar al grupo anterior, ya que el resfriado común ocupó el primer lugar en los años 2006, 2009 y 2010 con 22.9/1,000 hab., 23.1/1,000 hab. y 27/1,000 hab. respectivamente; la caries dental ocupó el primer lugar en los años 2007 y 2008 con 61/1,000 hab. y 84.7/1,000 hab. Las afecciones dentales ocuparon un sitio preponderante en la morbilidad durante el periodo con patologías como: gingivitis crónica y aguda, necrosis de la pulpa, anomalía de la posición de los dientes, entre otras. Para el año 2010 no hay reportes de patologías dentales ubicadas entre las más frecuentes (ver anexo 1 tabla No.11).

La tabla No.14³ presenta las principales infecciones de transmisión sexual en los adolescentes, en el periodo 2005 a 2010, en el cual se aprecia que la infección por Virus de papiloma humano ha sido la más frecuente, seguida de la infección gonocócica y de la Sífilis sin otra especificación. Estas dos últimas presentan un comportamiento irregular con aumentos y descensos a lo largo del período, sin embargo, la infección por virus del papiloma humano (IVPH) evidencia una tendencia a la disminución en cuanto al número de casos. Llama poderosamente la atención que el reporte de casos de algunas patologías fue cero hasta el año 2010 cuando reportaron casos, como, por ejemplo: Tricomoniasis urogenital con 15 casos, Candidiasis no específica con 42 casos y Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis con 487 casos. Esto a su vez implica un incremento notorio en el número de casos totales por ITS desde 286 en el año 2005 a 702 en el año 2010.

Tabla No. 15




MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA/PAI
PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO
2005-2010

AÑOS	TOTALES	EDAD			
		10-14 AÑOS		15 -19 AÑOS	
		SEXO			
		M	F	M	F
2005	286	2	7	57	220
2006	224	1	10	31	182
2007	284	4	15	53	212
2008	235	2	9	36	188
2009	195	0	6	46	145
2010	702	5	84	42	571
TOTAL	1926	14	131	265	1518

*Fuente: Informe Anual de Estadística/RMS

Al evaluar la afectación según el grupo de edad a lo largo del periodo, resalta que el grupo que más casos presentó fueron los adolescentes de 15 a 19 años con el 92% acumulado durante el período. El sexo femenino representó el 85% de todos los casos, siendo la mayoría reportados en edades entre los 15 y 19 años.

³Tomado del Informe de Análisis de Situación Regional de Provisión de Servicios. Coordinadora Dra. Xiomara Santana

Tabla No. 16



MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA/PAI



DOSIS DE VACUNAS DE V.P.H. EN NIÑAS DE 10 AÑOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

AÑO	POBLACIÓN	1RA DOSIS	2DA DOSIS	3RA DOSIS	% COBERTURA
	Fem-10 años				
*2008	5582	**2300	720	0	41.2**
2009	5475	4418	4172	2389	43.6
2010	5583	6127	5066	3299	59.0
Total de Dosis		10545	9958	5688	

Fuente: * Se inició la vacunación de VPH, en noviembre de 2008, en la población de niñas de 10 añoscautivas en las escuelas logrando cobertura de acceso a la vacuna de 41,2% (1ra Dosis).

El Ministerio de Salud en el año 2008 incluyó en el esquema nacional de vacunación a las niñas de 10 años con la vacuna contra el VPH, observando que en tres años de aplicación se han alcanzado coberturas de 59%.

TABLA No.17

REGION METROPOLITANA DE SALUD

INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE PERIODO 2005 AL 2010

INDICADOR	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19
Porcentaje de adolescentes con vida sexual activa	0.02	1.3	0.03	1.2	0.03	1.6	0.04	1.7	0.04	2.05	0.03	2.1
Cobertura de Toma de PAP	0.38	9.1	0.42	11.5	0.2	8.0	0.19	7.8	0.28	8.4	0.3	8.4
Cobertura de atención odontológica	17.5	15.1	16.8	17	20.2	22.2	20.5	15.5	20.8	17.5	16.8	18.3
Impacto de atención odontológica	25	19.9	26	14.2	26	20.6	22	16.9	29	17.2	31	19.5
Porcentaje de actividades preventivas de odontología	6.8	8.7	6.9	9.1	6.5	8.5	6.9	8.3	6.4	8.9	6.9	8.5
Porcentaje de actividades curativas	6.5	12.9	5.9	13.5	6.0	12.3	6.5	11.6	6.4	11.6	6.9	12.7
Concentración de la atención odontológica	1.2	1.4	1.2	1.4	1.2	1.4	1.2	1.4	1.2	1.4	1.2	1.4

Fuente: Informe de Análisis Situacional de Salud 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. Coordinadora Dra.. Xiomara Santana

El programa de salud integral del adolescente presentó las cifras correspondientes al período 2005-2010, donde se hizo evidente el incremento paulatino de adolescentes con vida sexual activa desde 1.37% en el año 2005 a 2.1% en el año 2010, siendo mayor en las edades comprendidas entre 15 y 19 años. Consecuentemente y de acuerdo a los riesgos expresados por las relaciones sexuales tempranas, se realiza la toma de Papanicolaou en estas edades, observando que la cobertura es mayor en las edades tardías de la adolescencia (15-19) que en edades tempranas como 10 a 14 años.

La atención odontológica tiene un comportamiento diferente, ya que en las cifras de cobertura no existe un gran margen de diferencia, estimándose en términos generales en 18% para ambos grupos de edad. El impacto de las acciones odontológicas mostró tener mayor magnitud en los chicos de 10 a 14 años durante todo el periodo, tal como lo muestra la tabla 17. Sin embargo, tanto para el porcentaje de actividades preventivas como curativas de odontología, los indicadores reflejaron mayores porcentajes en el grupo de 15 a 19 años. La concentración de la atención en ambos grupos puede considerarse baja durante todo el periodo, ya que fue 1.2 consultas para el grupo de 10 a 14 y de 1.4 consultas para los de 15 a 19 años.

c.4.- SALUD DE LA MUJER

El Programa de Salud Integral de la Mujer⁴, en su componente principal de control de embarazo, parto y puerperio, tiene como objetivo general disminuir los factores de riesgo del embarazo mediante acciones preventivas sistemáticas que contribuyan a alcanzar la Meta 5 del Milenio, de reducción en $\frac{3}{4}$ partes de la tasa de mortalidad materna. Al promover una atención adecuada y de calidad al binomio madre-hijo, se contribuye a disminuir también la mortalidad perinatal y por ende, la mortalidad infantil, la Meta 4 del Milenio. Adicionalmente, el Programa contribuye a la lucha por frenar el avance de la epidemia de VIH – SIDA, que corresponde a la Meta 7 del Milenio, mediante la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad durante el embarazo.

⁴ Tomado del Informe de Análisis Situacional de Salud 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS

La población femenina estimada para 2013 fue de 414,093 mujeres, de las cuales 59% estaban en el rango de edad de 20-59 años, el 14% eran jóvenes adolescentes de 10-19 años, el 12.3% lo constituyen las adultas mayores, el 7.3% eran menores de 5 años y 7.1% correspondió al grupo de 5 a 9 años. La población de mujeres en edad fértil fue 228,079 mujeres, significando el 28 % de toda la población de la Región Metropolitana de Salud.

TABLA No. 18. Región Metropolitana de Salud. Población femenina por grupos de interés para el programa de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2013

Grupos de interés para la SSyR	Totales	Porcentajes	Programas	Prioridades
Población femenina total	405,914	100%		
< 10 años	58,142	14.3%	Niñez, Escolar	
10 - 14 años	28,832	7.1%	Adolescentes	
15 - 19 años	28,434	7.0%	Salud Integral	Embarazo
20 - 49 años	195,721	48.2%	de la Mujer	Parto, Puerperio.
50 y más años	94,785	23.4%	Salud de	Prev. CaCU
Mujeres de 40 y más	154,587		Adultos	Ca mama

Fuente: Coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

En el Hospital Santo Tomás, para el año 2010 se registraron 7,281 nacimientos (58.3%), mientras que en el Complejo Hospitalario Metropolitano CSS se registraron 2,216 (17.7%), lo que sumado representa el 76.1%. En el sector privado fueron reportados 2,984 nacimientos, lo que corresponde al 23.9%. El 56.2% de los nacimientos procede de 5 Corregimientos, a saber, la 24 de diciembre, Las Mañanitas, Tocumen, Pedregal y Juan Díaz y cónsono con esto, el 62.1% de las embarazadas en control prenatal se atienden en los Centros de Salud de la 24 de Diciembre, Felipillo, Las Mañanitas, Tocumen, Pedregal, Juan Díaz y además en Parque Lefevre. Se cuenta con 9 Gineco-obstetras para cubrir este sector de la periferia de la Región⁵.

Es importante señalar que el 58% de los nacimientos se dieron en el Hospital Santo Tomás y sólo el 19.2% fue reportado por la Caja de Seguro Social. Esto coincide con los eventos epidemiológicos que sucedieron en la CSS como la infecciones por la bacteria KPC, por lo cual las personas acudieron a las instalaciones del MINSA sobrecargando al Hospital Santo Tomás, específicamente a la Maternidad.

⁵ Tomado del Informe de Análisis Situacional de Salud 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS.

En la tabla No. 19 no se incluye la MINSACAPSI de las Garzas, ya que estos se reportan como parte del corregimiento de Pacora, el cual no pertenece a la Región Metropolitana de Salud, sino a la Región de Panamá Este.

TABLA No. 19

NACIMIENTOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA SEGÚN CORREGIMIENTO Y LUGAR DE OCURRENCIA 2010

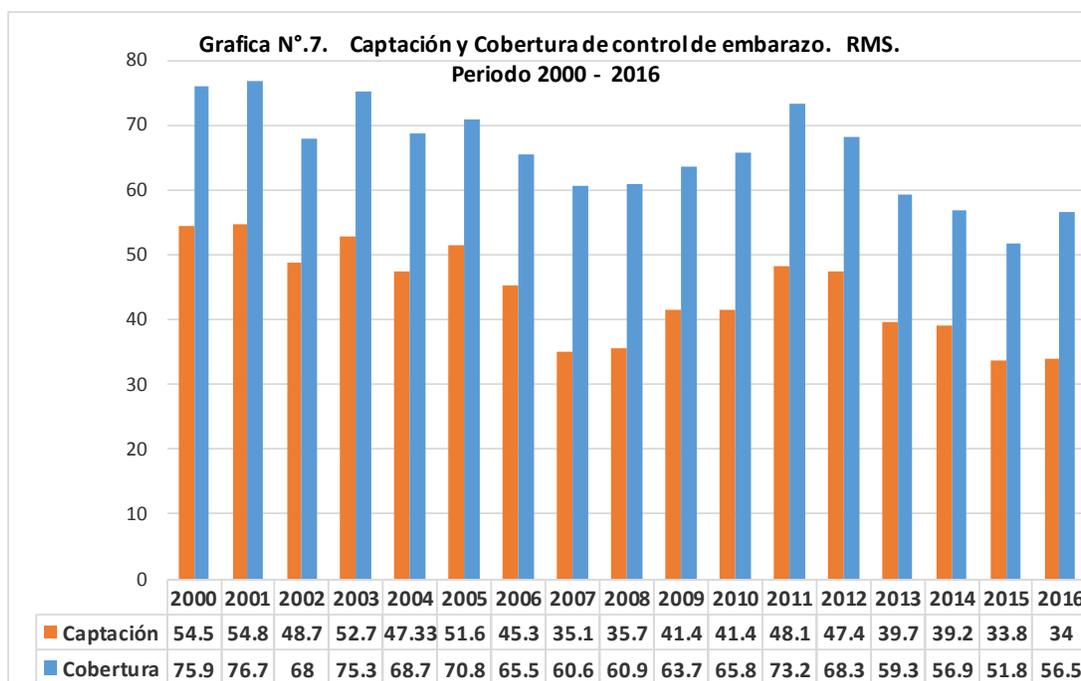
Corregimiento	HST	%	Centro de Salud	%	CSS	%	H. Chepo	%	H. Nal	P.Pac.	S.Fern	H. Paitilla	HISMA	Cl. Priv.	Otros	S.Fe	Cl.H. R.Abajo	Total
24 de Dic.	1120	15.4	2	28.5	423	18.8	123	82.6	12	0	8	0	10	0	16		4	1714
S. Francisco	135	1.9			39	1.7			123	274	75	54	1	2	3	1	1	707
Curundú	367	5.0			48	2.1			2	0	2	1	1	0	2		0	423
Bella Vista	62	0.9			30	1.3			98	115	48	38	0	2	4		2	397
Calidonia	265	3.6	1	14.3	44	2.0			40	0	8	3	1	5	5		0	364
Chorrillo	328	4.5			45	2.0			3	0	0	0	0	1	1		0	378
P. Lefevre	293	4.0			77	3.4			80	18	66	8	4	4	9		6	559
Juan Díaz	819	11.2			398	17.7	1	0.7	187	81	85	29	5	4	11		10	1620
L. Mañanitas	667	9.2			218	9.7	6	4.0	15	2	10	6	6	0	4		3	934
Ancón	66	0.9			15	0.7			96	67	46	23	36	0	4		2	353
Pedregal	756	10.4	2	28.5	218	9.7			15	0	19	2	9	0	6		1	1027
Río Abajo	214	2.9			63	2.8			33	5	24	3	18	0	5		1	365
P. Nuevo	109	1.5			41	1.8	1	0.7	56	14	66	6	1	6	4		1	304
Bethania	150	2.1			58	2.6			176	50	119	44	3	3	7		4	610
San Felipe	65	0.9			12	0.5	1	0.7	1	6	1	3	0	1	8	1	0	99
Santa Ana	312	4.3			62	2.8			14	0	8	3	0	1	0		0	400
Tocumen	1174	16.1	1	14.3	404	18.0	17	11.4	43	4	28	5	17	1	18		4	1712
Veracruz	366	5.0	1	14.3	48	2.1			16	2	5	0	0	1	14		1	452
Taboga	13	0.2			1	0.05			0	0	0	0	0	0	0		0	14
Felipillo																		
Total	7281		7		2244		149		1010	638	618	228	112	31	121	2	40	12,481
		7288			2393			2801										
		99.9%	0.1%		93.8%	6.2%		36.1%	22.8%	22.1%	8.1%	4%	1.1%	4.3%	0.1%	1.4%		
		MINSA 58.4%			CSS 19.2%			S. PRIVADO 22.4%										

Cuadro proporcionado por la coordinación del programa maternal.

La captación de embarazo, entendida como las embarazadas que ingresan al programa maternal (que consultan por primera vez independientemente del trimestre de gestación), aumentó de 48.2% en 1994⁶ a 54.5% en el año 2000. A partir de este año el comportamiento de la captación de embarazo ha sido irregular, bajando hasta 35.1% en el año 2007 y volviendo a aumentar hasta 47.4% en el año 2012, para nuevamente

⁶ Tomado del Plan Estratégico Regional 2000-2004.

disminuir a 39.7% en año 2013. Esto parece indicar que los esfuerzos locales no han sido sostenidos en el tiempo, producto de la reducción de personal referida anteriormente. Los Centros de Salud que reportaron cifras de coberturas elevadas durante el período 2000-2013 fueron San Felipe con un promedio de 94.1% y Santa Ana con 89.3% para el periodo en cuestión. El Centro de Salud de 24 de diciembre presentó cifras altas de captación de embarazo hasta el año 2003 cuando inicia su descenso reportando 54.9%, disminuyendo irregularmente hasta 22% en el año 2013 (ver anexo 1 tabla 19). Para el año 2010 solamente los Centros de salud de Santa Ana, Curundú, Parque Lefevre, Juan Díaz y Veracruz presentaron cifras por encima de 50%, el resto de los centros de salud reportaron bajas cifras de captaciones de embarazo, siendo las más bajas asignadas a Boca la Caja y Paraíso con 14%. Hubo centros que reportaron cifras por encima de 100%, lo que indica atenciones por encima de la población asignada, reflejando un problema en el registro de la procedencia de las pacientes.



Se analizó el porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal, ya que el indicador “cobertura de la atención prenatal” requiere conocer el número de mujeres con 7 ó más controles⁷, dato que los boletines estadísticos no reflejan, para este indicador

⁷ Ministerio de Salud. **Indicadores de Salud. 1995.** Dirección General de Salud. Elaborado por el departamento de registros médicos y estadísticas.

se utilizaron todos ingresos al programa, así como las nuevas en el año. En el año 2000 este porcentaje se estimó en 75.9%, aumentó en el siguiente año a 76.1% para ir descendiendo poco a poco hasta 60.6% en el 2006.

Ya en el 2010 se reportó un aumento de 5 puntos porcentuales como se aprecia en la tabla 15 del anexo 1. Se registró un aumento a 73.2% en el año 2011 para descender nuevamente a 59.3% en el año 2013. Llama la atención que en este indicador varios centros reportaron cifras por encima de 100%, indicando la atención de mujeres fuera del área de responsabilidad geográfica poblacional, pero también la posibilidad de subestimación de los embarazos esperados por área sanitaria. El comportamiento por instalación de salud fue irregular durante todo el período.

La concentración de la consulta refleja el cumplimiento de la norma de consultas de control prenatal. De forma óptima la embarazada debería recibir 7 controles. Aunque la norma establece 7 controles, se considera que, si reciben un mínimo de cuatro consultas promedio, es aceptable, porque está comprobado que hay una diferencia significativa en el resultado perinatal. Para este cálculo se utilizan todas las consultas independientemente de si son ofrecidas por el Gineco-obstetra, el médico general o la enfermera. A pesar de ello, vemos que con el recurso que contamos no podemos siquiera alcanzar la concentración de consulta mínima de 4 controles.

Se estimó que durante el período cada embarazada recibió un promedio de 3 controles, lo cual está por debajo de la norma establecida. Muy pocas instalaciones presentaron cifras superiores y de manera intermitente e irregular (ver tabla No. 16 anexo 1).

Es menester que incluyamos en las explicaciones del estancamiento o descenso de los indicadores de cobertura del programa infantil y maternal, que el incremento de la demanda no se ha acompañado de ajustes a las necesidades de recurso humano. Para esta Región de Salud y sus 21 instalaciones sólo hay 19 Gineco-obstetras y 19 Pediatras de los cuales muchos ya están pensionados o en edad de solicitar su jubilación. Cómo no mencionar la crisis por falta de enfermeras para los programas de materno - infantil.

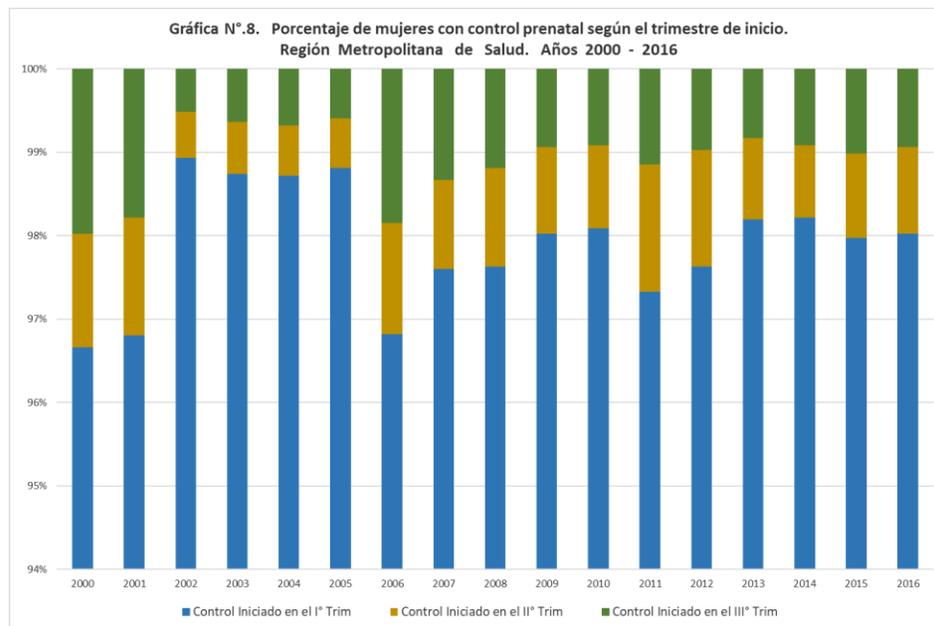
Hasta el 2002 las coberturas parecían estables, luego suben un par de años hasta el año 2005 y después vuelven a descender. En el 2005 comenzaron a renunciar los cinco especialistas jóvenes que recientemente se habían nombrado por concurso debido a que no les daban la permanencia y fueron nombrados en la CSS o se fueron al HST o la práctica privada. Alrededor del mismo año se jubilaron dos ginecólogos. Desde entonces sólo hemos repuesto dos unidades por traslados de otras Regiones y este año renunció una unidad y otra ginecóloga pidió su traslado a otra Región.

Si analizamos la captación de embarazo por trimestre veremos que la mayoría de las pacientes acudieron en el segundo trimestre, seguido de aquellas captadas en el primer trimestre y con menor porcentaje aquellas que acuden en tercer trimestre, lo que refleja a todas luces que debemos hacer más énfasis para lograr la asistencia en el primer trimestre (grafica No.8)

Las auditorías de expedientes⁸ realizadas cada año, para verificar la realización de las pruebas de laboratorio de rutina de la embarazada reflejan un buen cumplimiento de las normas, con porcentajes cercanos al 100%. La gratuidad de la atención a la embarazada garantizada a través del Decreto Ejecutivo N° 428 de diciembre de 2004, modificado por el Decreto Ejecutivo N° 5 de marzo de 2006 ha coadyuvado sin duda, estos resultados.

Hasta el año 2001 ninguna instalación reportaba cifras de captación en el primer trimestre superiores a 50%. Ya en año 2002 nueve instalaciones reportaban cifras de captación por encima de 60%, siendo estos los Policentros de Juan Díaz y Parque Lefevre, los Centros de Salud de Rio Abajo, Boca la Caja, Pedregal, Tocumen, Paraiso, Veracruz y 24 de diciembre, lo que indica un esfuerzo por parte de los equipos de salud en el cumplimiento de las normas. Los años 2006 a 2008 muestran un descenso con relación a los controles iniciados en el primer trimestre. Durante los años 2002 a 2013 se aprecia una proporción sostenida entre los trimestres (ver anexo 1 tablas No. 14 a 19).

⁸ Tomado del Análisis Situacional de Salud 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS



De todos los embarazos atendidos en la Región Metropolitana de Salud en el año 2000, el 27.4% correspondió a embarazos en adolescentes, durante el periodo ha tenido un comportamiento irregular con aumentos y disminuciones, estimándose en 15.9% para el año 2013. La tasa de embarazos en adolescentes, por otro lado, no se incluye en este análisis ya que no se cuenta con los datos de otras instituciones públicas (CSS) o privadas. Hay que considerar que no sabemos cuántas adolescentes embarazadas fueron atendidas en el Seguro Social o en la práctica privada o no tuvieron control. Por otro lado, la coordinación del programa de Salud Sexual y Reproductiva considera que existe duplicación, porque muchas veces niegan estar atendiéndose en otro lugar para no ser rechazadas.

Durante estos años, los centros de salud que presentan cifras elevadas sostenidamente fueron Las Mañanitas y 24 de diciembre con 34.1% y 30% respectivamente. El Centro de salud de San Felipe en los últimos seis años (2005-2010) aumentó el porcentaje de adolescentes embarazadas. En el resto de las instalaciones el comportamiento fue irregular, asociado probablemente a los esfuerzos intermitentes por parte de los equipos locales o bien a una política sanitaria poco consistente.

Al analizar las diez principales causas de morbilidad en la embarazada, observamos que la atención de las complicaciones en el embarazo ocupó el primer lugar durante los años 2006 a 2008 con un promedio de 1,284 casos/año. Para los años 2009 y 2010 fue el aumento excesivo de peso en el embarazo la causa más frecuente de morbilidad atendida en las instalaciones de la RMS. El segundo lugar lo ocupó la desnutrición hasta el año 2009, pero para el año 2010 esta causa desciende al cuarto lugar. La anemia que complica el embarazo se situó en tercer lugar durante el período. Al igual que en otros grupos de interés (edad o de riesgo), las alteraciones nutricionales han marcado entre las causas más frecuentes de consulta por morbilidad. A partir del año 2011 y hasta el 2013, las infecciones no específicas de las vías urinarias ocupan el primer lugar de las morbilidades atendidas en la embarazada, representando el 15%.

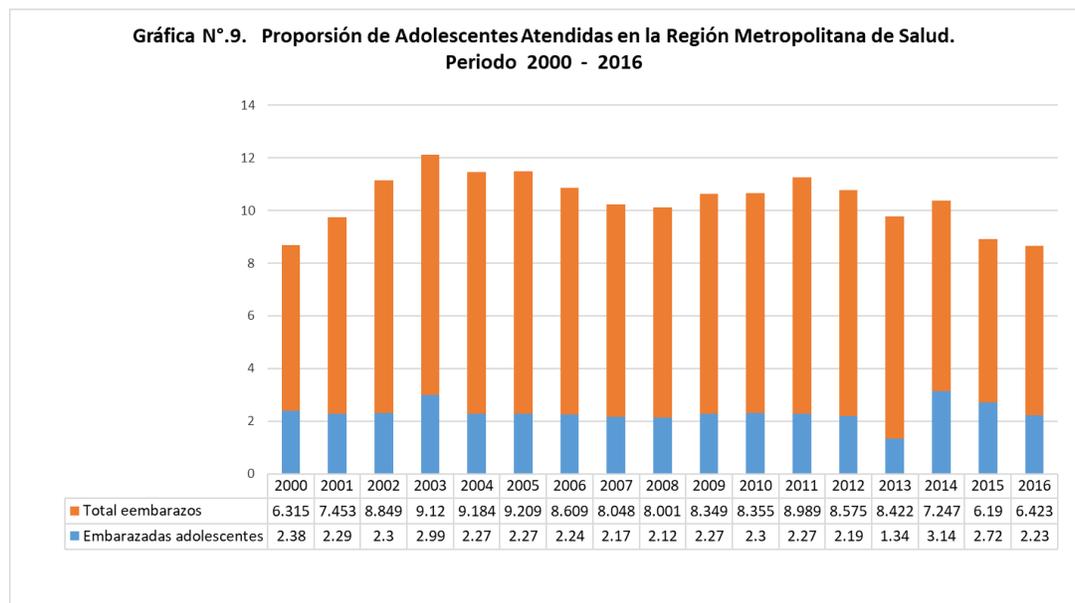


TABLA No. 20									
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD									
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD									
PRINCIPALES MORBILIDADES ATENDIDAS EN EL PROGRAMA MATERNAL. PERÍODO 2006 - 2016									
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008		
	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%
1	Atención a la madre por complicaciones en el embarazo	1,157	30.1	Atención a la madre por complicaciones en el embarazo	1,211	27.6	Atención a la madre por complicaciones en el embarazo	1,341	26.6
2	Desnutrición de la embarazada	877	22.8	Desnutrición de la embarazada	784	17.9	Desnutrición de la embarazada	700	13.9
3	Anemia que complica el embarazo	567	14.8	Anemia que complica el embarazo	566	12.9	Anemia que complica el embarazo	544	10.8
4	Infección de vías genitourinarias	563	14.7	Infección de vías genitourinarias	362	8.2	Infección de vías genitourinarias	1,172	23.3
5	Edema Gestacional	182	4.7	Amenaza de aborto	262	6.0	Amenaza de aborto	274	5.4
6	Amenaza de aborto	180	4.7	Edema Gestacional	111	2.5	Edema Gestacional	146	2.9
7	Embarazo terminado en aborto	118	3.1	Emesis gravídica	79	1.8	Emesis gravídica	96	1.9
8	Complicaciones relacionadas con el trabajo de parto	69	1.8	Parto por cesarea sin otra especificación	50	1.1	Preeclampsia N.E.	75	1.5
9	Parto normal con o sin ayuda	24	0.6	Hipertensión gestacional	36	0.8	Parto por cesarea sin otra especificación	53	1.1
10	Complicaciones relacionadas con el puerperio	19	0.5	Preeclampsia N.E.	35	0.8	Hipertensión gestacional	25	0.5
No.	AÑO 2009			AÑO 2010			AÑO 2011		
	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%
1	Aumento excesivo de peso en la embarazada	1,596	24.1	Aumento excesivo de peso en el embarazo	1,426	17.9	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	2,494	19.4
2	Desnutrición de la embarazada	806	12.2	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	2,141	26.8	Infección genital	2,278	17.8
3	Infección genital	706	10.7	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	768	9.6	Aumento de peso excesivo en el embarazo	929	7.2
4	Anemia que complica el embarazo	690	10.4	Desnutrición en el embarazo	762	9.5	Amenaza de aborto	871	6.8
5	Infección de vías genitourinarias	689	10.4	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	604	7.6	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	702	5.5
6	Amenaza de aborto	341	5.1	Amenaza de aborto	297	3.7	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	659	5.1
7	Infección de la vejiga urinaria	292	4.4	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	230	2.9	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	494	3.9
8	Aumento pequeño de peso en la embarazada	255	3.8	Enfermedades del sistema respiratorio	212	2.7	Desnutrición en el embarazo	465	3.6
9	Edema Gestacional	121	1.8	Hiperemesis grávidica leve	173	2.2	Parto Unico espontaneo	414	3.2
10	Hiperemesis grávidica leve	109	1.6	Edema gestacional	92	1.2	Hiperemesis grávidica leve	368	2.9
No.	AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014		
	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%
1	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	1,446	15.6	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	843	15.1	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	900	16.1
2	Infección genital	1,236	13.3	Aumento de peso excesivo en el embarazo	758	13.6	Aumento de peso excesivo en el embarazo	743	13.3
3	Aumento de peso excesivo en el embarazo	997	10.7	Infección genital	662	11.9	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	519	9.3
4	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	706	7.6	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	549	9.8	Infección genital	495	8.9
5	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	667	7.2	Desnutrición en el embarazo	520	9.3	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	473	8.5
6	Desnutrición en el embarazo	540	5.8	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	510	9.1	Desnutrición en el embarazo	369	6.6
7	Amenaza de aborto	470	5.1	Hiperemesis grávidica leve	233	4.2	Hiperemesis grávidica leve	273	4.9
8	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	408	4.4	Amenaza de aborto	215	3.9	Infección de la Vejiga urinaria del embarazo	145	2.6
9	Hiperemesis grávidica leve	286	3.1	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	206	3.7	Amenaza de aborto	137	2.5
10	Infección de la Vejiga urinaria del embarazo	259	2.8	Infección de la Vejiga urinaria del embarazo	173	3.1	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo	111	2.0
No.	AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017		
	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%	ENFERMEDAD	No.	%
1	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	816	8.8	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	687	12.3			
2	Infección genital	597	6.4	Aumento de peso excesivo en el embarazo	678	12.2			
3	Aumento de peso excesivo en el embarazo	562	6.0	Infección genital	651	11.7			
4	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	522	5.6	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	414	7.4			
5	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	480	5.2	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio	401	7.2			
6	Desnutrición en el embarazo	301	3.2	Desnutrición en el embarazo	354	6.3			
7	Infección de la Vejiga urinaria del embarazo	163	1.8	Amenaza de aborto	167	3.0			
8	Amenaza de aborto	125	1.3	Infección de la Vejiga urinaria del embarazo	145	2.6			
9	Hiperemesis grávidica leve	123	1.3	Hiperemesis grávidica leve	113	2.0			
10	Hipertensión gestacional inducida por el embarazo	110	1.2	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo	85	1.5			

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registros y Estadísticas de Salud. Departamento de Planificación. RMS

Nº/cent/tras

**TABLA No. 21. Causas de Morbilidad Obstétrica atendidas en Centros y Policentros de Salud según edad. RMS
Enero - diciembre 2013**

Código / Causa	10- 14	15- 19	20 - 59	Total	% del total de Dx
23.1 Infección de la vejiga urinaria en el emb.	3	58	115	176	
023. 4 IVU no esp. En el emb.	7	209	634	850	
023.5 Infección genital en el embarazo	3	174	482	659	
23.9 Otras inf. y las NE de vías genitourinarias en el emb.	1	38	65	104	
Sub - Total	14	479	1296	1789	20.8%
026. 0 aumento excesivo de peso en el embarazo	6	99	658	763	
Sub - Total	6	99	658	763	12.3%
025.X Desnutrición en el embarazo	11	199	322	532	
026.1 Aumento pequeño de peso en el emb.	2	28	42	72	
Sub-Total	13	227	364	604	9.7%
006.9 Aborto NE completo o NE sin complicac.	1	114	437	559	8.9%
020. 0 amenaza de aborto	0	40	177	217	3.5%
Sub-total					12.4%
099. 0 Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio	9	152	358	519	
Sub-Total	9	152	358	519	8.3%
099.5 Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, parto y puerperio	5	52	154	211	
099.6 Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, parto y puerperio	1	8	37	46	
Sub-total	6	61	201	268	4.3%
98.6 Enf. por protozoarios que complican el emb parto y puerperio	2	5	26	33	
Sub-Total	2	5	26	33	0.5%
021.0 Hiperémesis gravídica leve	3	44	190	237	
Sub - Total	3	44	190	237	3.8%
012.0 Edema gestacional	1	23	55	80	
014.9 Pre eclampsia no especificada	0	12	33	45	
013.X Hipertensión gestacional (inducida por embarazo)	1	16	86	103	
Sub - Total	2	51	174	227	3.6%
047. 1 Falso trabajo de parto a las 37 semanas y más	2	12	18	32	
047.9 Falso trabajo de parto sin otra especificación	0	9	30	39	
Sub.Total	2	21	48	71	1.1%
062.3 Trabajo de parto precipitado					
070.1 Desgarro perineal de 2º grado durante el parto	1	8	37	46	
080.9 Parto único espontáneo sin otras especificaciones	1	1	120	122	
082.9 Parto por cesárea sin otra especificación	0	6	65	71	
Sub - Total	2	15	222	239	3.8%
092.2 Otros trastornos de la mama y los NE asociados al parto	0	22	85	107	
099.7 enf. de la piel y tejido subcutáneo que complican el emb, parto y puerperio	0	10	25	35	
099.8 Otras enf. esp. y afecciones que complican el emb, parto y puerperio	11	146	402	560	
Sub-total	11	178	512	701	11.3%
Total	71	1486	4663	6220	100.0
%	1.1%	23.9%	75.0%		

Fuente: Coordinación de Salud Sexual Y Reproductiva. Departamento de Salud Pública. RMS.

Sobre las 10 primeras causas de morbilidad en la embarazada. Señala como primera causa en algunos años, la “atención a la madre por complicaciones del embarazo”. Esto agrupa un número de patologías diversas que no fueron identificadas o codificadas adecuadamente o que por ser muy pocas se agruparon bajo este código inespecífico. Para señalar las principales causas de morbilidad es mejor ordenar las patologías codificadas de modo específico o agruparlas por afinidad. Por lo que en la tabla No. 21 se detallan estas morbilidades, dando una idea más clara y completa del comportamiento en la mujer embarazada.

La cobertura de atención puerperal tuvo un comportamiento irregular, ya que en el año 2000 era 58.8%, aumentando a 61% el siguiente año, para disminuir nuevamente en el 2003 a 59.3%, volviendo a aumentar y disminuir alternativamente, para mantenerse en este rango de 40%. Para el año 2013 la cobertura de atención puerperal desciende a 39.3%, el Centro de Salud de Veracruz fue la instalación que reportó menor cobertura (ver anexo1 tabla 22). Cabe señalar nuevamente que cifras de cobertura por encima de 100% indican errores en el registro de procedencia de la paciente, muchos de estos debido a que las pacientes declaran pertenecer a un corregimiento en el cual no habitan. Por otro lado, al no contar con cifras completas (MINSA-CSS) por área sanitaria se puede sub estimar o sobre estimar las poblaciones de referencia. Los centros de salud que presentaron cifras más elevadas fueron San Felipe, Santa Ana y el Policentro de Parque Lefevre. Las instalaciones con la cobertura más bajas durante el período fueron Paraíso y Boca La Caja.

TABLA No. 22. COBERTURA DE ATENCIÓN PUERPERAL, COBERTURA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DE TOMA DE PAP CERVIKO UTERINO EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS: 2000-2013.

AÑOS	Cobertura de atención puerperal		Cobertura de planificación familiar		Cobertura de toma de PAP cérvico uterino	
	No.	%	No.	%	No.	%
2000	5,287	58.8	12,818	6.4	23,805	10.3
2001	5,549	61.1	5,095	2.6	22,824	10.0
2002	6,188	61.9	5,957	3.2	28,057	12.4
2003	6,048	59.3	5,944	3.3	25,218	10.8
2004	6,136	61.1	5,448	3.9	26,610	9.5
2005	9,740	64.8	5,546	3.7	27,554	9.2
2006	5,978	56.9	7,255	3.3	37,245	13.7
2007	5,342	48,3	5,585	2.4	19,815	7.3
2008	5,181	45.2	7,378	3.2	21,718	7.8
2009	5,642	110.5	7,614	3.3	22,097	8.2
2010	5,560	41.6	6,983	3.1	21,865	8.8
2011	5,978	56.9	6,126	3.2	19,425	5.3
2012	5,342	48.3	6,193	3.8	25,886	9.1
2013	5,181	45.2	4,379	1.9	21,537	6.6
2014	5,696	39.09	4,016	1.73	20,839	6.19
2015	5,518	36.50	5,236	1.36	18,936	5.73
2016	5,403	35.08	5,537	1.39	19,948	6.22

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registros y Estadística de Salud (REDSA). SASTS. Departamento de Planificación.

La cobertura de planificación familiar sufrió varios cambios durante todo el período, ya que en el año 2000 el reporte se situaba en 6.4%, sufriendo un descenso drástico a 2.6% en el 2001, para nuevamente aumentar hasta 3.2% en al año 2002. A partir de este año la cobertura promedio es de alrededor de 3%, para descender a 1.9% en el año 2013. Las instalaciones que reportaron cifras elevadas durante todo el periodo fueron San Felipe, Parque Lefevre y Veracruz.

De este grupo, el 3.3% de las mujeres utilizaban algún tipo de anticonceptivo⁹, siendo la anticoncepción parenteral (inyectable) el método más frecuente, 50.4% del total de las mujeres en planificación familiar.

Para contar con una cifra¹⁰ más aproximada a la población de responsabilidad de nuestra red de servicios, descontamos del universo de 158,186 mujeres el 82.9% correspondiente a la población asegurada y las embarazadas. Este ejercicio arroja una cifra de 17,728 mujeres en edad fértil de responsabilidad de la Región Metropolitana. La cobertura ajustada con base en esta estimación es del 33.4%. El incremento en el número

⁹ Boletín estadístico 2010. Sección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación. Región Metropolitana de Salud.

¹⁰ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios.RMS.

absoluto de usuarias en los últimos dos años, como resultado de la gratuidad de los anticonceptivos para las usuarias del programa, ha permitido recuperar las coberturas que se tenían a inicios del quinquenio.

El método de preferencia con un 50.4% es el anticonceptivo hormonal inyectable, le siguen los anticonceptivos orales con un 16.9%, los dispositivos intrauterinos con un 13.9 %, otros métodos (incluye la salpingectomía) con el 13.2% y por último el preservativo con el 5.5 %. El 67.4 % de las usuarias son mujeres entre 20 y 34 años de edad, el 19 % son adolescentes y 13.5 % mujeres entre 35 y 59 años. Este programa requiere de un mayor esfuerzo de promoción en la comunidad y de que se incorpore como una estrategia más en las actividades de atención de las campañas y jornadas de salud¹¹.

La toma de PAP cérvico uterino aumentó de 10.3% en el año 2000 a 12.4% en el año 2002, descendiendo paulatinamente hasta 9.4% en el año 2005. El año 2006 reportó la cifra más elevada de cobertura del periodo (13.8%), disminuyendo al año siguiente a 7.4%, aumentando paulatinamente hasta 8.2% en el 2010, volviendo a disminuir en el 2011 a 5.3% y aumentar nuevamente a 9.1%. Para el último año del período (2013) la cobertura de de toma de Papanicolaou fue de 6.6%. Los centros de salud que durante el período reportaron cifras altas de cobertura de toma de PAP fueron San Felipe, Santa Ana y Veracruz. Por el contrario, los centros con menor cobertura durante todo el periodo fueron Pueblo Nuevo, Boca La Caja y Juan Díaz (ver anexo 1 tabla No.22).

El Laboratorio Regional de Cito-Patología registró un total de 31,893 citologías nuevas. La omisión del registro de esta actividad es del 7% en año 2013, Este aspecto ha mejorado, pero debe reducirse al mínimo la diferencia entre lo registrado en el SIES y lo que registra el laboratorio de citología. La cobertura con base en el Universo de mujeres de 15 y más años es de un 9.5%. La cobertura con base en la población de responsabilidad de la red de servicios de la Región, descontando la población asegurada que representan el 82.9%, arroja una cifra estimada de 45,222 mujeres, siendo la cobertura ajustada del 55.9 %. Se observa un descenso en el quinquenio que se explica por la campaña masiva de toma de PAP de los años 2005-2006. ¹²

¹¹ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios.RMS.

¹² Op. Cit.

Del total de Papanicolaou tomados se espera detectar en promedio un 5% de lesiones. Esta cifra descendió durante el quinquenio, pero ha aumentado en el año 2010 al 4% con 1,316 lesiones de Bajo y Alto Grado registradas. Hubo un debilitamiento de los servicios de confirmación diagnóstica en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia, con la jubilación del funcionario de la Unidad de Pueblo Nuevo, daños en los equipos en varias instalaciones, retrasos en la organización de otras Unidades. En el año 2010 se realizaron 3,436 colposcopias en las 8 Instalaciones disponibles.¹³

Con relación a la situación del Cáncer cérvico uterino en Panamá¹⁴, según los datos disponibles del Registro Nacional del Cáncer, en el año 2006, la incidencia de cáncer cérvico uterino en la población general era de 25/100,000 hab. y ocupaba el 5º lugar de todos los tumores malignos. La prevalencia en la población femenina de 15 años y más y las tasas por 1,000 presentaron en el período 2000 – 2006 la cifra más alta, 10.2/1,000 mujeres en el año 2003 y la más baja en el 2006 con 7.9/1,000 mujeres. La tasa de defunción por CACU disminuyó en ese período de 58.6/1,000 mujeres a 39.0/1,000 mujeres en el año 2006. En el mismo período, la tasa de defunción por Cáncer de Mama se incrementó de 34.9/1,000 mujeres a 47.5/1,000 mujeres. La tasa de prevalencia de CA de mama es de 49/1,000 habitantes y ocupa el tercer lugar del total de tumores malignos.

TABLA No. 23. Porcentaje de PAP tomados (no repetidos) con relación a la población femenina ≥ 15 años. RMS. Período 2005-2013.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
34,477 / 256,342	43,030 / 262,725	28,569 / 275,961	31,052 / 273,167	29,351 / 265,556	31,893 / 264,452	28,785 / 275,406	28,035 / 285,089	26,105 / 318,940
13.4%	16.4%	10.3%	11.4%	11.0%	12.1%	10.4%	9.8%	8.2%

Fuente: Coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Salud Pública. RMS.

La fuente que debe utilizarse es la del Laboratorio de Citología, que registra cada placa recibida, procesada y leída de cada Centro de Salud. Los datos del SIES siempre tienen subregistro por negligencia de quienes toman el Pap. Además, el laboratorio proporciona el dato de los PAP repetidos a una misma paciente (2.2%).

¹³ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios.RMS.

¹⁴ Op. Cit.

Nótese el incremento abrupto de la población de 15 y más años en los denominadores. No hay forma de incrementar las coberturas al ritmo en el que aparentemente se está incrementando la demanda, con el mismo recurso humano.

Al analizar la morbilidad atendida en ginecología, vemos que las enfermedades inflamatorias del área vaginal ocuparon el primer lugar durante todo el periodo ya sea como vaginitis aguda o como afecciones inflamatorias no especificadas, la tasa de esta última para el año 2010 se estimó en 185.7/10,000 hab. El segundo lugar lo ocuparon la enfermedad inflamatoria del cuello uterino con una tasa de 111.2/10,000 hab, la cual mantuvo esta tasa desde año 2006 cuando se estimó en 111.6/10,000 hab. La amenorrea ocupó el tercer lugar durante el período aumentando sistemáticamente desde 54.3/10,000 hab. hasta 107.8/10,000 hab. en el año 2010.

El Programa Nacional de Suplementación de hierro y ácido fólico¹⁵ se constituye en la estrategia para la prevención de las graves complicaciones asociadas a la anemia del embarazo, así también para la prevención de las malformaciones congénitas. La cobertura de suplementación a las embarazadas muestra una disminución sensible en los dos últimos años, asociado a la poca disponibilidad de los suministros que proceden del nivel nacional. La cobertura en el 2010 alcanzó a 5,493 pacientes o el 59% de las embarazadas en control. Un total de 1,515 embarazadas recibieron dosis terapéuticas de hierro, lo que corresponde con un 16.2% de prevalencia de anemia. Del total de embarazadas con anemia, el 31.1% eran adolescentes, lo cual refuerza la importancia de ofrecer una atención diferenciada y un buen seguimiento a este grupo. También recibieron hierro y ácido fólico un total de 591 puérperas que fueron suplementadas y 113 que recibieron dosis terapéuticas, que corresponde al 11% del total de puérperas. Se observa un subregistro del diagnóstico de anemia del embarazo, cuando sólo aparecen 768 casos entre las principales causas de morbilidad obstétrica.

¹⁵ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS

El Programa de Alimentación Complementaria (PAC)¹⁶ ha beneficiado entre 500 a 600 embarazadas cada año durante el quinquenio. En el 2010 fueron ingresadas al PAC 524 embarazadas de un total de 762 con diagnóstico de bajo peso, para una cobertura de 68.7%. Además, recibieron alimentación complementaria unas 444 embarazadas en riesgo de bajo peso y 616 puérperas lactantes para un total de 1581 beneficiarias. Las embarazadas de bajo peso representaron el 8.2% del total de embarazadas en control prenatal.

Para alcanzar la meta de eliminar el tétanos neonatal¹⁷, se requiere de mantener altas tasas de vacunación con esquema completo entre las embarazadas y mujeres en edad fértil. No contamos con información del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) detallado por Centro de Salud. Los datos suministrados son de todo el distrito e incluyen datos de los Hospitales, de la CSS y de campañas de salud.

Durante el año 2010 se aplicaron 3,585 segundas dosis o refuerzo a embarazadas, lo cual corresponde al 38.4% de las embarazadas en control. Esta cifra no incluye las embarazadas con vacuna previa, es decir vigente. Las auditorías de expedientes realizadas cada año, toman en cuenta la paciente con 2ª dosis o refuerzo y la vacuna previa. En todo el quinquenio las auditorías reflejan el cumplimiento de la norma en cerca del 100%¹⁸.

Durante el año 2010, el PAI desarrolló una intensa campaña de vacunación a todas las puérperas con la vacuna Tdap, con la intención de proteger también no sólo contra el Tétanos sino también contra una posible reactivación de la Tosferina. Fueron vacunadas 19,108 puérperas.¹⁹

¹⁶ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RSM

¹⁷ Op. Cit.

¹⁸ Op. Cit.

¹⁹ Sub. Cit.

TABLA No. 24									
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD									
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD									
TASA (a) DE LAS PRINCIPALES MORBILIDADES ATENDIDAS EN GINECOLOGÍA, PERÍODO 2006 - 2016									
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Vaginitis aguda	3,165	143.9	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	2,640	112.8	Vaginitis aguda	3,271	143.9
2	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	2,455	111.6	Vaginitis aguda	2,588	110.5	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	2,793	122.9
3	Amenorrea sin otra especificación	1,195	54.3	Amenorrea sin otra especificación	1,455	62.2	Amenorrea sin otra especificación	1,624	71.4
4	Enf. Pelvica inflamatoria	1,136	51.6	Enf. Pelvica inflamatoria	853	36.4	Menstruación excesiva frecuente o irregular	788	34.7
5	Menstruación excesiva frecuente o irregular	518	23.5	Menstruación excesiva frecuente o irregular	536	22.9	Enf. Pelvica inflamatoria	758	33.3
6	Trastornos menopausicos y premenopausicos	412	18.7	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina N.E.	411	17.6	Trastornos menopausicos y premenopausicos	565	24.9
7	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	297	13.5	Trastornos menopausicos y premenopausicos	402	17.2	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina N.E.	564	24.8
8	Dismenorrea	233	10.6	Hemorragia vaginal y uterina N.E.	332	14.2	Amenorrea secundaria	363	16.0
9	Mastodinia	193	8.8	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	316	13.5	Dismenorrea	330	14.5
10	Masa N.E. en mama	186	8.5	Amenorrea secundaria	312	13.3	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	314	13.8
No.	AÑO 2009			AÑO 2010			AÑO 2011		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Vaginitis aguda	3,386	152.1	Afecciones inflamatorias de la vulva y la vagina	4,165	154.0	Vaginitis Aguda (N76.0)	3,604	98.3
2	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	2,344	105.3	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	2,494	92.2	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	2,080	56.8
3	Amenorrea sin otra especificación	1,770	79.5	Amenorrea sin otra especificación	2,418	89.4	Amenorrea sin otra especificación	1,829	49.9
4	Menstruación excesiva frecuente o irregular	738	33.2	Menstruación excesiva frecuente o irregular	1,336	49.4	Papiloma Virus	982	26.8
5	Enf. Pelvica inflamatoria	679	30.5	Papiloma Virus	1,293	47.8	Menstruación excesiva frecuente o irregular	785	21.4
6	Trastornos menopausicos y premenopausicos	519	23.3	Enf. Pelvica inflamatoria	725	26.8	Enf. Pelvica inflamatoria No especifica	573	15.6
7	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina N.E.	459	20.6	Estados menopausicos y premenopausicos	645	23.9	Amenorrea secundaria	455	12.4
8	Amenorrea secundaria	409	18.4	Dolor y otras afecciones relacionadas con org. Genitales	573	21.2	Estados menopausicos y premenopausicos	425	11.6
9	Hemorragia vaginal y uterina N.E.	377	16.9	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina N.E.	402	14.9	Dismenorrea No especifica	406	11.1
10	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	374	16.8	Hemorragia vaginal y uterina N.E.	364	13.5	Hemorragia vaginal y uterina N.E.	398	10.9
No.	AÑO 2012			AÑO 2013			AÑO 2014		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Vaginitis Aguda (N76.0)	3,386	118.8	Vaginitis Aguda (N76.0)	2,595	79.3	Vaginitis Aguda (N76.0)	2,470	75.4
2	Amenorrea sin otra especificación	1,908	66.9	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	1,889	57.7	Amenorrea sin otra especificación	2,173	66.4
3	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	1,860	65.2	Amenorrea sin otra especificación	1,690	51.6	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	1,870	57.1
4	Papiloma Virus	856	30.0	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	760	23.2	Menstruación excesiva frecuente o irregular	1,107	33.8
5	Menstruación excesiva frecuente o irregular	758	26.6	Menstruación excesiva frecuente o irregular	683	20.9	Papiloma Virus	1,018	31.1
6	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	647	22.7	Enf. Pelvica inflamatoria No especifica	550	16.8	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	674	20.6
7	Enf. Pelvica inflamatoria No especifica	605	21.2	Estados menopausicos y premenopausicos	538	16.4	Enf. Pelvica inflamatoria No especifica	511	15.6
8	Estados menopausicos y premenopausicos	580	20.3	Amenorrea secundaria	340	10.4	Estados menopausicos y premenopausicos	476	14.5
9	Amenorrea secundaria	436	15.3	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina N.E.	258	7.9	Dismenorrea No especifica	372	11.4
10	Dismenorrea No especifica	404	14.2	Dismenorrea No especifica	253	7.7	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina N.E.	253	7.7
No.	AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Vaginitis Aguda (N76.0)	2,466	86.5	Vaginitis Aguda (N76.0)	2,179	66.6			
2	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	1,579	55.4	Amenorrea sin otra especificación	1,688	51.6			
3	Amenorrea sin otra especificación	1,499	52.6	Enf. Inflamatoria del cuello uterino	1,339	40.9			
4	Papiloma Virus	1,054	37.0	Menstruación excesiva frecuente o irregular	639	19.5			
5	Menstruación excesiva frecuente o irregular	623	21.9	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	504	15.4			
6	Estados menopausicos y premenopausicos	514	18.0	Estados menopausicos y premenopausicos	385	11.8			
7	Vaginitis , vulvitis y vulvovaginitis	494	17.3	Amenorrea secundaria	363	11.1			
8	Enf. Pelvica inflamatoria No especifica	479	16.8	Enf. Pelvica inflamatoria No especifica	333	10.2			
9	Amenorrea secundaria	322	11.3	Dismenorrea No especifica	275	8.4			
10	Dismenorrea No especifica	289	10.1	Hemorragia Vaginal y uterina anormal, NE	253	7.7			

(a)/10,000 habitantes

NP/censtras

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registros y Estadísticas de Salud. Departamento de Planificación. RMS

Adicionalmente, el PAI contribuye a la eliminación del Tétanos Neonatal a través de la vacunación a mujeres en edad fértil, por lo que en el año 2010 se aplicaron 18,668 segundas dosis o refuerzos a mujeres de 15 a 49 años y a 1,853 adolescentes de 10 – 14 años. No hubo registro de casos de Tétanos Neonatal en la Región durante el quinquenio.²⁰

Otra actividad relevante del PAI la constituye la vacunación contra la Rubeola, gracias a la cual, no se registraron casos de Rubeola congénita en el quinquenio. En el año 2010 fueron vacunadas con MMR o MR, 5,982 puérperas, 8,472 mujeres en edad fértil y 7,448 adolescentes. Como información complementaria del PAI, se aplicaron 14,492 dosis de la vacuna contra el VPH a niñas de 10 – 14 años, para la prevención del cáncer cérvico uterino, de las cuales el 22.8% completó el esquema.²¹

TABLA No.25. Porcentaje de pruebas de VIH realizadas del total de embarazadas captadas. RMS. Período 2005-2013

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
sin dato	3911 / 8870	6308 / 8590	6336 / 8505	7106 / 9361	7293 / 9322	7860 / 9844	9232 / 8772	8411 / 9249
	44%	73.4%	74.5%	75.9%	78.2%	79.8%	105.2%	90.9%
Porcentaje de pacientes que se realizaron las dos pruebas según norma.								
				22.4%	24.5%	Sin dato	26.4%	27.4%
Número de casos de embarazadas VIH + detectadas								
55	33	22	18	13	11	20	23	

Fuente: Coordinación del programa de Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Salud Pública. RMS.

La tabla 25 registra el total de pruebas de VIH realizadas a embarazadas y los que representan del total de embarazadas captadas. Es decir que un alto porcentaje de las pacientes se realiza al menos una prueba, sobre todo porque se captan en el segundo trimestre y muchas no se hacen el segundo paquete de laboratorios. El porcentaje de pacientes que se hace las dos pruebas según norma tiene una tendencia al aumento.

Según información de la Sección de Laboratorios Clínicos Regional²², durante el año 2013 se realizaron un total de 8,411 pruebas de VIH a embarazadas, cifra que cuando inició el tamizaje en el año 2006 fue de 3,911 pruebas. Debido a que el 60% de las embarazadas se capta en el segundo trimestre, el 68.8% de las pruebas son primeras

²⁰ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RSM

²¹ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RSM

²² Op.cit.

pruebas y el 31.2% son segundas pruebas. Del total de las embarazadas en control el 53.8% se realizó al menos una prueba y cumplen con la norma sólo el 24.4%.

El número de embarazados VIH positivos ha disminuido durante el quinquenio, siendo que en el año 2005 se reportaron 55 casos, 33 en el 2006, 22 en el 2007, 18 en el 2008, 13 en los 2009 y 11 casos en el año 2010. La incidencia en las embarazadas disminuyó en el quinquenio de 0.9% a 0.2%. Preocupa el hecho de que del 11 embarazados VIH positivos del último año, 9 son adolescentes y jóvenes mujeres entre 15 y 24 años.²³

El impacto de todas las acciones preventivas en la atención del embarazo debe verse reflejado en la situación de la mortalidad materna y perinatal, siendo que en su gran mayoría se trata de muertes prevenibles. Procedentes de los Corregimientos de la Región Metropolitana de Salud, se registraron 5 muertes maternas en el año 2010. Cuatro casos fueron clasificados como muertes por Causa Obstétrica Directa y un caso por Causa Obstétrica Indirecta. Las causas directas fueron 2 por Embolia de Líquido Amniótico, 1 por Embolia pulmonar en una paciente con miocardiopatía periparto y 1 caso de aborto séptico. La muerte por causa obstétrica indirecta fue por aborto y shock séptico en una paciente con una neumonía por BAAR²⁴.

Un solo caso de muerte materna²⁵ correspondió a una embarazada atendida en nuestras instalaciones. La paciente de 36 años, G7 P4 A2 C1, originaria de Darién, acudió a las 6 semanas de embarazo al Centro de Salud de Curundú, de donde fue referida a Infectología por ser paciente conocida portadora de HIV +. La paciente no obedeció las recomendaciones y tampoco regresó al Centro de Salud de Curundú. Se presentó a las 34 semanas de gestación al Centro de Salud de Santa Ana sin presentar tarjeta de control prenatal, por lo que se le captó y ordenó laboratorios. La paciente no informó sobre su condición de HIV +. Luego acudió a las 37 semanas con resultados de laboratorios, pero no se realizó la prueba de HIV ordenada. A las 38 semanas se presentó espontáneamente al Hospital Santo Tomás con una pre-eclampsia severa, durante la labor en el momento del expulsivo hizo una embolia de líquido amniótico, hubo que realizar una Cesárea

²³ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RSM

²⁴ Op. Cit.

²⁵ Op. Cit.

perimortem para salvar al producto y la paciente falleció el 6 de febrero de 2010, a pesar de los esfuerzos médicos. El producto sobrevivió. El diagnóstico fue confirmado por autopsia. Este caso fue presentado y discutido por la Comisión Regional de Muerte Materna y la Comisión Local con representación de los Centros de Salud de Curundú y Santa Ana.

La tasa de mortalidad materna²⁶ ha descendido durante el quinquenio de 71.9/100,000 en el 2005 a 24/100,000 en el año 2009. En total se ha registrado durante los últimos 5 años un total de 30 muertes maternas, 6 de ellas procedentes de Pedregal, 4 casos por igual en los Corregimientos de Tocumen, Juan Díaz y Parque Lefevre, 3 casos en la 24 de diciembre, 2 casos en Calidonia y 1 caso en cada uno de los Corregimientos de Santa Ana, San Francisco, Curundú, Río Abajo y Las Mañanitas. Las principales causas de muerte materna han sido la Hemorragia y los Trastornos hipertensivos del embarazo, seguidos de muertes asociados al aborto y la sepsis y muertes por Causa Obstétrica Indirecta. Del total, 23 muertes fueron por Causa Obstétrica Directa, 7 por Causa Obstétrica Indirecta. El en Hospital Santo Tomás fueron atendidos 17 de estos casos, en la Caja de Seguro Social 12 casos y hubo una muerte domiciliaria en el quinquenio.

c.5.- ADULTOS(as) DE 20 A 59 AÑOS

La primera causa de muerte reportada en el año 2009, en el adulto de 20 a 59 años, en la RMS, correspondió a las Causas Externas con el 19.2% de todas las muertes, seguida de la Enfermedad por VIH con el 16.1%, el infarto agudo del miocardio con el 5.4% y el tumor maligno de la mama con el 2.6%.

TABLA No. 26. COMPARACIÓN DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL GRUPO DE 20-59 AÑOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS: 1998 y 2009.

1998			2009		
CAUSA	No.	%	CAUSA	No.	%
Causas externas	202	26	Causas externas	210	19.2
Enfermedad por VIH	167	22	Enfermedad por VIH	176	16.1
Enfermedades del sistema circulatorio	134	17.6	Infarto agudo del miocardio	59	5.4
Tumores malignos	123	16.1	Tumor maligno de la mama	29	2.6
Enfermedades del sistema endocrino	28	3.6	Tuberculosis	22	2.0
TOTAL	762	100	TOTAL	1,096	100.0

Fuente: Plan Regional Estratégico 2000-2004. Datos proporcionados por la Sección de Registros y Estadística de salud. Departamento de Planificación

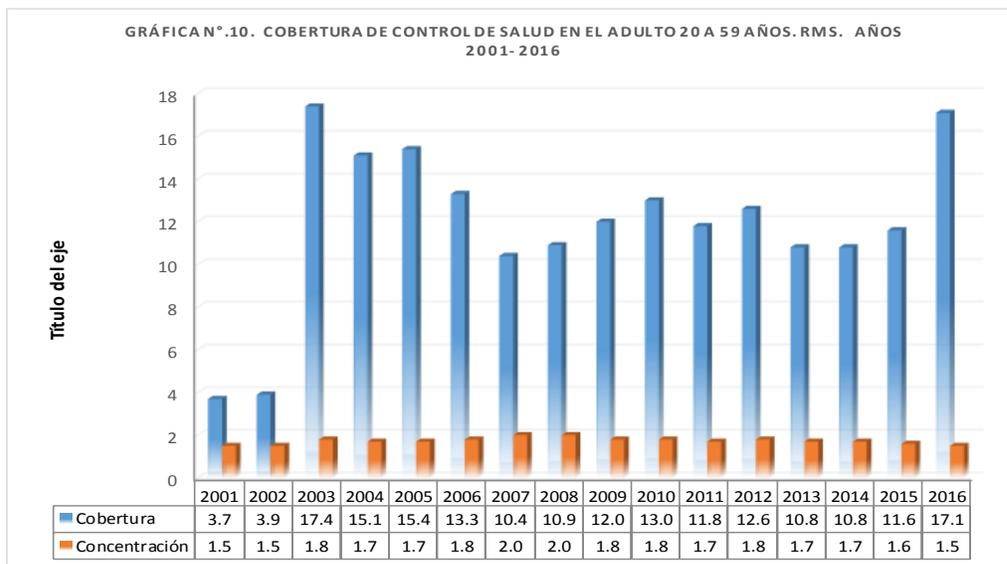
²⁶ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RSM

Sin embargo, en el año 2005 la primera causa de muerte fue la infección por VIH, con el 46% de todas las muertes reportadas, seguida de la enfermedad isquémica del corazón con 19%. En el año 2015, se presenta otro panorama ya que las causas externas vuelven a ocupar el primer lugar con las causas externas reportando el 28% del total de muertes.

2005			2015		
CAUSA	No.	%	CAUSA	No.	%
ENF. X VIRUS DE INMUNODEF. HUM. VIH	129	46%	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	216	28%
ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN	54	19%	Tumores (neoplasias)	173	22%
OTRAS CAUSAS EXT DE TRAUM. ACCIDENT	41	15%	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	165	21%
SEPSIS	30	11%	Enfermedades del sistema circulatorio ¹	160	21%
TUMOR ORGANO DIGESTIVO	25	9%	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	57	7%
TOTAL	279	100%	TOTAL	771	100%

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

Hasta el año 2002 las cifras de cobertura de atención del adulto, en el grupo de 20 a 59 años, eran muy bajas, estimadas en 3.9%. Para el año 2003 se evidenció un aumento significativo del orden de 17.4%, los años posteriores muestran un descenso progresivo hasta el año 2007 con 10.4%. A partir del año 2008 las cifras aumentan nuevamente, siendo para el 2010 estimadas en 13%, pero varían nuevamente en los siguientes años como lo muestra la grafica 10, en el año 2013 se calculó que la cobertura de atención del adulto fue 10.8%, a partir de este año se evidencia un aumento hasta 17.1% en el año 2016. Los centros de salud que mayor cobertura de atención al adulto reportaron durante el periodo fueron San Felipe y Santa Ana. Los centros de Salud con bajas coberturas de atención fueron Las Mañanitas, Juan Díaz y Boca La Caja. En los últimos años existen algunos centros de salud que presentan cifras superiores al 100% de cobertura lo que relacionamos con deficiencia en el registro. También puede estar relacionado con consultas a pacientes fuera de área, ya que se reportan en centros de salud en el centro de la ciudad y quizás por cercanía los pacientes acuden y no brindan la información correcta con relación al lugar de residencia.



Al analizar la concentración de la atención, se hace evidente según la gráfica No.10 que, a pesar del esfuerzo de los equipos de salud en las diferentes instalaciones, evidenciado en los incrementos de la cobertura de atención del adulto, la concentración oscilo entre 1.5 y 2 controles para la región en general. Los centros de Salud de San Felipe, Santa Ana, Emiliano Ponce y Pueblo Nuevo reportaron cifras de concentración de atención por encima de 2.5.

Comparando las causas de morbilidad más frecuentes en el presente decenio, observamos que en año 2001, las infecciones de vías urinarias ocuparon el primer lugar con una tasa de 88.2/10,000 habitantes, seguida por la obesidad con una tasa estimada en 85.5/10,000 habitantes, en tercer lugar, la faringitis con 51.9/10,000 habitantes, en cuarto lugar, la hipertensión arterial con 49.5/10,000 habitantes y en quinto lugar las anemias con 42/10,000 habitantes. Para el año 2010 es la rinofaringitis la que ocupa el primer lugar con una tasa de 185.4/10,000 hab, la obesidad en segundo lugar con 167.1/10,000 hab. y la hipertensión arterial en tercer lugar con 165.4/10,000habitanes.

TABLA No. 27. COMPARACIÓN DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA EN EL GRUPO DE 20-59 AÑOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS: 2001 y 2010.

2001			2010		
CAUSA	No.	TASA a/	CAUSA	No.	TASA a/
Infección de vías urinarias	2,923	88.2	Rinofaringitis aguda	7,363	185.4
Obesidad	2,835	85.5	Obesidad (NE)	6,639	167.1
Faringitis	1,722	51.9	Hipertensión arterial	6,568	165.4
Hipertensión arterial	1,640	49.5	Influenza NE	6,271	157.9
Anemia	1,391	42.0	Diarrea y gastroenteritis	4,884	123.0

a/ por 10,000 habitantes

Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de Registros y Estadísticas de salud. SASTS. Departamento de Planificación. RMS.

Al desglosar las morbilidades atendidas y ampliar el marco a 14 patologías, observamos que aparecen otros procesos mórbidos propios de este grupo de edad, como: Lumbalgia y gastritis. En los años 2002 y 2003, la Obesidad fue la patología que más consultas reportó con tasa de prevalencia en 122.3/10,000 hab. y 88.6/10,000 hab, respectivamente. (tabla No.28). Esta vuelve a ocupar el primer lugar en el año 2009, elevando la tasa a 143.2/10,000 hab. y en el 2011, aumenta nuevamente la tasa a 160.4/10,000 ocupando el primer lugar. La Rinofaringitis aguda ocupó el primer lugar entre las morbilidades atendidas en el grupo de adultos de 20 a 59 años durante los años 2012 y 2013.

La caries dental fue reportada como primera causa de morbilidad atendida durante los años 2006, 2007 y 2008 con tasas de prevalencia de 390.2, 496.2 y 657.4/10,000 hab respectivamente. Llama la atención que, en estos tres años, las cifras de prevalencia para estas enfermedades son elevada con relación a las cifras históricas. De igual forma, además de la caries dental, otras patologías bucales se sitúan entre las más frecuentes como las gingivitis y las acreciones dentales. Para el año 2009 y 2010, las patologías bucales no se encuentran entre las 14 causas más comunes de consulta por morbilidad (tabla No.28). Lo que parece deberse al efecto del registro del diagnóstico por los profesionales.

TABLA 28												
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD												
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD												
TASA (a/) DE LAS PRINCIPALES MORBILIDADES ATENDIDAS EN LOS ADULTOS DE 20 a 59 AÑOS. PERÍODO 2002 - 2013												
No.	AÑO 2002			AÑO 2003			AÑO 2004			AÑO 2005		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Obesidad	3,900	122.3	Obesidad	3,028	88.6	Diarrea y gastroenteritis	10,804	292.8	Inf. Aguda de vías respiratorias superiores	5,917	157.8
2	Infección urinaria	2,901	91.0	Influenza	2,954	86.4	Rinofaringitis aguda	3,558	96.4	Enfermedad inflamatoria	5,663	151.0
3	Hipertensión arterial	1,793	56.2	Rinofaringitis	2,346	68.7	Influenza	3,489	94.5	Obesidad	4,080	108.8
4	Anemia	1,420	44.5	Diarrea	2,230	65.3	Vaginitis	2,271	61.5	Influenza	3,229	86.1
5	Faringitis	1,162	36.4	Infección urinaria	2,043	59.8	Enfermedad inflamatoria del cuello del útero	1,779	48.2	Infección de vías urinarias	2,736	72.9
6	Lumbalgia	1,156	36.3	Hipertensión arterial	1,541	45.1	Obesidad	1,722	46.7	Micosis	2,723	72.6
7	Gastritis	956	30.0	Infección por Papiloma Virus	1,343	39.3	Hipertensión arterial	956	25.9	Vaginitis	2,659	70.9
8	Amenorrea	951	29.8	Vaginitis	1,225	35.8	Lumbalgia	932	25.3	Traumatismos,	2,369	63.2
9	Dermatitis	946	29.7	Lumbalgia	1,056	30.9	Faringitis	803	21.8	Diarrea y gastroenteritis	2,138	57.0
10	Faringoamigdalitis	902	28.3	Conjuntivitis	1,048	30.7	Infección de vías urinarias	797	21.6	Hipertensión arterial	2,090	55.7
11	Leucorrea	800	25.1	Enfermedad inflamatoria pélvica	1,019	29.8	Enfermedad inflamatoria pélvica	618	16.7	Infección por Papiloma Virus	2,047	54.6
12	Bajo peso	709	22.2	Faringitis aguda	829	24.3	Candidiasis	591	16.0	Dorsopatías	1,941	51.7
13	Parasitosis intestinal	664	20.8	Anemia	805	23.6	Gastritis	590	16.0	Enf. del esófago, estómago y duodeno	1,611	43.0
14	Depresión	640	20.1	Gastritis	768	22.5	Conjuntivitis	541	14.7	Dermatitis y eccemas	1,533	40.9
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Caries dental	14,930	390.2	Caries dental	19,459	496.2	Caries dental	26,343	657.4	Obesidad N.E.	5,598	143.2
2	Resfriado común	4,103	107.2	Depositos o acreciones en los dientes	7,060	180.0	Depositos o acreciones en los dientes	8,847	220.8	Hipertensión arterial	5,158	132.0
3	Obesidad	3,587	93.7	Gingivitis crónica	5,605	142.9	Gingivitis crónica	6,464	161.3	Resfriado común	5,047	129.1
4	Infección de vías urinarias	3,312	86.6	Obesidad	4,249	108.3	Obesidad N.E.	6,114	152.6	Infección de vías urinarias	4,172	106.7
5	Influenza	2,964	77.5	Resfriado común	3,779	96.4	Resfriado común	5,308	132.5	Diarrea	3,662	93.7
6	Diarrea	2,440	63.8	Hipertensión arterial	3,699	94.3	Hipertensión arterial	5,039	125.7	Influenza	2,880	73.7
7	Enfermedad inflamatoria del cuello del útero	2,238	58.5	Infección de vías urinarias	3,192	81.4	Infección de vías urinarias	4,107	102.5	Lumbalgia	3,002	76.8
8	Lumbalgia	1,988	52.0	Gingivitis aguda	2,929	74.7	Gingivitis aguda	3,965	98.9	Faringitis	2,220	56.8
9	Vaginitis aguda	1,843	48.2	Influenza	2,853	72.8	Necrosis de la pulpa	3,965	98.9	Vaginitis	2,119	54.2
10	Hipertensión arterial	1,753	45.8	Necrosis de la pulpa	2,788	71.1	Influenza	3,574	89.2	Gastritis	1,690	43.2
11	Infección por Papiloma Virus	1,562	40.8	Diarrea	2,764	70.5	Diarrea	3,418	85.3	Enfermedad inflamatoria del cuello del útero	1,662	42.5
12	Amenorrea sin otra especificación	781	20.4	Enfermedad inflamatoria del cuello del útero	2,404	61.3	Lumbalgia	2,947	73.5	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	1,350	34.5
13	Aumento de peso en el embarazo	742	19.4	Lumbalgia	2,296	58.5	Vaginitis aguda	2,699	67.4	Infección viral N.E.	950	24.3
14	Faringitis aguda	554	14.5	Vaginitis aguda	2,027	51.7	Conjuntivitis N.E.	2,325	58.0	Dermatitis	948	24.3
No.	AÑO 2010			AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis	7,363	185.4	Obesidad No especificada	6,635	160.4	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	7,556	183.5	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	6,973	145.8
2	Obesidad N.E.	6,639	167.1	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	6,585	159.2	Obesidad No especificada	6,865	166.7	Hipertensión arterial esencial	6,254	130.7
3	Hipertensión arterial	6,568	165.4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6,309	152.5	Hipertensión arterial esencial	6,298	152.9	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4,911	102.7
4	Influenza	6,271	157.9	Hipertensión arterial esencial	6,292	152.1	Infección de vías urinarias	5,969	144.9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,581	95.8
5	Diarrea y gastroenteritis	4,884	123.0	Lumbalgi No Especificado	4,185	101.2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5,643	137.0	Lumbalgi No Especificado	3,792	79.3
6	Infección de vías urinarias	4,394	110.6	Infección de vías urinarias	4,181	101.1	Lumbalgi No Especificado	4,540	110.2	Gastritis No Especificada	2,809	58.7
7	Lumbalgia	3,893	98.0	Gastritis No Especificada	3,608	87.2	Gastritis No Especificada	3,443	83.6	Faringitis aguda	2,545	53.2
8	Faringitis	2,980	75.0	Dermatitis No especificada	3,600	87.0	Faringitis aguda	3,107	75.4	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, visur no identificado	2,527	52.8
9	Vaginitis N.E.	2,910	73.3	Cefalea	3,522	85.1	Influenza No especificada	3,100	75.3	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las Vías resp.sup.	1,736	36.3
10	Gastritis	2,769	69.7	Influenza No especificada	3,083	74.5	Vaginitis Aguda No especificada	2,879	69.9	Vaginitis Aguda No especificada	1,954	40.8
11	Enfermedad inflamatoria del cuello del útero	2,281	57.4	Faringitis aguda	2,085	50.4	Otras infecciones agudas de sitios No especificados	2,628	63.8	Enfermedad inflamatoria del Cuello Uterino	1,543	32.3
12	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	2,256	56.8	Vaginitis No especificada	2,989	72.3	Enfermedad inflamatoria del Cuello Uterino	1,497	36.3	Cefalea	860	18.0
13	Parasitosis intestinal	1,232	31.0	Otras infecciones agudas de sitios No especificados	2,746	66.4	Dermatitis No especificada	1,354	32.9	Dermatitis No especificada	532	11.1
14	Dermatitis	1,196	30.1	Enfermedad inflamatoria del Cuello Uterino	1,721	41.6	Amenorrea	1,209	29.4	Otras causas	83,245	1740.1

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

NPSATS

c.6.- ADULTO (a) MAYOR

La población de adultos mayores (60 años y más) ha ido aumentando en los últimos años, desde 9.5 % en el 2005 hasta 10% de la población total de la RMS en el año 2010 (tabla No. 1). En el año 2013, los adultos mayores se contabilizaron en 90,736 habitantes, de los cuales el 56% son mujeres.

En 1998 murieron 1,881 personas de 60 años y más, calculándose una tasa de mortalidad para ese grupo de 119.2/100,000 habitantes, lo que representó el 63.2% de todas las muertes reportadas en la RMS.²⁷ Para el año 2009 la Contraloría General de la Nación reportó 3,794 defunciones de las cuales el 59.7% correspondió a los adultos mayores²⁸.

La causa más frecuente de defunción en este grupo en el año 1999 fueron los tumores malignos con el 19.1% de todas las defunciones²⁹. La Enfermedad Isquémica del corazón ocupó el segundo lugar con 18.5%, seguida de la ECV con 12.5%, las neumonías y bronconeumonías con 8.7% y las enfermedades crónicas de vías inferiores con 4% en quinto lugar.

Para el año 2010 es la enfermedad isquémica del corazón la que ocupó el primer lugar con 11.5% de las muertes en este grupo de edad, se estimó la tasa de morbilidad en 63.3/10,000 hab., la enfermedad cerebro vascular se situó en segundo lugar con una tasa de 49/10,000 habitantes. Los Tumores Malignos descienden al tercer lugar, representando el 12.7% de las muertes reportadas en este grupo de edad y con una tasa de 41.8/10,000 habitantes.

²⁷ Tomado del Plan Regional Estratégico 2000-2004. Departamento de Planificación.

²⁸ Según información proporcionada por la Sección de Registros y Estadística de Salud (REDSA). Año 2010.

²⁹ Tomado del Plan Regional Estratégico 2000-2004. Departamento de Planificación.

TABLA No. 29. COMPARACIÓN DE CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL GRUPO DE 60 AÑOS Y MÁS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS 1999 Y 2010.

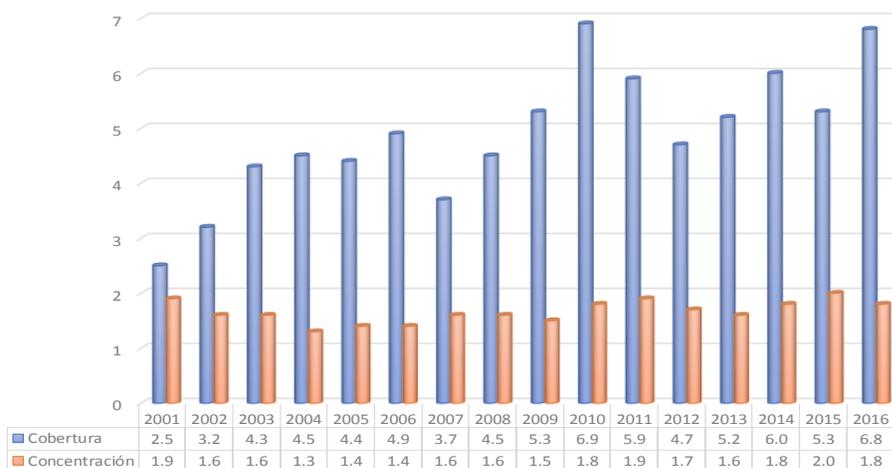
1999 (*)			2010		
CAUSA	No.	%	CAUSA	No.	%
Tumores malignos	374	19.1	Enfermedad isquémica del corazón	436	19.2
Enfermedad isquémica del corazón	362	18.5	Enfermedad cerebro vascular	337	14.9
Enfermedad cerebro vascular	244	12.5	Tumores malignos	288	12.7
Neumonías y Bronconeumonías	171	8.7	Otras enf. Del corazón	127	5.6
Enfermedades. Crónicas de las vías respiratorias inferiores	78	4.0	Enfermedades del Sistema Urinario	78	3.4
TOTAL	1,956	100	TOTAL	2266	100

*Tomado del Plan Regional Estratégico 2000-2004

Fuente: Base de datos de la Contraloría General de la Nación. Proporcionado por la Sección de Registros y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

En este grupo de edad es importante la vigilancia del estado de salud en función de las patologías que ocurren propias de la edad. En este sentido, cobra vital importancia el control de salud, el cual mostró un aumento progresivo a lo largo del período. Desde 2.5% en el año 2001 hasta 6.9% en el 2010, disminuyendo a 4.7% en el 2012 y aumentando nuevamente hasta 6.8% en el 2016, lo que evidencia el esfuerzo realizado por, los equipos de salud a nivel local. Los centros de salud de San Felipe y Veracruz presentaron cifras de cobertura muy superiores a las regionales con promedios en 14.6% y 12.7%, respectivamente durante el período. Sobresale el centro de Salud de Paraíso, ya que, a partir del año 2006, inicia un incremento sostenido desde 10.1% a 24.7% en el 2010. Los Centros de Salud con más baja cobertura durante el periodo fueron Pueblo Nuevo, Boca La Caja y las Mañanitas (ver anexo 1 tabla No.26)

GRÁFICA N°.11. COBERTURA DE CONTROL DE SALUD Y CONCENTRACIÓN EN EL ADULTO MAYOR. RMS. AÑOS 2001- 2016



La concentración de la atención calculada para el periodo estuvo entre 1.5 y 1.8 controles. Al igual que en el adulto de 20 a 59 años, llama la atención que, a pesar del incremento progresivo de la cobertura, la concentración no se modificó (ver anexo 1 tabla No.27).

La Hipertensión arterial fue la primera causa de morbilidad atendida en el año 2001 con una tasa de 125.8/10,000 hab, para el año 2010 la tasa se incrementó a 650.8/10,000 hab, lo que evidencia los esfuerzos realizados por los equipos de salud para captar y atender a este grupo de pacientes. La obesidad, que se situaba en tercer lugar en el año 2001, desciende a la quinta posición en el 2010 incrementando la tasa desde 35.7/10,000 hab. a 99.4/10,000 hab.

TABLA No. 30. COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA EN EL GRUPO DE 60 AÑOS Y MÁS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS: 2001 Y 2010.

2001			2010		
CAUSA	No.	TASA a/	CAUSA	No.	TASA a/
Hipertensión arterial	690	125.8	Hipertensión Arterial	4,484	650.8
Infección de vías urinarias	258	47.0	Rinofaringitis (resfriado común)	1,200	174.2
Obesidad	196	35.7	Diabetes Mellitus	1,008	146.3
Faringitis	154	28.1	Infección de vías urinarias	726	105.4
Diabetes Mellitus	150	27.3	Obesidad (NE)	685	99.4

a/ por 10,000 habitantes

Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de Registros y Estadísticas de Salud (REDSA) SASTS. Departamento de Planificación. RMS.

Llama la atención el comportamiento irregular de los reportes de atención de morbilidad por Diabetes Mellitus durante el periodo, desde la quinta posición en el año 2001 con una tasa de 27.3/10,000 hab. a la tercera posición en los años 2002 y 2003 con tasas de 34.2 y 42.9/10,000 hab, respectivamente. En los años 2004 y 2005 no aparece entre las 14 morbilidades más frecuentes, luego en el año 2006 aparece ocupando la posición 12 con una tasa calculada en 21.3/10,000 hab, pero nuevamente el año 2007 no se registró entre las más frecuentes. En el 2008 se reportó la Diabetes Mellitus en la posición 9 con una tasa de 54.6/10,000 hab., desapareciendo entre las morbilidades frecuentes en el año 2009 y reaparece en el 2010 en la posición No.3 para este grupo de edad (ver anexo 1 cuadro No.35) En el año 2013 se reporta en el octavo lugar, la Diabetes Mellitus, pero en esta ocasión se diferencia en “No insulino dependiente”. Dato importante a la hora de planificar acciones de salud en los grupos de interés y en especial en el adulto mayor.

TABLA 31												
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD												
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD												
TASA (a/) DE LAS PRINCIPALES MORBILIDADES ATENDIDAS EN LOS ADULTOS MAYORES, PERÍODO 2002 - 2013												
No.	AÑO 2002			AÑO 2003			AÑO 2004			AÑO 2005		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Hipertensión arterial	459	78.4	Hipertensión arterial	785	134.0	Rinofaringitis (Resfriado Común)	433	66.9	Hipertensión arterial	689	107.3
2	Obesidad	421	71.9	Rinofaringitis (Resfriado Común)	374	63.9	Hipertensión arterial	407	62.9	Inf. Aguda de vías respiratorias superiores	602	93.7
3	Infección urinaria	272	46.4	Influenza	322	55.0	Influenza	328	50.7	Influenza	393	61.2
4	Diabetes Mellitus	200	34.2	Diabetes Mellitus	251	42.9	Infección de vías urinarias	182	28.1	Obesidad	335	52.2
5	Faringitis	134	22.9	Infección urinaria	191	32.6	Diarrea y gastroenteritis	136	21.0	Trastornos mentales orgánicos	329	51.2
6	Lumbalgia	134	22.9	Obesidad	154	26.3	Obesidad	128	19.8	Enf. Crónica de vías respiratorias	327	50.9
7	Gastritis	117	20.0	Diarrea	150	25.6	Bronquitis N.E.	119	18.4	Infección de vías urinarias	321	50.0
8	Dermatitis	91	15.5	Lumbalgia	117	20.0	Asma	101	15.6	Dorsopatías	264	41.1
9	Anemia	90	15.4	Faringitis aguda	115	19.6	Lumbalgia	82	12.7	Traumatismos, envenenamientos y causas externas	264	41.1
10	Depresión	87	14.9	Artritis	89	15.2	Faringitis N.E.	75	11.6	Enf. del esófago, estomago y duodeno	224	34.9
11	Rinofaringitis (Resfriado Común)	67	11.4	Asma	72	12.3	Depresión	64	9.9	Micosis	183	28.5
12	Ansiedad	65	11.1	Gastritis	71	12.1	Anemia	59	9.1	Trastornos metabólicos	197	30.7
13	Herida cortante	62	10.6	Anemia	69	11.8	Artralgia	48	7.4	Dermatitis y eccemas	177	27.6
14	Faringoamigdalitis	43	7.3	Artralgia	66	11.3	Herida N.E.	40	6.2	Diarrea	127	19.8
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Hipertensión arterial	1,054	163.7	Hipertensión arterial	1,889	283.4	Hipertensión arterial	2,698	390.0	Hipertensión arterial	2,887	440.4
2	Catarata N.E.	901	139.9	Catarata N.E.	1,117	167.6	Catarata N.E.	1,261	182.3	Rinofaringitis (Resfriado Común)	723	110.3
3	Rinofaringitis (Resfriado Común)	444	69.0	Infección de vías urinarias	481	72.2	Caries dental	694	100.3	Infección de vías urinarias	575	87.7
4	Infección de vías urinarias	430	66.8	Caries dental	484	72.6	Rinofaringitis (Resfriado Común)	598	86.4	Obesidad	534	81.5
5	Influenza	314	48.8	Resfriado Común	475	71.3	Obesidad	585	84.6	Lumbalgia	366	55.8
6	Obesidad	262	40.7	Obesidad	357	53.6	Infección de vías urinarias	580	83.8	Influenza	309	47.1
7	Lumbalgia	223	34.6	Influenza	314	47.1	Artritis	450	65.0	Enfermedad Diarreica	264	40.3
8	Artrosis	186	28.9	Lumbalgia	287	43.1	Depositos o acreciones en los dientes	449	64.9	Faringitis N.E.	228	34.8
9	Enfermedad Diarreica	163	25.3	Depositos o acreciones en los dientes	226	33.9	Diabetes Mellitus	378	54.6	Gastritis	214	32.6
10	Caries dental	157	24.4	Enfermedad Diarreica	206	30.9	Influenza	371	53.6	Asma	170	25.9
11	Gastritis	146	22.7	Gastritis	171	25.7	Lumbalgia	360	52.0	Dermatitis	275	42.0
12	Diabetes Mellitus	137	21.3	Faringitis aguda	169	25.4	Artralgia	237	34.3	Bronquitis N.E.	140	21.4
13	Asma N.E.	120	18.6	Bronquitis N.E.	162	24.3	Gingivitis crónica	232	33.5	Anemia	139	21.2
14	Faringitis aguda	117	18.2	Necrosis de la pulpa	130	19.5	Enfermedad Diarreica	230	33.2	Infección viral de tipo N.E.	102	15.6
No.	AÑO 2010			AÑO 2011			AÑO 2012			AÑO 2013		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Hipertensión arterial	4,484	650.8	Hipertensión arterial esencial	4,071	560.0	Hipertensión arterial esencial	3,982	409.8	Hipertensión arterial esencial	4,106	448.9
2	Rinofaringitis (Resfriado Común)	1,200	174.2	Rinofaringitis (Resfriado Común)	1,112	153.0	Rinofaringitis (Resfriado Común)	1,198	123.3	Rinofaringitis (Resfriado Común)	1,220	133.4
3	Diabetes Mellitus	1,008	146.3	Infección de vías urinarias	940	129.3	Infección de vías urinarias	966	99.4	Infección de vías urinarias	910	99.5
4	Infección de vías urinarias	726	105.4	Diabetes Mellitus No Especificada	880	121.1	Obesidad No Especifica	712	73.3	Obesidad No Especifica	643	70.3
5	Obesidad	685	99.4	Obesidad No Especificada	658	90.5	Diabetes Mellitus No Especificada	694	71.4	Lumbalga No Epecificado	634	69.3
6	Influenza	562	81.6	Lumbalga No Epecificado	563	77.5	Lumbalga No Epecificado	577	59.4	Artrosis No Especificada	535	58.5
7	Lumbalgia	520	75.5	Artrosis No Especificada	519	71.4	Artrosis No Especificada	545	56.1	Catarata No Especificada	518	56.6
8	Artrosis	517	75.0	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	499	68.6	Catarata No Especificada	462	47.5	Diabetes Mellitus No Insulinodependiente	503	55.0
9	Catarata N.E.	498	72.3	Gastritis No Especificada	446	61.4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	461	47.4	Diabetes Mellitus No Especificada	457	50.0
10	Faringitis aguda	430	62.4	Catarata No Especificada	424	58.3	Gastritis No Especificada	451	46.4	Faringitis Aguda N.E.	391	42.8
11	Hiperlipidemia	363	52.7	Influenza No Especificada	383	52.7	Faringitis Aguda N.E.	422	43.4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	380	41.5
12	Diarrea y gastroenteritis	386	56.0	Faringitis Aguda N.E.	346	47.6	Influenza No Especificada	372	38.3	Dolor en articulación	367	40.1
13	Gastritis N.E.	353	51.2	Artralgia	306	42.1	Artralgia	354	36.4	Hiperlipidemia No especificada	298	32.6
14	Asma N.E.	315	45.7			0.0	Hipercolesterolemia	330	34.0	Hipercolesterolemia pura	296	32.4

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

NPSATS

Al revisar en los boletines estadísticos, la desagregación de la información, nos percatamos de que a partir del año 2003 se incluye un cuadro con las enfermedades crónicas, donde sí aparece la Diabetes Mellitus, no obstante, se encuentran diferencias en los reportes en este grupo de edad. Lo que pareciera ser causa de las diferencias y del comportamiento ya mencionado.

c.7.- Salud Escolar³⁰

Dentro del contexto del desarrollo del Programa de Salud Escolar desde el año 2008, se ha establecido un lazo con el Departamento de Proyectos del Despacho de la Primera Dama, el Ministerio de Trabajo, MEDUCA, MIDES, UDELAS y otros Ministerios e Instituciones Gubernamentales que tienen dentro de sus estructuras departamentales, áreas para velar por la atención a la niñez; dando continuidad a la ejecución del programa CETIPPAT (con miras a eliminar el trabajo infantil) desde el 2009 e incorporando un nuevo proyecto, “VER PARA APRENDER” desde el 2010 que tiene que ver con el otorgamiento de lentes gratuitos a los menores que así lo necesiten.

En el 2005, 2006 y 2007 se habían hecho intentos parciales del mismo, adicionalmente no existían los Programas y proyectos del Despacho de la Primera Dama.

Al involucrarnos en estos programas de amplio espectro desde el 2008, el departamento de Provisión de Servicios y luego de Salud Pública de la RMS se ve fortalecida ya que se nos ha dado la oportunidad de participar en reuniones intersectoriales en las que con nuestras aportaciones hemos contribuido a aumentar el grado de sensibilización de muchas personas con gran poder de decisión en beneficio de la niñez y la adolescencia; logrando ser motores impulsores de un grupo de colaboradores que hablan en el mismo idioma. Por lo menos esa ha sido intención, sobre todo para evitar la desaparición de Programas que están sirviendo a los niños de nuestra Región Metropolitana.

³⁰ Informe de Programa Nacional de Salud Escolar/PRONASE. Coordinador Dr. José Córdova.

Tenemos confianza en que este documento será útil para que las autoridades de Salud de la actual administración para que comprendan la importancia que tiene el coordinar con las instancias de MEDUCA, el dar atención a las instalaciones educativas sobre todo en áreas rurales de la Región Metropolitana. Así como también el fortalecer el recurso humano que día a día trata de lograr las múltiples tareas en los diferentes Programas del MINSA. Al parecer estos señalamientos han sido hechos año tras año, pero hoy sentimos, como ayer, que se hace imperativo un efectivo cambio de modo que las autoridades del MINSA y MEDUCA se sienten a la mesa de un diálogo inteligente y diligente que favorezca todo lo que concierne a la salud ambiental en las Escuelas Metropolitanas. Hay escuelas con baños inhabilitados, con techos e infraestructuras deficientes y sabemos que hay funcionarios en el actual gobierno con un honesto deseo de resolver con prontitud estas necesidades. Solicitamos, por tanto, a los Directores Nacionales y Regionales su especial interés porque este cambio a favor de la población infantil y la intersectorialidad que hemos logrado fortalecer se dé con el MEDUCA y otros actores del Programa.

Desde el 2008 nos incorporamos a la Coordinación del Programa de Salud Escolar y sentimos desde entonces un lento, pero sostenido despertar dentro del marco del programa, aunque parcialmente. Mucho ha tenido que ver el escaso recurso humano, las alertas epidemiológicas en diferentes meses de los años, las auditorias Nacionales de expedientes y la multifuncionalidad de cada funcionario a nivel local agravado con la nula otorgación de horas administrativas para la confección de informes oportunos al SIES.

Con relación a los Informes, había mucha duplicidad y convocamos a una reunión en el 2008 con la Sección de Estadísticas y diferentes técnicos de provisión, acordando que los informes que generaban los centros serían remitidos únicamente a esa sección para que una vez procesados nos lo remitieran al Departamento de Provisión de Servicios.

También tenemos que ser críticos y en este aspecto, los resultados en las diferentes áreas de PRONASE y CETIPPAT no han podido ser los mejores, razón por la cual debe exigirse al profesional el cumplimiento de por lo menos los grados consignados según las actuales Normas Técnicas Administrativas y Manual de Procedimiento de 1993 y reactivar las pruebas de visión apoyándose con la UDELAS y el Dpto. de Proyectos del

Despacho de la Primera Dama quien otorgaba gratuidad de lentes a todo menor que lo requiriera. En el área de CETIPPAT urge la reactivación del Comité y seguir cumpliendo con los artículos de este Decreto ya que el reflejo de nuestra cobertura es en parte producto de esta situación.

**TABLA No. 32. REGION METROPOLITANA DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR / PRONASE
Datos Generales de Población Escolar. AÑO 2008-2012**

DATOS GENERALES	2008		2009		2010		2011		2012	
Población Total	696,360	%	681,545	%	692,056	%	688,820	%	688,820	%
Población de 5 - 14 años	111,087	16	111,401	16	112,906	16	110,203		110,203	16
Población de 5 a 9 años (OPS)	56,179		56,159		56,634		54,775		28,420	
Total, de escuelas (69) / parvularios	64		64		64		69	100	69	93
Matriculas total de escuelas	13,610	12	33,176	30	41,670	37	42 540	78	28,420	50
Nº alumnos en el Programa Escolar	7,548	55	18,407	55	22,886	55	19,095	45	23,050	27
Kínder	1,298	10	3,804	12	4407	11	363	1	4802	21
I	2,058	15	4,610	14	5828	14	6016	14	6038	26
II	2,133	15	4,972	15	6007	14	6105	14	5869	25
III	2,118	16	5015	15	6104	15	5966	14	6184	26
IV	1,934	14	5029	15	6263	15	6297	14	6017	26
V	2,010	15	4725	14	6417	15	6821	16	6270	27
VI	2,059	15	4700	14	5978	14	6611	16	6341	29
Alumnos especiales			321	1	666	2	716	2	147	
Aulas especiales	150	1.09	150	1					71	1.0
Instalación de Salud	17		15		13	72	18	94	17	
Escuelas en el programa escolar/parvularios	64		64		64		69	100	69	

**Tabla No. 33
Actividades del programa escolar. Año 2008- 2011**

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES 2008-2011		
BIOLOGICOS	PSICOLOGICOS	SOCIALES
Caries, gingivitis, mal oclusión	Bajo Rendimiento Escolar	Problemas Sociales
Rinitis	Problemas Familiares	Problemas Económicos
Obesidad	Trastornos de conducta y de las emociones	Problema Familiares (2011)
Pediculosis		
Resfriado Común	Problemas de Aprendizajes	

Figura No.4

AREA DE C y D	2008		2009		2010		2011	
	LOGROS	%	LOGROS	%	LOGROS	%	LOGROS	%
Cobertura de C y D	6692	89	16,083	87	10,557	46	10183	53%
Escolares que ingresan con esquema completo de vacuna (K y I)	2,923	87	2129	25	1989	19	3449	54%
Escolares de K y I que completaron su Esquema de Vacuna durante el año	2,344	70	2828	25	7927	49	5573	87%
Escolares de VI con esquema completo de vacunas			1494	32			6611	100%
Niñas de VI grado vacunadas con antirrubéola	1.409	68	1291	27	805	31	835	3%
Escolares atendidos por trastornos psicosociales					76		36	0.1%
Pruebas de Visión realizada (F: Minist. Presidencia/ 2011)	2,055	27	2099	12	2847	12	4525	71%
Pruebas de Audición realizadas			1956	11	1471	6	784	12%
Niños de K con Certificados de Salud							0	
Niños de VI con constancia de Certificado de Salud	1,844	90	2218	12	1381	23	2606	39%
Escolares atendidos en el establecimiento de salud	47		87		118		45	0.1%
Escolares atendidos en el establecimiento de salud por Trastornos de Salud	268	2	321	1	571	2	322	2%
Escolares con trastornos de Crecimiento	23	2	391	1	729	1	1461	8%
Escolares con trastornos de Desarrollo			34		39		90	0.5%
Escolares con trastornos de Visión			809	0.1	70	0.1	264	6%
Escolares con trastornos de Audición			754					
Escolares referidos por bajo rendimiento escolar	343	2	71	0.03	101	2	192	1%

EN NUTRICION, ALIMENTACION Y PRODUCCION DE ALIMENTOS

Tabla No. 34
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
Actividades de Nutrición en Programa Escolar. RMS. Año 2008-2011

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	2008		2009		2010		2011	
	Logro	%	Logro	%	Logro	%	Logro	%
Escolares encuestados	10.403	76	7.752	23	8.103	19	13.514	71
Escolares que asistieron al comedor escolar	942	7	1.666	7	959	2	1.119	6
Escolares atendidos en nutrición	74	1	470	3	439	2	842	4
No. De estudiantes capacitados en huertos escolares			N/A					
Bajo peso en escolares matriculados (K, I, II), según peso y talla	1.341	24	1.167	9	1.759	11	2.398	19
Sobrepeso en escolares					1.835	11	1.614	13
Casos de niños con retardo moderado y severo del 1o grado Talla-Edad							2	
Escolares recuperados					2			
No. De huertos escolares				N7A	0		0	



Insistimos en la poca participación del profesional de La Nutrición donde están asignados. Sabemos que la RMS cuenta con un número escaso de profesionales de esta área para cubrir Los Centros de Salud. El poco entusiasmo y seguimiento del monitoreo en las escuelas con los niños, sobre todos en áreas de grandes problemas socioeconómicos reflejan porcentajes de cumplimiento bajos. Con relación al ítem 4 y 9, consideramos es debido al caso omiso de las autoridades del MIDA para fortalecer el Programa con su participación como establece las actuales Normas Técnicas y Manual de Procedimientos del Programa en lo referente a Huertos Escolares.

Tabla 35		
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD		
RESULTADOS DE LABORATORIO. Programa Escolar		
TIPOS DE EXAMENES	2010	2011
Solubilidad de Hb	1.405	1.755
Total de Hb	12.065	6.120
Hb Normal (11 - 12 mg)	10.784	5.186
Hb baja	1.281	934
parasitología	0	
VDRL no reactor	72	70
Flebotomías	1.887	3.565
Tipaje	104	961
(Anexo incluido por el coordinador dada la relevancia del mismo, desde 2010)		

En Salud Bucal No se pueden programar actividades curativas debido a que no se cuenta con la información o la necesidad de estas. De igual manera no se puede programar metas en cuanto a sellantes de fosas y fisuras, consecuentemente con los totales de las actividades curativas. Hemos reiterado desde 2008 a ajustar y estandarizar a las diferentes Regiones del país los formatos actuales que existen desde 1993.

Es preocupante si se sabe que se cuenta con una considerable dotación de horas odontológicas que ayudaría a la monitorización de enjuagues, la planeación, promoción y confección de actividades curativas. Se reportan pocas actividades de Promoción en el ámbito de Escuelas Oficiales en el área Metropolitana y como lo ha expresado el Sr. ministro a mediados del mes de noviembre 2010, contamos con una incidencia alta de caries.

Agregaríamos también afecciones de gingivitis y mal oclusiones (Seminario de Especialista de Ortodoncia del 19 de nov. De 2010 / AOP), la mayoría por no instruir a los menores en lo importante de una buena masticación bilateral y concientización sobre los alimentos cariogénicos que aun existen en la mayoría de los Kioscos de las escuelas oficiales a pesar de existir un Decreto Ejecutivo que los regula desde hace muchos años. Quedará mucho por hacer si descuidamos los análisis y seguimos haciendo omisiones de los diferentes Programas y áreas de PRONASE.

Figura No.5

RECURSOS HUMANOS EN EL PROGRAMA:

<u>SALUD</u>	19 Coordinadores Locales de PRONASE del SRMS con un Equipo Básico de Salud con múltiples funciones en sus instalaciones. <u>El C/S de Pacora fue capacitado oportunamente con entrega de documentos y CDs para la ejecución del Programa Escolar para que inicie su implementación en el año 2012.</u>
<u>IPHE</u>	Se hizo las Coordinaciones Regionales para que participen en el Programa.
<u>EDUCACION</u>	Contamos con seis Supervisoras Metropolitanas de MEDUCA, Una Supervisor Nacional de Educación, de Educación Básica, de padres de familia, la coordinadora CETIPPAT de MEDUCA 2011 y la consultora de la OIT.
<u>MIDA</u>	No se han logrado las coordinaciones correspondientes. Las autoridades no entienden la importancia de su participación y desconocen su corresponsabilidad en el Programa. Se aprovechan enlaces con el IMA. Se lleva el Programa CETIPPAT desde Julio de 2009. El Comité es un Organismo Permanente, encargado de asesorar, coordinar y concertar políticas de prevención, atención y protección social de la niñez y la juventud.
<u>MITRADEL</u>	LAMENTABLEMENTE SE EVIDENCIO INCUMPLIMIENTOS CONSTANTES EN DIFERENTES ARTICULOS QUE CREA EL DECRETO 37 DE 2005 desde sus inicios. <u>Extraoficialmente se nos informa de manera impersonal que para 2011 no habra menores beneficiados con CETIPPAT en el SRMS a que los menores de años anteriores habían cumplido su tiempo máximo establecido en el Programa que es de 3 años.</u>
<u>Confederación Padres De Familia</u>	A través de los Coordinadores Locales de algunos Centros de Salud se han logrado estrategias para su participación. <u>En contamos con la presidenta de la confederación, Muñoz.</u>

Tabla No.36

DESCRIPCION	2008		2009		2010		2011	
	LOGRO	%	LOGRO	%	LOGRO	%	LOGRO	%
Escolares a quienes se les enseño Téc. De Cepillado	12,897	95	22,549	68	14575	35	19909	62
Escolares con CPDB	3,708	27	7054	39	7920	19	7349	38
Escolares protegidos con FL Completos	6,307	46	4944	15	14543	35	43265	100
Escolares protegidos con FL Incompletos	289	2	3293	10	22720	55	9225	29
Escolares a quienes se les hizo profilaxis	665	9	2,956	16	1015	4	882	5
Escolares terminados	1,694	12	2,330	11.1	2894	8	4036	21
Nº de escolares que recibieron el enjuagatorio de FL de Sodio	10,560	78	33176	100	37263	91	43265	100
Escolares Examinados	9,404	125	10301	56	14184	62	12036	63
Escolares referidos para actividades curativas	5,198	38	3446	10	4975	22	3467	18
Nº de escuelas en el programa de enjuagatorio de fluoruro de sodio al 0.2%	64	93	64	93	64	93	69	100
Total de sellantes de fosas y fisuras					800	3	467	
Total de actividades curativas	6,330	46	631	2	3765	31	2604	
Exodoncias					652		681	
Cirugia Endo orto-curativas					291		1432	
Cirugia de Urgencias					100		1	

Principales causas de morbilidad bucal: 1. Caries, 2. PDB, 3. Gingivitis, 4. apiñamiento y 5. mal oclusiones

Creación de grupos escolares cazadores de humo y caza mosquito:

La RMS fortaleció la creación de estos grupos con la Campaña “No bajas la Guardia ante el Dengue” en el mes de septiembre de 2010 considerado como Mes de los Caza mosquitos y en el Segundo Semestre de 2011, contando con la colaboración de los Departamentos de Promoción, Vectores, Saneamiento Ambiental, Epidemiología y Provisión de Servicios (PRONASE).

A. Albopictus y *Aegypti* gozan de gran importancia médica, ya que son los principales vectores transmisores del dengue en Centroamérica. En el 2003 estas especies transmitieron el virus del dengue a 24,498 personas en Centroamérica y Panamá, de las cuales 12 murieron. (OPS, 2003).

No obstante actualmente hay una crisis sanitaria por el no cumplimiento de la comunidad con la eliminación de criaderos y la aparición de las nuevas cepas de virus, sumándose el *Aedes Albopictus* como nuevo trasmisor del Dengue, comúnmente conocido como el “mosquito tigre” por su comportamiento persistente y agresivo al picar. Aparentemente las poblaciones de esta especie no son tan abundantes como las de *A. Aegypti*, y parecen tener preferencia por hábitats en áreas suburbanas, donde contamos con gran número de Colegios.

Tabla No. 37

SALUD AMBIENTAL	2008		2009		2010		2011	
Edif. escolares inspeccionados (*)	87	100%	64	94%	65	94%	69	73%
Edif. escolares encuestados (*)	87	100%	64	94%	65	94%	69	73%
Edificios escolares mejorados	28	32%	42	61%	75	47	35	23%
Manipuladores con Certificado de Salud	33		67		86		90	
Charlas a Manipuladores	56		31		34		69	
Manipuladores capacitados	56		58		58		6	
Brigadas escolares organizadas	35		32		42		29	
Campaña de aseo	23		65		62		29	
Desratizaciones (*)	10	16%	42	65%	49	77%	39	57%
Fumigaciones (*)	48	55%	54	84%	89	100%	78	100%
Otras Actividades: Desfile alusivo a medidas preventivas contra el DENGUE, Análisis de agua, Concurso de Talentos, de Murales contra el Dengue,			15					
Creación de grupos escolares cazadores de humo y caza mosquito								
(*) Involucra además a parvularios y otras escuelas privadas según solicitudes oportunas a las Direcciones según área de responsabilidad sanitaria.								

En el área de la Salud Ambiental de igual forma no se puede programar cuántos Manipuladores de Alimentos habrá con exactitud y cuántos habrá que capacitar, por lo que solamente se puede dar una proyección, en este caso debió haber aumentado; sin embargo, como en las otras áreas del Programa no ocurre así, podemos aseverar y constatar nuestro análisis con las múltiples actividades de la Dirección Regional en torno a las inspecciones de expendio de alimento y de interés sanitario. Esta aseveración resulta de un análisis desde 2008 a la fecha.

Destacamos que pese a las pocas horas que cuenta el SRMS con Inspectores de Saneamiento en el Dpto. de Salud Pública, ellos han logrado cumplir con un 94 % de las inspecciones, encuestas escolares y otras actividades como fumigación que desde el 2009 no bajan de 80%.

Tabla No.38

INFORME REGIONAL METROPOLITANO DEL COMITÉ PARA LA ERRADICACION DEL TRABAJO INFANTIL Y PROTECCION DE LA PERSONA ADOLESCENTE TRABAJADORA 2009 y 2010.
CENTRO DE SALUD: Sistema Regional Metropolitano de Salud
 (Validado por la Comisión Regional de PRONASE)

<u>Fecha de entrega:</u>				
	2009	2010	2011	
Número de Esc. Beneficiadas:	29	19	0	OBSERVACION O SITUACIONES ENCONTRADAS: Haciendo un análisis del Programa este año se evidenció múltiples incumplimientos en los artículos del Decreto Ejecutivo 37 que crea este Comité Interinstitucional y consecuentemente su debilitamiento por las autoridades de alto perfil. <u>Extraoficialmente se nos informa de manera impersonal que para 2011 no habrá menores beneficiados con CETIPPAT en el SRMS ya que los menores de años anteriores habían cumplido su tiempo máximo establecido para el mismo, que es de 3 años.</u> Igualmente no se realizan a lo que va del año retroalimentación ni reuniones del Comité. <u>CETIPPAT se implemento en el SRMS en el año 2009.</u>
Número de Esc. Atendida:	9	10	0	
Número de Población Beneficiada	686	510	0	
Número de Población Atendida:	153	92	0	
SERVICIOS DE ATENCION BRINDADA				
VACUNA :	110	70	0	
ODONTOLOGIA :	110	92	0	
MEDICINA GENERAL :	153	92	0	
NUTRICION :	0	5	0	
LABORATORIOS (BHC, URINALISIS y HxP) :	40	97	0	
	Cobertura 2009: 22	Cobertura 2010: 18	Cobertura 2011: 0	

c.8.- SALUD BUCAL³¹

La enfermedad caries dental se ha posicionado dentro de las cinco principales causas de morbilidad en todos los grupos de edad atendidos en los Centros de Salud de la Región Metropolitana a lo largo de estos últimos 6 años, razón por la que debemos crear nuevas estrategias en salud bucal para mejorar esta situación.

En la República de Panamá se han realizado cuatro estudios nacionales en el campo de la Salud Bucal, el primero en 1974 como parte de la Encuesta Nacional de Nutrición, el segundo en 1990-1991 con la Encuesta Nacional de Salud Bucal en Escolares, el tercero en 1997 el estudio de Línea Basal de Caries Dental y Fluorosis y por último en el 2008 se realizó el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, DISABU, el cual arrojó resultados impactantes en cuanto al estado de salud bucal de los diferentes grupos de edad y tipo de población tanto rural como urbana y grupos étnicos.

³¹ Tomado del Análisis Situacional de Salud 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS. Ver anexo 2.

Uno de los resultados más relevantes de estos estudios fue que la prevalencia de la caries dental para la población de 5 a 75 años era superior al 90%.

El DISABU 2008 reveló índices para la dentición decidua en niños de 5 a 12 años de 3.13 y para la dentición permanente, el índice CPOD en la población de 6 a 75 años fue de 10.18, el cual representa cifras altas de experiencia de caries dental en los diferentes grupos de población examinados.

Al estratificar los valores por edad, se registró una disminución de la experiencia de caries con aumento de la edad para la dentición decidua y un incremento constante y sostenido para la dentición permanente.

Una de las conclusiones más interesantes de este estudio fue que la experiencia de caries dental disminuye con el aumento de la edad en niños hasta los 11 años con dentición decidua y el índice CPOD para dentición permanente, lo que podría explicarse porque los niños al ir creciendo adquieren mayor destreza para realizar una mejor técnica de cepillado, los padres le brindan mayor atención a los dientes permanentes y al ingresar al programa escolar se ven beneficiados con las aplicaciones de flúor tanto tópicos como en enjuagatorios, contrario a lo que sucede con las personas adultas que al avanzar en edad, la destreza se va perdiendo, adquieren mayores compromisos lo que limita el tiempo destinado a visitar al odontólogo, unido esto a la falta de ingresos económicos, costos de los tratamientos, malos hábitos adquiridos como tabaquismo, alcoholismo, dieta pobre, efectos negativos que los medicamentos para sus enfermedades crónicas ocasionan como disminución del flujo salival, hiperplasias gingivales y otros, además de la movilidad limitada de los adultos mayores para acceder a una instalación de salud incluso en áreas urbanas.

Podemos observar en las tablas del anexo 2, un comportamiento muy similar a lo largo de estos últimos 6 años en cuanto a indicadores de Salud Bucal se refiere, se observa que a pesar de que la población de la Región Metropolitana ha ido aumentando, el impacto de salud bucal no sobrepasa un 26% y la cobertura de salud bucal tiene como máximo un 35% el cual se ve reflejado en el grupo de población que acude a la consulta

prenatal, siendo el más bajo en el grupo del adulto mayor en parte por las mismas razones antes expuestas.

Esto nos hace un llamado de atención puesto que a pesar de los esfuerzos realizados en estos últimos años en cuanto a Salud Bucal preventiva se refiere, como los enjuagatorios de flúor a escolares, la implementación de la Técnica PRAT como herramienta en el Proyecto Comunidades Libres de Caries, compra de equipo e insumos y otras estrategias más, no refleja una mejoría en la Salud Bucal de la población sino por el contrario, se mantiene con el transcurrir de los años, por lo que debemos reforzar los programas preventivos como aumento de la aplicación de sellantes de fosas y fisuras en las primeras molares permanentes, el desarrollo de las Comunidades Libres de Caries, vigilancia de la fluoración de las aguas, aumento de actividades curativas para lograr pacientes con tratamientos terminados, mayor optimización del recurso humano odontológico y los insumos, equipo e instrumental odontológicos con el consiguiente mejoramiento de los consultorios odontológicos para brindar un mejor ambiente clínico que cuente con el equipo instrumental e insumos suficientes para realizar tratamientos de calidad al paciente.

D.- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles registró 5,929 casos de diarrea en 1999, lo que significa 627 casos menos que en 1998, casi 10% menos. Desde 1995 está entre las cinco primeras causas de morbilidad.³² Posición que mantiene hasta el 2013 cuando ocupa el segundo lugar con una tasa de 434.6/10,000 hab. (tabla No.39).

A lo largo de todo el período (1996-2013) las enfermedades respiratorias altas (influenza-resfriado común) han ocupado la primera posición entre los diagnósticos más frecuentes, reflejando un incremento progresivo en sus tasas desde 144.1/10,000 habitantes en 1996 a 502.7/10,000 habitantes en el año 2010. La infección por virus de papiloma humano (VPH) se encuentra entre las diez primeras causas de enfermedad de notificación obligatoria (ENO) a partir del año 2005, cuando se situaba en el quinto lugar con 31.2/10,000 hab. En los dos años siguientes (2006 y 2007) sube a la tercera posición con 26.6 y 14.5/10,000 hab,

³² Tomado del Plan Regional Estratégico 2000-2004. Departamento de Planificación.

respectivamente, para descender nuevamente en los años 2008 y 2009, a la cuarta posición y en el año 2010 se ubicó en el quinto lugar con una tasa de prevalencia de 18.5/10,000 habitantes. Para el año 2013 se sitúa en el 5º lugar con una tasa de 13.7/10,000 habitantes.

A partir del año 2007 se registra el Síndrome de Maltrato entre las enfermedades de notificación obligatoria, sujetas de vigilancia epidemiológica. En este año ocupaba la posición 12 con 92 reportes para una tasa de 1.2/10,000 habitantes. En el 2008, a pesar de haber aumentado a 170 casos reportados y una tasa en 2.4/10,000 hab, se ubicó en la posición 14. El año siguiente ocupó la posición 10 con 434 casos lo que representaba una tasa de 6.7/10,000 hab., sin embargo, en el año 2010 vuelve a disminuir a la posición 13, lo que significa 191 casos y una tasa en 2.8/10,000 hab. (tabla No.39). En el año 2013 se ubica en la posición 11 con 433 casos reportado, lo que significa una tasa de 6.2/10,000 habitantes.

La infección por VIH aparece en los reportes estadísticos en la posición 12 en el año 2004, lo que se tradujo en 100 casos reportados y una tasa de 1.5/10,000 habitantes. El siguiente año, a pesar del aumento del reporte a 119 casos y una tasa en 1.8/10,000 hab, descendió a la posición 14, manteniendo esta posición en el siguiente año (2006) con 86 casos y una tasa de 1.2/10,000 hab. Según el SIES el reporte de Enfermedad por VIH no logra situarlo entre las enfermedades transmisibles más frecuentes en los últimos tres años. (ver anexo 1 cuadro No.36).

TABLA No.39												
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD												
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD												
CASOS Y TASAS(a) DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, PERIODO 2002 - 2013												
No.	AÑO 2002			AÑO 2003			AÑO 2004			AÑO 2005		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis	12.845	223,4	Rinofaringitis	15.573	260,4	Influenza	7.747	119,5	Influenza	7.475	114,1
2	Influenza	7.290	126,8	Diarrea y gastroenteritis	7.734	129,3	Diarrea y gastroenteritis	6.835	105,4	Enf. Inflamatoria Pelvica	6.504	99,3
3	Diarrea y gastroenteritis	6.925	120,4	Influenza	6.695	112,0	Infección por Virus de Papiloma Humano	2.023	31,2	Diarrea y gastroenteritis	6.618	101,0
4	Bronquitis crónica	3.042	52,9	Bonquitis N.E.	2.789	46,6	Conjuntivitis	1.345	20,7	Infección por Virus de Papiloma Humano	2.270	34,7
5	Asma bronquial	2.162	37,6	Conjuntivitis (todas)	2.724	45,6	Sifilis	243	3,7	Conjuntivitis N.E.	1.286	19,6
6	Conjuntivitis N.E.	2.045	35,6	Asma bronquial	2.588	43,3	Tuberculosis	215	3,3	Varicela	560	8,5
7	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.356	23,6	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.723	28,8	Enf. Inflamatoria Pelvica	680	10,5	Amebiasis N.E.	431	6,6
8	Vaginitis aguda	1.098	19,1	Vaginitis aguda	1.641	27,4	Varicela	233	3,6	Mordedura de Perro	379	5,8
9	Enfermedad inflamatoria del cuello	1.069	18,6	Pioderma	1.233	20,6	Amebiasis N.E.	356	5,5	Fiebre de dengue clásico	368	5,6
10	Pioderma	577	10,0	Bonquitis aguda N.E.	612	10,2	Mordedura de Perro	200	3,1	Giardiasis	290	4,4
11	Bonquitis N.E.	473	8,2	Enf. Inflamatoria Pelvica	586	9,8	Infección Gonococcica	116	1,8	Tuberculosis	723	11,0
12	Conjuntivitis hemorrágica	447	7,8	Varicela	555	9,3	Enf. Por virus de inmunodeficiencia humana	100	1,5	Sifilis	244	3,7
13	Varicela	433	7,5	Amebiasis N.E.	412	6,9	Disenteria amebiana	63	1,0	Infección gonococcica	185	2,8
14	Amebiasis N.E.	348	6,1	Candidiasis N.E.	329	5,5	Conjuntivitis Viral	33	0,5	Enf. Por virus de inmunodeficiencia humana	119	1,8
No.	AÑO 2006			AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Influenza	8.052	120,4	Diarrea y gastroenteritis	4.651	68,1	Rinofaringitis	25.442	365,4	Rinofaringitis	31.489	488,0
2	Diarrea y gastroenteritis	7.909	118,3	Influenza	3.573	52,3	Diarrea y gastroenteritis	9.165	131,6	Diarrea y gastroenteritis	11.325	175,5
3	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.782	26,6	Infección por Virus de Papiloma Humano	989	14,5	Influenza	8.330	119,6	Influenza	9.343	144,8
4	Conjuntivitis N.E.	1.468	21,9	Conjuntivitis N.E.	709	10,4	Conjuntivitis	4.684	67,3	Conjuntivitis	2.264	35,1
5	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	1.136	17,0	Varicela	534	7,8	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.456	20,9	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.098	17,0
6	Varicela	738	11,0	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	504	7,4	Varicela	856	12,3	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	677	10,5
7	Fiebre de dengue clásico	476	7,1	Fiebre de dengue clásico	342	5,0	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	758	10,9	Varicela	671	10,4
8	Amebiasis N.E.	466	7,0	Amebiasis N.E.	198	2,9	Candidiasis N.E.	732	10,5	Mordedura de Perro	568	8,8
9	Mordedura de Perro	360	5,4	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	175	2,6	Mordedura de Perro	510	7,3	Fiebre de dengue clásico	550	8,5
10	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	297	4,4	Mordedura de Perro	136	2,0	Amebiasis N.E.	409	5,9	Síndrome de maltrato	434	6,7
11	Tuberculosis	182	2,7	Sifilis precoz latente	95	1,4	Conjuntivitis Hemorrágica	338	4,9	Amebiasis N.E.	407	6,3
12	Sifilis	163	2,4	Síndrome de maltrato	92	1,3	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	314	4,5	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	384	6,0
13	Infección gonococcica	139	2,1	Neumonía N.E.	81	1,2	Fiebre de dengue clásico	284	4,1	Sifilis	301	4,7
14	Enf. Por virus de inmunodeficiencia humana	83	1,2	Infección gonococcica	79	1,2	Síndrome de maltrato	170	2,4	Tuberculosis	223	3,5
No.	AÑO 2010			AÑO 2007			AÑO 2008			AÑO 2009		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Rinofaringitis	34.792	502,7	Diarrea y gastroenteritis	4.651	68,1	Rinofaringitis	25.442	365,4	Rinofaringitis	31.489	488,0
2	Diarrea y gastroenteritis	12.795	184,9	Influenza	3.573	52,3	Diarrea y gastroenteritis	9.165	131,6	Diarrea y gastroenteritis	11.325	175,5
3	Influenza	10.227	147,8	Infección por Virus de Papiloma Humano	989	14,5	Influenza	8.330	119,6	Influenza	9.343	144,8
4	Vaginitis aguda	3.753	54,2	Conjuntivitis N.E.	709	10,4	Conjuntivitis	4.684	67,3	Conjuntivitis	2.264	35,1
5	Conjuntivitis N.E.	2.216	32,0	Varicela	534	7,8	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.456	20,9	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.098	17,0
6	Infección por Virus de Papiloma Humano	1.279	18,5	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	504	7,4	Varicela	856	12,3	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	677	10,5
7	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	681	9,8	Fiebre de dengue clásico	342	5,0	Enf. Inflamatoria Pelvica femenina N.E.	758	10,9	Varicela	671	10,4
8	Varicela	666	9,6	Amebiasis N.E.	198	2,9	Candidiasis N.E.	732	10,5	Mordedura de Perro	568	8,8
9	Candidiasis N.E.	608	8,8	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	175	2,6	Mordedura de Perro	510	7,3	Fiebre de dengue clásico	550	8,5
10	Amebiasis N.E.	539	7,8	Mordedura de Perro	136	2,0	Amebiasis N.E.	409	5,9	Síndrome de maltrato	434	6,7
11	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	305	4,4	Sifilis precoz latente	95	1,4	Conjuntivitis Hemorrágica	338	4,9	Amebiasis N.E.	407	6,3
12	Mordedura de Perro	492	7,1	Síndrome de maltrato	92	1,3	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	314	4,5	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	384	6,0
13	Síndrome de maltrato	191	2,8	Neumonía N.E.	81	1,2	Fiebre de dengue clásico	284	4,1	Sifilis	301	4,7
14	Tricomoniasis urogenital	149	2,2	Infección gonococcica	79	1,2	Síndrome de maltrato	170	2,4	Tuberculosis	223	3,5

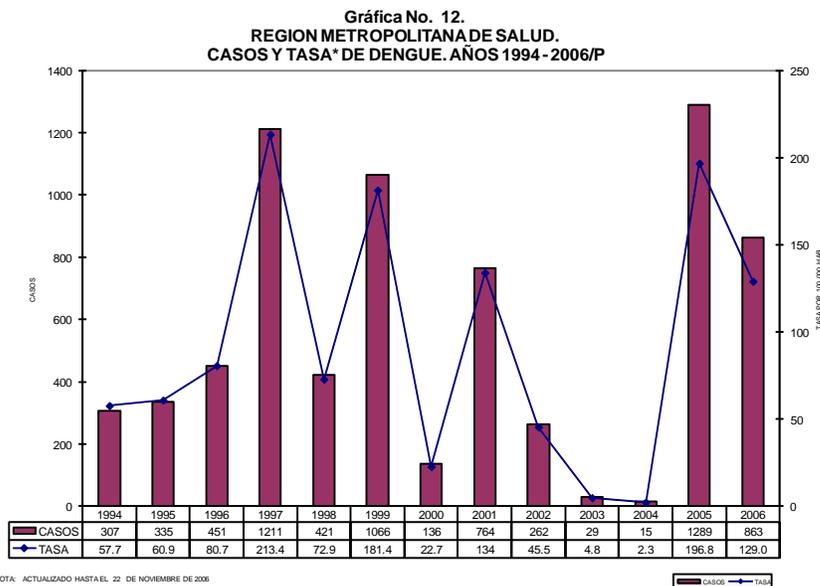
a/ por 10,000 habitantes

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

NPSATS

d.1.- ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

c.1.1.- DENGUE



Fuente: Departamento de Salud Pública, Sección de Control de Vectores.

El dengue es la enfermedad transmitida por vectores que mayores acciones de salud ha concentrado en la RMS, desde su reaparición en 1993. A pesar de ello, las tasas evidencian un comportamiento irregular con excepción de los años 2002, 2003 y 2004, cuando se presenta una disminución drástica en el número de casos y por ende en la tasa de prevalencia como se muestra en la gráfica 12, desde 45.5 a 2.3/100,000 habitantes.

En 1994 se reportaron 307 casos de dengue clásico lo que significó una tasa de 57.7/100,000 habitantes. Desde entonces ha habido un aumento progresivo del número de casos de aproximadamente 12.1%, alcanzando tasas elevadas en 1997 (213.4/100,000 habitantes) y en 1999 con un reporte de 1,066 casos, se calculó una tasa en 181.4/100,000 hab y en el año 2005 se reportaron 1,289 casos, siendo el mayor reporte de casos en ese período, sin embargo, la tasa calculada fue 196.8/100,000 hab, menor que en 1997.

Para el año 1999 se reportaron 934 casos de los cuales el mayor número se concentró en los corregimientos de Juan Díaz y Parque Lefevre. Pero las mayores tasas

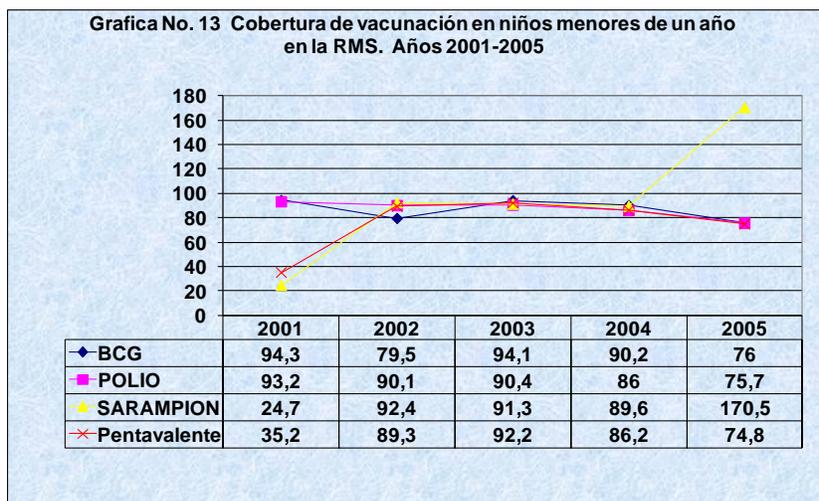
se estimaron para Veracruz con 354.3/100,000 habitantes y San Francisco con 302.3/100,000 habitantes.³³

Para el presente análisis no se logró concretar la información proveniente de otras fuentes diferentes del sistema de información estadístico (SIES), a pesar de ser esta una patología de vigilancia epidemiológica, no contamos con reportes más actualizados de la misma, al momento de concluir el análisis.

d.2.- ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

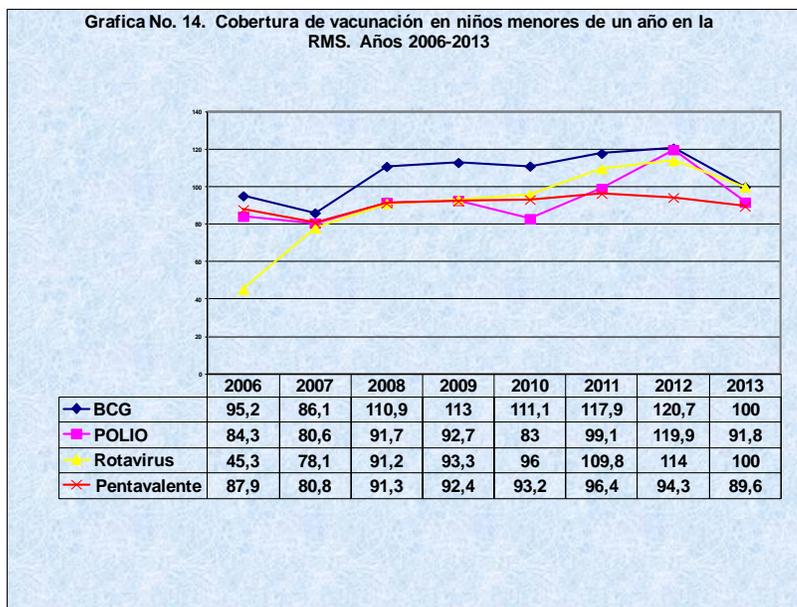
Desde 1994 no se reportan casos de tétanos neonatal ni poliomielitis. La tos ferina presentó un (1) caso en 1997 y desde entonces no se han reportado otros.

El año 2001 presenta cifras bajas de cobertura de vacunación por sarampión y pentavalente, en función de la transición al cambio de vacuna, ya para el año 2002 las coberturas para estas vacunas nuevamente aumentan, a 92.4% y 89.3% respectivamente, tal como lo muestra la gráfica 13. En este mismo año la BCG presenta una disminución a 79.5%, aumentando nuevamente a 94.1% en el siguiente año, pero bajando a 75% en el 2005.



Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

³³ Tomado del Plan Regional Estratégico 2000-2004. Departamento de Planificación.



La cobertura de vacunación por sarampión presenta un aumento exagerado hasta 170.5%, lo que parece indicar un problema del registro de procedencia del paciente, ya que en el boletín del año 2005, es el centro de salud de pueblo nuevo el que presenta estas cifras por encima del 100%, pudiendo explicarse por lo céntrico de su ubicación. Para el año 2005 la cobertura en las tres vacunas referidas disminuyó a 75%.

A partir del año 2006 se incluye la vacuna para el rotavirus, calculándose una cobertura de 45.3% para ese año, la cual aumenta hasta alcanzar 96% en el año 2010. Para los siguientes años también en esta vacuna se presentan cifras superiores al 100%. La cobertura de vacunación de BCG disminuye de 95.2% en el 2006 a 86.1% en el 2007, para luego aumentar a más de 100% en los próximos años hasta el 2013, como se aprecia en la gráfica No.13.



La cobertura de vacuna para polio se mantuvo por encima de 90% hasta el 2003, disminuyendo hasta 75% en el 2005, ya en el 2006 alcanzó el 84.3%, disminuyendo nuevamente a 80.6% en el 2007 y repuntando un incremento durante los próximos dos años hasta 91.8%, en el 2013, pero disminuyendo a 81.7% en el 2015.

Por otro lado, la cobertura de vacuna pentavalente presenta un aumento consistente durante los últimos cinco años, situándose en 93.2% en al año 2010, pero en el año 2015 disminuye a 81.3% (ver anexo 1, cuadro 43)

Tabla No. 40. Cobertura de vacunación en la población menor de un año y niños de 1 año según tipo de vacuna.³⁴. RMS. Años 2009- 2013

BIOLÓGICOS	2009	2010	2011	2012	2013
POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO					
BCG	+100%	+100%	100%	+100%	+100%
POLIO	92.5%	92%	97.4%	97.2%	91.8%
Pent /Hexa	92.3%	93.2%	94.7%	91.8%	89.6%
Rota Virus	93.2%	96.8%	100%	100%	+100%
Hepatitis B	72.3%	81.4%	89.6%	89.1%	79.1%
Influenza	85.4%	40.1%	66.2%	69.5%	68.9%
Neumococo	2.7%	33.7%	58.7%	94.7%	97.7%
POBLACIÓN MAYOR DE UN AÑO					
MMR	98%	+100%	100%	100%	+100%
Hepatitis A	+100%	76.5%	100%	95.5%	89.7%
Influenza	94.7%	44.9%	69%	64.6%	76.9%

Fuente: Análisis Comparativo de las Coberturas de Vacunación 2009 – 2013. Lic. Zenaida Vergara y Lic. Florentina Dixon. Coordinación Epi/PAI

Las mayores coberturas se ha registrado en los años 2011, 2012 y 2013, estos marcan arriba del 100% para casi todos los biológicos excepto las vacunas de Influenza, Hepatitis B, Neumococo, y esto puede deberse:



- El tiempo de llegada de la vacuna de la influenza se da después del 1er trimestre (a finales del mes de abril), en donde se realiza la semana de la

³⁴ Análisis comparativo de las coberturas de vacunación 2009 – 2013. Lic. Zenaida Vergara y Lic. Florentina Dixon. Coordinación Epi/PAI

vacunación de Las Américas y es importante resaltar que la mayoría del personal se mantiene en apoyo al corregimiento seleccionado para realizar dicha actividad.

- Podemos observar que en el año 2009 cuando se dio la epidemia de influenza AH1N1 y a la vez la introducción de la vacuna AH1N1 e influenza estacional se logró obtener una cobertura de 85% en este grupo.
- La vacuna de neumococo en los años 2009 al 2010 se estaba aplicando a la población con enfermedades crónicas en los hospitales pediátricos (Hospital del Niño, Hospital de Especialidades Pediátricas).

El registro de coberturas mayores al 100% puede deberse:

- Población estimada está por debajo de la población existente o nacidos vivos. Existencia de subregistro, como el caso de BCG en donde no se registra la dirección exacta de la madre, esto se da en el Hospital Santo Tomás, Hospitales de la Caja de Seguro Social y clínicas privadas.

Tabla 41. Cobertura de vacunación contra el VPH en niñas de 10 años.³⁵ RMS. Años 2009-2013

BIOLÓGICO	2009	2010	2011	2012	2013
IVPH	35.3%	58%	72.1%	58.6%	82.3%

Fuente: Análisis comparativo de las Coberturas de Vacunación 2009 – 2013. Lic. Zenaida Vergara y Lic. Florentina Dixon. Coordinación Epi/PAI

El año con mayor cobertura fue el 2013 con 82.3%. Para los 4 años se mantiene la cobertura por debajo de 80%, esto se debe a:

- No continuidad de la niña en la instalación escolar.
- Migración interna de la población hacia otras áreas.



³⁵ Análisis comparativo de las coberturas de vacunación 2009 – 2013. Lic. Zenaida Vergara y Lic. Florentina Dixon. Coordinación Epi/PAI

Tabla No. 42. Cobertura de vacunación por Tdap en niñas y niños de 10 años. RMS. Años 2009-2013

BIOLÓGICO	2009	2010	2011	2012	2013
Tdap	66%	66%	100	100	34.3%

Fuente: Tomado del Análisis Situacional 2005-2010 y del informe de la Cohorte de TBC año 2013. Departamento de provisión de Servicios. RMS.

Los años con mayor cobertura reportada fueron 2011 y 2012 con 100%. Para los dos primeros años y el 2013 se mantiene una cobertura por debajo del 80%, esto se debe:

- No continuidad de los niños y niñas en la instalación escolar
- Migración interna de la población hacia otras áreas
- Desabastecimiento de la vacuna

d.3.- OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

d.3.1.- TUBERCULOSIS³⁶

La Tuberculosis persiste como un problema mundial de Salud Pública. 9 millones de personas desarrollaron tuberculosis para el 2013, de estas 1.5 millones fallecieron y de los fallecidos 360 mil vivían con el virus de VIH. 37 millones de vidas se han salvado desde el año 2000 gracias a un diagnóstico temprano y a un tratamiento efectivo. En un 45% ha disminuido la mortalidad desde 1990.

Las iniciativas mundiales para controlar la Tuberculosis tienen tres dimensiones diferenciadas, pero al mismo tiempo superpuestas: humanitaria, de salud pública y económica.

La República de Panamá para el año 2008 tenía una tasa de incidencia de 46.5 por 100.000 habitantes que representaban 1,579 casos de los cuales fallecieron 193 personas para una tasa de 5.7 por 100.000 habitantes.

³⁶ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010 y del Informe de la Cohorte de TBC año 2013. Departamento de Provisión De Servicios. RMS.

La Región Metropolitana de Salud es una de las Regiones del País de mayor carga de la enfermedad en sus diferentes formas, siendo la forma pulmonar positiva, la de mayor incidencia.

Las acciones se dirigen a educar a la población en medidas de prevención para evitar la transmisión de la enfermedad, tales como la alimentación adecuada, prácticas y hábitos higiénicos, evitar el hacinamiento, ventilación de las viviendas y la realización de controles de salud. El abordaje al paciente debe tener un enfoque centrado en el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para reducir la morbi-mortalidad por tuberculosis y la resistencia al tratamiento.

En el control de la Tuberculosis se debe tener en cuenta al paciente con VIH, ya que debido al advenimiento de la epidemia VIH/SIDA hay un aumento en los casos, por lo cual la OMS concibió una estrategia ampliada, encaminada a reducir la morbi-mortalidad por TBC relacionada con el VIH mediante una estrecha colaboración entre los dos programas para el control de la TBC y de VIH/SIDA, llamadas actividades de colaboración con la participación de todos los sectores, la comunidad y la familia.

La tasa de Incidencia de casos de Tuberculosis en la Región Metropolitana de Salud en los años 2009-2012 es de 34/100,000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 54 años se encuentra concentrada la mayor cantidad de casos. Es importante destacar que en los grupos de 0 a 19 años y de 55 años y más encontramos casos de Tuberculosis.

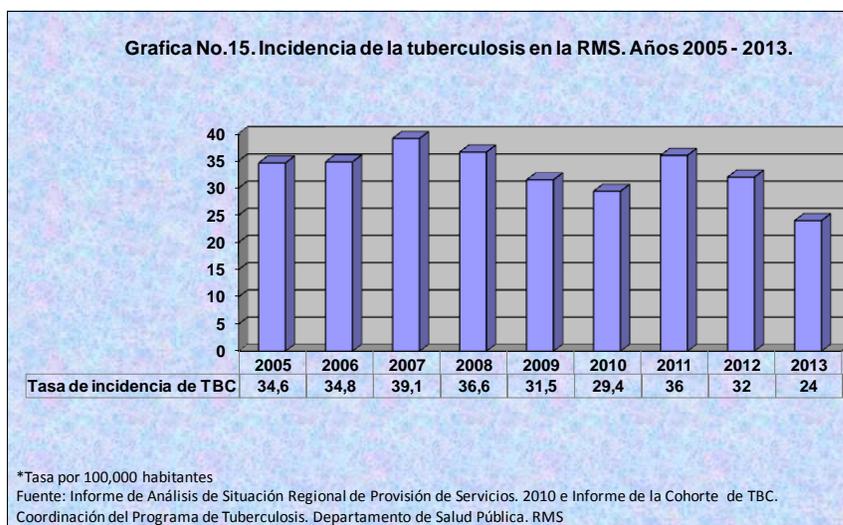
En la Región Metropolitana el porcentaje de curación de pacientes con Baciloscopia Positiva es de un 68 % en los años 2009-2013 de acuerdo con los informes de Cohorte.

En el abandono del tratamiento el porcentaje es de un 20% y de los fallecidos es de 6%. Para las otras formas de Tuberculosis con Baciloscopia Negativa, Sin Baciloscopia y Extra pulmonar el porcentaje de éxito es de 75%, el porcentaje de abandono es de 20%, y fallecidos de un 8 %.

Entre las Instalaciones de Salud con mayor número de casos nuevos y de retratamientos tenemos en su orden Policentro de Juan Díaz, Tocumen, Curundú, Chorrillo, y Emiliano Ponce, con menor número de casos MINSA-CAPSI de Las Garzas, Paraíso, San Felipe y Felipillo.

Las dificultades para lograr las metas del programa como es la curación del 86% de los casos nuevos BK+ están relacionadas principalmente con situaciones sociales tales como los indigentes, la delincuencia común, la adicción a drogas y alcohol y la pobreza extrema. A esto sumamos los aspectos culturales de la población indígena, la migración interna de los diferentes grupos poblaciones, y el aumento de casos de VIH/SIDA. En este grupo están los que abandonan y vuelven a abandonar.

Los casos de doble infección TBC/VIH en estos años representan el 13 % de la incidencia de casos de tuberculosis, los adictos a alcohol y drogas representan un 12% lo que dificulta el manejo y seguimiento, por ende alcanzar la meta del 85% de curación.



La búsqueda del Sintomático Respiratorio para los años 2005 al 2013 es de un 26 % y no se logra identificar de acuerdo al 1% de la consulta de medicina general al paciente con síntomas respiratorios. El criterio de evaluación de la Región es < al 50% corresponde a una búsqueda pasiva.

Los niveles locales deben participar en la búsqueda activa todo el personal que labora en el Centro de Salud, la comunidad en general, los familiares de los pacientes y autoridades civiles de los cuatro sectores de la Región.

Entre los desafíos, destacamos mejorar la tasa de éxito de los tratamientos al igual que mejorar la detección de los casos y fortalecer la red de laboratorio de la región.

La tasa de Incidencia de casos de Tuberculosis en el área metropolitana en el período 2005-2010 fue de 34/100,000 habitantes. Sin embargo, en el año 2005 la incidencia de tuberculosis se estimó en 34.6/100,000 habitantes, aumentando paulatinamente hasta 39.1/100,000 hab en el 2007 y luego descendió hasta 29/100,000 hab en el 2010, disminuyendo aún más en el 2013 situándose en 24/100,000 habitantes.

En el grupo de edad de 25 a 54 años se encuentra concentrada la mayor cantidad de casos. Es importante destacar que en los grupos de 0 a 19 años y de 55 años y más encontramos casos de Tuberculosis.³⁷

El porcentaje de curación de pacientes con Baciloscopia Positiva se mantiene entre el 71% a 75% en los años 2005-2009 de acuerdo los informes de Cohorte, logrando un aumento en relación al quinquenio anterior donde el porcentaje era de 63% a 68%, sin embargo, disminuyó a 66% en el 2013. El porcentaje de abandono promedio fue 19.8% y en los fallecidos fue 7.18%. Para las otras formas de Tuberculosis con Baciloscopia Negativa, Sin Baciloscopia y Extra pulmonar el porcentaje de éxito de curación es de 75%, el porcentaje de abandono es de 12%, fallecidos de un 11%.³⁸

³⁷ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS

³⁸. Op. Cit

TABLA No. 43. INCIDENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS. PERIODO 2005- 2013

Tipo de casos	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	No.	%																
Casos nuevos tb pulmonar bk+	159	55	119	52	163	60	138	54	125	58	100	49	122	50	117	50	114	50
Casos nuevos tb pulmonar bk-	86	29	68	29	57	21	65	26	43	20	54	26	57	23	57	24	34	18
Casos nuevos tb pulmonar sin bk	18	6	20	9	17	6	19	7	14	7	11	5	38	16	19	8	10	5
Casos nuevos tb extra pulmonar	28	10	23	10	35	13	33	13	32	15	39	19	25	10	40	17	35	18

Fuente: Informe de Análisis de Situación Regional de Provisión de Servicios. 2010 e Informe de la Cohorte de TBC. Coordinación del Programa de Tuberculosis. Departamento de Salud Pública. RMS

Las dificultades para lograr los indicadores del programa están relacionadas principalmente a pacientes con problemas sociales tales como indigentes, pandillerismo y delincuencia común. A esto sumamos la cultura migratoria de la población de origen indígena, los inmigrantes, y el aumento de casos de HIV/SIDA. Se presentan dificultades también en la dotación de recurso humano para el abordaje de estos pacientes en las instalaciones de Salud por las múltiples funciones y responsabilidades de estos.³⁹

Los casos de Doble infección TBC/VIH para los últimos 3 años representan el 14% de la incidencia de casos de tuberculosis, los adictos a alcohol y drogas representan un 15% lo que dificulta el manejo, y por ende alcanzar el indicador del 86% de curación.⁴⁰

³⁹ Tomado del Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS

⁴⁰ Op. Cit.

TABLA No. 44. RESULTADO DE TRATAMIENTO (ESTUDIO DE COHORTE) CASOS NUEVOS DE TBC PULMONAR BK POSITIVO AÑOS 2005-2013

AÑOS	TIPOS DE CASOS									
	Casos nuevos tb pulmonar bk+	%	Curado /T. Terminado	%	Abandonos	%	Fracasos	%	Fallecidos	%
2005	159	100	113	71	31	19	1	1	13	8
2006	119	100	86	72	21	18	0	0	11	9
2007	163	100	119	73	27	16	0	0	11	7
2008	138	100	103	75	22	16	0	0	13	9
2009	125	100	90	72	27	22	0	0	8	6
2010	100	100	77	77	17	17	1	1	5	5
2011	122	100	92	75	23	19	1	1	6	5
2012	117	100	78	67	31	26	0	0	8	7
2013	115	100	76	66	30	26	0	0	9	8

Fuente: Informe de Análisis de Situación Regional de Provisión de Servicios. 2010 e Informe de la Cohorte de TBC. Coordinación del Programa de Tuberculosis. Departamento de Salud Pública. RMS

Reconocemos el esfuerzo realizado por los equipos locales de los Centros y Policentros de Salud en la búsqueda del paciente inasistente, las visitas domiciliarias de seguimiento y el papel importante que desempeña el vehículo donado por el PNUD, con el cual se realizan alrededor de 400 visitas a pacientes y familiares al año lo que se convierte en una fortaleza para el programa Regional y local.

TABLA No. 45. RESULTADOS DE TRATAMIENTO (ESTUDIOS DE COHORTE) CASOS NUEVOS PULMONARES BK NEGATIVOS (BK-), EXTRAPULMONARES Y SIN BACILOSCOPIA 2005-2009

Tipo de caso	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Total de casos TB Pulmonar Bk- Extra Pulmonar y sin BK	132	100	111	100	109	100	116	100	89	100	104	100	120	100	116	100	78	100
Tratamiento Terminado	95	72	85	76	76	70	93	80	69	78	67	64	72	60	76	66	60	76
Abandonos	18	13.6	11	10	16	14	12	10	12	13	25	24	35	29	30	26	15	20
Fracasos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fallecidos	11	8.3	13	12	15	14	11	10	8	9	12	12	13	11	10	9	3	4

Fuente: Informe de Análisis de Situación Regional de Provisión de Servicios. 2010 e Informe de la Cohorte de TBC. Coordinación del Programa de Tuberculosis. Departamento de Salud Pública. RMS

El promedio del porcentaje de curación con tratamiento terminado en los casos nuevos con BK- fue 85% para el periodo referido. Sin embargo, la tabla 45, nos muestra que hubo aumentos, de 72% en el año 2005 hasta 80% en el año 2008, disminuyendo nuevamente a 78% en el año 2009, disminuyendo los siguientes 3 años, pero mostrando un aumento a 76% en el año 2013. El porcentaje de abandono presentó un comportamiento irregular en el quinquenio referido, con alzas y bajas, pero con un promedio de 17.7%. No se reportan fracasos en el tratamiento en este grupo. El promedio de fallecidos en los últimos nueve años fue 10.6, lo que representa un 9.9%.

TABLA No. 46. RESULTADOS DE RETRATAMIENTO. 2005-2013

Tipo de casos	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	No.	%																
Total de casos de Retratamiento	46	100	47	100	58	100	66	100	57	100	59	100	50	100	61	100	43	100
Tratamiento Terminado	11	24	22	47	19	33	21	32	14	24	24	20	14	28	19	31	18	42
Abandonos	19	41	19	40	28	48	40	60	36	63	35	59	30	60	34	55	23	53
Fracasos	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2
Fallecidos	6	13	5	11	6	10	5	8	7	12	3	5	5	10	8	13	1	2

Fuente: Informe de Análisis de Situación Regional de Provisión de Servicios. 2010 e Informe de la Cohorte de TBC. Coordinación del Programa de Tuberculosis. Departamento de Salud Pública. RMS

El número de pacientes en retratamiento ha ido en aumento de 46 en el 2005 hasta 66 en el año 2008, disminuyendo paulatinamente hasta 43 en el 2013. En cuanto al tratamiento terminado en este grupo el año 2005 reportó cifras de 24%, aumentando casi el doble para el siguiente año cuando se reportó 47% de tratamiento terminado, desde entonces ha disminuido paulatinamente hasta 24% en el año 2009, a partir de este año aumenta hasta 42% en el año 2013. El abandono en este grupo ha ido en aumento desde el año 2005 con 41% hasta el 2013 cuando el reporte se sitúa en 53%. En este grupo se halla el mayor número de muertes con un promedio de 5 muertes que representan el 9.3% para el quinquenio.

Tabla 47				
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD				
Casos Registrados de Tuberculosis en Pacientes con riesgo. Período 2010-2013.				
Tipos de casos	Años			
	2010	2011	2012	2013
Total de casos de Tuberculosis	204	242	233	193
Total de Pacientes con doble infección TB - VIH/SIDA	31	45	32	17
%	15	18	14	9
Total de Pacientes que Iniciaron Tratamiento Antiretroviral	4	10	10	13
%	13	22	31	76
Adicción y Alcohol	27	52	26	19
%	13	21	11	10

Fuente: Informe de Análisis de Situación Regional de Provisión de Servicios 2010 e Informe de la Cohorte de TBC. Coordinación del Programa de Tuberculosis. Departamento de Salud Pública.

d.3.2.- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual, en general, han aumentado durante el período 1995-2000⁴¹. Sin embargo, en el período 2005-2013, el comportamiento que presentaron estas patologías fue irregular, según los datos recabados por el SIES y plasmados en los boletines estadísticos. Así también el linfogranuloma venéreo no presentó reportes en el SIES en los años 2005, 2006, 2008 y 2010.

La sífilis precoz latente presentó un comportamiento irregular caracterizado por aumento de la tasa en los tres primeros años del periodo desde 11.9/100,000 habitantes en el año 2005 hasta 25.2/100,000 hab en el 2007, para descender a 9.9/100,000 hab en el 2008 y aumentar nuevamente hasta 18.2/100,000 hab en el 2010. En el año 2013, la tasa se situó en 15.1/100,000 habitantes. Sin embargo, al agrupar el conjunto de “otras sífilis” observamos que representó un número significativo en el grupo de éstas infecciones, aumentando consistentemente durante todo el periodo tal como lo muestra la tabla No.48.

⁴¹ Tomado del Plan Regional Estratégico 2000-2004. Departamento de Planificación.

Preocupa también la enfermedad pélvica inflamatoria que ocupa el tercer lugar de las ITS reportadas en el informe de enfermedades transmisibles del Sistema de Información Estadística (SIES) de la Sección de Registros y Estadísticas de Salud (REDSA) del departamento de Planificación de la RMS. Durante el periodo ha mostrado un descenso progresivo de 237.6/100,000 hab. en el año 2005 a 132.8/100,000 hab. en el 2013, con un promedio de 728.5 casos en el periodo referido.

La enfermedad por VIH reportó un promedio de 98.8 casos en los últimos 6 años. La tasa en el área metropolitana varió de 18.2/100,000 habitantes en el 2005 a 15.3/100,000 hab en el 2010, y 10.5/100,000 habitantes en el año 2013. Es necesario señalar que estos datos corresponden solamente a los reportes vertidos en la hoja de registro diario de consulta de nuestras instalaciones. En un acápite particular sobre el VIH-SIDA se expondrá el análisis de todos los casos reportados hasta el momento según la base de datos del programa.

TABLA No.48. CASOS Y TASAS(a/) DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ATENDIDAS EN LAS INTALACIONES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS: 2005 - 2013

CAUSAS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa										
Infección. Gonocócica	185	28.2	148	22.1	201	29.4	149	21.4	130	19.1	147	21.2	230	32.6	183	25.5	162	21
Sífilis Precoz Latente	78	11.9	158	23.6	172	25.2	69	9.9	84	12.3	126	18.2	102	14	121	17	117	15.1
Sífilis Congénita (b/)	3	0.3	0	0	4	0.36	2	0.17	4	0.33	1	0.07	5	0.3	15	1.1	24	1.8
Enfermedad. Pélvica Inflamatoria Aguda	798	237.6	1,068	311.7	837	239.5	759	212.9	679	194.3	666	187.7	578	160	622	166.5	550	132.8
Enfermedad por VIH	119	18.2	100	15.0	88	12.9	89	12.8	80	11.7	106	15.3	104	14.7	123	17.2	81	105
Chancro Blando	5	0.8	4	0.6	1	0.1	1	0.1	1	0.1	3	0.4	1	0.14	5	0.7	6	0.7
Vaginitis	75	22.3	277	80.8	316	90.4	314	88.1	374	107.0	3,832	1,080.1	387	160	313	83	258	62.3
Granuloma inguinal	1	0.1	5	0.7	4	0.6	6	0.8	0	0	5	0.7	7	0.9	15	2.1	5	0.6
Linfogranuloma Venéreo	0	0	1	0.14	2	0.3	0	0	1	0.1	0	0	1	0.14	2	0.3	0	0
Infección x VPH	2,270	676.0	1,641	479.0	1,866	533.9	1,458	409.0	1,100	314.8	1,215	342.5	1,003	278	969	259	954	230.4
Otras Sífilis	104	15.8	186	27.8	148	21.7	150	21.5	301	44.2	208	30.5	353	50.1	407	57	319	41.3

a/ Tasa por 100,000 hab.

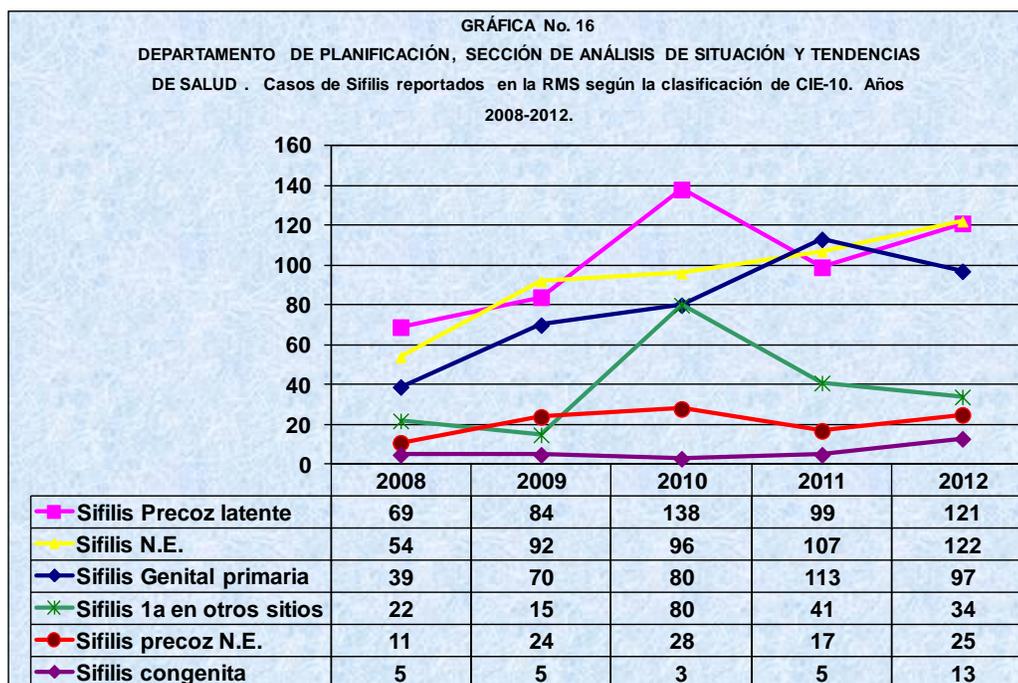
b/ Tasa por 1, 000 nacidos vivos

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Departamento de Planificación. RSM.

La infección por Virus de Papiloma Humano (IVPH) presentó un descenso significativo ya que en el año 2005 había un reporte de 2,270 casos y se estimó una tasa en 676/100,000 hab, durante los siguientes años el sistema reportó descensos en el número de casos y en las tasas, disminuyendo a 954 casos lo que reportó una tasa en 230.4/100,000 hab en el año 2013

d.3.2.1.- Sífilis⁴²

Los diagnósticos de sífilis se han agrupado siguiendo las pautas de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), regional y por instalación de salud, para lo cual se agruparon a fin de comparar estos por año. En el primer grupo de tablas presenta las morbilidades por sífilis más frecuentes reportadas en el SIES a nivel regional y desagregado por edad y sexo, El sexo femenino representa la mayoría de los casos. La cifra de casos reportados muestra un aumento sostenido a lo largo del periodo, desde 218 casos en el 2008 hasta 543 casos en el año 2012.

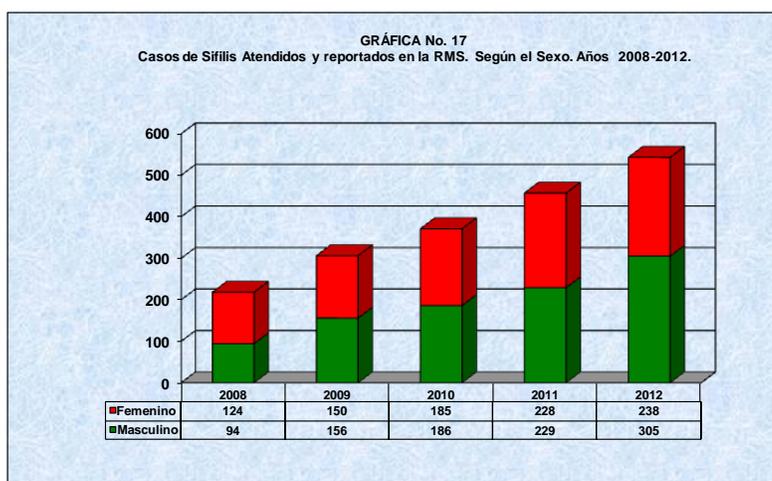


Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

⁴² Tomado de Análisis Descriptivo de los Diagnósticos por Sífilis Reportados Durante los Años 2008-2012. Departamento de Planificación. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dra. Nadja Porcell.

La gráfica 15 muestra los tipos más frecuentes de sífilis a través del período en estudio, evidenciándose la tendencia al aumento en cada tipo. Es significativo el aumento de la sífilis congénita, que triplica en número de casos para el período, de 5/1,000 nacidos vivos en el año 2008 a 15 en al año 2012.

Al analizar la distribución por sexo no se aprecian diferencias significativas entre el sexo masculino y el femenino, en general, con una relación de 1:1. Solamente en el año 2008 el sexo femenino reportó el 56% de los casos.



La tabla No.49 muestra los casos reportados en el año 2008, 2009 y 2010. La sífilis precoz latente ocupaba el primer lugar con 69 casos, representando el 31.6% de los 218 casos reportados. Seguida de la sífilis no

especificada con el 24.7 % de los reportes, en tercer lugar se encuentra la sífilis genital primaria con el 17.8% de los casos.

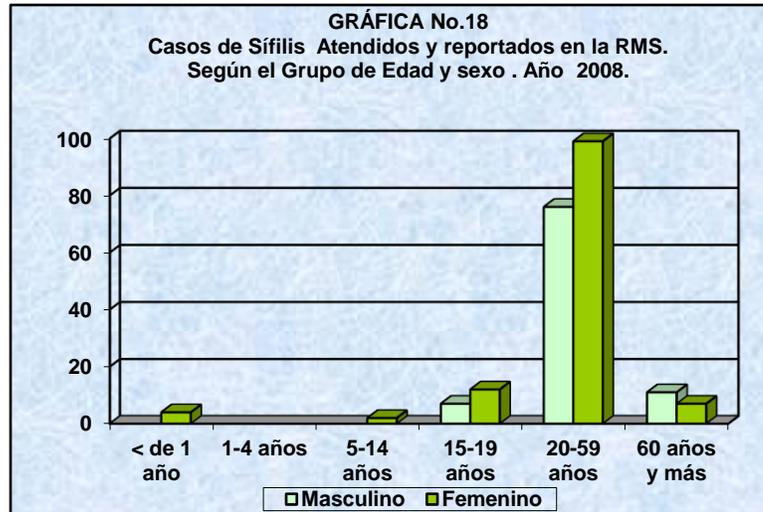
Para ese año hubo 4 casos de sífilis congénita en menores de un año y un caso en el grupo de 15 a 19 años, todos en el sexo femenino. No se aprecian diferencias significativas entre el sexo masculino y el femenino, en general, con una relación de 1:1. En este año el sexo femenino reportó el mayor número de casos para casi todos los grupos de edad, con excepción de los adultos mayores (gráfica 17).

Tabla No.49																
REGION METROPOLITANA DE SALUD																
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN-SECCION DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD.																
CASOS DE SIFILIS (A50-A53) ATENDIDOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. 2008.																
CODIGO	ENFERMEDAD	< DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MÁS		TOTAL		TOTAL
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
A51.5	Sífilis precoz latente								3	29	33	4		33	36	69
A53.9	Sífilis no especificada							1	5	20	24	2	2	23	31	54
A51.0	Sífilis genital primaria							3	2	13	18	2	1	18	21	39
A51.2	Sífilis primaria en otros sitios						1	2		6	11	1	1	9	13	22
A51.9	Sífilis precoz, N.E.:							1	1	2	7			3	8	11
A52.8	Sífilis tardía latente									2	1	2	3	4	4	8
A51.3	Sífilis secundaria de piel y mucosas									2	3			2	3	5
A50.9	Sífilis Congenita, N.E.		3											0	3	3
A52.9	Sífilis tardía no especificada									1	2			1	2	3
A50.1	Sífilis congénita Precoz latente		1						1					0	2	2
A52.3	Neurosífilis N.E.					1								0	1	1
A52.7	Otras sífilis tardías sintomáticas									1				1	0	1
TOTAL		0	4	0	0	0	2	7	12	76	99	11	7	94	124	218

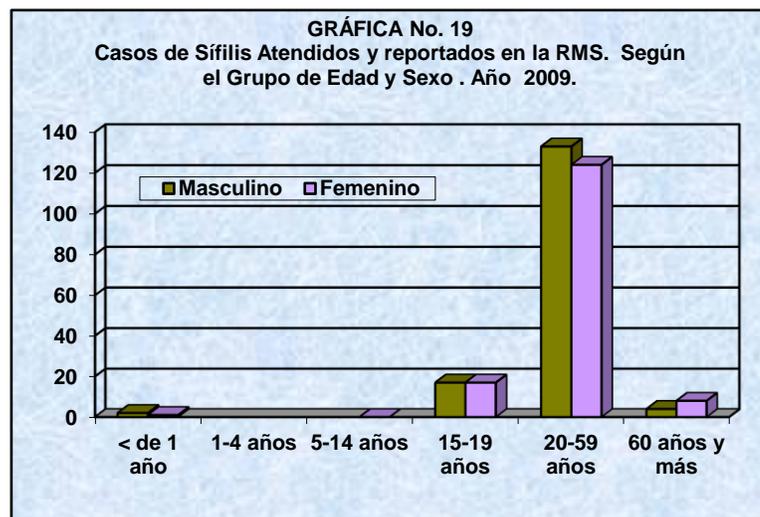
CASOS DE SIFILIS (A50-A53) ATENDIDOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. 2009.																
CODIGO	ENFERMEDAD	< DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MÁS		TOTAL SEXO		TOTAL
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
A53.9	Sífilis no especificada							3	4	38	43	2	2	43	49	92
A51.5	Sífilis precoz latente							3	4	33	37	2	5	38	46	84
A51.0	Sífilis genital primaria							9	5	32	23		1	41	29	70
A51.9	Sífilis precoz, N.E.:							1	2	11	10			12	12	24
A51.2	Sífilis primaria en otros sitios							1		7	7			8	7	15
A52.8	Sífilis tardía latente									5	1			5	1	6
A51.3	Sífilis secundaria de piel y mucosas									2	3	1		3	3	6
A50.9	Sífilis Congenita, N.E.	2	1									1		2	2	4
A52.9	Sífilis tardía no especificada									4				4	0	4
A50.1	Sífilis congénita Precoz latente											1		0	1	1
TOTAL		2	1	0	0	0	0	17	17	133	124	4	8	156	150	306

CASOS DE SIFILIS (A50-A53) ATENDIDOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. 2010.																
CODIGO	ENFERMEDAD	< DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MÁS		TOTAL SEXO		TOTAL
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
A51.5	Sífilis precoz latente							7	5	64	53	3	6	74	64	138
A53.9	Sífilis no especificada							3	8	31	46	4	4	38	58	96
A51.0	Sífilis genital primaria							7	4	33	32	4		44	36	80
A51.9	Sífilis precoz, N.E.:								1	17	10			17	11	28
A51.2	Sífilis primaria en otros sitios							1	2	3	3			4	5	9
A52.8	Sífilis tardía latente									3		1	1	4	1	5
A51.3	Sífilis secundaria de piel y mucosas									1				1	0	1
A50.9	Sífilis Congenita, N.E.		1											0	1	1
A52.9	Sífilis tardía no especificada									3				3	0	3
A50.5	Otras formas de Sífilis congénita tardía sintomática										1	1		1	1	2
O98.1	Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio								2		6			0	8	8
TOTAL		0	1	0	0	0	0	18	22	155	151	13	11	186	185	371

Fuente: Sistema de Información Estadística (SIES). Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

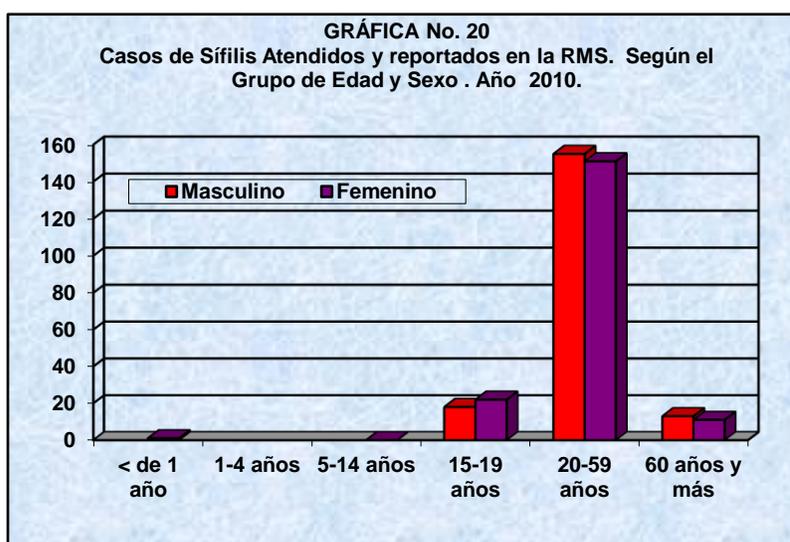


En el año 2009, la sífilis no especificada ocupaba el primer lugar con el 30.1% de los 306 casos reportados. Seguida de la sífilis precoz latente con el 27.4 % de los reportes, en tercer lugar, se encuentra la sífilis genital primaria con el 22% de los casos. Para ese año hubo tres casos de sífilis congénita en menores de un año y un caso en el grupo de 20 a 59 años. También, el sistema reporta seis casos de secundarismo sífilítico, de los cuales dos fueron en el sexo femenino y en el grupo de 15 a 19 años y cuatro en el grupo de 20 a 59 años. No se aprecian diferencias significativas entre el sexo masculino y el femenino, manteniéndose una relación de 1:1. Sin embargo, al examinar los grupos de edad observamos algunas diferencias: solamente en el grupo de adultos mayores el sexo femenino supera al masculino en cuanto al número de casos (grafica 18).



En el año 2010, la sífilis precoz latente ocupaba el primer lugar con el 37.1% de los 3,671 casos reportados. Seguida de la sífilis no especificada con el 25.8 % de los reportes, en tercer lugar se encuentra la sífilis genital primaria con el 21.5% de los casos. Para ese año hubo sólo un caso de sífilis congénita en menores de un año y un caso de secundarismo sifilítico en el grupo de 20 a 25 años.

No se aprecian diferencias significativas entre el sexo masculino y el femenino, en general, con una relación de 1:1. Sin embargo, al examinar los grupos de edad observamos algunas diferencias: solamente en el grupo de adolescentes el sexo femenino supera al masculino en cuanto al número de casos (gráfica 20). En este año el sistema reportó 8 casos de sífilis en el embarazo, 2 en adolescentes y seis en mujeres entre 20 a 59 años.

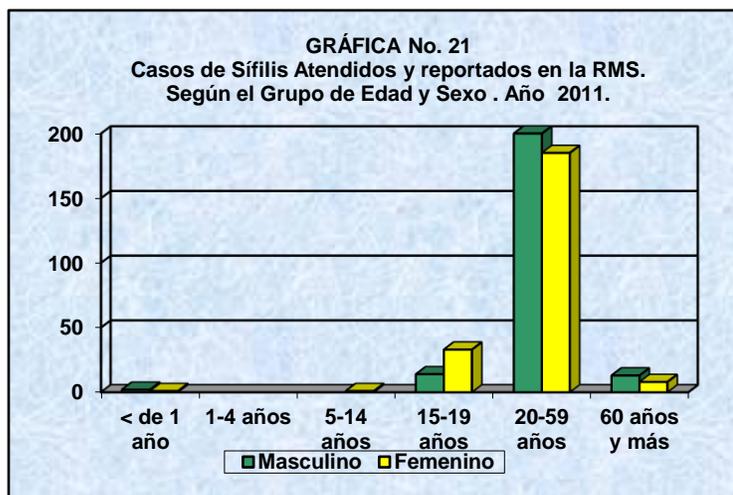


La tabla No. 50 muestra los casos reportados en el año 2011. La sífilis genital primaria ocupaba el primer lugar con el 24.7% de los 457 casos reportados. Seguida de sífilis no especificada con el 2.43 % de los reportes, en tercer lugar, se encuentra la sífilis precoz latente con el 21.6% de los casos. Para ese año hubo 3 casos de sífilis congénita en menores de un año y dos casos en el grupo de 20 a 25 años.

Tabla No. 50																
REGION METROPOLITANA DE SALUD																
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN-SECCION DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD.																
CASOS DE SIFILIS (A50-A53) ATENDIDOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. 2011.																
CODIGO	ENFERMEDAD	< DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MÁS		TOTAL SEXO		TOTAL
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
A51.0	Sífilis genital primaria							8	6	43	47	6	3	57	56	113
A53.9	Sífilis no especificada						1	2	9	55	37	2	1	59	48	107
A51.5	Sífilis precoz latente							1	3	51	39	2	3	54	45	99
A53.0	Sífilis latente N.E.							1	2	18	24	2		21	26	47
A51.2	Sífilis primaria en otros sitios							2	4	21	13		1	23	18	41
A51.9	Sífilis precoz, N.E:								1	6	9	1		7	10	17
A52.9	Sífilis tardía no especificada										4			0	4	4
A52.8	Sífilis tardía latente									3				3	0	3
A50.9	Sífilis Congenita, N.E.	1	1							1				2	1	3
A51.4	Otras sífilis secundarias										2			0	2	2
A50.2	Sífilis congenita Precoz N.E.	1												1	0	1
A51.3	Sífilis secundaria de piel y mucosas									1				1	0	1
A50.1	Sífilis congenita Precoz, latente										1			0	1	1
A51.1	Sífilis primaria anal									1				1	0	1
A52.3	Neurosífilis N.E.								1					0	1	1
O98.1	Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio								7		9			0	16	16
TOTAL		2	1	0	0	0	1	14	33	200	185	13	8	229	228	457
CASOS DE SIFILIS (A50-A53) ATENDIDOS EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. 2012.																
CODIGO	ENFERMEDAD	< DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MÁS		TOTAL SEXO		TOTAL
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
A53.9	Sífilis no especificada							9	4	62	42	3	2	74	48	122
A51.5	Sífilis precoz latente							5	5	64	44	3		72	49	121
A51.0	Sífilis genital primaria							4	2	51	36	3	1	58	39	97
A53.0	Sífilis latente N.E.							4	2	26	17	3	1	33	20	53
A51.2	Sífilis primaria en otros sitios							3	2	22	6	1		26	8	34
A51.9	Sífilis precoz, N.E:								2	12	11			12	13	25
A51.s	Sospecha por sífilis primaria									7	8			7	8	15
A51.4	Otras sífilis secundarias							1		6	2		1	7	3	10
A50.9	Sífilis Congenita, N.E.	5	3		1					1				6	4	10
A53.S	Sospecha por sífilis (otras N.E.)									5	4			5	4	9
A52.9	Sífilis tardía no especificada						1			1	2	1	1	2	4	6
A51.3	Sífilis secundaria de piel y mucosas								2	1	2			1	4	5
A52.8	Sífilis tardía latente									1	1		1	1	2	3
A50.2	Sífilis congenita Precoz N.E.		2											0	2	2
A50.S	Sospecha por sífilis congenita		1		1									0	2	2
A50.1	Sífilis congenita Precoz latente									1				1	0	1
O98.1	Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio						2		8		18			0	28	28
TOTAL		5	6	0	2	0	3	26	27	260	193	14	7	305	238	543

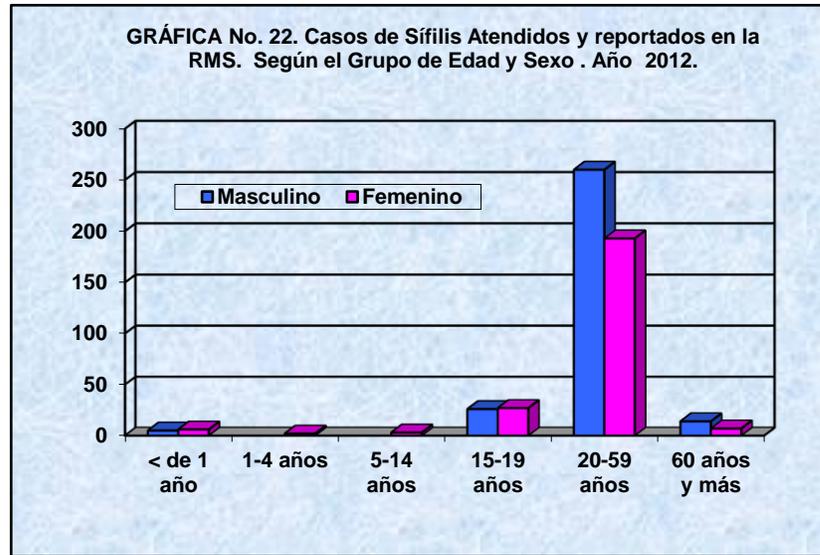
Fuente: Sistema de Información Estadística (SIES). Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

No se aprecian diferencias significativas entre el sexo masculino y el femenino, en general, con una relación de 1:1. Sin embargo, al examinar los grupos de edad observamos algunas diferencias: solamente en el grupo de adolescentes el sexo femenino supera al masculino en cuanto al número de casos, con una proporción de 2.4 mujeres por cada hombre. Llama la atención el reporte de un caso de sífilis no especificada en una niña en el grupo de 5 a 14 años y un caso de secundarismo sifilítico. Este año la MINSA CAPSI de Las Garzas reportó un caso de sífilis en el embarazo en el grupo de 20 a 59 años. La sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio tuvo asignado 16 casos duplicando la cifra con relación al año anterior.



En el año 2012, la sífilis no especificada ocupaba el primer lugar con 122 casos, representando el 22.5% de los 543 casos reportados. Seguida de la sífilis precoz latente con el 22.3% de los reportes, en tercer lugar, se encuentra la sífilis genital primaria con el 17.8% de los casos.

Para ese año hubo 10 casos de sífilis congénita en menores de un año y un caso en el grupo de 1 a 4 años y de 20 a 59 años, lo cual indica un aumento considerable con relación a los años anteriores. Llama la atención que se presentan reportes de “sospecha por sífilis” en el centro de salud de Santa Ana, la MINSA CAPSI de Las Garzas y el Hospital Docente de la 24 de diciembre. En este Año el Hospital docente del 24 de diciembre reportó 7 casos en el grupo de 20 a 59 años, específicamente 5 de sexo masculino y 2 del sexo femenino. La MINSA CAPSI de Las Garzas reportó cuatro casos, de los cuales 2 fueron embarazadas.



La tabla No.51 muestra los casos reportados por instalación de salud durante periodo de análisis, desde el año 2008 al año 2012. La tasa regional presenta un incremento sostenido a lo largo del período, desde 3.2/100,000 habitantes en el 2008 hasta 7.4/100,00 habitantes en el 2012 (grafica 22). El Centro de Salud de Santa Ana presenta las tasas más altas durante todo el periodo, duplicando el valor estimado para la tasa desde 14.4/100,000 habitantes en el 2008 a 37.8/100,000 habitantes en el 2012. Igual situación presenta el Centro de Salud de San Felipe ya que en el 2008 la tasa se estimó en 3.5/100,000 hab y 48.5/100,000 habitantes en el 2012 Por otro lado, hay centros con un aumento consistente del número de casos como el Centro de Salud de Las Mañanitas, Santa Ana, Chorrillo, Emiliano Ponce, Parque Lefevre y Rio Abajo.

Es importante resaltar que al aumento general de los casos y tasa de sífilis. Durante todo el período, se añade el incremento de los casos de sífilis en el embarazo, que ha triplicado la cifra original en sólo tres años, como lo muestra la gráfica 22. Partimos de dos años con cero reportes de casos a 8 casos en el año 2010 y 28 casos en el año 2010.

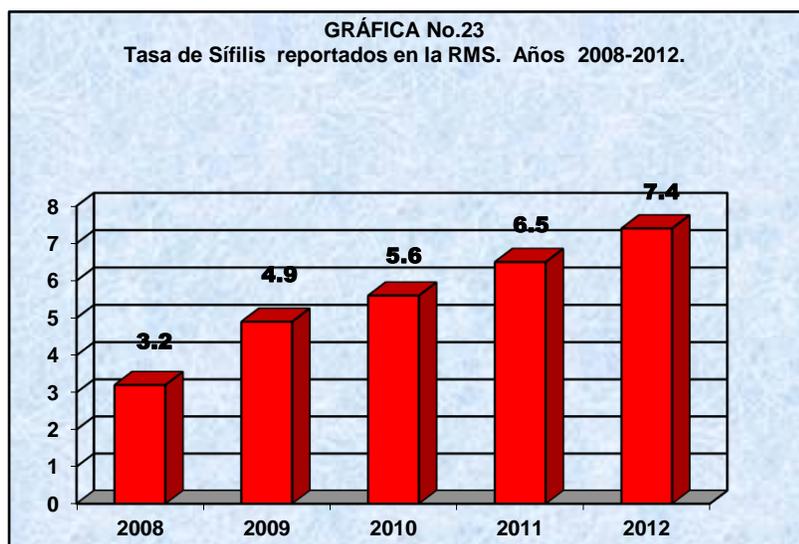
TABLA No. 51
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCION DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD
CALCULO DE LA TASA(a) DE SIFILIS SEGÚN INSTALACIÓN DE SALUD. PERÍODO 2008 - 2012

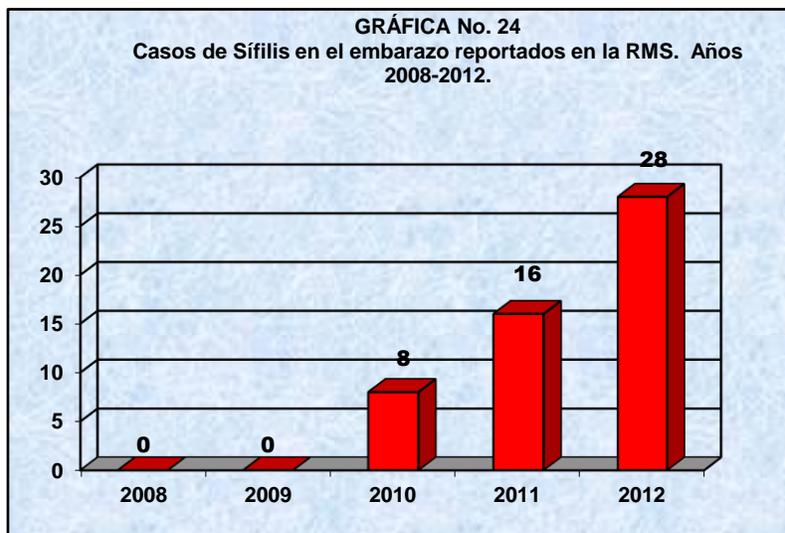
INSTALACIONES DE SALUD	2008			2009			2010			2011*			2012*		
	No.	Pob.	Tasa												
TOTAL	221	696.140	3,2	318	644.816	4,9	388	692.056	5,6	458	705.934	6,5	524	704.974	7,4
San Felipe	3	8.467	3,5	8	5.222	15,3	17	5.040	33,7	17	4.892	34,8	23	4.744	48,5
Santa Ana	37	25.646	14,4	53	20.664	25,6	76	20.563	37,0	39	20.491	19,0	77	20.419	37,7
Chorrillo	7	27.509	2,5	4	25.991	1,5	1	26.295	0,4	14	26.638	5,3	27	26.981	10,0
Emiliano ponce	11	59.025	1,9	38	53.682	7,1	32	54.198	5,9	30	54.760	5,5	43	55.522	7,7
Curundú	11	22.851	4,8	21	21.613	9,7	13	21.863	5,9	18	22.151	8,1	13	22.440	5,8
Romulo Roux	30	76.948	3,9	38	64.801	5,9	41	64.902	6,3	64	65.196	9,8	45	65.490	6,9
Parque lefevre	8	45.619	1,8	10	42.077	2,4	21	42.685	4,9	29	43.561	6,7	31	44.437	7,0
Rio Abajo	21	35.182	6,0	17	30.230	5,6	12	30.355	4,0	34	30.568	11,1	56	30.781	18,2
Boca La Caja	11	43.961	2,5	16	40.438	4,0	15	40.935	3,7	19	41.579	4,6	27	42.223	6,4
Juan Díaz	8	108.245	0,7	8	106.498	0,8	44	108.213	4,1	52	110.015	4,7	67	111.817	6,0
Pedregal	8	55.481	1,4	13	53.545	2,4	23	54.259	4,2	24	55.109	4,4	28	55.959	5,0
Tocumen	23	59.075	3,9	25	67.369	3,7	32	69.130	4,6	44	70.860	6,2	34	72.590	4,7
Paraíso	5	13.787	3,6	5	12.619	4,0	4	12.776	3,1	11	12.968	8,5	6	13.160	4,6
Veracruz	5	23.257	2,1	7	23.269	3,0	3	23.870	1,3	16	24.444	6,5	0	13.149	0,0
Las Mañanitas	1	41.202	0,2	13	50.361	2,6	10	51.759	1,9	17	53.225	3,2	16	54.691	2,9
24 de Diciembre	31	48.067	6,4	42	24.573	17,1	41	46.953	8,7	27	48.129	5,6	24	49.129	4,9
Felipillo							3	16.349	1,8	2	17.432	1,1	7	17.432	4,0
Taboga	1	1.818	5,5	0	1.864	0,0	0	1.911	0,0	1	3.916	2,6	0	4.010	0,0

a/ por 100,000 habitantes NP/SATS

* Este año la 24 de diciembre incluye la MINSA CAPSi de las Garzas.

Fuente: Sistema de Información Estadística (SIES). Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación





d.3.3.- EL VIH-SIDA⁴³

El SIDA es una de las 10 primeras causas de muerte en 3 de los 6 países de Centroamérica, Honduras, Guatemala y Panamá, ocupando en Panamá la octava posición en el año 2009.

El primer caso de SIDA en Panamá se diagnosticó en el año de 1984. Hasta diciembre de 2013, los casos de SIDA acumulados en Panamá son 13,709. Desde el 2001, cuando comenzaron a aplicarse las pruebas, hasta el 2010 hay 5,572 casos confirmados. La relación hombre-mujer es 3:1. Hay reportadas 7,392 defunciones, y la letalidad es del 67.8% (Departamento de Epidemiología Nacional del MINSA hasta junio de 2010). El 51% de los contagiados es heterosexual. La mayor tasa de incidencia es en la RMS, seguida por las regiones de Colón y San Miguelito.

⁴³ Todo este tema ha sido tomado del Análisis Situacional de Salud 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS.

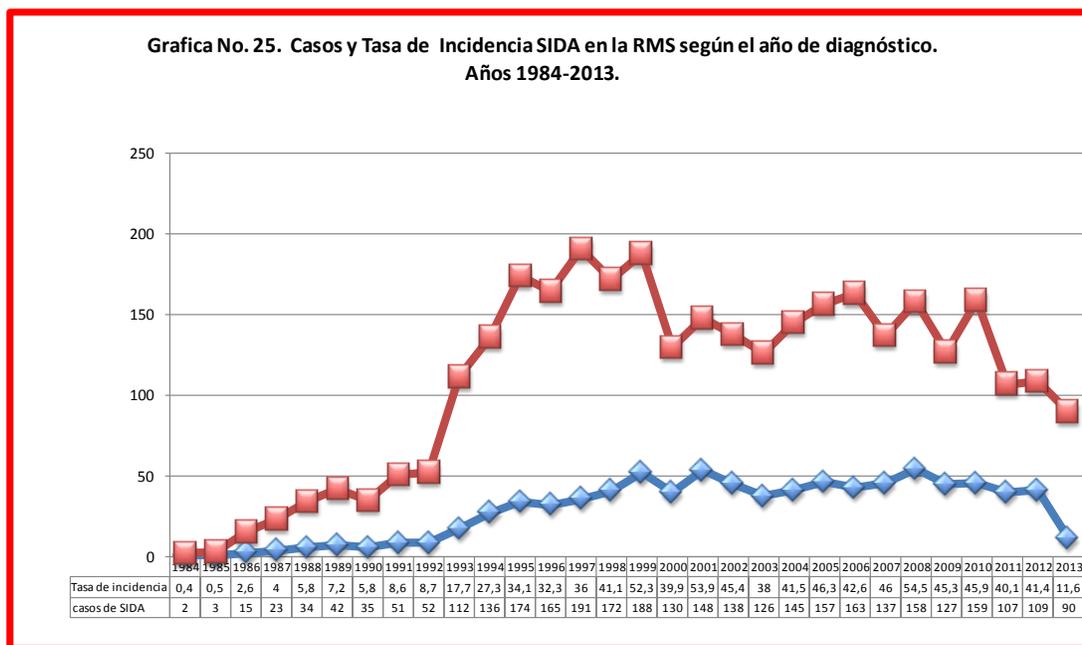
La Región Metropolitana de Salud reportó entre 1984 y 1989 120 casos, triplicando esa cifra en el siguiente quinquenio con 391 casos, aumentando significativamente quinquenio a quinquenio, tal como lo muestra el cuadro 45.

TABLA No. 52
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA EN LA RMS
SEGÚN SU AÑO DE DIAGNÓSTICO. AÑOS 1984 - 2013

AÑO	CASOS	
	No.	%
1984 -1989	120	2,2
1990 -1994	391	7,2
1995 -1999	1.054	19,4
2000-2004	1.274	23,4
2005-2009	1.577	29,0
2010 a la fecha	1.028	18,9
TOTAL	5.444	100,0

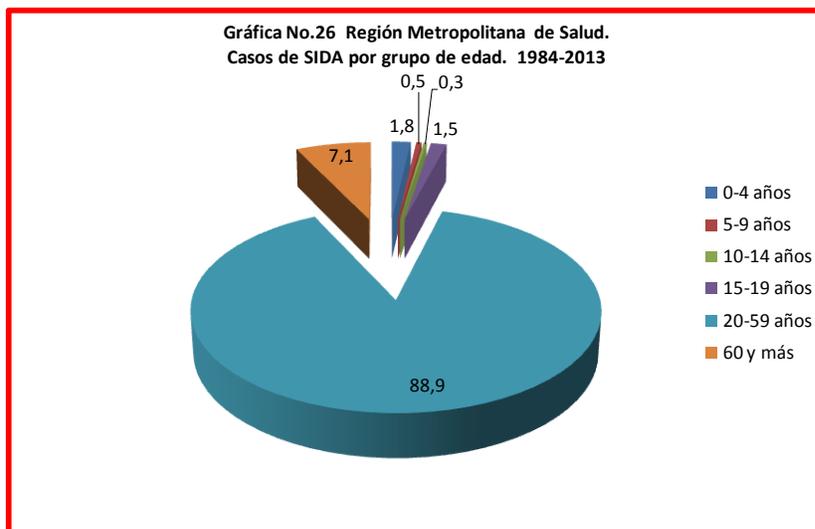
Fuente: Departamento de Salud Pública

En la RMS se han reportado hasta la fecha 5,444 casos. Tal como se evidencia en la gráfica 24, el aumento del número de casos se da de manera sostenida a partir de 1992 hasta el año 1999, con el consecuente aumento de las tasa de incidencia, la que disminuye de 52.3/ 100,000 habitantes en 1999, a 40/ 100,000 habitantes en el año 2000. Para aumentar nuevamente en el 2001 a 54.8/100,000 hab. Después de este año la tasa se sostuvo en el rango de 40 a 50/100,000 habitantes.



Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

La mayor proporción de casos (88.9%) está en el grupo de adultos de 20 a 59 años. El grupo de niños menores de 5 años representó el 1.8% del total reportado hasta diciembre de 2013, pero es relevante señalar que a partir del año 1992 se reporta el primer caso en los menores de un año.



Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

De los 5,444 casos acumulados hasta diciembre del 2013, el 76.9% corresponde al sexo masculino y el 23.1% al sexo femenino, con una relación hombre-mujer de 3.3. manteniendo la proporción de sexos desde el inicio de la epidemia.

TABLA No. 53
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA SEGÚN EL SEXO Y AÑO DE DIAGNÓSTICO. AÑOS 1984-2013

AÑO	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	No.	%	No.	%	
1984 - 1989	107	2,6	13	1,0	120
1990 - 1994	338	8,1	53	4,2	391
1995 - 1999	788	18,8	266	21,2	1.054
2000 - 2004	973	23,2	301	24,0	1.274
2005 - 2009	1.198	28,6	379	30,2	1.577
2010 a la fecha	784	18,7	244	19,4	1.028
TOTAL	4.188	76,9	1.256	23,1	5.444

Fuente: Departamento de Salud Pública

El factor de riesgo más importante es el contacto heterosexual con 48.4% y el homosexual con 14.7% de todos los casos. Sin embargo, llama la atención que aún se reporten factores de riesgo no especificados (NE) siendo está una patología de estricta vigilancia epidemiológica.

TABLA No. 54
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA EN LA RMS
SEGÚN SU FACTOR DE RIESGO. AÑOS 1984 - 2013

FACTOR DE RIESGO	CASOS	
	No.	%
Heterosexual	2.637	48,4
Bisexual	197	3,6
Homosexual	801	14,7
Transfusión	6	0,1
Perinatal	120	2,2
Drogas IV	64	1,2
Hemofilico	4	0,1
N.E.	1.615	29,7
Total	5.444	100,0

Fuente: Departamento de Salud Pública

En Panamá es una epidemia concentrada en menos del 1% en embarazadas y >5% en poblaciones específicas, de crecimiento rápido desde 1984. La prueba del VIH obligatoria en el control prenatal ha logrado bajar la incidencia del contagio a 0.3% en el año 2010, en comparación con el 2003, cuando era del 0.9%. Ha aumentado la sobrevivencia de los casos a través del tratamiento con antirretrovirales. La transmisión sexual es la más importante.

TABLA No. 55
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN
DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y TASAS DE MORTALIDAD Y LETALIDAD POR SIDA EN
LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑOS 1984 - 2013

AÑO	CASOS		MUERTES	TASA DE LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD
	No.	%			
1984 -1989	120	2,2	74	61,7	94.1
1990 -1994	391	7,2	305	78,0	92.2
1995 -1999	1.054	19,4	904	85,8	71.3
2000-2004	1.274	23,4	846	66,4	28,1
2005-2009	1.577	29,0	869	55,1	26,0
2010 a la fecha	1.028	18,9	585	56,9	20,3
TOTAL	5.444	100,0	3.583	65,8	

Fuente: Departamento de Salud Pública

El número de defunciones por esta enfermedad se ha incrementado durante todos los años (1984-2013), siendo el quinquenio 1995-1999 el que mayor tasa de letalidad presentó, la cual se estimó en 85.8/100,000 habitantes. Sin embargo, el riesgo general de morir por esta enfermedad expresado en la tasa de mortalidad ha disminuido desde el inicio de la epidemia (94.1/100,000) hasta 20.3/100,000 habitantes en el 2013, situación probablemente asociada a la administración de la terapia antirretroviral.

El grupo de edad que mayor número de muertes sufrió fue el grupo de 20-49 años con 78.8%. En ese mismo año se presentó una muerte en un niño de 4 meses. Se calcula que solamente en 1998 se perdieron aproximadamente 6,327 años de vida potencial (AVPP).

TABLA No. 56
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN
DEFUNCIONES DE SIDA EN LA RMS SEGÚN SU FACTOR DE RIESGO.
AÑOS 1984 - 2013

FACTOR DE RIESGO	CASOS	
	No.	%
Heterosexual	1.481	27,2
Bisexual	110	2,0
Homosexual	443	8,1
Perinatal	51	0,9
Drogas IV	50	0,9
Hemofilico	4	0,1
Transfusión	6	0,1
N.E.	1.339	24,6
Total	3.484	64,0

Fuente: Departamento de Salud Pública

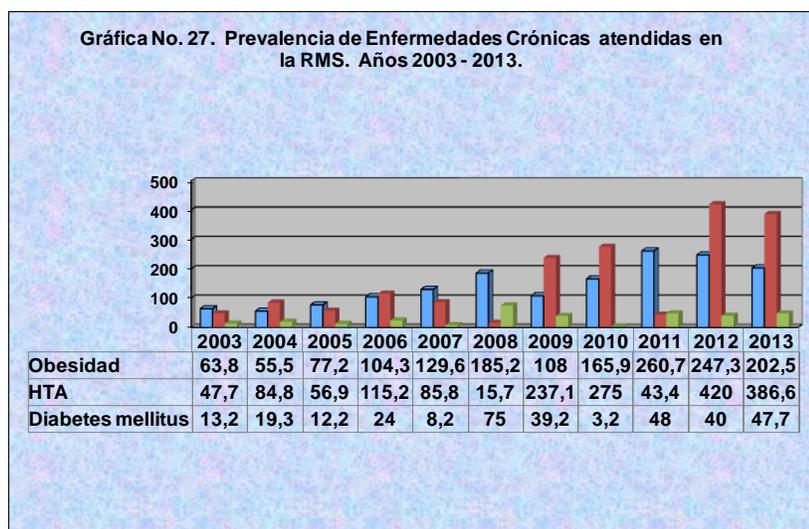
Con relación al factor de riesgo, el 27.2% de todas las muertes ocurrió en pacientes que reportaron ser heterosexuales, el 8.1% en homosexuales, el 2.0% en bisexuales. Nuevamente resaltamos el hecho de que el 24.6% se catalogó como No específico.

La Comisión Regional ITS/VIH-SIDA se instala formalmente en la Región Metropolitana el día 4 de marzo de 2010, ya que no existía previamente, ni había un Coordinador Regional de este Programa. En la RMS no hay a la fecha Clínicas de Terapia Antirretroviral (TARV), ni se realizan pruebas de laboratorio de seguimiento y control de los pacientes seropositivos, tales como lo son carga viral y conteo de células CD4.

La labor del Programa en nuestras instalaciones se centra básicamente en la prevención del contagio y la promoción de prácticas sexuales seguras, ofrecimiento de pruebas de VIH con pre y post asesoría a toda persona que desee realizarse la prueba, así como en los casos en que es obligatoria, durante el Control Prenatal, a las pacientes de la Clínica de Higiene Social y la referencia de los casos a los servicios de Infectología para su control y seguimiento, siendo importante la contra referencia a los Centros de Salud para monitorear a los pacientes, y asegurar que se cumpla con las normas de atención integral a las personas con VIH.

E.- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Al analizar las enfermedades crónicas no transmisibles nos percatamos de cierta dificultad en el registro de estas, que ya fue expresado al presentar el análisis de la morbilidad en el adulto mayor. No obstante, consideramos importante realizar un análisis particular de estas patologías a fin de tener un panorama más completo de las mismas.



Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

Las patologías crónicas que mayor seguimiento derivan son la Hipertensión Arterial, la Obesidad y la Diabetes Mellitus.

La Obesidad presentó una tasa de 63.8/10,000 habitantes en el año 2003, aumentando consistentemente hasta 185.2/10,000 hab en el año 2008, disminuyó a 108/10,000 hab en el 2009 y aumenta nuevamente a 165.9/100,000 hab en el año 2010. El año 2013 reporta una tasa en 493/100,00 habitantes. La Hipertensión arterial también presentó un patrón similar aumentando desde 47.7/10,000 habitantes en el 2003 hasta 115.2/10,000 hab en el 2006, al año siguiente disminuyó a 85.8/10,000 hab. El año 2008 llamó la atención, ya que la tasa presentó un descenso a 15.7/10,000 hab, aumentando los años subsiguientes, 15 veces el valor de esta última tasa. El año 2010 reportó tasa en 275/10,000 habitantes. Esta situación pareciera corresponder a dificultades diagnósticas y de registro.

TABLA No.57
REGION METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIA DE SALUD
TASA (a/) DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS ATENDIDAS EN LA RMS, PERÍODO 2003 - 2013

No.	2003			2004			2005			2006		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Obesidad	3.815	63,8	Hipertensión arterial	5.499	84,8	Obesidad	5.060	77,2	Hipertensión arterial	7.705	115,2
2	Hipertensión arterial	2.850	47,7	Obesidad	3.600	55,5	Hipertensión arterial	3.729	56,9	Obesidad	6.973	104,3
3	Asma N.E.	2.588	43,3	Diabetes Mellitus	1.251	19,3	Asma N.E.	839	12,8	Asma N.E.	2.228	33,3
4	Diabetes Mellitus	791	13,2	Asma N.E.	944	14,6	Diabetes Mellitus	796	12,2	Diabetes Mellitus	1.604	24,0
5	Artritis N.E.	270	4,5	Tuberculosis	523	8,1	Hipercolesterolemia	216	3,3	Tuberculosis	621	9,3
6	Tuberculosis	257	4,3	Artritis N.E.	160	2,5	Tuberculosis	164	2,5	Artritis Reumatoide	429	6,4
7	Hipercolesterolemia	258	4,3	Hipercolesterolemia	113	1,7	Epilepsia N.E.	103	1,6	Hipercolesterolemia	252	3,8
8	Epilepsia N.E.	162	2,7	Epilepsia N.E.	111	1,7	Artritis N.E.	92	1,4	Epilepsia N.E.	234	3,5
9	Anemia Falciforme	32	0,5	E.P.O.C.	94	1,4	Artritis Reumatoide	80	1,2	E.P.O.C.	164	2,5
10	E.P.O.C.	13	0,2	Cardiopatía N.E.	67	1,0	E.P.O.C.	54	0,8	Cardiopatía N.E.	99	1,5
No.	2007			2008			2009			2010		
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Obesidad	8.846	129,6	Obesidad	12.896	185,2	Hipertensión arterial	15.302	237,1	Hipertensión esencial (primaria)	4.484	64,8
2	Hipertensión arterial	5.857	85,8	Asma N.E.	7.862	112,9	Obesidad	11.615	180,0	Rinofaringitis (resfrado común)	1.200	17,3
3	Asma N.E.	3.683	54,0	Diabetes Mellitus	5.220	75,0	Diabetes Mellitus	2.527	39,2	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	726	10,5
4	Diabetes Mellitus	558	8,2	Hipertensión arterial	1.093	15,7	Tuberculosis	622	9,6	Obesidad, no especificada	685	9,9
5	Hipercolesterolemia	403	5,9	Hipercolesterolemia	543	7,8	Hipercolesterolemia	558	8,6	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no especificado	562	8,1
6	Epilepsia N.E.	256	3,8	Epilepsia N.E.	516	7,4	Artritis N.E.	535	8,3	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	543	7,8
7	Artritis Reumatoide	257	3,8	Artritis Reumatoide	274	3,9	Epilepsia N.E.	315	4,9	Lumbago, no especificado	520	7,5
8	E.P.O.C.	149	2,2	E.P.O.C.	262	3,8	E.P.O.C.	237	3,7	Artrosis, no especificada	517	7,5
9	Tuberculosis	132	1,9	Tuberculosis	0	0,0	Cardiopatía N.E.	195	3,0	Catarata no especificada	498	7,2
10	Cardiopatía N.E.	102	1,5	Cardiopatía N.E.	0	0,0	Sifilis	4	0,1	Diabetes mellitus, no especificada, sin mención de complicación	465	6,7
No.	2011			2012			2013					
	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA	ENFERMEDAD	No.	TASA
1	Hipertensión arterial	21.143	300,3	Hipertensión arterial	21.387	299,6	Hipertensión arterial	22.040	285,4			
2	Obesidad	12.679	180,1	Obesidad	12.591	176,4	Obesidad	11.540	149,5			
3	Asma N.E.	6.522	92,6	Asma N.E.	6.334	88,7	Asma N.E.	4.172	54,0			
4	Diabetes Mellitus	2.358	33,5	Diabetes Mellitus	2.034	28,5	Diabetes Mellitus	2.718	35,2			
5	Hipercolesterolemia	906	12,9	Hipercolesterolemia	1.043	14,6	Hipercolesterolemia	925	12,0			
6	Tuberculosis	553	7,9	E.P.O.C.	386	5,4	Tuberculosis	475	6,2			
7	Epilepsia	431	6,1	Tuberculosis	384	5,4	Epilepsia	263	3,4			
8	E.P.O.C.	345	4,9	Epilepsia	362	5,1	E.P.O.C.	242	3,1			
9	Artritis N.E.	254	3,6	Artritis N.E.	223	3,1	Artritis N.E.	219	2,8			
10	Enfermedad Cardíaca N.E.	156	2,2	Artritis Reumatoide	170	2,4	Artritis Reumatoide	131	1,7			

a/ tasa por 100,000 habitantes
Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Estadística. RMS

e.1.- DIABETES MELLITUS⁴⁴

El presente análisis ha utilizado el período 2001 a 2010, ya que son los años que tienen cifras disponibles. Este informe incluye las cifras estadísticas provenientes del SIES (Sistema de información estadística de salud), el cual es utilizado en todo el ámbito de responsabilidad del Ministerio de Salud, para los años 2005 a 2010. Para los años anteriores se recurrió a los boletines estadísticos publicados, ya que en esos años no se contaba con sistema de información electrónico, y al presente informe no existen bases de datos conocidas que reflejen la información de ese período, a pesar de que se utilizaba la técnica manual y en algún momento existieron los formatos manuales de almacenamiento.

En términos generales podemos mencionar que lo primero que debemos resaltar, es que se trata solamente de la morbilidad atendida en las instalaciones bajo responsabilidad de la Región Metropolitana de Salud por lo que el análisis poblacional se ve sesgado. No contamos con datos provenientes de otras instalaciones de salud tanto públicas como privadas, que nos permitieran analizar claramente el comportamiento de esta enfermedad en la población.

Por otro lado, no contamos con cifras que reflejen la realidad de pacientes en la comunidad que no acuden a las instalaciones de salud, es decir para este informe solamente se utilizaron las cifras de atención intramuros. Al revisar la información disponible nos encontramos con alguna dificultad para la comparación de cifras debido a que, como resultado de lo expuesto anteriormente, las variables utilizadas en el periodo 2001 - 2004 difieren con las presentadas una vez utilizada la herramienta SIES.

Solamente se vierten datos generales sobre la atención de esta enfermedad, lo que no permite un análisis sobre factores de riesgo y otras variables de interés. En este sentido la información más completa correspondió al último año (2010). Al revisar los datos en los boletines estadísticos, encontramos grandes diferencias entre ellos, creemos que puede ser debido al advenimiento del SIES. Sin embargo, en todos los boletines los datos presentados son generales y en algunos, incongruentes entre sí.

⁴⁴ Tomado del Informe de Situación de la Diabetes Mellitus 2001-2011. Sección de Análisis y Tendencias de Salud. Departamento de Planificación.

En el año 2001, las morbilidades atendidas se presentan clasificadas por especialidad que realizó la atención. En este año la Diabetes Mellitus no aparece entre las principales causas de morbilidad atendidas en las instalaciones de salud de la RMS. El diagnóstico de CIE-10 utilizado fue E 14 sin otra especificación. Solamente se reportaron 16 casos de los cuales 6 eran hombres y 10 mujeres. No presentan la diferencia entre consultas y reconsultas. Sin embargo, en otro cuadro resumen, del mismo boletín, se reportan 150 casos en el grupo de 60 años y más.

TABLA No. 58 Casos de Diabetes Mellitus reportados en la RMS. Año 2001

Grupo de edad	Total de casos
25 a 49 años	6
50 a 59 años	5
60 a 64 años	5

Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de REDSA. SASTS. Departamento de Planificación. RMS

En el año 2002 aparece la Diabetes Mellitus en la posición 22 de las morbilidades más frecuentes atendidas en las instalaciones de salud de la RMS con 640 casos. No presentan la diferencia entre consultas y reconsultas. Este año también se presentó en una tabla de consultas por especialidad y llama la atención, que Trabajo Social la coloca como un diagnóstico realizado por sus profesionales. Se desagregan todos los grupos de edad con otra escala diferente de la utilizada lo que dificulta la comparación con otros años. El 67% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de 50 a 59 años con el 31.5% de las consultas por esta causa

TABLA No. 59 Casos de Diabetes Mellitus según el grupo de edad y sexo reportados en la RMS. Año 2002

GRUPO DE EDAD	No. TOTAL, DE CASOS	%	SEXO	
			MASCULINO	FEMENINO
5 a 9 años	1	0.1	1	
10 a 14 años	2	0.3		2
15 a 19 años	9	1.4	5	4
20 a 24 años	6	0.9	1	5
25 a 34 años	33	5.1	9	24
35 a 49 años	187	29.2	70	117
50 a 59 años	202	31.5	74	128
60 a 64 años	153	24.2	32	121
65 y más	47	7.3	19	28
Total	640	100	211	429

Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de REDSA. SASTS. Departamento de Planificación. RMS

En el año 2003, en este año sólo codifica la E14.9 según la CIE-10. Al no tener una base de datos no se sabe si existen otros diagnósticos de diabetes menos frecuentes que hayan podido ser excluidos. No presentan la diferencia entre consultas y reconsultas. Se desagregan todos los grupos de edad con otra escala diferente de la utilizada lo que dificulta la comparación con otros años. El 56.5% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de 35 a 49 años con el 37.2% de las consultas por esta causa.

TABLA No. 60 Casos de Diabetes Mellitus según el grupo de edad y sexo reportados en la RMS. Año 2003

GRUPO DE EDAD	No. TOTAL DE CASOS	%	SEXO	
			MASCULINO	FEMENINO
15 a 19 años	5	0.6	3	2
20 a 24 años	13	2	1	12
25 a 34 años	29	4	13	16
35 a 49 años	294	37.2	190	104
50 a 59 años	199	25.2	59	140
60 a 64 años	141	18	44	97
65 y más	110	13	34	76
Total	791	100	344	447

Fuente: Boletines Estadísticos. Sección REDSA. SASTS. Departamento de Planificación. RMS

En el año 2004, en el cuadro de morbilidades por grupo de edad, la Diabetes aparece en última posición (No.20) con 29 casos en los adultos mayores (60 y más) de los cuales 15 son hombres y 14 son mujeres. Sin embargo, en el cuadro de las causas de enfermedades crónicas ocupa el tercer lugar con 1,251 casos atendidos.

Por grupo de edad y sexo, llama la atención que en los cuadros de las causas más frecuentes por grupo de edad, no figura la Diabetes Mellitus a pesar de que en el grupo de 20 a 59 años tiene un total de 768 casos, donde ocuparía la posición No.12 si lo hubiesen incluido. El 63.5% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de 65 años y más con el 38% de las consultas por esta causa.

En el año 2005, la Diabetes Mellitus aparece en el cuadro de morbilidades generales en la posición No.4 codificada como E14.9. En este año no aparece la Diabetes en los cuadros de las principales morbilidades atendidas por grupo de edad, igual que en el año 2004. El 63.7% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de 65 años y más con el 34.4% de las consultas por esta causa.

En el año 2006, la Diabetes no aparece entre las enfermedades crónicas frecuentes en los adultos de 20 a 59 años, pero sí en el grupo de adultos mayores con 137 casos de los cuales 50 son hombre y 96 mujeres. En este grupo ocupa el lugar No.12. En el cuadro de morbilidad general ocupa el 4to lugar con 1,604 casos atendidos. El 65% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de 65 años y más con el 37.8% de las consultas por esta causa.

En el año 2007, la Diabetes no aparece entre las enfermedades crónicas frecuentes por grupo de edad. En el cuadro de morbilidad general ocupa el 4to lugar con 592 casos atendidos. El 62% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de 50 a 59 años con el 40% de las consultas por esta causa.

En el año 2008 ocupa el tercer lugar entre las morbilidades más frecuentes. No presentan la diferencia entre consultas y reconsultas. Los cuadros de las morbilidades atendidas más frecuentes se presentan por programa de atención y por grupo de edad. Llama la atención que, a pesar de que hay un número significativamente alto en los menores de 15 años, no se encuentre esta patología entre las más frecuente en esas edades. Por otro lado, teniendo una cifra como ésta no se desagregó para identificar los grupos de riesgo. El 52.8% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de menores de 15 años con el 75.7% de las consultas por esta causa. Siendo este el mayor porcentaje de consultas en todo el período.

TABLA No.61
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS Y TENDENCIAS DE SALUD
CASOS DE DIABETES MELLITUS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD Y SEXO REPORTADOS EN LAS INSTALACIONES DE SALUD. PERIODO 2004-2010

Grupo de edad	año 2004				año 2005				año 2006				año 2007				año 2008				año 2009				año 2010			
	No. total de casos	%	Sexo		No. total de casos	%	Sexo		No. total de casos	%	Sexo		No. total de casos	%	Sexo		No. total de casos	%	Sexo		No. total de casos	%	Sexo		No. total de casos	%	Sexo	
			Masc.	Fem.			Masc.	Fem.			Masc.	Fem.			Masc.	Fem.			Masc.	Fem.			Masc.	Fem.			Masc.	Fem.
< de 15 años	6	0,5	5	1	4	0,6	3	1	3	0,2	1	2	1	0,1	1		3.977	75,7	2.163	1.814	17	0,7	9	8	16	0,7	4	12
15 a 19 años	2	0,2		2	7	0,9	1	6	3	0,2	2	1	13	2,1	5	8	116	2,2	49	67	9	0,3	1	8	6	0,2	2	4
20 a 29 años	38	3,0	22	16	29	3,6	9	20	32	2,0	16	16	23	3,8	6	17	271	5,3	68	203	73	2,8	17	56	64	2,6	17	47
30 a 39 años	97	7,3	22	75	70	8,8	26	44	122	7,6	40	82	78	13,2	35	43	241	4,5	49	192	145	5,7	55	90	165	6,9	60	105
40 a 49 años	267	21,0	76	191	187	23,5	69	118	401	25,0	140	261	225	38,0	72	153	246	4,7	50	196	550	21,8	173	377	536	22,4	159	377
50 a 59 años	366	30,0	161	205	225	28,2	94	131	436	27,2	137	299	235	40,0	88	147	212	4,0	55	157	760	30,0	226	534	694	29,0	216	478
60 años y más	475	38,0	170	305	274	34,4	87	187	607	37,8	223	384	17	2,8	17		187	3,6	42	145	973	38,5	258	715	908	38,0	250	658
Total	1.251	100,0	456	795	796	100,0	289	507	1.604	100,0	559	1.045	592	100,0	224	368	5.250	100,0	2.476	2.774	2.527	100,0	739	1.788	2.389	100,0	708	1.681

Fuente: Boletines estadísticos. Sección de Registro y Estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación

NP/DM

En el año 2009, en este año sólo codifica la E14.9 según la CIE-10 y ocupa el tercer lugar entre las morbilidades más frecuentes. No presentan la diferencia entre consultas y reconsultas. Llama la atención que en este año la cifra en menores cae dramáticamente con relación al año anterior con sólo 17 casos reportados. El 70% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de adultos mayores con el 38.5% de las consultas por esta causa.

En el año 2010, en la versión electrónica del Boletín estadístico del 2010, se consignan 224 casos 1 ingreso al programa, 80 casos nuevos y 143 reconsultas en el cuadro de enfermedades crónicas. No se presentan datos desagregados por sexo como en los boletines anteriores, para obtener este dato, por lo que hay que recurrir a la base de datos del SIES. El cuadro del boletín cambia y se presenta por estatus del paciente (ingreso, nuevo y reconsulta) El 70.3% de los casos atendidos fueron del sexo femenino. El grupo de edad que más consultas reportó fue el grupo de adultos mayores con el 38% de las consultas por esta causa.

TABLA No. 62. Casos de Diabetes Mellitus según el sexo atendidos en las instalaciones de salud de la RSM. Periodo 2001-2010

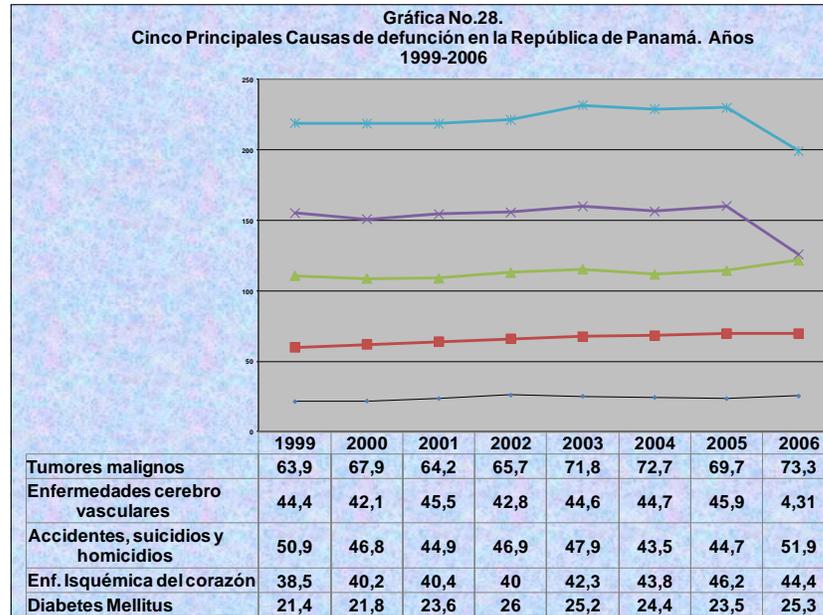
Año	Casos	Masculino	Femenino
2001	16		
2002	640	211	429
2003	791	344	447
2004	1,251	456	795
2005	796	289	507
2006	1,604	559	1,045
2007	558	190	368
2008	5,250	2,476	2,774
2009	2,527	739	1,788
2010	2,389	708	1,681
Total de casos acumulados del periodo	15,822	5,972	9,834

Fuente: boletines estadísticos. Sección de REDSA. SASTS. Departamento de Planificación. RMS

e.2.- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

A finales de la década de los 90' las enfermedades del sistema circulatorio representaron más del 60% de las causas de muertes. De estas, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular fueron las más relevantes. Según datos disponibles (del año 2000 al 2007), las enfermedades cerebro vasculares ocupan un lugar entre las tres primeras causas de mortalidad en la República de Panamá; en el año 2006 y 2004 pasaron a ocupar el 4to lugar. La enfermedad isquémica del corazón se

situó en 4to lugar hasta el 2003, a partir del año 2004 observamos que pasó a ocupar un lugar entre las tres (3) primeras causas de muerte en el país. La tasa global de mortalidad para ambas enfermedades osciló entre un 39.2/100,000 hab y un 48.5/100,000 hab.



Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

En la Provincia de Panamá como causa de mortalidad la enfermedad Isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular ocuparon desde el año 2001 el 2º y 3er lugar respectivamente.

De acuerdo a los datos disponibles en la Región Metropolitana, a partir del año 2004, las enfermedades isquémicas del corazón se sitúan entre las tres primeras causas de mortalidad, con tasas que varían entre 47.1/100,000 hab. y el 64.6/100,000 hab. Las enfermedades cerebro vasculares ocuparon también un lugar importante como causa de muerte en la región situándose entre las siete primeras causas.

Asociada a este grupo de enfermedades, la Enfermedad Hipertensiva apareció como causa de muerte importante, ocupando en los años 2004, 2005, 2006 y 2007, el 4º, 7º, 3º y 4º lugar respectivamente con tasas que oscilaron entre 19.4/100,000 hab. y 30/100,000 hab.

Los datos de la Región Metropolitana, con que contamos a partir del año 2004 hasta el 2008, muestran que la tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón es más elevada en el sexo masculino. En cuanto a la tasa de mortalidad de la enfermedad cerebrovascular no se observó diferencia significativa por sexo, en el mismo período. En el grupo de adultos mayores se concentra el mayor porcentaje de muertes por estas patologías.

Como enfermedad crónica atendida en las instalaciones de salud de la región metropolitana, la Enfermedad Hipertensiva se encuentra entre los principales diagnósticos médicos. A partir del 2003 aparece entre las cuatro principales causas de enfermedad crónica atendida. El mayor porcentaje de la población atendida por esta causa correspondió al sexo femenino (70.4% a 64.7%). En tanto que el grupo poblacional en el que mayor frecuencia se diagnostica esta enfermedad correspondió a los de 40 años y más.

e.3.- VIOLENCIA INTRA FAMILIAR

La violencia⁴⁵ es un concepto de múltiples dimensiones y connotaciones. El concepto de poder y jerarquía está presente en los distintos enfoques y definiciones de la violencia, que es considerada como una forma de ejercer poder sobre alguien situado en una posición de inferioridad jerárquica o de subordinación.

Se puede definir la violencia como un estado de agresión, caracterizado por el uso recurrente de la conducta violenta como una forma de resolver conflictos y que llega a afectar la calidad de vida de nuestra sociedad.

La violencia intra familiar es el reflejo de un problema mayor y más complejo como lo es la violencia en sí misma, que viene afectando a nuestra sociedad desde hace algunos años. El fenómeno de la violencia pasa a formar parte de nuestra cotidianeidad a través de las imágenes televisivas en programas de acción, telenovelas e incluso algunas tiras cómicas, así como en la música y la prensa donde diariamente se reportan de manera gráfica los sucesos.

⁴⁵ Tomado del documento "Avances de la Violencia Intrafamiliar en la Región Metropolitana de Salud: Experiencias del periodo 1998-2000". Publicado por la OPS y el Ministerio de Salud. Año 2001. (Porcell, Nadja. y Tedezco, Gladys.)

Visibilizar la violencia doméstica no es fácil, ya que entran en juego diversos factores como lo son los mitos, tabúes y patrones de crianza, la inseguridad y la inestabilidad familiar que en innumerables ocasiones impiden que las personas afectadas hagan la denuncia y si la hacen temen darle seguimiento al proceso, situación que también involucra al equipo de salud por las represalias que puedan ocurrir⁴⁸.

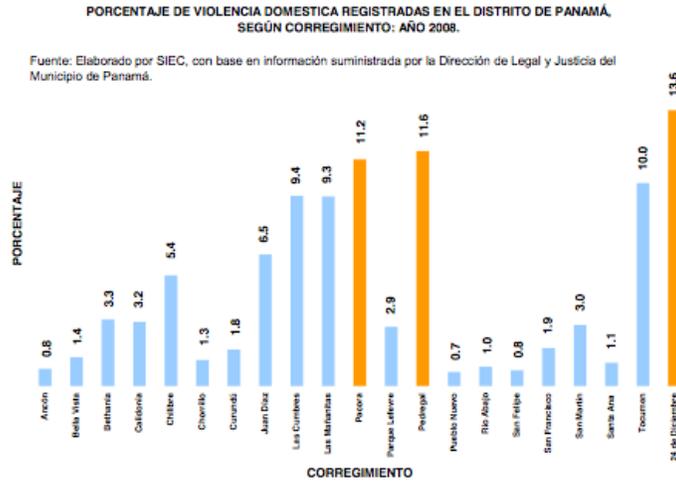
Desde 1994, con la declaración de los municipios saludables Siglo XXI, se inicia una etapa importante en la concientización y sensibilización de los diferentes actores sociales en el problema de violencia intrafamiliar. Desde ese momento el sistema de salud se ha constituido en un actor importante en el análisis y ejecución de estrategias para la solución de este problema de salud pública.

A partir de 1998 la Región Metropolitana de Salud lleva un registro de todos los casos reportados, en una base de datos donde inicialmente se vertía la información generada a partir del **Formulario Informe de Sospecha de Violencia Intra familiar y Maltrato al Menor**, el cual era recopilado, tabulado y analizado por los miembros de la “Comisión Regional contra la Violencia Intrafamiliar”. Diez años después, con el advenimiento del Sistema de Información Estadística (SIES) esta función pasa a la sección de registros y estadísticas de salud regional (REDSA), por lo que el presente análisis representa una recopilación de la información recolectada por ambos métodos a lo largo de estos años. Sin embargo, han aparecido nuevos actores sociales en la escena tales como el MIDES y la policía recopilando información diferente de la que procesan las instalaciones de salud. En este sentido el Comité de Estadísticas Criminales (CONADEC) aporta información valiosa para el análisis de este problema de salud.

⁴⁸ Tomado de Análisis Situacional 2005-2010. Departamento de Provisión de Servicios. RMS.

En la gráfica 28, se aprecia el porcentaje de violencia registrada por corregimientos en el Distrito de Panamá, donde el corregimiento de 24 de diciembre reporta el 13.6%, seguido de Pedregal con 11.6%. Otros corregimientos del área metropolitana que presentan cifras elevadas son: Tocumen con 10% y Las Mañanitas con 9.3%.

Gráfica No. 29



Según datos suministrados por el municipio de Panamá⁴⁹ en al año 2008, los corregimientos con mayor frecuencia de casos registrados de Violencia Doméstica son:

- 24 de diciembre con 2,939 casos
- Pedregal con 2,503 casos
- Pacora con 2,145 casos
- Tocumen con 2,162 casos
- Las Cumbres con 2,026 casos
- Las Mañanitas con 2,019 casos
- Chilibre con 1,178 casos

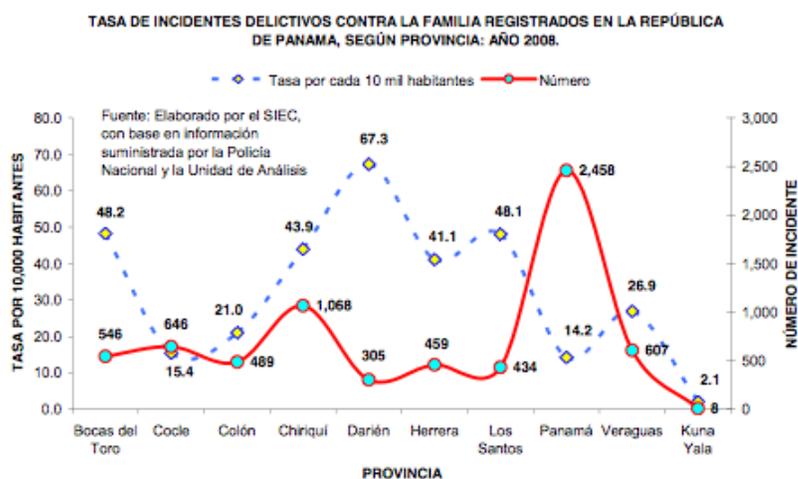
El resto de los corregimientos del sector oeste como Calidonia, Bella Vista, Curundú, Chorrillo, San Felipe y San Francisco tienen de menor ocurrencia de casos en comparación con el Sector Este.

⁴⁹ CONADEC. Informe anual 2008. Comité Nacional de Análisis de Estadística Criminal. Ministerio de Gobierno Y Justicia.

Al analizar los incidentes delictivos contra la familia a lo largo del territorio nacional, se observa claramente que la Provincia de Panamá presenta el mayor número de casos, con una tasa de 14.2/10,000 habitantes, esto por supuesto producto del fenómeno demográfico.

Entre 1997 y 2010 se han reportado 2,011 incidentes de violencia doméstica de los cuales el 79.9% corresponden al sexo femenino y el 19.5% al sexo masculino. Doce casos fueron reportados con sexo sin especificación lo que corresponde a un defecto o error en el llenado del formulario.

Gráfica No. 30



Los episodios de maltrato se dieron con más frecuencia en adultos de 20 años y más con 45.2% en los reportes y los adolescentes de 15-19 años con 27.5%, seguidos de los niños entre 5 y 9 años de edad con 15.2%, los niños de 1 a 4 años con 8.2% y por último los menores de un año con el 2.2% de todos los casos.

Al analizar el estado civil de los pacientes encontramos que los(as) solteros(as) son más susceptibles de maltrato, ya que el 40.6% de los pacientes clasificaron en ésta categoría. El 29.7% provenían de uniones consensuales, el 11.9% eran casados, el 10.1% eran menores de edad y un 7.7% no reportó el estado civil (tabla No.63).

La escolaridad fue un dato que se recopiló hasta el año 2004, a partir de aquí este dato dejó de presentarse entre los indicadores de violencia domestica reflejados en los boletines estadísticos posteriores. Aunque el fenómeno del maltrato y la violencia puede darse o presentarse en diferentes núcleos familiares independientemente de sus características socioeconómicas, en la Región Metropolitana de Salud la mayoría de las personas agredidas (35.4%), habían cursado algún grado de secundaria, el 31.8% algún grado de primaria, 3.4% la universidad y sólo el 3.3% calificó como analfabeta. El 1.9% refirió no tener ningún tipo de estudios y 0.4% recibió orientación vocacional. El 23.6% no especificó qué nivel de escolaridad tenía.

Llama la atención los porcentajes asignados a la categoría “no específica”, en función de ser datos que provienen de una entrevista que realiza el profesional que realiza el diagnóstico, lo que refleja una debilidad al momento de la atención de estos pacientes, ya que son datos generales que no se refieren al evento. Pareciera estar relacionado con la destreza y habilidad para el manejo de esta enfermedad.

TABLA No. 63
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS Y TENDENCIAS DE SALUD
INDICADORES GENERALES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, RELACIONADOS CON EL(LA) AGREDIDO(A). AÑOS 1997- 2010.

INDICADOR	AÑO																												total	
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
SEXO																														
Masculino	0	0,0	19	11,3	32	18,1	18	17,0	18	15,9	59	22,9	48,0	24,1	22	15,7	23	18,3	41	23,4	31	21,5	33	23,4	26	20,0	22	16,7	392	19,5
Femenino	2	100,0	149	88,7	144	81,4	88	83,0	95	84,1	196	76,0	151,0	75,9	117	83,6	100	79,4	134	76,6	112	77,8	105	74,5	104	80,0	110	83,3	1607	79,9
N.E.	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	3	1,2	0	0,0	1	0,7	3	2,4	0	0,0	1	0,7	3	2,1	0	0,0	0	0,0	12	0,6
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	126	100,0	175	100,0	144	100,0	141	100,0	130	100,0	132	100,0	2011	100,0
GRUPO DE EDAD																														
< 1 año	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	5	4,4	2	0,8	5,0	2,5	5	3,6	2	1,6	3	1,7	1	0,7	4	2,8	10	7,7	6	4,5	45	2,2
1-4 años	0	0,0	5	3,0	28	15,8	7	6,6	6	5,3	26	10,1	15,0	7,5	7	5,0	13	10,3	11	6,3	11	7,6	15	10,6	15	11,5	6	4,5	165	8,2
5-9 años	0	0,0	29	17,3	25	14,1	22	20,8	11	9,7	43	16,7	35,0	17,6	22	15,7	17	13,5	31	17,7	26	18,1	18	12,8	15	11,5	11	8,3	305	15,2
10-19 años	2	100,0	61	36,3	51	28,8	29	27,4	35	31,0	73	28,3	46,0	23,1	49	35,0	33	26,2	40	22,9	36	25,0	31	22,0	28	21,5	40	30,3	554	27,5
20 años y mas	0	0,0	65	38,7	70	39,5	45	42,5	55	48,7	112	43,4	98,0	49,2	53	37,9	56	44,4	88	50,3	69	47,9	70	49,6	60	46,2	68	51,5	909	45,2
N.E.	0	0,0	8	4,8	3	1,7	1	0,9	1	0,9	2	0,8	0	0,0	4	2,9	5	4,0	2	1,1	1	0,7	3	2,1	2	1,5	1	0,8	33	1,6
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	126	100,0	175	100,0	144	100,0	141	100,0	130	100,0	132	100,0	2011	100,0
ESTADO CIVIL																														
Casado(a)	0	0,0	21	12,5	24	13,6	6	5,7	18	15,9	32	12,4	20,0	10,1	14	10,0	11	8,7	25	14,3	17	11,8	20	14,2	11	8,5	21	15,9	240	11,9
Soltero(a)	1	50,0	35	20,8	46	26,0	21	19,8	17	15,0	125	48,4	115,0	57,8	84	60,0	76	60,3	88	50,3	41	28,5	31	22,0	77	59,2	60	45,5	817	40,6
Unido(a)	0	0,0	48	28,6	39	22,0	30	28,3	32	28,3	77	29,8	51,0	25,6	29	20,7	31	24,6	43	24,6	80	55,6	72	51,1	32	24,6	33	25,0	597	29,7
Menor	1	50,0	54	32,1	60	33,9	46	43,4	42	37,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	203	10,1
N.E.	0	0,0	10	6,0	8	4,5	3	2,8	4	3,5	24	9,3	13,0	6,5	13	9,3	8	6,3	19	10,9	6	4,2	18	12,8	10	7,7	18	13,6	154	7,7
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	126	100,0	175	100,0	144	100,0	141	100,0	130	100,0	132	100,0	2011	100,0
ESCOLARIDAD																														
Analfabeta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	10,6	0	0,0	21,0	10,6	0	0,0	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	33	3,3
Primaria Completa	0	0,0	38	22,6	0	0,0	38	35,8	24	21,2	80	31,0	81	40,7	53	37,9	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	314	31,8
Secundaria Completa	0	0,0	35	20,8	0	0,0	37	34,9	56	49,6	106	41,1	66	33,2	49	35,0	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	349	35,4
Universidad	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,9	2	0,0	10	3,9	13	6,5	7	5,0	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	34	3,4
Vocacional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,5	2	1,4	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	4	0,4
Ninguna	1	50,0	2	1,2	0	0,0	8	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	5,7	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	19	1,9
N.E.	1	50,0	92	54,8	0	0,0	22	20,8	18	15,9	62	24,0	17	8,5	21	15,0	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	233	23,6
TOTAL	2	100,0	168	100,0	0	0,0	106	100,0	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	0	#####	986	100,0										

Fuente: Base de datos de VIF. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud (SASTS). Boletines estadísticos. Sección de registro y estadísticas de salud (REDSA)

El 39.1% de todas las violencias atendidas fueron de típico físico, el 16.9% de carácter sexual y el 27.4% psicológicas. Se presenta alguna dificultad en el registro y tipificación del tipo de violencia ya que el 3.6% fue reportado como no especificado. Es relevante señalar que el 3.8% de los casos fueron víctimas de diferentes formas de maltrato conjuntamente. Lo cual es preocupante, ya que incluye toda la gama de la violencia y la afectación es mucho más profunda. Igualmente, la fuerza física fue el medio más utilizado para agredir (38%), caracterizado por golpes diversos, patadas y otros. Seguido a este grupo estaban aquellos que utilizan varios objetos para la agresión, ya que el 24.3% clasificó como mixto en cuanto al instrumento utilizado. El 4.2% utilizó arma de fuego, el 3.7% utilizó objetos contusos (8.3%), como palos, hebillas de correas, correas mismas, piedras y otros, el 2.2% agredió con objeto cortante y el 1.9% solamente utilizó las palabras como medio de agresión. El 22.4% fue catalogado como no específico (tabla 64).

Tal como lo reportan los distintos estudios, el 31.6% de los casos tuvo como antecedentes haber consumido de alcohol, el 27.5% de maltrato repetitivo, 13.1% reportó entre sus antecedentes el uso y consumo de drogas y 5.7% reportó maltrato anterior. El 2% reportó antecedentes catalogados como mixto, ya que combinó el uso de drogas, alcohol y maltrato repetitivo o anterior, conjuntamente. El 11.7% no especificó el tipo de violencia ocurrida en el incidente.

De las agresiones reportadas el 72.9% de los (as) agresores (as) eran de sexo masculino, el 17.3% de sexo femenino y el 9.8% no reportaron sexo. El 74.1% eran adultos de 20 y más, 7.5% tenían edades comprendidas entre los a 19 años de edad y 0.7% eran niños entre 5 y 9 años de edad. Este ítem tuvo un 17.7% de respuestas no especificadas.

TABLA No. 64

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCION DE ANALISIS Y TENDENCIAS DE SALUD
INDICADORES GENERALES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, RELACIONADOS CON EL INCIDENTE. AÑOS 1997- 2010.

INDICADOR	AÑO																												total	
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
TIPO DE VIOLENCIA																														
Física	0	0,0	68	40,5	63	35,6	50	47,2	34,0	30,1	157,0	36,6	95,0	33,9	71	37,8	76	41,3	103	48,4	88	43,8	72	40,9	53	33,5	62	44,3	992	39,1
Sexual	1	50,0	20	11,9	32	18,1	21	19,8	18,0	15,9	75,0	17,5	58,0	20,7	42	22,3	31	16,8	34	16,0	32	15,9	24	13,6	21	13,3	19	13,6	428	16,9
Sicológica	0	0,0	17	10,1	14	7,9	9	8,5	10,0	8,8	###	31,5	86,0	30,7	63	33,5	64	34,8	66	31,0	75	37,3	58	33,0	50	31,6	48	34,3	695	27,4
Negligencia	0	0,0	3	1,8	5	2,8	3	2,8	6,0	5,3	0,0	0,0		0,0		0,0	0,0	5	2,3		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,9	
Mixta	0	0,0	9	5,4	42	23,7	12	11,3	34,0	30,1	0,0	0,0		0,0		0,0	0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	97	3,8	
Otro	0	0,0	4	2,4	1	0,6	0	0,0	1,0	0,9	62,0	14,5	41,0	14,6	12	6,4	12	6,5	5	2,3	6	3,0	22	12,5	34	21,5	11	7,9	211	8,3
N.E.	1	50,0	47	28,0	20	11,3	11	10,4	10,0	8,8	0,0	0,0		0,0		0,0	1	0,5	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	90	3,6
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	429	100,0	280	100,0	188	100,0	184	100,0	213	100,0	201	100,0	176	100,0	158	100,0	140	100,0	2535	100,0
INSTRUMENTO UTILIZADO																														
Objeto contuso	0	0,0	6	3,6	12	6,8	19	17,9	7,0	6,2	0,0	0,0		0,0		0,0		15	7,6		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	59	3,7	
Objeto Cortante	0	0,0	5	3,0	6	3,4	3	2,8	5,0	4,4	0,0	0,0		0,0	2	2,7		0,0	0	0,0	2	3,3	6	7,9	0	0,0	6	8,1	35	2,2
Arma de fuego	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	3,0	2,7	3,0	1,1	4,0	3,0	51	68,9	1	1,5	2	1,0		0,0		0,0	1	1,2	2	2,7	68	4,2
Fuerza Física	2	100,0	53	31,5	44	24,9	32	30,2	44,0	38,9	###	39,3	71,0	53,4		0,0	37	56,9	51	25,9	45	75,0	45	59,2	34	41,5	43	58,1	613	38,0
Verbal	0	0,0	2	1,2	7	4,0	3	2,8	5,0	4,4	0,0	0,0		0,0	4	5,4		0,0	9	4,6		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	30	1,9
Mixto	0	0,0	0	0,0	1	0,6	3	2,8	5,0	4,4	7,0	2,5	9,0	6,8	17	23,0	8	12,3	1	0,5		0,0		0,0	3	3,7	0	0,0	54	3,3
Otro	0	0,0	12	7,1	11	6,2	9	8,5	14,0	12,4	###	57,2	49,0	36,8		0,0	16	24,6	13	6,6	13	21,7	25	32,9	44	53,7	23	31,1	392	24,3
N.E.	0	0,0	90	53,6	95	53,7	37	34,9	30,0	26,5	0,0	0,0		0,0		0,0	3	4,6	106	53,8		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	361	22,4
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	285	100,0	133	100,0	74	100,0	65	100,0	197	100,0	60	100,0	76	100,0	82	100,0	74	100,0	1612	100,0
ANTECEDENTES DEL AGRESOR																														
Alcohol	0	0,0	32	19,0	51	28,8	19	17,9	18,0	15,9	117,0	44,5	62,0	29,5	57	49,6	50	39,1	54	30,0	49	30,1	48	34,8	41	31,8	38	32,2	636	31,6
Drogas	0	0,0	12	7,1	15	8,5	4	3,8	1,0	0,9	22,0	8,4	32,0	15,2	17	14,8	29	22,7	26	14,4	22	13,5	24	17,4	28	21,7	31	26,3	263	13,1
Drogas/alcohol	0	0,0	0	0,0	3	1,7	6	5,7	11,0	9,7	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	20	1,0
Maltrato repetitivo	0	0,0	26	15,5	28	15,8	22	20,8	12,0	10,6	0,0	0,0	81,0	38,6	32	27,8	45	35,2	84	46,7	85	52,1	48	34,8	50	38,8	39	33,1	552	27,5
Maltrato anterior	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	6,0	5,3	###	40,7		0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	114	5,7
Mixto	0	0,0	0	0,0	4	2,3	13	12,3	24,0	21,2	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	41	2,0
Otros	0	0,0	9	5,4	4	2,3	3	2,8	6,0	5,3	17,0	6,5	35,0	16,7	9	7,8	4	3,1	16	8,9	7	4,3	18	13,0	10	7,8	10	8,5	148	7,4
N.E.	2	100,0	89	53,0	71	40,1	39	36,8	35,0	31,0	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	236	11,7
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	263	100,0	210	100,0	115	100,0	128	100,0	180	100,0	163	100,0	138	100,0	129	100,0	118	100,0	2010	100,0

Fuente: Base de datos de VIF. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud (SASTS). Boletines estadísticos. Sección de registro y estadísticas de salud (REDSA)

NP/SASTS

Al igual que con los datos sobre la persona agredida, para el agresor a partir del año 2005 se dejó de consignar el dato escolaridad. No obstante, de todos los reportes hasta el 2004, el 29.1% refirió algún grado de estudios secundarios, el 14.7% algún grado de escolaridad primaria y 4.7% algún grado de estudio universitario. El 0.9% correspondió a los que clasificaron como analfabetas y/o con ningún tipo de escolaridad y solamente un 0.3% refirió algún estudio de tipo vocacional. El 49.3% no especificó grado de escolaridad.

La literatura plantea que el (la) agresor (a) es frecuentemente un familiar. De los casos reportados el cónyuge reporta 37.6%, el 11.3% reportó maltrato por la madre, 11.2% por el padre, 4% por el padrastro, 3.4% por un amigo, 2.1% por un tío/a y por vecinos. Los hermanos representaron el 2%, los novios el 1.4% y los hijos el 1.3%. Esto apoya la teoría que plantea que el hombre por su patrón cultural aprendido ejerce su relación de poder de forma violenta generando así el fenómeno de la Violencia Intra familiar. Nuevamente en la categoría “no específica” reportó el 15.2% de los reportes

TABLA No. 65

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN - SECCIÓN DE ANÁLISIS Y TENDENCIAS DE SALUD

INDICADORES GENERALES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (SEXO, GRUPO DE EDAD Y ESCOLARIDAD), RELACIONADOS CON EL(LA) AGRESOR(A). AÑOS 1997- 2010.

INDICADOR	AÑO																												total	
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SEXO																														
Masculino	1	50,0	128	76,2	138	78,0	82	77,4	89	78,8	189	73,3	150	75,4	108	77,1	96	76,2	109	62,3	92	63,9	108	76,6	87	66,9	88	66,7	1465	72,9
Femenino	1	50,0	21	12,5	32	18,1	15	14,2	17	15,0	49	19,0	35	17,6	16	11,4	16	12,7	42	24,0	37	25,7	21	14,9	25	19,2	20	15,2	347	17,3
N.E.	0	0,0	19	11,3	6	3,4	9	8,5	7	6,2	20	7,8	14	7,0	16	11,4	14	11,1	24	13,7	15	10,4	12	8,5	18	13,8	24	18,2	198	9,85
TOTAL	2	100,0	168	100,0	176	99,4	106	100,0	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	126	100,0	175	100,0	144	100,0	141	100,0	130	100,0	132	100,0	2010	100
GRUPO DE EDAD																														
5-9 años	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,2		0,0		0,0		0,0		0,0	1	0,6	3	2,1	1	0,8	6	4,5	15	0,74
10-19 años	0	0,0	22	13,1	17	9,6	6	5,7	10	8,8	12	4,7	17	8,5	13	9,3	9,0	7,1	9	5,1	15	9,7	6	4,3	12	9,2	3	2,3	151	7,47
20 y mas	1	50,0	116	69,0	134	75,7	83	78,3	91	80,5	210	81,4	145	72,9	95	67,9	93	73,8	123	70,3	110	71,4	115	81,6	95	73,1	86	65,2	1497	74,1
N.E.	1	50,0	29	17,3	26	14,7	17	16,0	12	10,6	33	12,8	37	18,6	32	22,9	24	19,0	43	24,6	28	18,2	17	12,1	22	16,9	37	28,0	358	17,7
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	126	100,0	175	100,0	154	100,0	141	100,0	130	100,0	132	100,0	2021	100
ESCOLARIDAD																														
Analfabeta	0	0,0	3	1,8	3	1,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	4	2,0		0,0		###		###		###		###		###		###	11	0,95
Primaria Completa	0	0,0	13	7,7	36	20,3	26	24,5	15	13,3	41	15,9	25	12,6	14,0	10,0		###		###		###		###		###		###	170	14,7
Secundaria Completa	0	0,0	41	24,4	35	19,8	24	22,6	40	35,4	72	27,9	77	38,7	48,0	34,3		###		###		###		###		###		###	337	29,1
Universidad	0	0,0	2	1,2	8	4,5	3	2,8	2	1,8	22	8,5	16	8,0	2,0	1,4		###		###		###		###		###		###	55	4,74
Vocacional	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,4		0,0		0,0		###		###		###		###		###		###	4	0,34
Ninguna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0		0,0	10,0	7,1		###		###		###		###		###		###	11	0,95
N.E.	2	100,0	105	62,5	95	53,7	51	48,1	54	47,8	122	47,3	77	38,7	66,0	47,1		###		###		###		###		###		###	572	49,3
TOTAL	2	100,0	166	98,8	177	100,0	105	99,1	113	100,0	258	100,0	199	100,0	140	100,0	0	###	1160	100										
PARENTESCO CON EL(LA) AGREDIDO(A)																														
Abuela(o)	0	0,0	2	1,2	5	2,8	1	0,9	0	0,0	3	1,2		0,0		0,0	1	0,8	0	0,0	3	2,5	2	1,5	0	0,0		0,0	17	0,88
Conyugue	0	0,0	65	38,7	65	36,7	41	38,7	45	39,8	103	39,9	70	37,2	50	35,7	45	35,7	58	33,1	51	42,5	45	33,8	43	33,1	45	47,4	726	37,6
Ex-conyugue	0	0,0	4	2,4	1	0,6	3	2,8	2	1,8	6	2,3	7	3,7	5	3,6	7	5,6	9	5,1	4	3,3	9	6,8	5	3,8	4	4,2	66	3,42
Amigo(a)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	2	1,8	4	1,6		0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0	8	0,41
Hermano(a)	0	0,0	8	4,8	4	2,3	3	2,8	2	1,8	4	1,6	2	1,1	3	2,1	2	1,6	5	2,9	2	1,7	2	1,5	1	0,8	1	1,1	39	2,02
Hijo(a)	0	0,0	2	1,2	1	0,6	0	0,0	1	0,9	1	0,4	7	3,7	2	1,4	3	2,4	1	0,6		0,0		0,0	4	3,1	4	4,2	26	1,35
Madrastra	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0		0,0	13	9,3		0,0	0	0,0	2	1,7		0,0	0	0,0	0	0,0	17	0,88
Padrastra	0	0,0	6	3,6	11	6,2	6	5,7	1	0,9	8	3,1	9	4,8	5	3,6	6	4,8	11	6,3	6	5,0	7	5,3	2	1,5	1	1,1	79	4,09
Madre	1	50,0	11	6,5	22	12,4	14	13,2	10	8,8	40	15,5	20	10,6	12	8,6	11	8,7	22	12,6	18	15,0	13	9,8	14	10,8	11	11,6	219	11,3
Padre	0	0,0	16	9,5	25	14,1	9	8,5	11	9,7	33	12,8	16	8,5	12	8,6	16	12,7	17	9,7	13	10,8	18	13,5	21	16,2	9	9,5	216	11,2
Tio(a)	0	0,0	5	3,0	6	3,4	1	0,9	2	1,8	2	0,8	5	2,7	7	5,0	2	1,6	1	0,6	1	0,8	3	2,3	3	2,3	3	3,2	41	2,12
Primo(a)	0	0,0	0	0,0	3	1,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0		0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0		0,0	4	0,21
Vecino(a)	0	0,0	2	1,2	3	1,7	3	2,8	5	4,4	5	1,9	6	3,2	3	2,1		0,0	4	2,3	3	2,5	2	1,5	4	3,1	1	1,1	41	2,12
Novio(a)	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0	7	6,2	3	1,2	5	2,7	1	0,7	3	2,4	0	0,0		0,0	4	3,0	2	1,5	1	1,1	28	1,45
Otro	0	0,0	2	1,2	4	2,3	5	4,7	3	2,7	7	2,7	14	7,4	7	5,0	11	8,7	7	4,0	6	5,0	28	21,1	4	3,1	12	12,6	110	5,7
N.E.	1	50,0	43	25,6	26	14,7	17	16,0	21	18,6	39	15,1	27	14,4	20,0	14,3	19	15,1	40	22,9	11	9,2		0,0	27	20,8	3	3,2	294	15,2
TOTAL	2	100,0	168	100,0	177	100,0	106	100,0	113	100,0	258	100,0	188	100,0	140	100,0	126	100,0	175	100,0	120	100,0	133	100,0	130	100,0	95	100,0	1931	100

Fuente: Base de datos de VIF. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud (SASTS). Boletines estadísticos. Sección de registro y estadísticas de salud (REDSA)

e.4.- ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es uno de los elementos importantes en las acciones de salud ya que constituye un determinante de la salud de las personas, que participa y tiene injerencia en múltiples procesos mórbidos, por lo que su vigilancia se ha hecho sistemática y continuada desde hace varias décadas. Para efecto de este análisis y en función de la información disponible en el Sistema de información estadística (SIES) se utilizaron los últimos siete (7) años, que abarcan desde el 2004 hasta el 2010. En el presente cuadro, es importante destacar que en el año 2006, producto de un daño en el equipo informático, que conllevó realizar la recaptura de la información para ese año, no se presentan datos porque parte de la información concerniente al sistema de vigilancia nutricional no pudo ser rescata en su totalidad, por lo que no es incluida en este análisis.

TABLA No. 66. INDICADORES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL. RMS. 2004-2009

INDICADORES	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Porcentaje de bajo peso al nacer	8.0	9.4		9.1	8.6	10.5
Porcentaje de desnutrición materna	2.3	8		9.1	7.6	7.3
Porcentaje de anemia en la embarazada	1.0	4		6.5	6.1	7.0
Desnutridos (Mod-sev) menor de un año	146	155		71		110
% de niños de programa escolar con anemia	22	12.9		11.21		15.3
Cobertura de desnutridos menores de cinco años beneficiados en el PAC	76	54		24	29	89.9
% de personas de 20 a 59 años con Dx de sobrepeso y obesidad	0.88	1.7		2.3	3.2	2.8

Fuente: Sección de registros y estadística de salud (REDSA). Departamento de planificación. RMS

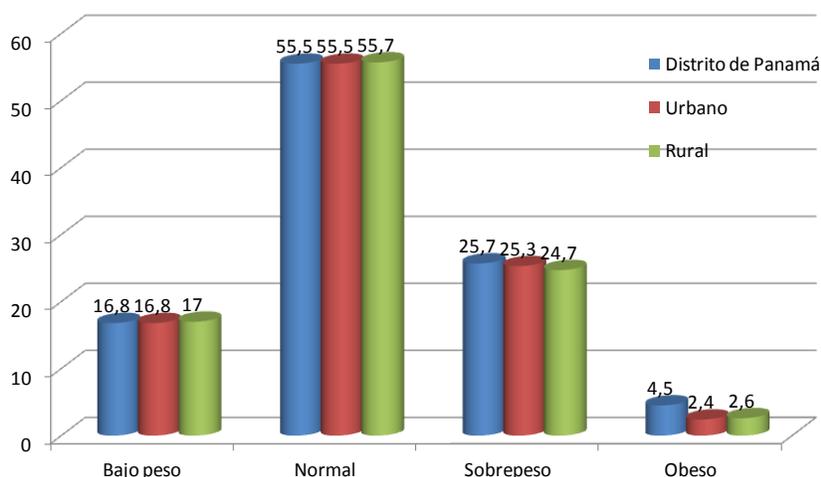
Lo primero que resalta al evaluar el cuadro 66 es el aumento del bajo peso al nacer que en el año 2004 se estimó en 8%, aumentando paulatinamente hasta situarse en 10.5% en el año 2009. La desnutrición materna es otro indicador importante que está muy relacionado con el anterior, apreciándose el incremento progresivo desde 2.3% en el año 2004 hasta 7.3% en el 2009. El porcentaje de anemia en la embarazada presenta un patrón similar, ya que en el año 2004 el indicador fue 1% y ya para el 2009 había aumentado hasta 7%.

El número de desnutridos con grado moderado a severo ha sido variable en el período, no obstante, el promedio por año fue de 120 niños. Sin embargo, la cobertura de niños desnutridos en el Programa de Alimentación Complementaria (PAC) aumentó a 89.9% para el año 2009, habiendo pasado por un descenso en los años 2007 y 2008 donde se reportó 24% y 29% respectivamente. La cobertura promedio para el período fue 54.6%.

El porcentaje de las personas adultas de 20 a 59 años con diagnóstico de sobrepeso y obesidad también presentó aumentos durante todo el período, actualmente se sitúa en 2.8%.

En el año 2007 el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) realizó en conjunto con el Ministerio de Salud (MINSA), la 1ª Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007) cuyos datos se presentaron en el año 2009. El área metropolitana, correspondiente a nuestra región, participó y presentó datos importantes. Uno de los ítems evaluado fue la percepción del peso corporal, donde según el reporte de los resultados⁵⁰ de 4,885 personas que respondieron a la pregunta “cómo considera usted que es su peso?”, de acuerdo a un dibujo o esquema presentado, el 55.6% se percibió con peso normal, el 16.8% se percibió con bajo peso y el 25.2% indicó estar sobre peso y 2.4% se percibió obeso.

Gráfica No. 31 Población de 18 años y más por percepción de imagen corporal según área. Distrito de Panamá. Año 2007. ENSCAVI 2007 (n=4,885)



Fuente: Departamento de planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

El 16.8% de las personas del área urbana se percibieron con bajo peso. En el área rural el 17% de las personas de 18 años y más se percibieron con bajo peso. En el caso de la percepción de sobrepeso, el 25.3% se ubicó en el área urbana y un 24.7% en el área rural. Al realizar el análisis de la percepción de obesidad, del total de personas encuestadas en el área urbana, el 2.4% se percibieron obesas.

⁵⁰ Tomado de 1ª Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007). ICGES: Resumen Ejecutivo. Distrito de Panamá.

G. OTROS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

G.1.- Desigualdades

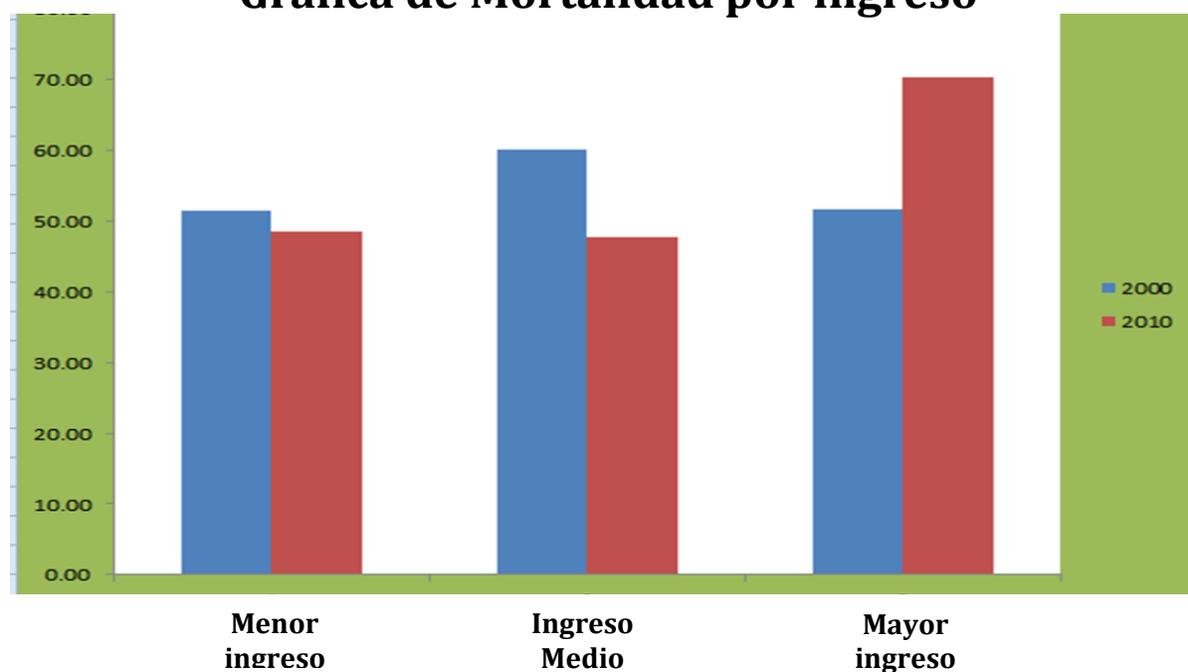
La equidad en salud es una expresión total de la justicia social y se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar dicho potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas. A este imperativo ético se suma un imperativo político, pues hoy se reconoce que la equidad social es requisito esencial de un buen gobierno; así, la equidad es un objetivo de política de estado, y ese objetivo consiste en crear oportunidades iguales para la salud y el bienestar. De hecho, sin equidad social no es posible garantizar la sostenibilidad del desarrollo humano. Aspirar a la equidad en salud –incluyendo el acceso y cobertura universales en salud– implica modificar la distribución subyacente y rol de los determinantes sociales de la salud –las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que afectan tales circunstancias, como la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a niveles mundial, nacional y local.

En los últimos años; Panamá ha logrado un desarrollo económico considerable y notorio. Aun con este desarrollo económico, se observan grandes desigualdades sociales. Dentro de éstas; están las desigualdades en salud las cuales están relacionados a factores sociales, incluyendo género, edad, etnicidad, ingreso y educación, entre otros.

Las desigualdades en salud son diferencias cuantificables en salud de dos o más grupos de una población. Definen las brechas en una gradiente social, aportando un panorama que permite a los tomadores de decisiones priorizar las intervenciones en salud y los recursos en pro de disminuir o abolir las inequidades en salud.

Inequidad se refiere a las diferencias en la salud que son no solo innecesarias y evitables, sino que además se consideran como arbitrarias e injustas. Poseen un juicio de valor sobre la justicia o injusticia. No todas las desigualdades en salud son inequidades en salud. Se parte por medir las desigualdades en salud para valorar e identificar las inequidades en salud, con el fin de reducirlas y eventualmente eliminarlas a través de políticas e intervenciones de salud pro-equitativas.

Grafica de Mortalidad por ingreso



La comparación mortalidad en función del ingreso entre el año 2000 y 2010, no se arroja gran diferencia en el grupo de menor ingreso. Sin embargo, aumenta significativamente en el grupo de mayor ingreso para el año 2010.

En el año 2000, la principal causa de mortalidad eran los tumores malignos. Ya para el 2010 cambia como principal causa de mortalidad, y se empieza a observar un marcado aumento de las enfermedades del sistema circulatorio, quedando como segunda causa, los tumores malignos. Lo que nos hace pensar que una de las causas probables de este aumento en la mortalidad entre la población de mayor ingreso podrían ser las alteraciones en las practicas relacionadas con los estilos de vida.

Para este primer ensayo que hemos realizado, sobre el Analisis de Desigualdades entre los grupos poblacionales bajo nuestra responsabilidad como área regional de salud, no se contaba con datos sobre los indicadores sociales lo suficientemente desagregados como para realizar un análisis mas profundo y real de las verdaderas desigualdades presentes en cada tipo de grupo poblacional que la componen.

Esperamos que para el próximo ejercicio de realizar el Analisis de Situación de la Salud, podamos contar con estos datos debidamente desagregados, como para realizar el Analisis de Desigualdades con la profundidad suficiente como para que sus resultados sirvan para la debida toma de desiciones en cuanto

a las acciones de salud que debemos tomar, para disminuir la influencia de estas desigualdades sobre la salud de la población.

F.- SALUD AMBIENTAL

La Salud Pública considera:

- El cumplimiento de las normas sanitarias en el manejo, preparación y expendio de los alimentos de consumo humano.
- La observancia de las normas antitabaco en Instituciones Públicas y Privadas, en campos deportivos, en comercios, en industrias, en lugares públicos como cantinas, discotecas, bares, casinos, etc.
- El cumplimiento de los parámetros fisicoquímico y bacteriológico del agua de abastecimiento en la red de distribución del IDAAN, así como de acueductos rurales.
- La vigilancia de la buena disposición de las aguas residuales y cumplimiento de las normas de aguas residuales en el área urbana y rural.
- La vigilancia de la buena disposición de los desechos sólidos domésticos, industriales y hospitalarios.
- La vigilancia de requisitos sanitarios en talleres, fabricas y en establecimientos de Interés Sanitarios.
- La coordinación eficiente con las Instituciones que velan por la salud de la población y al ambiente.
- El monitoreo de las emisiones de gases, de partículas y de los niveles de ruido.
- Considera todos los ámbitos de la vigilancia epidemiológica oportuna y la ambiental en todos sus componentes CASA, DEPA y Control de Vectores, así como su influencia sobre la comunidad.
- Atención a la población
 - Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)
 - Efectos Adversos a Vacunas
 - Efectos Adversos a medicamentos

Evidentemente los cambios climáticos como el fenómeno del niño están causando estragos y pérdidas en el desarrollo económico y social de la población panameña.

Panamá entre los años 2008 al año 2012, tuvo 146 eventos naturales, con 11 colapsos de estructuras, 14 deslizamientos de tierra, 24 incendios, 92 inundaciones y 5 vendavales, con

2,732 viviendas afectadas, con 137 viviendas destruidas en la cual hubo 10,607 afectados, 470 personas damnificadas, 16 heridos y 3 muertos.

Para finales del año 2012, se dio el fenómeno climático el cual llamaron **“la purísima”**, afectando la calidad del agua proveniente de la Planta Potabilizadora de Chilibre, dejando sin agua potable a más de 300,000 personas por varios días. Los niveles de turbiedad estuvieron por el orden de las 700 UNT, muy por encima de la norma nacional que es de 1 UNT. El abastecimiento de agua se dio por carros cisternas y la compra de agua embotellada.

Las inundaciones causadas por eventos climáticos en lugares como Juan Díaz, Pedregal, Felipillo, Mañanitas, Tocumen, Cabra arrastraron gran cantidad de desechos sólidos y líquidos contaminando el suelo de estas comunidades y afectando directamente la salud de habitantes con problemas respiratorios, diarreas, dermatitis entre otras.

Uno de los contaminantes que ha ido en aumento es el monóxido de carbono, para el año 2008 el inventario de emisiones atmosféricas dio 256,684 toneladas métricas de CO, pero para el año 2012 la misma medición se fijó en 355,856 toneladas métricas de CO, dando un aumento de emisiones de 99,172 toneladas métricas de CO, que es un 13.9 % más de contaminante en el aire.

La exposición a partículas de polvo, humo y olores según el Atlas de la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida del año 2007, fue considerada como siempre o casi siempre en el 62% de los encuestados, ubicándose en los corregimientos de Santa Ana (62%), San Felipe (62.3%), Curundú (68.4%), Ancón (72.8%), San Francisco (74.1%), y Calidonia con un (90.1%).

La exposición de ruido siempre-casi siempre, fue reportado en más del 64% de los encuestados de los corregimientos de San Felipe (64%), San Francisco (74%), Santa Ana (78.3%), Curundú (79.6%), y Calidonia con un (89.1%).

La destrucción continua en Panamá de los humedales afecta el ecosistema natural. Estas áreas cruciales para la economía local, la pesca y la biodiversidad, reservorios de agua dulce, así como de agua limpia para el mantenimiento de nuestro recurso alimentario, tanto en tierra como en el mar, y proveedores de protección contra desastres como las inundaciones, son destruidas por la maquinaria pesada, por las malas prácticas productivas y por la contaminación

industrial y doméstica cada día. Su degradación pone en peligro el bienestar de la nación en tanto las autoridades no asuman sus responsabilidades de protegerlas. Por otra parte, es importante recordar que la protección de los humedales es una responsabilidad internacional, donde el país ha asumido compromisos de designar y proteger Sitios Ramsar, así como todos sus humedales, según establece la Convención Ramsar, de la cual Panamá es signataria.

Los manglares también ayudan a la protección de los efectos del cambio climático global a través del amortiguamiento de la costa de las tormentas tropicales cada vez más frecuentes y siendo ecosistema que secuestra carbono de la atmósfera en sus raíces. Un bosque de mangle puede secuestrar casi 50 veces más carbono que un bosque tropical del mismo tamaño, razón por la cual se hace una prioridad de conservación de manglares si los países quieren mitigar las catástrofes del cambio climático.

Los límites del Área Protegida Humedal Bahía de Panamá comprende los ambientes terrestres, fluviales, lacustres, estuarios y marino costeros de la porción de la costa de la Bahía de Panamá entre Costa del Este, en la Ciudad de Panamá, distrito de Panamá, hasta el estero de la comunidad de Chiman en el distrito de Chiman en la Provincia de Panamá, colinda al norte con parte de los corregimientos de Parque Lefevre, Juan Díaz, Tocumen, Pacora, Chepo, Santa Cruz de Chinina, Pásiga, Unión Santeña y Chiman, al este con parte del corregimiento de Chiman, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con parte del corregimiento de Parque Lefevre; formando parte de los Distritos de Panamá, Chepo y Chiman, Provincia de Panamá.

El cambio climático ha afectado el ciclo biológico del mosquito que ha reducido notablemente su duración, la contaminación ambiental/ruido se ve en nuestro corregimiento en las quejas constantes de residentes de antiguas áreas exclusivas para habitación donde ahora operan restaurantes, bares, centros comerciales y otros establecimientos. Los tranques también han repercutido en el aumento de los niveles de ruido y tensión de la comunidad.

El aumento urbanístico del sector en cuanto a construcción de carreteras, edificaciones, movimientos de tierra (Proyecto Bahía de Panamá) impacta a la población tanto en su ambiente de desarrollo laboral como social. La contaminación ambiental es perjudicial porque afecta las vías respiratorias, provoca enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos como mareos y dolor de cabeza.

FIGURA No. 7
PROBLEMAS AMBIENTALES SEGÚN ÁREA SANITARIA

SITUACIÓN	ÁREA SANITARIA
Disposición de agua potable	Felipillo, Las Garzas, 24 de diciembre, Tocumen, Las Mañanitas, Pedregal, Juan Díaz, Veracruz y Paraíso.
Disposición de Excretas	Felipillo, Las Garzas, 24 de diciembre, Tocumen, Las Mañanitas, Pedregal, Juan Díaz, Veracruz y Paraíso.
Atención a Locales comerciales	Boca la Caja, Pueblo Nuevo, Paraíso, Juan Díaz, Tocumen, Pedregal y 24 de Diciembre
Disposición de aguas servidas	Toda la región metropolitana
Inadecuada recolección de la basura	Toda la región metropolitana

Para el año 2010 la cobertura de agua para la población de Panamá es de 99 %, para el área urbana la cobertura es de 99.6 %, para el área rural 98.6 %, para los indígenas es del 98.5% y está garantizada por la producción de agua de las Plantas Potabilizadoras de Chilibre, Miraflores, Pacora, Cabra, de los 17 acueductos rurales ubicados en los corregimientos de 24 de Diciembre, Las Mañanitas, Pedregal, Veracruz, Paraíso-Ancón, Taboga-Otoque Oriente y Otoque Occidente y de 4 acueductos privados en 24 de Diciembre y Veracruz.

De acuerdo al Departamento del Subsector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario del Ministerio de Salud un 99.4 % de la población está servida por alcantarillado sanitario, un 98.2 % por tanques sépticos, un 97.6 % por letrinas sanitarias lo cual da un 98.48 % de la población cubierta con el servicio de recolección y tratamiento de aguas residuales.

De acuerdo a las inversiones en materia de redes de abastecimiento de agua, de conducción, recolección y tratamiento de aguas residuales (Proyecto Saneamiento Bahía de Panamá), metas 100/0 del gobierno central y la implementación de nuevas tecnologías sanitarias esperamos mejorar sustancial y notablemente los indicadores de Salud Ambiental, de vivienda y de saneamiento.

TABLA No. 67

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2012
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano	96.7	99	99
· Urbano	98	99.6	99.6
· Rural	95.7	98.6	98.6
· Indígena	96.5	98.5	98.5
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)	94.3	96.9	97
· Urbano	97	98.2	98.2
· Rural	96	95.6	95.7
· Indígena	90	97	97
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)	95.8	98.4	98.5
· Urbano	98.8	99.4	99.4
· Rural	96.2	98.2	98.3
· Indígena	92.3	97.6	97.6
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	90	98	98

INEC 2000,2010.

Memoria Anual Subsector de Agua Potable y Alc. Sanitario-MINSA.

Programa Anual de Saneamiento Ambiental, RMS 2010

En este aspecto para este período se cierne la dificultad de calcular los indicadores adecuadamente y existen una serie de factores contribuyentes a ello, por lo que para el presente análisis solamente utilizaremos las cifras de producción de las diversas actividades.

Entre las múltiples actividades que el equipo de Calidad Sanitaria del Ambiente (CASA) desarrolla se cuentan las inspecciones a viviendas, industrias y establecimientos de interés sanitario. En materia de inspecciones, las cifras muestran un descenso progresivo desde el año 2006 cuando reportaron 42,633 inspecciones, hasta 28,540 inspecciones realizadas en el 2010. En el año 2006 las inspecciones a viviendas representaron el 41% de todas las inspecciones, las realizadas a industrias el 16.5% y a los locales de interés sanitario el 38.1%. Ya para el año 2010, las inspecciones a viviendas representaron el 41% del total, las de industrias el 16.5% y los locales de interés sanitario el 38.7%. en promedio se realizaron 34,274 inspecciones por año.

TABLA No. 68. ACTIVIDADES EJECUTADAS DE CALIDAD SANITARIA DEL AMBIENTE EN LA RMS. AÑOS 2006-2010

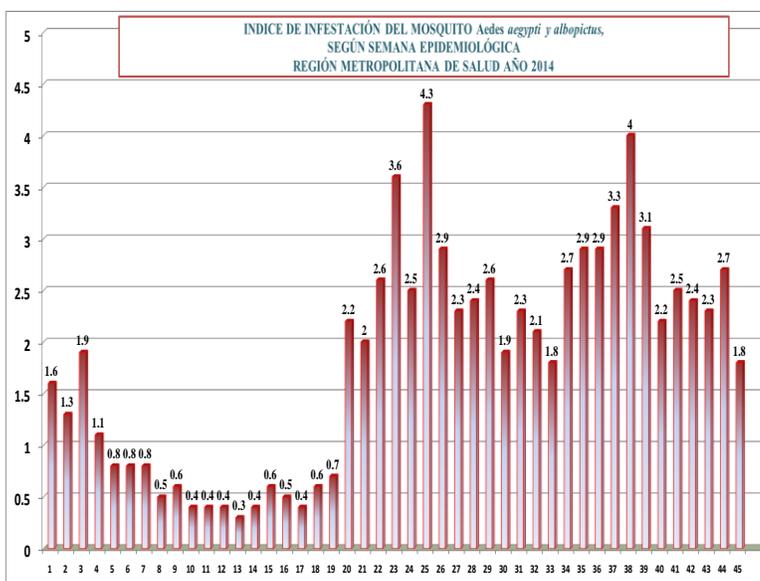
ACTIVIDADES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
1.- Inspecciones	42,633	34,366	31,883	33,949	28,540
a.- Viviendas	17,584	12,474	11,127	10,103	10,889
b.- Industrias	7,026	6,042	5,097	6,681	4,713
c.- Locales de interés sanitario	13,421	12,301	12,580	14,014	11,051
d.- Locales de alimentos	4,602	3,549	3,079	3,151	1,887
2.-Toma de muestras/control	385	6,734	6,335	6,587	5,516
a.- Calidad de agua	337	282	372	422	322
b.- Cloro en piscinas	48	48	19	46	50
3.- Atención a quejas (estimadas)	5,734	6,404	5,944	6,119	5,144

Fuente: Departamento de Salud Pública

Por otro lado, el comportamiento de toma de muestras de agua fue diferente, ya que mostró una clara tendencia al aumento durante los últimos cinco años. El promedio de tomas de agua fue de 5,034 muestras/año, la mayor parte de la actividad estuvo dirigida a calidad del agua. Se atendieron 5,869 quejas por año durante el período 2006-2010.

Desde 1994 el Dengue se ha constituido en la enfermedad transmitida por vectores más importante en razón de las altas tasas de incidencia y del índice de infestación elevado. La inspección a predio, la eliminación de criaderos y el combate al mosquito adulto son algunas de las actividades que se realizan con miras al control y erradicación del vector y por

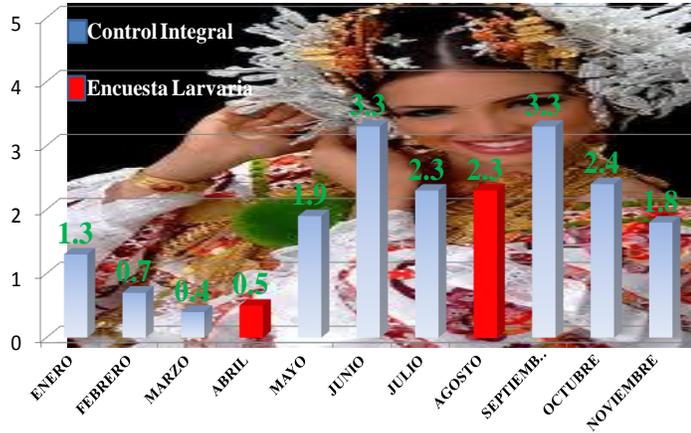
Grafica No. 32



ende de la transmisión. La inspección a predios ha ido en aumento, ya que en el año 2006 se reportaron 109,252 predios inspeccionados y para el 2010 subió a 135,436 predios. La eliminación física de los criaderos promedio fue 169,133.6 actividades. Se nebulizaron durante el periodo un promedio de 30,537 predios que representan 10,067 manzanas nebulizadas.

Grafica No. 33

**INDICE DE INFESTACIÓN DEL MOSQUITO Aedes aegypti y albopictus
SEGÚN MES DE OCURRENCIA AÑO 2014
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD**



Grafica No. 31

Los trabajos del control integral hasta el año 2000 solo lo realizaban los técnicos de control de vectores, ya que a pesar de la descentralización. En el 1998 los equipos locales de salud no intervenían en conjunto con los de control de vectores. Falta de movilización para el personal.

Otras causas ha sido la disminución del personal de vectores tales por: jubilación, eliminación de vacantes, destituciones y enfermedades.

Grafica No. 34

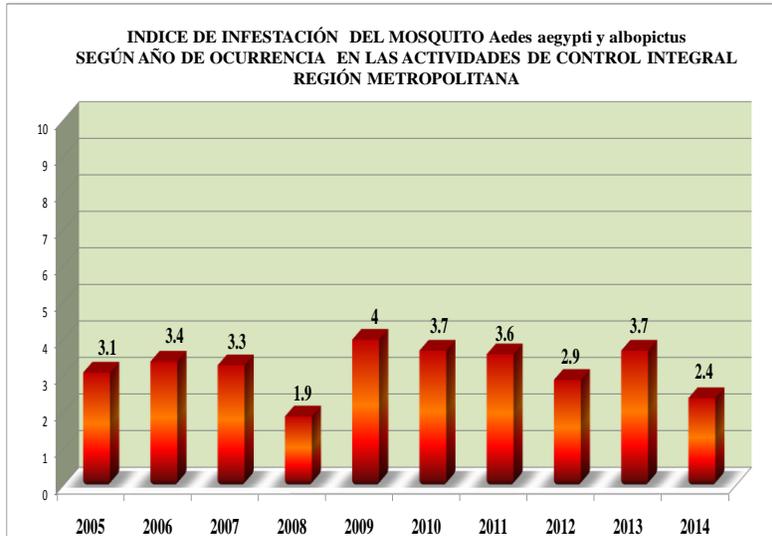


TABLA No. 69
 REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
 DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. SECCIÓN DE CONTROL DE VECTORES
 ACTIVIDAD DE CONTROL INTEGRAL
 COMPARATIVO 2005 AL 2014

Corregimiento	Año 2005			Año 2006			Año 2007			Año 2008			Año 2009			Año 2010			Año 2011			Año 2012			Año 2013			Año 2014		
	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%
24 de Dic.	1.952	64	3,3	3.579	147	4,1	5.748	275	4,8	1.336	28	2,1	5.206	170	3,3	5.709	184	3,2	4.852	156	3,2	4.514	119	2,6	5.955	210	3,5	6.472	89	1,4
Ancon	1.774	104	5,9	5.387	129	2,4	5.614	298	5,3	1.774	44	2,5	4.289	181	4,2	3.383	96	2,8	3.375	80	2,4	3.883	78	2,0	3.990	98	2,5	4.243	114	2,7
Bella Vista	1.887	15	0,8	4.871	88	1,8	5.805	75	1,3	1.955	20	1,0	4.809	156	3,2	6.083	168	2,8	7.887	148	1,9	6.581	108	1,6	4.973	94	1,9	5.337	80	1,5
Bethania	1.317	58	4,4	5.932	338	5,7	9.221	424	4,6	2.159	63	2,9	6.450	492	7,6	4.138	220	5,3	3.636	168	4,6	4.261	185	4,3	3.754	228	6,1	6.033	291	4,8
Calidonia	1.623	14	0,9	5.288	37	0,7	8.654	173	2,0	1.628	15	0,9	4.906	93	1,9	6.140	99	1,6	5.766	65	1,1	5.663	99	1,7	5.935	112	1,9	5.657	76	1,3
Chorrillo	1.085	13	1,2	3.763	56	1,5	7.415	82	1,1	2.062	8	0,4	4.097	127	3,1	3.763	66	1,8	4.731	96	2,0	3.683	85	2,3	2.582	91	3,5	2.049	137	6,7
Curundu	1.423	13	0,9	4.891	15	0,3	5.693	68	1,2	1.934	8	0,4	2.962	30	1,0	3.110	118	3,8	2.629	72	2,7	2.786	67	2,4	2.997	70	2,3	2.475	45	1,8
Felipillo	1.582	39	2,5	3.483	108	3,1	5.649	299	5,3	1.414	30	2,1	2.996	50	1,7	5.486	146	2,7	5.054	54	1,1	4.520	72	1,6	4.950	120	2,4	3.610	64	1,8
Juan Diaz	2.045	161	7,9	7.487	352	4,7	9.400	385	4,1	3.391	78	2,3	7.918	568	7,2	7.140	650	9,1	10.073	908	9,0	10.884	473	4,3	7.412	410	5,5	10.963	328	3,0
Mañanitas	1.658	48	2,9	7.997	240	3,0	7.048	162	2,3	1.816	33	1,8	3.690	104	2,8	5.763	212	3,7	3.607	176	4,9	3.242	140	4,3	4.432	314	7,1	5.178	267	5,2
P. Lefevre	7.234	188	2,6	11.685	491	4,2	10.083	373	3,7	3.520	88	2,5	11.073	435	3,9	10.151	355	3,5	10.105	416	4,1	8.951	252	2,8	9.939	360	3,6	10.104	153	1,5
Pedregal	3.898	109	2,8	5.979	179	3,0	8.621	267	3,1	2.450	39	1,6	4.518	188	4,2	5.235	178	3,4	7.129	133	1,9	5.504	118	2,1	4.501	154	3,4	6.436	99	1,5
Pueblo Nuevo	1.323	73	5,5	4.310	185	4,3	9.062	326	3,6	1.788	46	2,6	3.632	175	4,8	4.648	161	3,5	2.971	145	4,9	3.559	126	3,5	3.980	181	4,5	4.801	137	2,9
Río Abajo	1.247	59	4,7	6.340	266	4,2	9.541	314	3,3	2.697	30	1,1	6.331	130	2,1	4.976	187	3,8	3.716	152	4,1	4.008	210	5,2	3.657	206	5,6	4.326	170	3,9
San Felipe	793	9	1,1	1.748	35	2,0	3.752	56	1,5	931	1	0,1	3.358	53	1,6	3.933	51	1,3	3.044	37	1,2	3.463	44	1,3	3.216	53	1,6	2.413	20	0,8
San Francisco	2.840	105	3,7	7.344	389	5,3	6.555	255	3,9	2.421	94	3,9	6.772	538	7,9	4.948	266	5,4	4.946	281	5,7	4.349	209	4,8	5.007	173	3,5	8.027	207	2,6
Santa Ana	2.182	37	1,7	6.214	99	1,6	3.490	63	1,8	2.326	30	1,3	4.891	120	2,5	5.671	95	1,7	5.751	99	1,7	5.611	33	0,6	3.126	33	1,1	6.167	42	0,7
Tocumen	2.709	33	1,2	6.808	340	5,0	8.681	382	4,4	2.948	53	1,8	6.303	206	3,3	5.897	340	5,8	5.015	196	3,9	4.183	179	4,3	4.315	291	6,7	6.369	209	3,3
Veracruz	1.145	42	3,7	5.387	220	4,1	5.752	132	2,3	1.703	12	0,7	5.820	133	2,3	5.407	107	2,0	4.613	64	1,4	5.034	74	1,5	5.437	76	1,4	4.414	39	0,9
Taboga	533	31	5,8	473	29	6,1	1.991	76	3,8	198	12	6,1	386	41	10,6	811	39	4,8	826	60	7,3	483	44	9,1	204	37	18,1	0	0	0,0
Las Garzas	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	497	52	10,5	3.451	93	2,7	3.433	91	2,7	2.743	48	1,7
O. Oriente	93	19	20,4	239	16	6,7	113	28	25	165	22	13,3	63	6	9,5	99	13	13,1	196	18	9,2	68	6	8,8	144	27	18,8	75	4	5,3
O. Occidente	29	0	0,0	47	1	2,1	40	0	0,0	104	1	1,0	52	2	3,8	35	1	2,9	40	1	2,5	0	0	0,0	61	4	6,6	49	2	4,1
Totales	40.372	1234	3,1	109.252	3.760	3,4	#####	4513	3,3	40.720	755	1,9	100.522	3998	4,0	#####	3752	3,7	#####	3577	3,6	98.681	2814	2,9	94.000	3433	3,7	#####	2621	2,4

indice general del 2005 al 2011	Insp	F.A.	%
	932.401	30457	3,3

Nota: Índice de Breteaw
 Fuente: Depto. Control de Vectores

TABLA No.70
 REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
 DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. SECCIÓN DE CONTROL DE VECTORES
 ACTIVIDAD DE ENCUESTA LARVARIA
 COMPARATIVO 2005 AL 2014

Corregimiento	Año 2005			Año 2006			Año 2007			Año 2008			Año 2009			Año 2010			Año 2011			Año 2012			Año 2013			Año 2014		
	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%	Insp	F.A.	%
24 de Dic.			###	654	33	5,0	1.068	32	3,0	1.006	25	2,5	1.883	49	2,6	1.487	33	2,2	2.106	72	3,4	1.862	24	1,3	1.590	58	3,6	2.375	14	0,6
Ancon			###	1.303	25	1,9	1.685	25	1,5	1.058	28	2,6	1.116	20	1,8	904	27	3,0	855	19	2,2	1.449	26	1,8	1.302	28	2,2	1.489	22	1,5
Bella Vista			###	1.036	26	2,5	1.339	20	1,5	1.387	31	2,2	2.149	75	3,5	2.694	78	2,9	2.596	63	2,4	2.825	37	1,3	2.349	37	1,6	1.358	11	0,8
Bethania			###	1.280	80	6,3	1.585	84	5,3	1.438	55	3,8	1.156	37	3,2	2.628	94	3,6	1.183	39	3,3	1.558	44	2,8	1.393	39	2,8	1.563	25	1,6
Calidonia			###	997	16	1,6	1.375	13	0,9	1.050	23	2,2	1.991	29	1,5	2.249	47	2,1	2.227	29	1,3	2.129	24	1,1	1.904	22	1,2	1.126	10	0,9
Chorrillo			###	1.120	14	1,3	1.468	17	1,2	1.307	23	1,8	1.406	22	1,6	1.328	17	1,3	1.590	28	1,8	1.521	23	1,5	860	25	2,9	754	8	1,1
Curundu			###	1.201	4	0,3	1.508	8	0,5	1.528	7	0,5	1.436	22	1,5	1.145	32	2,8	669	23	3,4	853	30	3,5	976	20	2,0	616	10	1,6
Felipillo			###	766	34	4,4	1.079	17	1,6	1.060	43	4,1	1.527	15	1,0	1.707	35	2,1	2.085	23	1,1	2.093	22	1,1	1.605	23	1,4	1.609	17	1,1
Juan Diaz			###	1.436	61	4,2	1.867	72	3,9	2.360	91	3,9	3.473	201	5,8	2.941	127	4,3	3.077	179	5,8	6.042	129	2,1	3.118	109	3,5	4.316	41	0,9
Mañanitas			###	2.288	58	2,5	1.807	28	1,5	1.312	31	2,4	1.740	58	3,3	1.161	46	4,0	1.444	73	5,1	1.440	79	5,5	1.078	62	5,8	1.441	56	3,9
P. Lefevre			###	2.381	109	4,6	2.229	46	2,1	2.222	75	3,4	2.924	63	2,2	2.552	100	3,9	3.474	77	2,2	3.426	77	2,2	3.111	81	2,6	2.812	24	0,9
Pedregal			###	1.303	41	3,1	1.611	22	1,4	1.643	22	1,3	1.811	31	1,7	1.644	43	2,6	2.239	39	1,7	2.502	63	2,5	1.614	28	1,7	2.209	12	0,5
Pueblo Nuevo			###	1.436	59	4,1	2.001	63	3,1	1.348	66	4,9	1.755	78	4,4	1.197	50	4,2	948	46	4,9	1.457	36	2,5	1.452	39	2,7	1.107	18	1,6
Río Abajo			###	1.740	60	3,4	1.277	41	3,2	2.079	56	2,7	2.733	53	1,9	1.422	45	3,2	993	38	3,8	1.617	60	3,7	1.115	25	2,2	1.161	25	2,2
San Felipe			###	463	12	2,6	1.009	10	1,0	882	11	1,2	1.887	13	0,7	836	12	1,4	767	17	2,2	925	15	1,6	863	11	1,3	731	9	1,2
San Francisco			###	1.329	81	6,1	1.265	90	7,1	1.535	105	6,8	1.668	80	4,8	1.435	66	4,6	1.538	61	4,0	2.060	86	4,2	1.934	44	2,3	2.195	18	0,8
Santa Ana			###	1.388	19	1,4	975	17	1,7	1.605	17	1,1	2.065	29	1,4	1.720	24	1,4	1.759	25	1,4	2.040	15	0,7	1.536	23	1,5	1.746	4	0,2
Tocumen			###	1.780	101	5,7	1.709	48	2,8	2.057	63	3,1	2.460	44	1,8	1.666	35	2,1	1.731	67	3,9	1.479	72	4,9	1.955	82	4,2	1.918	26	1,4
Veracruz			###	1.600	48	3,0	1.351	21	1,6	1.810	29	1,6	2.100	36	1,7	1.871	42	2,2	1.447	22	1,5	1.481	18	1,2	1.744	30	1,7	1.238	6	0,5
Taboga			###	64	5	7,8	612	71	11,6	20	0	0,0	347	20	5,8	323	13	4,0	37	0	0,0	76	10	13,2	40	6	15,0	34	7	0,0
Las Garzas			###	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1.150	38	3,3	1.434	17	1,2	774	4	0,5
O. Oriente			###	0	0	0,0	61	6	9,8	0	0	0,0	182	24	13,2	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
O. Occidente			###	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	8	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Totales	0	0	###	25.565	886	3,5	28.881	751	2,6	28.707	801	2,8	37.817	999	2,6	32.910	966	2,9	32.765	940	2,9	39.985	928	2,3	32.973	809	2,5	32.572	367	1,1

índice general del 2005 al 2014	Insp	F.A.	%
	292.175	7447	2,5

Nota: Índice de infestación

Fuente: Depto. Control de Vectores

Aunque ha habido años que se han contratado personal por contrato esto no ha resuelto el problema, ya que no se le ha exigido ningún perfil y al final se han convertido en un problema en vez de solución.

La región metropolitana de salud es la más extensa de todo el país con casi 300,000 predios y solo cuenta con 58 técnicos de control de vectores, alcanzando a visitar en el año solo 1/3 del total de los predios; por lo que se requiere con urgencia el aumento de los técnicos anti vectoriales por lo menos a 100.

Otra debilidad que se presenta es la poca participación comunitaria en la eliminación de los criaderos para disminuir el índice de infestación. Cuando hay problemas de brotes, casos o epidemias en otras regiones del país, la región metropolitana apoya con recurso humano; disminuyendo las actividades propias de la región.

La sección de control de vectores con el escaso personal asignado tiene bajo su responsabilidad:

- 23 corregimientos
- Atender quejas
- Desratizar
- Control de malaria
- Leishmaniasis
- Chagas
- Leptopirosis
- Charlas educativas
- Capacitaciones
- Nebulizaciones livianas
- Nebulizaciones pesadas
- Perifocos por Dengue o Chinkuncuya



Conclusiones: los índices de infestación se han mantenido casi igual en los últimos años, a pesar de que hay acciones que no se realizan por la falta de recurso. Si estos existieran los niveles de infestación bajarían; ya que se podría implementar las acciones que ahora no se están realizando y también la falta de apoyo de las autoridades en hacer cumplir las leyes (ley 33 y ley 40)

Algunas de las acciones que no se están realizando, tales como:

- Seguimiento de casa cerrada (no regresamos)
- Seguimiento de puntos clave (hospitales, talleres, etc.)
- Perifoneo en aéreas de riesgo
- Cobro de sanciones
- Apoyo comunitario
- Apoyo de las autoridades coercitivas

En resumen, el departamento de control de vectores, ha enfrentado todo los años con recurso limitados los brotes, epidemias, operativos, desastres, apoyo a otras regiones, nebulizaciones, denuncias a través de la población y medios de comunicación.

En síntesis, el personal técnico de control de vectores realiza con responsabilidad, dinamismo y esfuerzo las actividades anti vectoriales. Los cuales están plasmados en los cuadros estadísticos representados en este informe. Siendo el único país en Latinoamérica que hace los trabajos de control integrado de vectores

Año	M. H.	Positividad		
		vivax	falcip.	indefinido
2009	1,420	38	1	10
2010	1,041	52	1	3
2011	988	20	1	1
2012	2,821	52	1	1
2013	2,679	51	4	5
2014	491	48	3	0
toales	9,440	261	11	20

observacion: estos casos confirmados de malaria proceden en su mayoría de otros países y regiones, los cuales son detectados por los equipos locales, hospitales públicos y privados, policlinicas de seguro solcial y en busqueda activas por los técnicos de control de vectores

La vigilancia de la Malaria también reviste importancia, por lo que parte del trabajo del control de vectores está dirigido a este problema de salud pública. En el año 2006 se tomaron 922 muestras por malaria de las cuales el 4.1% fueron reportadas positivas. Durante el 2007 y 2008 se incrementó el número de muestras a 2,623 y 2,834 respectivamente, para disminuir a 1,246 en el 2009 y 856 en el 2010, en promedio el 2.9% fueron reportadas positivas. Solo se realizó investigación entomológica en los últimos tres años del periodo.

El promedio de la atención de quejas fue de 316 quejas/año. Aplicaron 10,943 sanciones durante el periodo 2006-2010

**TABLA No. 72. ACTIVIDADES EJECUTADAS DE SECCIÓN DE ALIMENTOS EN LA RMS.
AÑOS 2006-2010**

ACTIVIDADES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
1.- Inspección a establecimientos	8,693	8,073	13,272	6,565	3,202
1.1.-Productos lácteos	44	63	39	78	91
1.2.- Cárnicos	1,010	1,819	1,810	1,500	2,121
1.3.- Pescado-mariscos	220	378	306	192	280
1.4.- Fábricas de alimentos	452	629	598	406	513
1.5.- Expendio de alimentos	6,868	4,988	10,258	4,197	5
1.6.- Servicios especiales de alimentos (cocinar)	99	196	261	192	192
2.- Inspección a transportes de alimentos	803	1,458	8,589	4,659	5,421
3.- Vigilancia-control de manipuladores	18,846	28,507	31,348	15,240	24,759
4.- Inspección a sacrificio de animales					
4.1.-Aprobados para sacrificio					
a.- Aves	38,622,418	43,782,724	45,057,686	48,075,322	47,646,268
b.- Bovinos	10,165	7,239	47,909	50,442	48,819
c.- porcinos	50,652	13,046	87,242	62,414	56,457
4.2.- Aprobados para consumo					
a.- Aves	38,356,655	43,466,096	44,599,647	47,537,637	47,369,842
b.- Bovinos	10,046	7,239	47,844	50,442	48,818
c.- porcinos	50,598	13,018	87,126	62,414	56,4443
5.- Toma de muestras de alimentos	559	1,060	997	445	979
6.- Atención de brotes ETA'S					1

Fuente: Departamento de Salud Pública

La Sección de Protección de Alimentos tiene como objetivo minimizar la ocurrencia de las enfermedades transmitidas por alimentos a fin de proteger la salud de la población. Para dar cumplimiento al objetivo trazado se utilizó la estrategia de considerar la cadena alimentaria como un todo e implementar un sistema de gestión basado en riesgos. En el año 2006 se reportaron 8,693 inspecciones a los 4,107 establecimientos de alimentos en la RMS, obteniendo un índice de 2.1 y, aumentando hasta 13,272 con un índice de 3.23 en el año 2008, para el siguiente año disminuye la cantidad de establecimientos reportados a 2,770 por lo que las

inspecciones fueron de 6,565 (índice de 2.4). En el año 2010 se realizaron 3,202 a 2,930 inspecciones a establecimientos con un índice bajo de 1.09.

Las inspecciones a establecimientos bajo la responsabilidad de la sección de alimentos se realizan considerando el riesgo epidemiológico del tipo de alimento que procesan, distribuye, almacenan o expenden, clasificándolo de alto, mediano y bajo riesgo para la población, de esta manera se programan las visitas e inspecciones a realizar. Por ejemplo, un establecimiento de alto riesgo como los mataderos, debe cumplir con inspección permanente, otros establecimientos de alto riesgo como las plantas procesadoras de alimentos deben recibir la inspección una a dos veces al mes. No se cuenta con un sistema de registro, tabulación y ordenamiento de los datos recabados en estas actividades, que permita el análisis ordenado de los datos a fin de convertirlos en información que coadyuve en la toma de decisiones. Aquí cabe señalar que es menester conocer el universo de establecimientos y definir claramente los estándares.

Desde el año 2010 la sección ha presentado disminución del recurso humano por diversos motivos, desde jubilaciones, fallecimientos, traslados a otras regiones, licencias por enfermedad, entre otros.

Cabe mencionar en este mismo año, las inspecciones se distribuyeron en la siguiente proporción: 66% para establecimientos cárnicos, 16% para fábricas de alimentos, 8.7% para pescado y mariscos, 5.9% para servicios especiales de alimentos y finalmente, los productos lácteos que recibieron el 2.8% de las inspecciones y la vigilancia del transporte de alimentos con un promedio de 4,186/año.

También es importante señalar que durante los últimos cinco años ha habido un aumento del número de establecimientos de alimentos, sobre todo en nuestra área geográfica poblacional.

La vigilancia sanitaria en mataderos destinados al consumo humano en la región metropolitana reporta que existe 1 matadero de bovino – porcino y 3 mataderos de aves. La vigilancia sanitaria se realiza de lunes a sábado y en algunas ocasiones el domingo.

Las patologías más frecuentemente diagnosticadas en aves post mortem son: caquexia, peritonitis, abscesos, ascitis, artritis, dermatitis, cianosis, neoplasias y pioatía pectoral profunda.

En la inspección post mortem en bovinos y porcinos las patologías más frecuentes fueron hígado graso, telangetasia, absceso, cirrosis, congestión, nódulos en pulmones, parásitos, enfisemas, pericarditis entre otros. Las causas no patológicas de decomiso son: sangría defectuosa, escaldamiento y contaminación.

A pesar de que se han tomado muestras de alimentos a través de estos cinco años, solamente hay reportado la atención de un brote de ETA's en el año 2010.

El manejo inadecuado de los desechos sólidos⁵¹ representa un riesgo potencial a la salud y al ambiente en la Región Metropolitana. La baja de frecuencia de recolección trae como consecuencia un mal manejo, tanto en el tratamiento como en la disposición. Los efectos visibles de esta dificultad se presentan en la temporada de lluvia cuando ocurren inundaciones en las afueras de la ciudad por el embalse de los ríos producto de la basura que arrastran estos cuerpos de agua.

Figura No. 8. Consecuencias del Mal Manejo de Desechos

Disposición y/o tratamiento	Consecuencias
Quema	Contaminación de Aire
Enterramiento inadecuado	Contaminación del suelo y nivel freático
Disposición en cualquier sitio baldío	Contaminación del suelo, freático y proliferación de artrópodos y roedores

El mal manejo de los desechos sólidos en las instalaciones de Salud Pública y Privadas representa también un riesgo a la salud de las personas. Actualmente los Centros de Salud no cuentan con un sistema adecuado de clasificaciones de los desechos sólidos y mucho menos las instalaciones Privadas.

Se estima que aproximadamente un 85% de los desechos de las instalaciones de salud son similares a los domésticos, alrededor de un 10% son infecciosos y un 5% son peligrosos. Los residuos comunes son almacenados conjuntamente con los desechos peligrosos a excepción de las agujas y jeringuillas que generalmente son almacenados en recipientes. El hecho de

⁵¹ Tomado del Plan Estratégico Regional 200-2004. SRMS.

mezclarse los desechos comunes con los peligrosos, hacen que todos sean peligrosos y en consecuencia aumente la situación de riesgo potencial que constituyen esos desechos para el personal que los manipula, la población que asiste a las instituciones de salud, los recolectores, pepenadores y en general a toda la población, de producirse la diseminación de patógenos en el ambiente.

La recolección y disposición de residuos sólidos es responsabilidad de la AAUD y la disposición final se lleva a cabo en el Relleno Sanitario de Cerro Patacón manejado por la Empresa Urbalia Panamá S.A., cuenta con un globo de terreno de 132,00 hectáreas se está consiguiendo 30 hectáreas para darle más vida útil al relleno.

Actualmente se recibe:

1,200 toneladas diarias de residuos sólidos

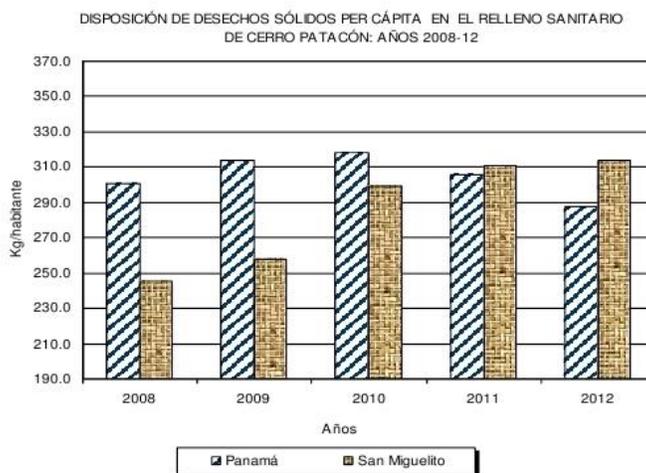
10 toneladas promedio diarios desechos hospitalarios

300 toneladas promedio diario de lodos y llantas

La Autoridad de Aseo es apoyada en su recolección por las siguientes empresas:

Pronto Aseo, Voltran, Panamá West Manager Serviaseo, Desarrollo Logisaico S.A, Ventas y Servicio Liz, Garbar Colección, Márquez Brodres, FIF Constructor, NPL Training, Ecologi Services.

Gráfica No.35



Poblaciones como Ella Puru o San Antonio en Gamboa, Kuna Nega (indígenas) y Taboga depositan sus desechos sólidos en vertederos a cielo abierto contaminando el aire, el suelo y cursos de agua; otras comunidades como Pueblo Nuevo y San Pedro en la 24 de diciembre queman sus desechos, altos de Pedregal, Cerro Bandera, Santa Cruz, Santa Isabel en Pedregal queman o entierran sus desechos.

Las fábricas, talleres y demás comercios de índole industrial que operan en el área de la RMS, en su gran mayoría no aplican las medidas necesarias que garanticen un adecuado control de sus emisiones contaminantes que afectan significativamente al ámbito laboral de la empresa, además de afectar la tranquilidad y bienestar de las comunidades circunvecinas. De hecho, en los últimos 10 años se han presentado múltiples denuncias en comunidades como Juan Díaz donde el área industrial es importante, sobre todo lo relativo al procesamiento de alimentos.

FIGURA No. 9
SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y COMUNIDADES EN RIESGO

SITUACIÓN DE EMERGENCIA	COMUNIDADES EN RIESGO
Deslizamientos de Tierra:	Cerro cabro arriba, Cerro cabra abajo, Costa del sol arriba, Costa del sol abajo, El progreso, 11 de octubre, Sector 4, Bello horizonte, Valle de San francisco.
Inundaciones:	Rialengo, Avenida del mar, Buda Panamá, las calles de taboga y otoque, Valle de san francisco y kuna nega, Boca La Caja, Juan Díaz, La ciudad de Dios, Sector Rubén Darío Paredes Sector 5, Nueva Esperanza el Bajo, Felipillo el Llano, 5% Las Mañanitas, 1% en Las Garzas y 5% Tocumen
Tsunami y marejadas	Boca La Caja, Bella Vista, Chorrillo, Costa del Este (Parque Lefevre)
Incendio y colapso de estructuras	Santa Ana, El Chorrillo, San Felipe Curundú y Calidonia

G.- RECURSOS PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

g.1.- RED DE SERVICIOS DE SALUD

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del

sistema de salud”. Esta definición amplía y rescata la importancia de ofrecer dichos servicios basados en las necesidades de la población como factor principal para la configuración de las redes de servicios de salud y como objetivo de las distintas instituciones que componen los niveles de atención dentro del sistema de salud.⁵²

“Se habla de una integración horizontal cuando la relación se da entre las instituciones dedicadas a la prestación de servicios de un mismo nivel de atención, o en sentido vertical cuando se trata de diferentes niveles de atención (Vázquez et al., 2005). La integración de los servicios de asistencia sanitaria incluyen centros, programas o planes para el cuidado de la salud, prácticas del grupo médico, farmacias, hospitales, servicios de atención subaguda y crónica, servicios profesionales, servicios de rehabilitación, centros quirúrgicos, o de bienestar y educación en salud, ubicados cada uno en diferentes niveles de atención dentro del sistema de salud y entre los cuales se espera que haya articulación tanto en su gestión administrativa, asistencial y de comunicación entre las diferentes unidades, para brindar un mayor y mejor aseguramiento a los usuarios”⁵³

“Las redes de servicios de salud, en general, involucran personas, procesos e infraestructura (Friedman et al., 2001), los cuales deben estar interrelacionados y coordinados para poder garantizar la atención adecuada y de calidad al usuario, teniendo en cuenta también la eficiencia de la organización y las necesidades de la población”.⁵⁴

Tomando en cuenta esto podemos afirmar que en la Región Metropolitana de Salud no existe una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) tal cual lo plantea la OPS, ya que en nuestro caso tanto proveedores públicos como privados no comparten información, planes ni tecnología. La práctica privada se articula independientemente de la pública, por lo que decimos que se trata de una red fragmentada.

⁵² Morales Eraso, Natalia. 2011. Redes Integradas de Servicios de Salud: una propuesta de intervención. Grupo de investigación rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad. Escuela de Medicina y Ciencias de Salud. Documento de investigación N0.14. Editorial Universidad del Rosario. Colombia, pagina 7.

⁵³ Op. Cit., pagina 7.

⁵⁴ Op. Cit., pagina 8.

“En cuanto al receptor de los servicios de salud, que es finalmente el usuario, dentro de un sistema fragmentado no es considerado en su contexto ni en sus necesidades, razón por la cual los servicios ofertados no dan respuesta a las necesidades de la población y, por el contrario, generan menor acceso a los servicios y menor calidad para ellos. tal situación puede ser atribuible a la segmentación de los servicios de salud en diferentes instituciones y lugares, a la persistencia de modelos de atención centrados en la enfermedad y a la disociación entre los servicios de salud pública y los servicios de atención de asistencia y rehabilitación (Montenegro, 2009)”⁵⁵

A pesar de los esfuerzos por transformar el modelo “patocéntrico” de atención sanitaria, en la RMS persiste el interés por la atención de la enfermedad y la dificultad para privilegiar la atención de la colectividad y los riesgos sanitarios a los que se ven expuestas las comunidades.

La red de servicios del Ministerio de Salud ha variado en los últimos años, añadiéndose nuevas instalaciones con diferentes grados complejidad y también segregaciones nuevas, lo cual influye sobre la prestación de servicios.

En la Región Metropolitana de Salud se concentra la mayor cantidad de instalaciones de salud de diferentes niveles de atención y grados de complejidad, tanto de carácter público como privado, sin embargo, no existe una articulación efectiva, que permita a la población el acceso a los servicios, según los parámetros ya expresados.

Han habido algunos esfuerzos significativos entre los proveedores públicos para hacer efectiva esa articulación, como por ejemplo el ejercicio de planificación conjunta MINSA – CSS en el año 2001, mediante Convenio firmado por estas instituciones con la finalidad de lograr la reestructuración de la Red Pública de Atención de Salud a nivel nacional, teniendo como punto de apoyo la accesibilidad de los servicios de salud de forma equitativa. Dentro de este contexto en el año 2002, la RMS realizó un esfuerzo conjunto con la CSS para realizar un diagnóstico situacional y planificación conjunta que nos llevara a una oferta de servicios más cónsona con las realidades y necesidades de la

⁵⁵ Morales Eraso, Natalia. 2011. Redes Integradas de Servicios de Salud: una propuesta de intervención. Grupo de investigación rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad. Escuela de Medicina y Ciencias de Salud. Documento de investigación N0.14. Editorial Universidad del Rosario. Colombia, página 25

población. No obstante los esfuerzos realizados y cristalizados en el “Plan Regional de Servicios de Salud MINSA-CSS”, no se logró articular la red ni se desarrollaron otras estrategias.

La Región Metropolitana de Salud (RMS) ha sido una de las regiones sanitarias que ha estado sujeta a cambios en su red, tales como: el cambio de status del Subcentro de Salud de Felipillo, el cual fue elevado a la categoría de Centro de Salud en el año 2009, la introducción de una nueva instalación sanitaria como lo es la “MINSA-CAPSI” en la comunidad de Las Garzas en Pacora, en el año 2010 y el Hospital Docente del Área Este. Por lo que, nuestra red de servicios actualmente está constituida por 16 Centros de Salud, dos (2) Policentros, 1 Subcentro ubicado en Kuna Nega, un puesto de salud en la isla de Otoque Oriente, un Centro de Promoción de la Salud en 24 de Diciembre, una MINSA-CAPSI en la comunidad de Las Garzas en Pacora, un Centro de Cirugía Ambulatoria y un Hospital de Segundo Nivel, el cual a mediados del periodo fue traspasado a la CSS.

En total la red pública está constituida por 38 instalaciones distribuidas como lo muestra la figura 10. Además en el espacio geográfico-poblacional de la RMS se localiza el Centro de Rehabilitación para Impedidos (CRI), 5 hospitales nacionales, 5 policlínicas de la Caja del Seguro Social con las cuales compartimos el mismo espacio geográfico poblacional.

También, un gran número de instalaciones privadas, entre hospitales, clínicas, farmacias y otros. No se cuenta con un censo exhaustivo de las instalaciones de atención privada. Sin embargo, se estima que existen en nuestra región aproximadamente 68 clínicas dentales de carácter general y las de 30 clínicas dentales especializadas que abarcan: ortodoncia, odontopediatría y ortopedia maxilofacial, entre otras. Desde el punto de vista médico la cifra supera las 300 instalaciones de atención privada de diferente complejidad, se cuentan clínicas de carácter popular que cuentan con atención de medicina general, servicios de laboratorio, odontología y farmacia. En los últimos años han proliferado los centros de atención especializada, tales como: centros dermatológicos, de atención psicológica, de emergencias médicas, especialidades radiológicas, ortopedia, manejo integral del cáncer (oncología), hematología, medicina familiar, cirugía general, medicina corporativa, marítima y peritajes, enfermedades

vasculares, fisioterapia y los hospitales de especialidades. Igualmente, se ofertan otros servicios de atención sanitaria que pudiéramos clasificar como “alternativos”, para los cuales amerita realizar actividades de supervisión y monitoreo a la luz de la función de rectoría asignada a la autoridad sanitaria nacional y regional.

Figura 10 RED DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA SALUD

Tipo de Instalación	Dependencia	No-	Nombre
Hospitales Nacionales	MINSA-patronato	1	Hospital Santo Tomás
	CSS	1	CHMCSS Dr. Arnulfo Arias Madrid
Hospitales Nacionales especializados	MINSA	1	Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM)
	MINSA-patronato	2	Hospital del Niño Instituto Oncológico Nacional
	CSS	1	Hospital de especialidades pediátricas
Hospitales de segundo Nivel	MINSA	1	Hospital San Miguel Arcángel
	CSS	2	Hospital Docente de 24 de diciembre Hogar de la Esperanza
Centros Especializados	MINSA-patronato	1	Instituto de Medicina Física y Rehabilitación
Policentros de Salud	MINSA	2	Policentro de Parque Lefevre Policentro de Juan Díaz
Policlínicas especializadas	CSS	5	Policlínica Presidente Remón Policlínica JJ Vallarino Policlínica de San Francisco Policlínica de Bethania Policlínica Pediátrica del Maraón
Centros de Salud	MINSA	16	C.S. de Taboga, C.S.Veracruz, C.S. Paraíso, C.S. de Chorrillo, C.S. de Santa Ana, C.S. de San Felipe, C.S. Curundú, C.S. Emiliano Ponce, C.S. Pueblo Nuevo, C.S. Río Abajo, C.S. Pedregal, C.S. Las Mañanitas, C.S. Tocumen, C.S. 24 de diciembre y C.S. de Felipillo.
MINSA-CAPSI	MINSA	1	Las Garzas
CAPPS	CSS	2	Los Nogales y Tocumen
ULAPS	CSS	1	Río Abajo
Subcentros de salud	MINSA	1	Kuna Nega
Centros de Promoción	MINSA	1	24 de diciembre
Puestos de Salud	MINSA	1	Otoque oriente

TABLA No. 73

REGION METROPOLITANA DE SALUD																																						
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN																																						
CARTERA DE SERVICIOS BRINDADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD																																						
AÑO 2012																																						
ESTABLECIMIENTO	CARTERA DE SERVICIOS																																					
	MED. GENERAL	PEDIATRÍA	GINECO OBSTETRICIA	PSIQUIATRÍA	SALUD MENTAL	DERMATOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	MED. FAMILIAR	NEUMOLOGÍA	UROLOGÍA	URG. GRAL.	TERAP. OCUPAC.	MED. FÍSICA	ODONTOLOGÍA	OTORRINO	TRAB. SOCIAL	NUTRICION	FISIOTERAPIA	EST. PRECOZ	COLPOSCOPÍA	ULTRASONIDO	PSICOLOGÍA	OPTOMETRÍA	ENFERMERÍA	MAMOGRAFÍA	RADIOGRAFÍA	ODONT.	ELECTRO	RAYOS X	MONITOREO FETAL	LABORATORIO	FARMACIA	MAXILO FACIAL	ODONTO PEDIATRÍA	PENESCOPÍA	CRIO CIRUGÍA	ANESTESIOLOGÍA	
C.S. SAN FELIPE	X	X	X	X						X			X	X						X				X	X	X				X	X							
C.S. SANTA ANA	X	X	X	X	X					X			X	X	X				X		X	X		X	X	X				X	X						X	
C.S. CHORRILLO	X	X	X	X	X					X			X	X					X		X			X	X	X				X	X							
C.S. EMILIANO PONCE	X	X	X	X	X	X				X			X	X					X		X	X		X	X	X				X	X							
C.S. CURUNDU	X	X	X	X						X			X	X					X		X	X		X						X	X							
C.S. PUEBLO NUEVO	X	X	X	X		X				X			X	X					X	X	X	X		X	X	X				X	X	X						
POL. S. PARQUE LEFEVRE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
C.S. RIO ABAJO	X	X	X	X						X			X	X					X	X	X		X	X	X	X				X	X							
C.S. BOCA LA CAJA	X	X	X	X						X			X						X	X	X		X	X	X				X	X								
POL. S. JUAN DIAZ	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
C.S. PEDREGAL	X	X	X	X						X			X	X	X				X	X		X	X	X	X	X				X	X						X	
C.S. TOCUMEN	X	X	X	X						X			X	X					X		X	X		X	X	X				X	X							
C.S. PARAISO	X	X	X	X						X			X	X						X	X	X		X	X	X				X	X			X			X	
C.S. VERACRUZ	X	X	X	X									X	X	X				X		X		X	X	X				X	X								
C.S. MAÑANITAS	X	X	X	X	X					X			X	X					X	X	X		X	X	X				X	X							X	
C.S. 24 DE DICIEMBRE	X	X	X	X						X			X	X						X	X		X	X	X				X	X								
C.S. FELIPILLO	X	X	X							X			X	X					X		X		X	X	X				X	X						X	X	
CLINICA DEL AEROPUERTO DE TOCUMEN	X																																					
CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA																																				X	X	
HOSP. DOCENTE 24 DICIEMBRE	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X									X			X	X	X							X
C.S. TABOGA	X	X	X							X			X											X	X	X				X	X							
MINSA CAPSI LAS GARZAS	X	X	X	X						X			X	X						X	X		X	X	X	X	X	X	X	X								

Fuente: Sección de Estadística

TABLA No. 74

**CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Caja de Seguro Social. Región Metropolitana. Diciembre 2013**

Sector Público	No. Centros × 1000 Hab.	No. Camas × 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad	2	1031
Mediana (especialidades básicas)	2	202
Baja (medicina general) (crónicos- Hogar de la Esperanza)	1	46
Total Hospitales	5 hospitales	1279 camas
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades*	14	
Centros de nivel primario con medicina general	4	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	0	
Total centros ambulatorios	18	
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad	4	
Mediana (especialidades básicas)	1	
Baja (medicina general)	1	
Total Hospitales	6	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

*De los 14, tres son ULAPS que tienen también pediatría y ginecología y 4 son hospitales que también tienen consulta externa ambulatoria

TABLA No. 75
NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS/a	PRIVADO
No. Total de camas				
• Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid			899	
• Hospital de Especialidades Pediátricas-OTH			132	
• Hospital Dra. Susana Jones			35	
• Hospital Regional Docente de la 24 de Diciembre			167	
• Hospital Hogar de la Esperanza (crónicos)			46	
• Hospital Santo Tomás				
• Hospital del Niño				
• Hospital Oncológico Nacional				
• Hospital San Fernando				
• Centro Médico Paitilla				
• Hospital Nacional				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos			26	
• No. De Rayos X *			55*	
• No. De Panorex			3	
• No. De Peri apical			12	
• No. De CAT			6	
• No. De Mamógrafos			9	
• No. De Equipos de resonancias magnéticas			2	
No. de Laboratorios Clínicos			15	
No. de Bancos de Sangre			4	
No. de Farmacias			19	
No. de Sillones Dentales**				
Completo			105**	
Incompletos				

a/ CAJA DE SEGURO SOCIAL. REGION METROPOLITANA. Diciembre 2013

*Los 55 Rayos X se desglosan así: 28 equipos de RX simple, 9 RX portátiles, 13 Arco en C y 5 fluoroscopios.

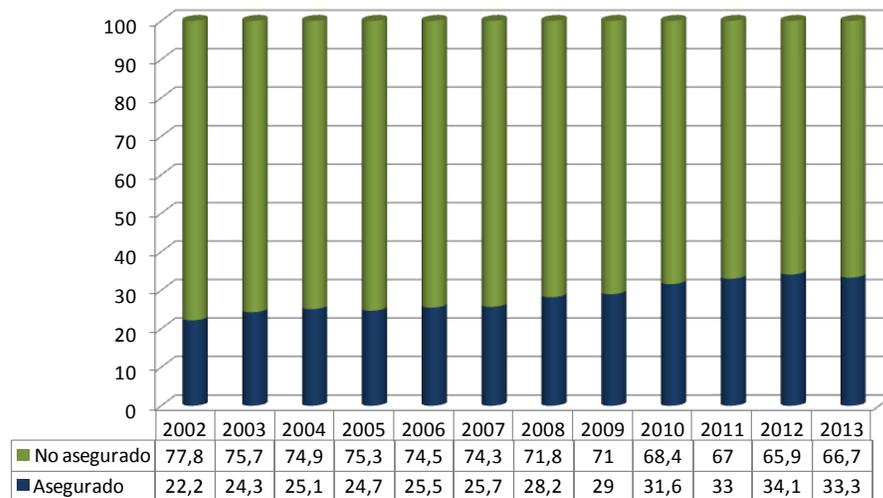
** De los 105 sillones completos, 90 están en instalaciones de la CSS y 15 están en escuelas u otras instituciones gubernamentales pero son atendidos por odontólogos de la CSS.

La oferta de servicios es amplia en todos ellos, manejando una cartera que incluye para todos los centros de salud: atención por Medicina General, Pediatría, Gineco-obstetricia, Odontología, Laboratorio, Farmacia y Atención de enfermería. La mayoría de las instalaciones tiene servicio de trabajo social y psiquiatría. Se cuenta con un centro de cirugía ambulatoria que actualmente presta servicios temporalmente en las instalaciones del Policentro de Juan Díaz.

Del proceso de evaluación anual surgen datos interesantes y de importancia con relación a las instalaciones de salud:

- ❖ La infraestructura de los Centros de Salud se ha deteriorado por el paso del tiempo, por el crecimiento no planificado y desordenado de las estructuras, lo que ha llevado a la realización de mejoras y habilitaciones continuas de las mismas, sin una planificación que responda al análisis de alternativas con el esquema de modelo de proyectos de inversión.
- ❖ Se ha efectuado la reposición de varias instalaciones, sin embargo persisten algunas dificultades asociadas a la distribución de espacio, al componente demográfico y la distribución y disponibilidad de recurso humano.
- ❖ En las comunidades los problemas de salud son complejos y requieren de la participación de todos los actores sociales, siendo salud solo uno de ellos.

Gráfica No.36. Proporción de consultas brindadas en instalaciones de la RMS según el tipo de paciente. Periodo 2002-2013.



Fuente: Departamento de Planificación. SASTS. Sección de Estadística, RMS.

El comportamiento de las consultas ofrecidas en nuestras instalaciones sido variable, se registra un incremento de más del 3% anual de todas las consultas desde 2002 con 665,493 consultas al 2012, cuando se reportaron 807,975 consultas (ver tabla No.28 en anexo 1). Para el año 2013 solamente se reportaron 683,136 consultas totales.

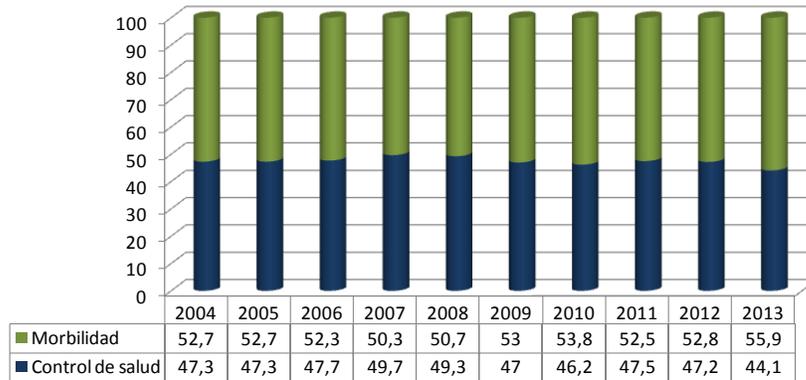
Las instalaciones de la RMS han atendido durante todo el período un promedio de 29.5% de población asegurada, a pesar de que no existen convenios de atención conjunta ni se trata de una región sanitaria integrada. Como se aprecia en la gráfica 35, el porcentaje de pacientes asegurados aumenta cada año, situándose en 30% desde el año 2010.

Cuando se analizan las consultas según el tipo de profesional, observamos que Medicina General es el área que más consultas reportó, representando en promedio el 60% de todas las consultas ofrecidas, los odontólogos el 20% y las enfermeras y otros técnicos el 5% respectivamente. Medicina General presentó un aumento de casi 2% en el 2003 (68.2%) con relación al año 2002 (66.5%), disminuyendo en los años siguientes del 2004 al 2007 con 66%, aumentó a 80% en el 2008 y vuelve a disminuir en el 2009 y 2010 con 69% de todas las consultas. (ver tabla No.29 en anexo 1).

Al realizar el cálculo de la población que consulta (evaluado como frecuencia de uso), vemos que ha sido variable a lo largo de los años siendo menor en el año 2007 y 2008 con 44%. San Felipe y Santa Ana fueron los centros de salud con mayor porcentaje, probablemente debido a su posición o localización como área de tránsito, lo que explicaría las cifras superiores a 100%. Llama la atención que siendo el Centro de Salud de Pueblo Nuevo una instalación céntrica también su porcentaje de población consultada sólo llega al 30% durante todo el período. (ver tabla No.30 en anexo 1). El promedio de consultas en el último quinquenio fue 683,141 consultas.

El índice de consulta/hab./ año, no ha variado desde 1994 cuando se calculó en 1.1 consultas por habitante, con excepción de año 2007 cuando este índice desciende a 0.9 consultas. Los centros de salud con mayor índice durante estos años han sido San Felipe, Santa Ana y Veracruz (con 3 y 2 respectivamente). (ver tabla No.31 en anexo 1).

Gráfica No.37. Proporción de la producción en instalaciones de la RMS según el tipo de atención. Periodo 2002-2013.



Fuente: Boletines Estadísticos. Sección de REDSA. SASTS. Departamento de Planificación. RMS.

De acuerdo al tipo de consulta realizada, ya sea control de salud o morbilidad, durante el periodo 2004-2013, se evidenció que el mayor porcentaje corresponde a las consultas por morbilidad con un 52.7% de todas las consultas realizadas en la región. Sin embargo, cuando observamos estas cifras por instalación de salud, se aprecia que los centros de salud de Taboga, Veracruz y Parque Lefevre presentaron las cifras más altas de atención por morbilidad. Por otro lado los centros de salud de Santa Ana y Emiliano Ponce evidenciaron una conducta diferente al tener mayor proporción de consultas por control de salud. (ver tabla No.32 en anexo 1).

g.2.- CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

“Un elemento importante del proceso individual de atención lo constituye la historia clínica, esta es un documento confidencial, técnico-científico que tiene alcances administrativos y legales. Allí se registran los datos en orden cronológico del proceso de salud-enfermedad de la atención de un paciente, de los procedimientos diagnósticos y conducta, de las terapias instituidas por el personal que lo atiende ya sea médico, odontólogo, personal de salud y desde el momento en que se establece el primer contacto hasta su salida”⁵⁶

⁵⁶ Álvarez Heredia, Francisco, MD-MSP. 2003. **Calidad y Auditoria en Salud.** Eco Ediciones. Bogotá, Colombia.

La Historia clínica es un instrumento de conocimiento muy valioso desde diversas perspectivas, permite evaluar el PIA y por tanto la calidad del servicio brindado, es una guía que asegura continuidad en la atención, un diagnóstico, un pronóstico, evolución, vigilancia de lo actuado y un instrumento legal de orden probatorio al momento de definir aspectos legales o de ética médica.⁵⁷

La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.⁵⁸

En la garantía de calidad, el mejoramiento continuo se identifica con el punto de hacer correctamente las cosas correctas. De no ser así, se emprenden acciones para corregir el rendimiento individual a fin de asegurar mejores resultados en el futuro. En el mejoramiento continuo de la calidad, el énfasis se pone también en hacer correctamente las cosas correctas, pero al enfrentar el problema, la atención se dirige primero y principalmente al proceso. Los esfuerzos por mejorar se concentran en identificar las causas últimas de los problemas (causas que emanan del proceso antes que del desempeño individual), intervenir para reducir o eliminar estas causas y dar pasos para corregir el proceso.⁵⁹

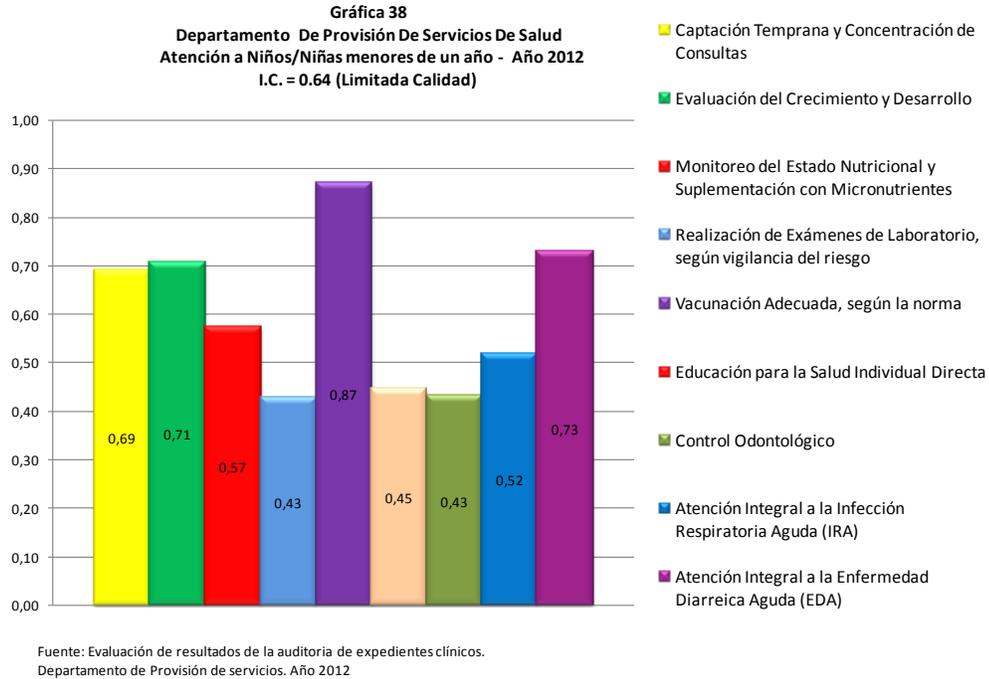
En la prestación de servicios es importante contar con una red organizada, con personal técnico y especializado y con instalaciones habilitadas y adecuadas para hacer patente esa oferta de servicios. Sin embargo, es claro que a pesar de tener todos esos elementos en ejecución, no siempre los pacientes que acuden a nuestras instalaciones sienten que el sistema les esté brindando su mejor esfuerzo. Por ello, desde hace más de 15 años nuestra región viene realizando ingentes esfuerzos por equipar la oferta y la percepción de la demanda sobre ella. Ha sido a través de las encuestas de satisfacción y las auditorías de expedientes que se ha hecho la vigilancia de este importante factor.

⁵⁷ Álvarez Heredia, Francisco, MD-MSP. 2003. **Calidad y Auditoria en Salud**. Eco Ediciones. Bogotá, Colombia

⁵⁸ Roemer, M.I. y Montoya Aguilar, OMS, 1998.

⁵⁹ Álvarez Heredia, Francisco, MD-MSP. 2003. **Calidad y Auditoria en Salud**. Eco Ediciones. Bogotá, Colombia.

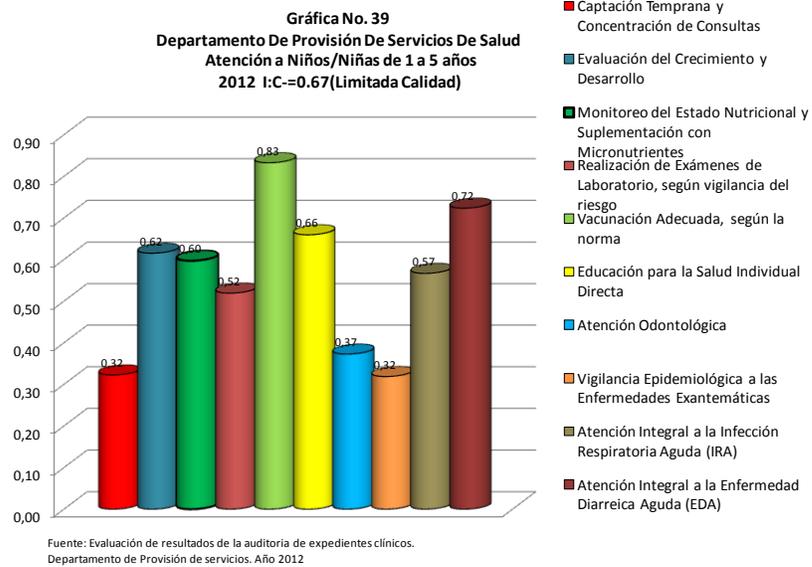
Posteriormente se incorporó la estrategia del “buzón de sugerencias”, que lamentablemente se ha descontinuado durante el último quinquenio.



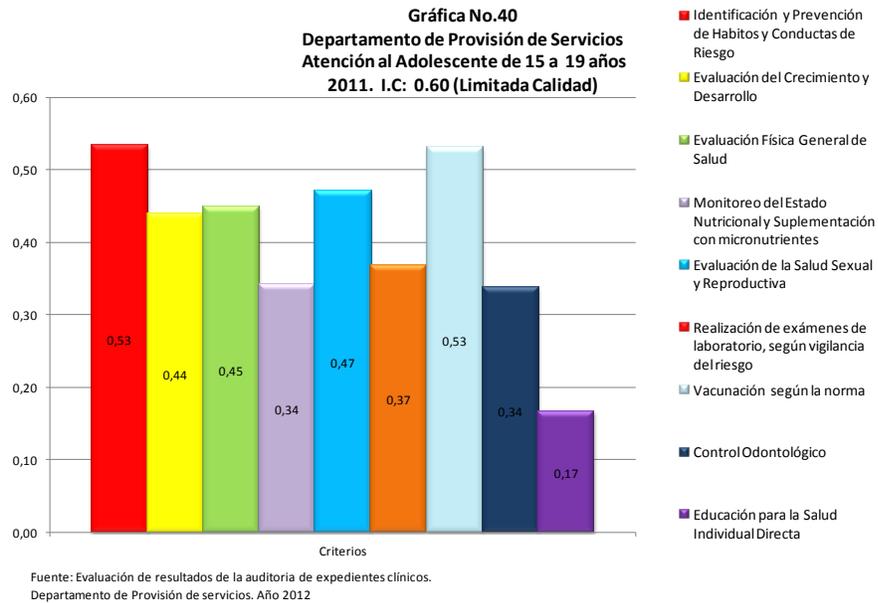
La última encuesta de satisfacción fue realizada en el año 2012, en los centros de salud de: Veracruz, Curundú; Chorrillo, Santa Ana, Emiliano Ponce, Juan Díaz, Parque Lefevre, Río Abajo, 24 de diciembre y Felipeillo, como una estrategia dirigida a obtener resultados y ser oportunamente divulgados y que coadyuven en la toma de decisiones. Todo esto en función de los ajustes tecnológicos que desde instancias superiores se programaron sobre esta herramienta de gestión. La valoración de la calidad se expresa a través del índice de calidad máximo a obtener cuyo valor es 1.

En la Auditoría de expedientes realizada en el año 2012, uno de las áreas a evaluar fue la atención de niños y niñas menores de un año, obteniendo un índice de calidad en 0.64 que expresa “limitada calidad”. Por otro lado, al evaluar cada ítem específico observamos que la captación temprana tuvo un índice en 0.69, sólo la vacunación obtuvo un 0.87. Cabe señalar, la educación para la salud individual directa, el control odontológico y la atención integral a la infección respiratoria aguda,

obtuvieron el puntaje más bajo de calidad en esta área, calculándose en 0.57, 0.43 y 0.46 respectivamente.

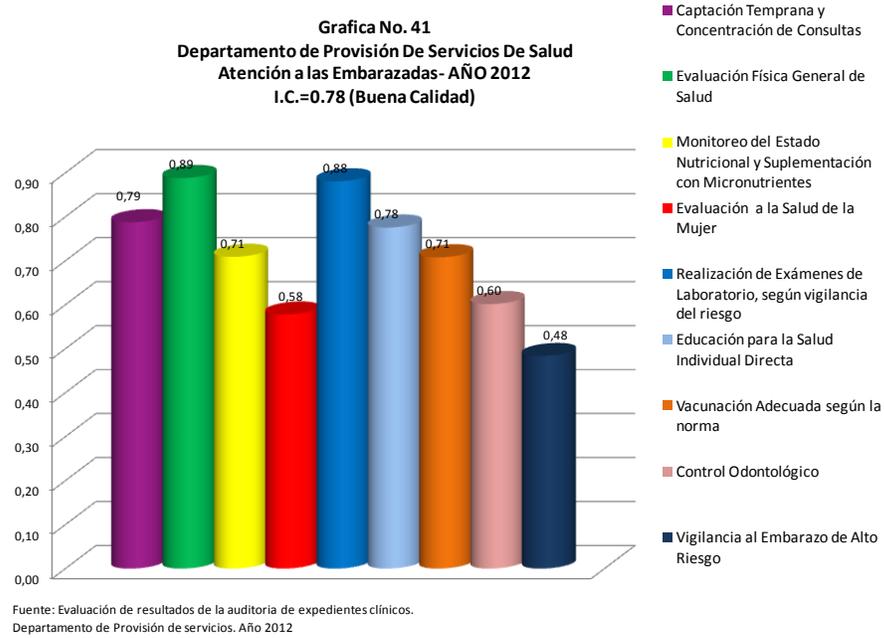


La atención de niños y niñas de 1 a 5 años obtuvo un índice de calidad en 0.67, calificando como “limitada calidad”. La vacunación adecuada según norma, la atención integral de la enfermedad diarreica y educación para la salud individual directa, obtuvieron evaluaciones de calidad por encima del índice general, siendo 0.83, 0.72 y 0.66 respectivamente. En un punto intermedio se encuentran el monitoreo del estado nutricional con 0.50 y la evaluación de crecimiento y desarrollo con 0.57. El resto de los parámetros auditados presentaron índices de calidad bajos, como la captación temprana y concentración de consultas con 0.32, la atención odontológica con 0.37 y la vigilancia de enfermedades exantemáticas con 0.32.



La atención del adolescente de 15 a 19 años recibió una evaluación de 0.60 correspondiente a un índice de calidad catalogado como "limitada calidad". La identificación y prevención de hábitos y conductas de riesgo y la vacunación, obtuvieron el mayor índice con 0.58 ambas, seguido de la evaluación de salud sexual y reproductiva con 0.47, en tercer lugar la evaluación física general con 0.45, luego la evaluación de crecimiento y desarrollo con 0.44.

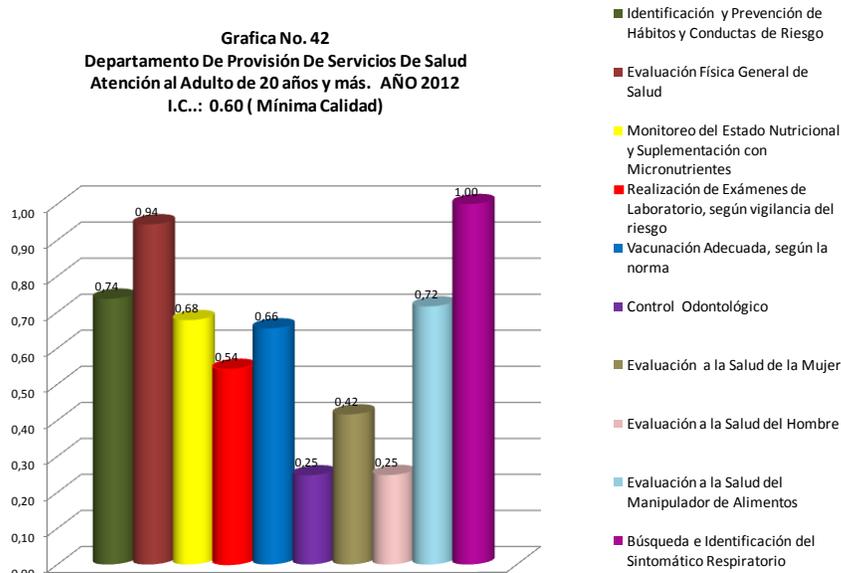
Con índices más bajos se encuentran en la evaluación de salud sexual y reproductiva y la educación para la salud individual directa, ambas con 0.38. La realización de exámenes de laboratorio sólo alcanzó el 0.35 como índice de calidad, así como el control odontológico con 0.27 siendo el que presentó el índice más bajo.



La gráfica 41 muestra el resultado de la atención a embarazadas, donde se obtuvo un índice de calidad de 0.78 categorizado como “buena calidad”. En esta área a diferencia de las anteriores, la evaluación física general obtuvo 0.89 y la realización de exámenes 0.83.

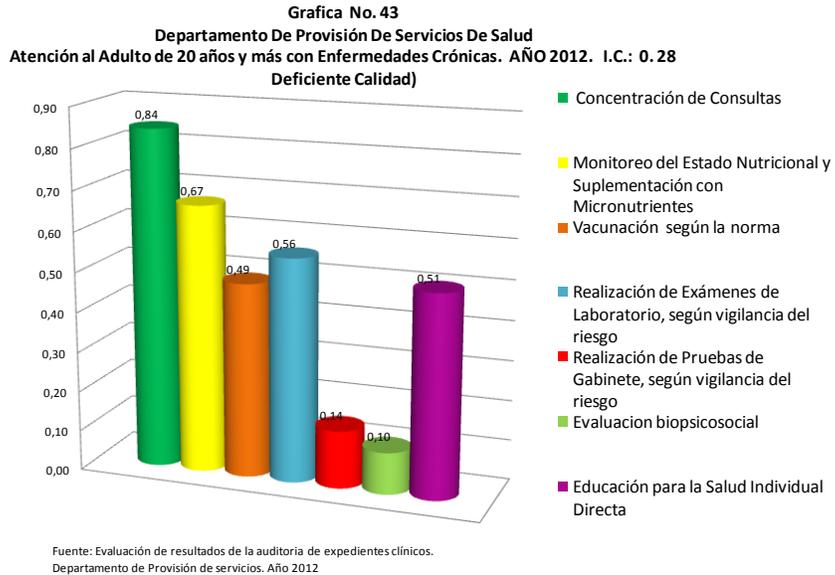
La captación temprana y concentración obtuvo un índice de calidad en 0.79, menor que las anteriores pero todavía por encima del índice general. La vacunación adecuada según norma tuvo un índice de 0.71 igual que el monitoreo del estado nutricional. El control odontológico sólo obtuvo un índice de 0.60. Llama la atención que la vigilancia del embarazo de alto riesgo obtuvo evaluación de calidad muy bajo, en 0.48, siendo esta una actividad fundamental en la atención del embarazo.

Grafica No. 42
Departamento De Provisión De Servicios De Salud
Atención al Adulto de 20 años y más. AÑO 2012
I.C.: 0.60 (Mínima Calidad)



Fuente: Evaluación de resultados de la auditoría de expedientes clínicos.
 Departamento de Provisión de servicios. Año 2012

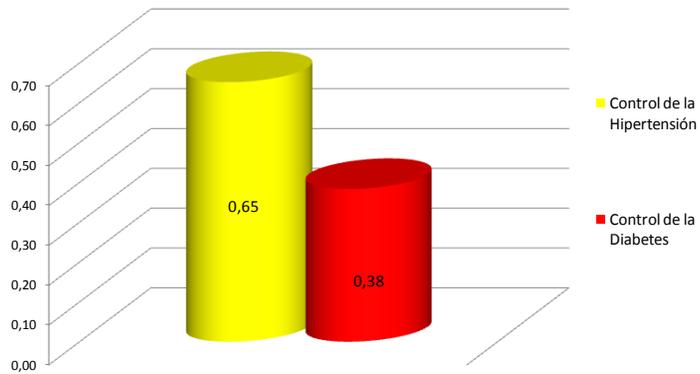
En la gráfica 42 se observa el comportamiento de la evaluación de calidad en la atención de las personas adultas de 20 y más, donde el índice de calidad estimado fue 0.60 categorizado como “mínima calidad”. Sin embargo, al especificar, observamos que la búsqueda e identificación del sintomático respiratorio y la evaluación física general obtuvieron índices elevados, por encima del índice general (1.00 y 0.94 respectivamente). También por encima del índice de calidad general, se destacan la identificación y prevención de hábitos y conductas de riesgo y la evaluación de salud del manipulador de alimentos con 0.74 y 0.72, respectivamente. Los índices más bajos lo obtuvieron la evaluación de la salud del hombre y el control odontológico, ambos con 0.25.



En la atención del adulto de 20 años y más con enfermedades crónicas el índice de calidad general se estimó en 0.28. La concentración de consultas obtuvo 0.84, muy por encima del índice general, seguida del monitoreo del estado nutricional y suplementación con micronutrientes en 0.67 y la realización de exámenes de laboratorio con 0.56. La vacunación según normas obtuvo solamente un 0.49. Muy por debajo estuvieron la realización de pruebas de gabinete según vigilancia del riesgo con 0.14 y la evaluación biosicosocial con 0.10.

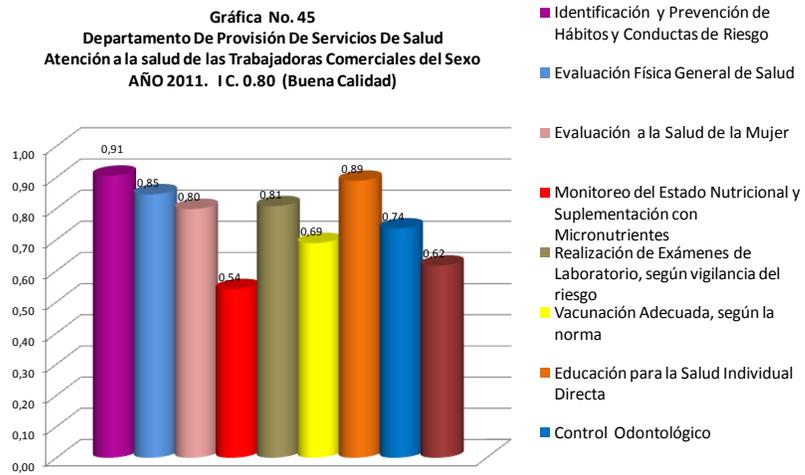
Al desagregar en la atención del adulto, la atención de pacientes hipertensos y diabéticos, observamos que el control de la hipertensión obtuvo un índice de 0.65 y el control de la diabetes solamente 0.38, como índice de calidad. Lo que a todas luces nos debe llamar a la reflexión, para reforzar estas actividades a nivel local.

Grafica No. 44
Departamento De Provisión De Servicios De Salud
Atención al Adulto de 20 años y más. Atención de pacientes Hipertensos y Diabéticos.
AÑO 2012



Fuente: Evaluación de resultados de la auditoría de expedientes clínicos.
Departamento de Provisión de servicios. Año 2012

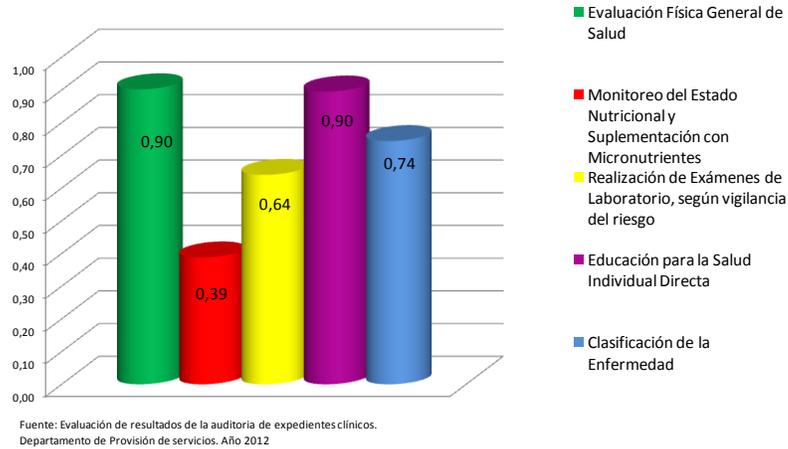
Gráfica No. 45
Departamento De Provisión De Servicios De Salud
Atención a la salud de las Trabajadoras Comerciales del Sexo
AÑO 2011. I.C. 0.80 (Buena Calidad)



Fuente: Evaluación de resultados de la auditoria de expedientes clínicos.
Departamento de Provisión de servicios. Año 2012

La gráfica 45 muestra la evaluación de calidad de la atención a la salud de las trabajadoras comerciales del sexo, la cual muestra un índice de 0.80 catalogado como “Buena calidad”. Al desagregar la información en esta área, observamos que los ítems con mayor índice de calidad fueron la identificación y prevención de hábitos y conductas de riesgo, educación para la salud individual directa, la evaluación física general, la realización de exámenes de laboratorio, según vigilancia de riesgo y la evaluación de la salud de la mujer, con índices estimados en 0.91, 0.89, 0.85, 0.8 y 0.80, respectivamente. El monitoreo del estado nutricional solamente obtuvo 0.54, muy por debajo del índice general.

Gráfica No. 46
Departamento De Provisión De Servicios De Salud
Atención al paciente con Tuberculosis evaluado en la tarjeta de seguimiento de caso
AÑO 2012. I.C.=0.74 (Buena Calidad)

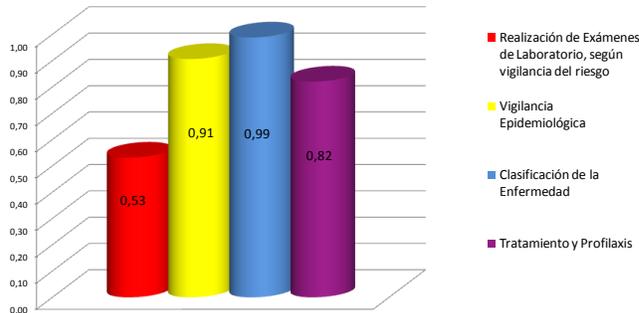


Otro aspecto evaluado en la auditoría de expedientes realizada en año 2012, fue la atención a pacientes con tuberculosis, evaluado en la tarjeta de seguimiento donde el índice obtenido fue 0.74, catalogado como “buena calidad”. Tanto la educación para la salud como la evaluación física general obtuvieron índices de 0.90. Seguidamente la clasificación de la enfermedad obtuvo 0.74 y la realización de exámenes de laboratorio, según vigilancia epidemiológica marcó 0.64 como índice de calidad. Solamente el monitoreo de estado nutricional y suplementación con micronutrientes tuvo 0.39, siendo el aspecto de más baja calificación.

En el caso de los pacientes tuberculosos evaluados en el expediente, el índice de calidad se situó en 0.87, considerándose de “muy buena calidad”. El aspecto que mayor puntuación obtuvo fue la Clasificación de la enfermedad con 0.99, seguida de la vigilancia epidemiológica en 0.91 y el tratamiento y profilaxis con 0.82.

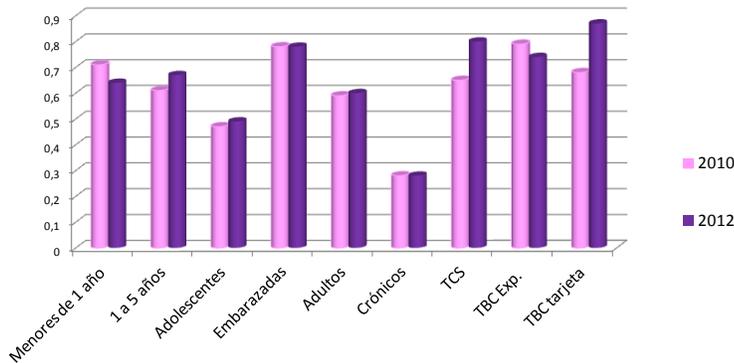
El aspecto que menor puntaje obtuvo fue la realización de exámenes de laboratorio según vigilancia epidemiológica.

Gráfica No. 47
 Departamento De Provisión De Servicios De Salud
 Atención al paciente con Tuberculosis evaluado en el expediente
 AÑO 2012. I. C= 0.87 (Muy Buena Calidad)



Fuente: Evaluación de resultados de la auditoria de expedientes clínicos. Departamento de Provisión de servicios. Año 2012

Gráfica No. 48
 Departamento De Provisión De Servicios De Salud
 Auditoria de Expedientes. Comparativo 2010-2012



Fuente: Evaluación de resultados de la auditoria de expedientes clínicos. Departamento de Provisión de servicios. Año 2012

Al realizar el comparativo de los años 2010 y 2012, se observa que el índice de calidad de la evaluación del paciente tuberculoso según tarjeta, la atención de las trabajadoras del sexo, y la atención del niño de 1 a 5 años se incrementó. El resto de los parámetros se mantuvo igual.

g.3- USO DE SERVICIOS⁶⁰

La ENSCAVI realizada por el MINSA en el año 2007 en colaboración ICGES, indagó sobre el uso que las personas le daban a los servicios de salud. Al preguntar a los encuestados cuánto tiempo le toma ir de su casa a la instalación de salud más cercana, el promedio (en minutos) encontrado para el Distrito de Panamá fue de 25.8 minutos, siendo el área urbana de 24.5 minutos y en el área rural de 34.6 minutos, para una relación urbana rural de 1.4:1 (ver figura 2 en la página 24).

El 11.6% de los encuestados manifestó que el costo del medio de transporte siempre le dificulta el acceso a las instalaciones de salud más cercanas, 11.6% casi siempre, 16.5% casi nunca y 60.1% nunca.

Figura 11. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PRECIO DE TRANSPORTE A DIFERENTES INSTALACIONES DE SALUD.

Instalación de Salud	Costo de transporte
Boca la Caja	B/. 0.75 en bus y B/. 2.50 en taxi
24 de Diciembre.	B/. 5.00. Taxi
Tocumen	B/. 6.00
Felipillo	B/. 4.00
Las Garzas	B/. 3.00
Pedregal	B/. 3.00
Mañanitas	B/. 3.50
Emiliano Ponce, Curundú, San Felipe, Chorrillo y Santa Ana	Para la población que vive en el área no tiene costo monetario, sin embargo la población de otras áreas el costo depende del lugar donde vive. (0.25 hasta 5.00 y mas)
Veracruz	1 dólar en taxi, 35 centavos en bus, la ida
Taboga	Otoque-taboga 250 dólares Taboga-panama ochenta collares
Paraíso	Paraíso kuna niega. Cuatro collares Isla a paraíso. Tres dólares
Parque Lefevre, Juan Díaz, Río Abajo y Pueblo Nuevo	El costo es de acuerdo a la tarifa del transporte utilizado

Fuente: Tomado del Análisis de Fotografías. 8 y 9 de septiembre. Policentro de Salud de Juan Díaz

⁶⁰ Tomado de 1ª Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007). ICGES: Resumen Ejecutivo. Distrito de Panamá.

El 77.8% de los encuestados atendieron su salud durante al año 2007. En general el 75.9% de los encuestados manifestó sentirse satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido. Para medir la satisfacción cuando el encuestado ha acudido a las instalaciones de salud a atenderse se formuló una pregunta en la que el 38.7% respondió que siempre queda satisfecho, 40.7% casi siempre, 13.2% casi nunca, mientras que el 7% dijo que nunca.

Al 44.7% de los encuestados sus ingresos económicos siempre le permiten cubrir los gastos que le produce la atención en salud, al 36% casi siempre, 11.7% casi nunca, en tanto el 5.9% de los encuestados respondió que nunca.

En cuanto a la responsabilidad del costo de la atención en salud (medida a través de cuatro opciones de respuesta), el 17.5% de los entrevistados indicó que el costo de la atención de salud debe ser cubierto totalmente por el usuario o paciente. El 30.6% indicó que los costos de la atención en salud deberían ser cubiertos por la Caja de Seguro Social. La opción del gobierno y el paciente fue indicada por el 29.2% de los encuestados.

H.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

En el periodo 1994 – 1999 el Ministerio de Salud crea la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

La misión de promoción para la salud consiste en coordinar acciones de promoción, educación para la salud, participación social, comunicación en salud e investigación, con la finalidad de integrar a la población a asumir sus compromisos en el auto cuidado de la salud y estilos de vida saludable.

Para tal propósito desarrollamos las 3 herramientas fundamentales de la promoción de la salud e indispensables para el logro de nuestros objetivos:

- Educación para la Salud
- Participación Comunitaria
- Comunicación para la Salud

h.1.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD



Es responsable del planeamiento educativo para el fortalecimiento de las acciones y busca modificar los estilos de vida que se constituyen en factores de riesgos a la salud.

Los grupos sujetos a capacitación son todos los actores sociales, individuos, familias, grupos sociales, comunidad, funcionarios de las instituciones pero lamentablemente existe sub registro de esta información, ya sea porque el funcionario de salud no llena el formato de actividades de educación o por problemas en el sistema de tabulación de esta información. No contamos con datos reales de las capacitaciones, sesiones educativas y seminarios que se realizan en los centros de salud.

El departamento de Promoción de la Salud Regional aspira a que todas las actividades generadas por nuestros equipos locales sean incluidas en la nueva herramienta adquirida por el Ministerio de Salud EL EXPEDIENTE ELECTRONICO.

h.2.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

La participación ciudadana importante y fundamental para el desarrollo del primer nivel de atención.

Las políticas de salud 2010 – 2015 señalan **“Promover la salud con participación social y desarrollar acciones educativas con la participación de la población promoviendo su empoderamiento activo”**.

Consideramos que la salud es responsabilidad de todos, el Director Médico y su equipo de salud deben garantizar la participación de la comunidad; para esto se fomenta la participación comunitaria mediante diversos indicadores.

Es necesario que en cada centro de salud conozcan a sus líderes comunitarios y las organizaciones sociales dentro de su corregimiento.

Desde el año 2005 cada centro de salud cuenta con un fichero o banco de datos de actores sociales, indispensable para la comunicación con estos.



En el año 2009 sólo 9 centros de salud contaban con este inventario, para el año 2013, 18 centros de salud cumplen con este indicador.

Para incorporar a la comunidad en las acciones de promoción de la salud, desde el año 2005 se retoma el modelo de Atención de Salud, Ambiental y Comunitario y se incorporan en los indicadores del Plan Anual de Promoción de la Salud la formación de Consejos de Familia y Guardianes de la Salud.

Se organizan además otros grupos comunitarios tales como grupos de adolescentes, grupos de adultos mayores, grupos caza mosquitos y grupos caza humo.

**Tabla No. 76. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD.
NÚMERO DE GRUPOS DE ADULTOS MAYORES. AÑOS 2009 - 2013**

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013
NUMEROS DE GRUPOS ADULTOS FORMADOS	20	20	23	26	22

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. RMS. 20014

Existen centros de salud que cuentan con más de un grupo de adultos mayores organizados. A partir del 2012 todos los centros de salud cuentan con este grupo.

**Tabla No. 77. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD.
NÚMERO DE GRUPOS DE ADOLESCENTES. AÑOS 2009 - 2013**

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013
NUMEROS DE GRUPOS ADOLESCENTES FORMADOS	9	14	22	22	21

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. RMS. 20014

Centros de salud como el de Santa Ana, Pedregal, Rio Abajo, Parque Lefevre, Veracruz tienen más de UN grupo de adolescentes organizado.

**Tabla No. 78. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD.
NÚMERO DE GRUPOS CAZA MOZQUITO. AÑOS 2009 - 2013**

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013
NUMEROS DE GRUPOS CAZA MOZQUITO FORMADOS	103	75	77	82	68
NUMERO DE ESCOLARES QUE INTEGRAN LOS GRUPOS	1,088	1,125	1,271	1,450	1,175

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. RMS. 20014

Vemos un descenso en el número de grupos caza mosquitos lo cual atribuimos entre otras cosas al retiro de los promotores de vectores de los centros de salud, al cambio constante de los equipos de promoción. La fluctuación del número de escolares que participan en estos grupos caza mosquitos depende de cuantos escolares la escuela permita que participen.

**Tabla No. 79. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD.
NÚMERO DE GRUPOS CAZA HUMO. AÑOS 2008 - 2013**

AÑOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013
NUMEROS DE GRUPOS CAZA HUMO FORMADOS	32	33	84	47	55	59

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. RMS. 20014

Antes del 2009 el grupo Caza Humo era el mismo que el de Caza Mosquito. A partir de ese año el Departamento de Promoción dicta la directriz de que cada Centro de Salud debía tener un grupo de Caza Humo y otro de Caza Mosquito independientes uno del otro, ya que cada grupo tenía un indicador de evaluación propio. Observamos un crecimiento lento pero sostenido de número de grupos Caza Humo.

Para la colaboración en la solución de los problemas de salud, promovemos el acercamiento e involucramos instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales en las comisiones **INTERSECTORIALES CONTRA EL DENGUE**. Contamos en la actualidad con una comisión Intersectorial Regional con la participación de 25 instituciones y 15 comisiones Intersectoriales contra el Dengue a nivel local. Estas comisiones son importantes en la lucha contra el Dengue.



Es nuestro propósito que cada centro de salud realice un **PACTO SOCIAL** entre la sociedad civil y el sector salud en pro de una mejor calidad de vida de los ciudadanos.



Desde el 2007 la Región Metropolitana de Salud mantiene un acuerdo de cooperación con la Asociación de Muchachas Guías de Panamá y en el 2013 el Policentro de Salud de Juan Díaz firmó un convenio de una alianza estratégica en la prevención del Dengue con el Comité de Salud y 17 instituciones del corregimiento.

Las directivas de los Comités de Salud deben actualizarse todos los años. Cada año hemos retroalimentado a estos directivos en todo lo relacionado a los decretos ley 401 y 389. Además de sensibilizarlos y capacitarlos en temas relacionados a la prevención de enfermedades para que sean agentes multiplicadores del conocimiento y colaboradores con el equipo de salud.

**Tabla No. 80. Región Metropolitana de Salud
Comité de Salud y su Condición General 2014**

Nº	Comité de Salud	Clasificación		Fecha de elección	Fecha resolución	Observación
		vigente	No vigente			
1	Curundú		✓	28/6/2009	31/8/2009	desactualizado
2	Parque Lefevre		✓	13/7/2008	15/4/2009	desactualizado
3	Paraíso	✓		7/2012	29/12/2011	Actualizado
4	Boca la Caja	✓		29/7/2012	Nivel nacional 24/12/12	Nivel nacional Cambio de firma
5	Veracruz	✓		17/4/2011	29/12/2011	Actualizado Octubre 2012
6	Rio Abajo	✓		10/12	11/2/2010	Los documentos están en el centro de Salud
7	Tocumen	✓		2011	23/2/2011	Actualizado nov/2013
8	Pedregal	✓		6/2/2011	29/11/2012	Actualizado
9	Mañanitas	✓		2012	24/6/2012	Actualizado
10	Taboga		✓	28/2/2008	31/8/2009	desactualizado
11	Santa Ana	✓		1/Dic/2012	28/5/2009 Nacional	Desactualizado Esta en registro
12	Chorrillo	✓		30/10/2011	15/1/2014	Cambio de firma
13	Juan Díaz	✓		29/8/2010	18/3/2011	Actualizado
14	24 de Diciembre	✓		-	4/8/2011	Desactualizado esta en registro
15	Pueblo Nuevo		✓	24/10/2010	29/12/11	Desactualizado
16	Emiliano Ponce	✓		21/11/2010	4/2/12	Actualizado
17	San Felipe			8/7/2011	8/2/2012	Actualizado
18	Felipillo	✓		26/10/14	3/5/2011	Actualizado
19	Las garzas		✓	2/8/2010	2/8/11	desactualizado
20	Federación de comité de Salud		✓	18/1/2007	12/2/07	Hacer elecciones nuevas

h.3.- COMUNICACIÓN PARA LA SALUD:

Proceso de presentar y evaluar información educativa, persuasiva, interesante y atractiva que de por resultado comportamientos individuales y sociales sanos.

**Tabla No. 81. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD
NÚMERO DE FERIAS DE LA SALUD RESALIZADAS. AÑOS 2006 - 2013**

AÑOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
FERIA DE LA SALUD REALIZADAS	43	52	75	47	38	36	43	38

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. RMS. 20014

**Tabla No. 82. REGION METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD
APOYO A FERIAS DE LA SALUD /AÑOS2007 - 2013**

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
APOYO A FERIA DE LA SALUD	41	88	71	113	82	88	87

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PROMOCION DE LA SALUD. RMS. 20014

Para este propósito desarrollamos ferias de salud en todos los corregimientos y apoyamos ferias organizadas por otras instituciones, y desde el año 2006 apoyamos ferias de otras instituciones.

Dentro del marco de las fechas conmemorativas del sector salud se organizan campañas, concursos, cadenas humanas, desfiles y se entrega material educativo con información a la comunidad sobre factores protectores a la salud y prevención de riesgos.



Reconocemos que no ha sido fácil activar el trabajo comunitario, el primer nivel de atención debe garantizar una atención integral con participación social con énfasis en la promoción y la prevención, es una responsabilidad tanto del director médico como del equipo de salud.

Habrá que desarrollar mayores estrategias para el incremento de la participación ciudadana en las acciones de salud.

Consideramos que nuestra mayor fortaleza esta en las capacitaciones y actualizaciones de los coordinadores de promoción y en los monitoreos y evaluaciones anuales de los Planes de Promoción de la Salud de los Centros de Salud.



Se debe aumentar la asignación presupuestaria para el desarrollo del Programa de Promoción de forma continua y permanente.

Es necesario dotar al departamento de Promoción de la Salud Regional con recurso humano tales como diseñador grafico, secretaria y un educador para la salud adicional y para los centros de salud dotar recurso humano con las capacidades y competencias indispensables para realizar el trabajo con la comunidad. Todo centro de salud debe contar con un Educador para la Salud.

I.- EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA. AÑOS 2009 - 2013

La información proporcionada para el presenta análisis corresponde al informe de ejecución presupuestaria realizado en octubre de 2014. Los cuadros comparativos son los únicos que hacen referencia a años anteriores al 2014, por lo que no se pueden realizar comparaciones durante el quinquenio, no podemos estimar comportamiento de ingresos y egresos, ni del gasto durante el período.

La ejecución del presupuesto asignado por año a la Región Metropolitana de Salud, es un indicador muy importante, ya que a través de este podemos saber si las asignaciones presupuestarias, hechas a los diferentes renglones que componen el presupuesto de funcionamiento han sido ejecutadas efectivamente y han satisfecho las necesidades de los recursos requeridos.

TABLA No. 84

REGION METROPOLITANA DE SALUD			
SECCION DE PRESUPUESTO			
INFORME DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA			
FONDO DE TRABAJO			
AÑO	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
2009	939.478	830.784	88
2010	713.275	675.527	95
2011	1.210.512	1.188.793	98
2012	1.229.847	1.220.548	99
2013	1.655.902	1.387.825	84

Observacion: En el mes de diciembre de 2013, los días 17, 18 y 23 se gestionaron por la suma de B/.137,154.83 próximo al cierre fiscal. extras de noviembre y diciembre 2013 y cuota patronal lo que baja el %ejec.

recursos requeridos.

Durante el quinquenio 2009-2013, la ejecución presupuestaria ha sido variable, tanto en el fondo de trabajo como en el de administración. La tabla No. 84 nos muestra el comportamiento de dicha ejecución específicamente en el fondo de trabajo, donde se aprecia que el comportamiento ha

sido variable, desde 88% en el 2009 hasta 99% en año 2012, sin embargo la ejecución disminuye notablemente a 84% en el 2013. Igualmente se aprecia un incremento en la asignación del fondo de trabajo durante todo el período.

TABLA No.85

REGION METROPOLITANA DE SALUD			
SECCION DE PRESUPUESTO			
INFORME DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA			
FONDO DE ADMINISTRACION			
AÑO	PRESUPUESTO MODIFICADO	EJECUCIÓN	% EJECUCIÓN
2009	338.309	294.801	87
2010	399.683	303.556	76
2011	674.614	631.516	94
2012	521.676	521.576	100
2013	472.187	436.033	92

Obs. Se recibe el 23 de diciembre 2013 Gestion de Cobro por B/.35,019.53

De esta forma, para el año 2000 como lo demuestra el cuadro No.84 de Ejecución Presupuestaria año 2009-2013, la gestión realizada puede ser calificada como buena, ya que estuvo por encima del 80% de ejecución.

Solamente en el fondo de administración se logró una ejecución de 100% en el año 2012.

I.- CONCLUSIONES

1. La situación demográfica de la Región Metropolitana de Salud (RMS) continua clasificada como de franca transición (grupo 3, según la OPS)⁶¹ caracterizada por disminución de las tasas de natalidad y fecundidad, mortalidad general estable, crecimiento poblacional moderado y aumento de la esperanza de vida. Aunque en nuestro caso en particular, la fecundidad mostró aumento en los últimos cuatro años.
2. La población de la RMS está compuesta en su mayoría por personas en edad productiva de 20 a 59 años, menores de 10 años y adolescentes entre 15 a 19 años. Lo que indica que nuestra población se encuentra en proceso de envejecimiento. Es menester tomarlo en cuenta al momento de formular estrategias y organizar los servicios de salud, a fin de garantizar una oferta sanitaria cónsona con la realidad expresada a través de indicadores demográficos.
3. El patrón de la mortalidad ha variado consistentemente en los últimos años debido al desplazamiento de otras enfermedades por los tumores malignos y las patologías crónicas o relacionadas con los estilos de vida como el infarto del miocardio, la enfermedad cerebro vascular y las causas externas, como consecuencia de los cambios demográficos mencionados y por las modificaciones en los estilos de vida de las personas.
4. Sin embargo, la morbilidad continúa determinada por enfermedades transmisibles como las infecciones respiratorias y las diarreas de origen presuntamente infeccioso. El primer lugar ocupado por la caries dental parece corresponder a un esfuerzo en el registro del diagnóstico, ya que no ha sido sostenible en el tiempo.
5. El análisis de la mortalidad es importante para establecer el perfil de la situación de salud de un área sanitaria, por lo que es necesario contar con los datos actualizados. Lamentablemente la contraloría General de la Nación presenta casi dos años de desfase en cuanto a indicadores vitales.

⁶¹ OPS. 2000. Análisis de Situación de Salud de Las Américas, 1999-2000. <http://www.paho.org>. Versión electrónica del Boletín Epidemiológico, Vol.21 No. 4, diciembre de 2000.

6. Para el análisis de la morbilidad es importante la codificación de las enfermedades, utilizando la herramienta de la décima clasificación de enfermedades (CIE-10) y esto parece estar influenciando la forma en que se estructura la morbilidad, ya que unos años se “agrupan” los datos y en otros años se desagrupa más, esto hace que no sean comparables entre sí. El software utilizado lo hace de manera automática, sin tomar en cuenta detalles clínicos propios del proceso de diagnóstico.
7. La mortalidad infantil presentó un dramático descenso de casi 50%, esta no se distribuye de forma homogénea en toda la región. En términos de codificación se aplica lo expresado para la morbilidad.
8. Los indicadores de cobertura tienen como referencia la población, por cuanto la meta es siempre “cubrir” a toda la población, por lo que la cifra máxima es el 100%. Algunos indicadores reportados superan el 100%, lo que a todas luces constituye un error de registro, que puede ser debido a:
 - Deficiencias en el registro, omitir la clasificación “fuera de área” y “fuera de área de responsabilidad” sobre todo en instalaciones que por su ubicación geográfica facilitan esta situación.
 - Error en las estimaciones de población, sobre todo después del censo del 2010.
 - Duplicación de la información
9. Los indicadores en general, evidencian los esfuerzos de los equipos de salud y de la oferta de servicios, esfuerzo que debe direccionarse y sostenerse en el tiempo a fin de que los patrones observados sean más consistentes y podamos tener impacto en la población, expresado a través de su conducta y estilos de vida.
10. A pesar de que la captación del recién nacido ha aumentado de forma moderada pero sostenida durante el período, la atención del menor de un año muestra un comportamiento irregular, aspecto éste, relacionado no sólo con la atención sino también con la accesibilidad económica y cultural de la población.

11. En cuanto a indicadores de “cobertura” y de acuerdo a la estructura del mismo, la información completa no está disponible. Por ejemplo: la estructura del indicador cobertura del menor de un año es: “Número de niños con 5 controles de crecimiento y desarrollo entre el total de niños de un año”. El sistema de información no provee datos sobre el número de controles recibidos, por lo que se utiliza la categoría de consultas de ingresos y nuevos. Esto significa que se tratan de estimaciones y aproximaciones. Igualmente sucede al analizar la cobertura de atención prenatal, el cual requiere conocer el número de mujeres con 7 controles o más, dato que los boletines estadísticos no reflejan y el sistema de información tampoco, por lo que se utiliza el porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal.
12. Una situación que se viene produciendo desde hace muchos años es que la cobertura de crecimiento y desarrollo disminuye a medida que los niños aumentan su edad. Sin embargo, no se han desarrollado estrategias conducentes a mejorar este indicador.
13. El agrupar a los niños en la categoría de 5 a 14 años dificulta el análisis, ya que las condiciones y determinantes de salud son diferentes y el grupo de 10 a 14 pertenece a los adolescentes, por lo que este último análisis está sesgado.
14. En el aspecto de programa maternal, se presentaron cifras superiores a 100%, indicando la atención de mujeres fuera del área de responsabilidad geográfica poblacional, pero también la posibilidad de subestimación de los embarazos esperados, todo esto relacionado también a las estimaciones de población según el censo del 2010.
15. Llama poderosamente la atención que el reporte de casos de algunas enfermedades fue cero hasta el año 2010 cuando se reportaron casos, como por ejemplo: Tricomoniasis urogenital con 15 casos, Candidiasis no específica con 42 casos y Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis con 487 casos. Esto a su vez implica un incremento notorio en el número de casos totales por ITS desde 286 en el año 2005 a 702 en el año 2010.
16. La caries dental ocupó el primer lugar durante el quinquenio 2006-2010, de igual forma otras enfermedades dentales se situaron entre las más frecuentes. Este hecho nos parece consecuencia de los registros, por lo que se hace necesario una revisión más exhaustiva utilizando la herramienta CIE-10.

17. La tuberculosis constituye la enfermedad reemergente más relevante en nuestra región a pesar de la disminución en las tasas durante los últimos dos años, el grupo que más afectación reporta son los hombres.
18. Las dificultades para lograr los indicadores del programa TAES están relacionadas principalmente a pacientes con problemas sociales tales como indigentes, pandillerismo y delincuencia común. A esto sumamos la cultura migratoria de la población de origen indígena, los inmigrantes, y el aumento de casos de HIV/SIDA. Se presentan dificultades también en la dotación de recurso humano para el abordaje de estos pacientes en las instalaciones de Salud por las múltiples funciones y responsabilidades de los mismos
19. La búsqueda del Sintomático Respiratorio para los años 2005 al 2010 descendió de un 41% a un 25%, donde no se logra identificar de acuerdo al 1% de la consulta de medicina general al paciente con síntomas respiratorios y no se cumple con el indicador de ordenar la primera y segunda muestra a los captados. El criterio de evaluación de la Región es < al 50% que corresponde a un estado crítico y a una búsqueda pasiva siendo considerado el > a 85% como bueno.
20. En el programa TAES, el número de pacientes en retratamiento ha ido en aumento de 46 en el 2005 hasta 66 en el año 2008 y 57 en el año 2009. El abandono en este grupo ha ido en aumento y es en este grupo que se halla el mayor número de muertes con un promedio de 10% para el quinquenio.
21. Al analizar las enfermedades crónicas no transmisibles nos percatamos de cierta dificultad en el registro de las mismas, que ya fue expresado al presentar el análisis de la morbilidad en el adulto mayor. No obstante consideramos importante realizar un análisis particular de estas patologías a fin de tener un panorama más completo de las mismas.
22. La Obesidad se muestra como una de las enfermedades crónicas de importancia en el decenio, producto de su incremento consistente durante el período, así como la hipertensión y la diabetes. Sin embargo, se percibe cierta dificultad en el registro debido a la variabilidad de las cifras. Esta situación pareciera corresponder a dificultades diagnósticas y de registro.

23. Consideramos importante señalar que la vigilancia epidemiológica en general de estas enfermedades es tipo pasivo, ya que son pacientes que acuden a nuestras instalaciones y no provienen de la búsqueda activa en las comunidades.
24. En términos generales, podemos mencionar que lo primero que debemos resaltar, es que se trata solamente de la morbilidad atendida en las instalaciones bajo responsabilidad de la Región Metropolitana de Salud por lo que el análisis poblacional se ve sesgado. No contamos con datos provenientes de otras instalaciones de salud tanto públicas como privadas, que nos permitieran analizar claramente el comportamiento de esta enfermedad en la población. Por otro lado, no contamos con cifras que reflejen la realidad de pacientes en la comunidad que no acuden a las instalaciones de salud, es decir para este informe solamente se utilizaron las cifras de atención intramuros.
25. Llama la atención los porcentajes asignados a la categoría “no específica”, en diferentes programas, en función de ser datos que provienen de una entrevista que el profesional que hace que realiza el diagnóstico, lo que refleja una debilidad relacionada con la atención de estos pacientes, ya que son datos generales que no se refieren al evento. Pareciera estar relacionado con la destreza y habilidad para el manejo de la entrevista.
26. En este aspecto para este período se cierne la dificultad de calcular los indicadores adecuadamente ya sea por la ausencia de datos provenientes de otras fuentes que proveen atención de salud, o por déficit en las estimaciones de población, consecuentes a las dificultades presentadas por el censo realizado en el 2010.
27. Al realizar el cálculo de la población que consulta (evaluado como frecuencia de uso), vemos que ha sido variable a lo largo de los años siendo menor en el año 2007 y 2008 con 44%. San Felipe y Santa Ana fueron los centros de salud con mayor porcentaje, probablemente debido a su posición o localización como área de tránsito, lo que explicaría las cifras superiores a 100%. Llama la atención que siendo Pueblo Nuevo una instalación céntrica también su porcentaje de población consultada sólo llega al 30% durante todo el período.

28. Los trastornos nutricionales en su conjunto constituyen una causa importante de morbilidad en todos los rangos de edad, destacándose las anemias y la obesidad. Sin embargo, el manejo de los indicadores de programa no es oportuno y consecuente con esta realidad.
29. Las infecciones de transmisión sexual se han incrementado en general durante el período, aún cuando algunas han reportado disminuciones importantes como la infección gonocócica, por ejemplo. Sin embargo, la persistencia o el aumento de otras ITS indica que aún queda por hacer en materia de promoción y prevención, específicamente en el área de salud sexual y reproductiva y conducta humana.
30. Durante el período se han profundizado problemas relacionados con el estilo de vida y los mecanismos de relación entre los individuos, tales como: el SIDA, las violencias, en general, que devienen en maltrato y violencia intra familiar, el consumo de drogas lícitas e ilícitas, el deterioro del medio ambiente y otros más. El perfil epidemiológico para cada uno de estos problemas parece corresponderse con lo expresado en la literatura e investigaciones en otras áreas y países, a pesar de que el sistema de información no recoge sistemáticamente datos (excepto en SIDA y VIF) que permitan conocer a fondo la situación y evaluar el impacto de las acciones de promoción-prevención que en esa materia se realizan.
- a.** No obstante con los datos obtenidos hasta el momento en el área de Violencia Intra familiar identificamos como grupos susceptibles a las mujeres y los menores de edad, ya que son los más afectados por el fenómeno de la Violencia Intra familiar. El hombre figura como agresor con mayor frecuencia. La violencia física es la más frecuente, seguida del abuso sexual.
 - b.** Las formas mixtas de Violencia Intra familiar deben alertarnos sobre episodios de mayor gravedad y profundidad. El consumo de alcohol es el antecedente más frecuente en los episodios de maltrato. Los (as) cónyuges y los padres y madres son con mayor frecuencia los parientes identificados como abusadores (as).
 - c.** Aún queda mucho por hacer e investigar, debe darse prioridad a este problema. Existe necesidad de nuevas investigaciones cada vez más amplias y profundas.
 - d.** Los datos correspondientes a consumo de drogas y otras conductas de riesgo no están actualizados. Los últimos datos disponibles corresponden al año 2003.

31. Aún no se ha determinado con claridad la red de servicios de la Región Metropolitana de Salud. Tenemos hospitales nacionales de tercer y cuarto nivel que no coordinan con la RMS y por consiguiente no comparten información, de tal manera que compartiendo el espacio geográfico poblacional funcionamos independientemente. Tampoco existe comunicación con otros proveedores públicos de servicios (CSS) por lo que nuestros indicadores solamente proveen una visión sesgada de la situación de salud de la población. Esto se refleja en el poco impacto de las acciones sanitarias en la población:
- a. Precepción del incremento de las conductas de riesgo.
 - b. Utilización deficiente de los recursos de segundo y tercer nivel.
 - c. Disminución de los indicadores sanitarios en general.
32. La Región Metropolitana cuenta con herramientas de gestión que se han venido desarrollando desde 1997, como lo son la encuesta de satisfacción del usuario y la auditoria de expedientes de pacientes. Sin embargo son procesos que requieren de ajustes metodológicos para garantizar la representatividad de la población de manera que puedan realizar inferencias al universo (población). La encuesta de satisfacción del usuario fue descontinuada por el nivel nacional. La metodología actual de la auditoría de expedientes no permite realizar comparaciones, ya que la muestra carece de representatividad en su forma de selección y calculo.
33. No obstante con los resultados actuales de las auditorías es evidente que han de realizarse esfuerzos ingentes para mejorar la calidad de la atención, la que en la mayoría de los parámetros auditados no alcanzó el 0.70, índice considerado de buena calidad.
34. Existe dificultad para la obtención de datos que orienten el análisis de la gestión de los recursos en la RMS y permitan profundizar en algunos problemas de carácter social y ambiental.
35. El sistema de información existente requiere de una revisión completa y readecuación a fin de que se puedan incluir en los análisis indicadores de costo de la atención general, por servicio y programa, datos de la atención realizada a las comunidades en términos de acciones sanitarias dirigidas al ambiente, a los establecimientos de interés sanitario de expendio de alimentos y otros; datos provenientes de las actividades de promoción de salud, datos del manejo de RRHH, y poder establecer relaciones en términos de eficacia, eficiencia, efectividad y calidad.

36. El análisis de costos no se incluye ya que durante este último quinquenio esa función no fue desarrollada.
37. Muchos de los datos necesarios para los diferentes análisis regionales y locales deben surgir de fuente primaria, al no haber registros sistematizados de los mismos. La investigación operativa y en servicios es una actividad que no se realiza desde hace más de un decenio.
38. Durante del proceso de elaboración y recolección de datos para el presente análisis se evidenció que el equipo regional está trabajando con un método de rutina y crisis, obviando el análisis estratégico de alternativas.
39. Los problemas identificados por el equipo fueron:
 - a. Incremento de riesgos ambientales y de salud pública
 - i. Dificultades en el almacenamiento de los químicos utilizados por los equipos de salud pública
 - ii. Inadecuado manejo de los desechos sólidos domésticos.
 - iii. Colapso de las plantas de tratamiento de aguas residuales y tanques sépticos con desbordes a los cuerpos de agua.
 - iv. Incremento de nuevos locales de interés sanitario.
 - v. Saneamiento básico.
 - vi. Falta de agua potable.
 - b. Baja participación social en las acciones de salud tanto a nivel local como regional.
 - i. Escaso empoderamiento sobre la salud individual y colectiva por parte de los habitantes de las comunidades.
 - c. Escaso compromiso del equipo local
 - d. RH insuficiente
 - i. Jubilaciones, traslados, renunciaciones.
 - ii. No se realizan nuevos nombramientos o contrataciones
 - iii. Especialistas (ginecólogos), Enfermeras, inspectores de control de vectores, saneamiento ambiental, nutricionistas, entre otros.
 - e. Agotamiento del modelo de atención
 - i. "Patocéntrico". Centrado en la atención de la enfermedad.
 - ii. Mecanismo de rutina y crisis
 - iii. No prioriza la promoción y la prevención, potenciando factores protectores
 - f. Escasa asignación presupuestaria para las acciones de salud para:

- i. Promoción, capacitación, actividades de saneamiento ambiental, control vectores, etc.
 - ii. Adquisición de insumos, materiales y suministros para la provisión de servicios de salud.
 - iii. Mantenimiento de las instalaciones y equipos médico –quirúrgico.
 - iv. Desarrollo logístico de las actividades sanitarias regionales y locales
- g. Problemas de infraestructura
 - i. Edificios de la sede regional en franco deterioro
 - ii. Estructuras locales inadecuadas y deterioradas
- h. Aumento de las enfermedades crónicas
 - i. Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial
- i. Sub-registro de actividades
 - i. Saneamiento ambiental, Control de vectores y Promoción de la salud
- j. Escasa coordinación interdepartamental
 - i. Equipos de trabajo fragmentados
 - ii. Focalización en tareas individuales y no en metas regionales
- k. Disminución de indicadores sanitarios
 - i. Cobertura de atención del menor de cinco años
 - ii. Captación de embarazo, cobertura de atención de embarazadas
 - iii. Cobertura de atención de adolescentes y adultos.
 - iv. Concentración de la atención
 - v. Toma de PAP
 - vi. Cobertura de vacunación
 - vii. Atenciones a establecimientos de interés sanitario
 - viii. Indicadores de salud bucal
- l. Aumento del índice de infestación por vectores
 - i. Incrementa el riesgo por enfermedades como: dengue, malaria, Chinkuncuya
- m. Escasa coordinación interinstitucional
- n. Aumento de la prevalencia de ITS y VIH-SIDA
- o. Aumento de enfermedades emergentes y reemergentes
 - i. Tuberculosis

- p. Disminución de recurso humano idóneo y ajustado a necesidades
- q. SIS desactualizado, no recoge datos sobre:
 - i. Costos de la atención
 - ii. Brechas de inequidad
 - iii. Otros aspectos de la calidad atención como por ejemplo: Tiempos de espera, demanda insatisfecha, oportunidades perdidas.

J.- RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la función de rectoría de la RMS tales como regulación, conducción, vigilancia de la salud y las FESP, a través de los Lineamientos Legales y Plan de Gobierno, Políticas de Salud, Plan Nacional de Salud, Plan Estratégico Regional y Convenios Internacionales en donde Panamá es signatario.
2. Fortalecer el proceso de planificación estratégica y de programación operativa, así como la supervisión, monitoreo y evaluación. Se requiere empoderar a los equipos regionales y locales en este proceso a fin de lograr análisis oportunos de toda la información.
3. Fortalecimiento de las competencias del recurso humano técnico y profesional, en los niveles regionales y locales para la prevención y atención de problemas sanitarios, fomentando el autocuidado de la salud, los estilos de vida saludables y los comportamientos sanos.
4. la autoestima, la capacidad de análisis y la toma de decisiones.
5. Capacitar y actualizar permanentemente al recurso humano en los aspectos técnicos inherentes y sobre el enfoque de Promoción de la Salud y Participación Social.
6. Fortalecer el proceso de monitoreo y supervisión de normas, programas y planes.
7. Fortalecer la educación sanitaria comunitaria encaminada a la prevención mediante concienciación, difusión e información en salud.
8. Fortalecer el proceso de vigilancia epidemiológica de las enfermedades y monitoreo de la situación de salud, mediante el desarrollo de la vigilancia activa de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo la vigilancia epidemiológica del cáncer, de la obesidad, enfermedades cardiovasculares y violencias, entre otras.
9. Articulación de los servicios del MINSA con otros servicios públicos (CSS) y privados, con miras al desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

10. Integración de los equipos técnicos intersectoriales para acciones conjuntas tanto en el diseño de políticas, así como para la intervención por niveles
11. Fortalecer el sistema de información mediante el uso de formularios únicos y adaptados a la legislación vigente, incluyendo aquellos aspectos que hasta el momento no están incluidos.
12. Fortalecer la capacidad tecnológica del Sistema de Información a través de:
 - a. Readecuación del equipo existente, optimizando los mismos y mejorando los programas.
 - b. Capacitación en manejo y uso de programas informáticos, para análisis de datos como: SPSS, EPI-INFO, STATS entre otros.
 - c. Utilización óptima y efectiva de las bases de datos existentes.
 - d. Realizar mantenimiento preventivo a cada uno de los equipos.
 - e. Implementación del registro en hojas electrónicas.
 - f. Divulgación oportuna de la información y de los análisis realizados en los diferentes departamentos así como en los niveles locales.
13. Promover y establecer la investigación operativa en aquellas áreas donde, o bien escasean los datos o éstos no son confiables, así como también estimular y promover la investigación científica en sus diferentes aspectos.
14. Promover los elementos necesarios para lograr una coordinación efectiva (vertical y horizontal).
15. Fortalecer el componente comunitario de los programas de salud y las actividades de control, con el objetivo de ofrecer una atención integral, reforzar la participación social y la promoción de la salud.
16. Promover la participación de los actores sociales, los municipios, la empresa privada y las ONG's en la labor de vigilancia de las cuencas hidrográficas.
17. Fortalecer la cultura de calidad en la RMS y seguimiento a las herramientas creadas para la mejora de calidad de los servicios. De igual forma se requiere de fortalecer el trabajo en equipo, básico para lograr una cultura de calidad.

18. Con relación a las auditorías: Revisar las preguntas contenidas en las auditorías y la encuesta de satisfacción para realizar modificaciones, cumpliendo con el proceso de validación de las mismas. Realizar una evaluación que contemple todo el proceso metodológico de la auditoría y la encuesta de satisfacción, donde además, se readecuen los instrumentos de acuerdo con los resultados obtenidos hasta ahora.
19. Capacitar efectiva y adiestramiento de los funcionarios de salud, en busca de mejoramiento técnico y profesional, en lo individual y colectivo donde se incorpore como principio básico el desarrollo y fomento de una cultura institucional.
20. Promover la responsabilidad y coordinación efectiva y permanente en el sector salud público o privado, para el manejo adecuado de los desechos peligrosos que se generan en el marco de su actividad diaria.
21. Fortalecer la coordinación entre el sector institucional público de salud (CSS y MINSA), y el sector privado, con el objeto de lograr un adecuado sistema de vigilancia, para lograr una mayor eficiencia y eficacia en la lucha contra la enfermedad.
22. Establecer un mecanismo de divulgación y retroalimentación que promueva la discusión y análisis de forma vertical y horizontal, así como el trabajo en equipo.
23. Fomentar e incluir el análisis económico y financiero de la prestación de servicios.
24. Recomendaciones sobre sífilis... Se requiere la utilización de la CIE-10 por parte de los profesionales que realizan los diagnósticos, a fin de disminuir las patologías no especificadas y para esta enfermedad es fundamental confirmar los reportes de "sospecha por". Por lo sensitivo de la patología y de los grupos susceptibles.
 - a. Debe existir la posibilidad de realizar el análisis de forma sistemática y continua, comparando años y utilizando serie cronológicas que permitan tener la posibilidad de establecer tendencias, de manera que dicha información sea utilizada en los procesos de planificación y programación.
 - b. Es necesario la incorporación de los datos provenientes de la vigilancia epidemiológica con la finalidad de verificar el flujograma de la información y los procesos de registro y

notificación, así como depurar la base de datos una vez que los casos sospechosos han sido descartados o confirmados.

- c. Es conveniente incorporar el análisis de la morbilidad general reportada en la hoja de registro diario de consulta, para así determinar con claridad las patologías con mayor prevalencia en la población y verificar el nivel y calidad del registro de diagnósticos. Debemos recordar que la notificación epidemiológica es un paso en el registro de las patologías atendidas en las instalaciones, que toda patología atendida se debe anotar en la hoja de registro diario y que la diferencia reside en el tipo de notificación (semanal vs. Mensual).
- d. Existe alguna dificultad para el manejo de estos datos en programas poco especializados, por lo tanto para mejorar los análisis en materia de calidad y oportunidad se requiere de la tecnología apropiada, pero también de la comunicación oportuna de las situaciones epidemiológicas de interés.
- e. Es evidente el aumento del número de casos y tasa de incidencia de la sífilis en la región metropolitana de salud, lo cual nos obliga a realizar una investigación profunda de los condicionantes y factores que están favoreciendo estos aumento, a fin de establecer las medidas de control.

K.- BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Heredia, Francisco, MD-MSP. 2003. **Calidad y Auditoria en Salud**. Eco Ediciones. Bogotá, Colombia.
2. **Atención Primaria en Salud**.. McGraw-Hill, Interamericana.
3. CONADEC. **Informe anual 2008**. Comité Nacional de Análisis de Estadística Criminal. Ministerio de Gobierno Y Justicia.
4. OPS. 1994. **Materiales de Enseñanza sobre El Uso de la Epidemiología en la Programación de los Servicios Locales de Salud**. Serie Paltex No.34
5. OPS/OMS.. **Manual de Vigilancia Epidemiológica**. Jorge D. Lemus. No.8. Volumen I.
6. OPS/OMS.. **Manual de Conceptos sobre Programación en los Sistemas Locales de Salud**. Néstor A. Perrone. No.8. Volumen I Serie HSP-UNI. Manuales Operativos Paltex.
7. OPS. . **Salud en Las Américas**. Publicación Científica.. Volumen I Washington, D.C. E.U.A.
8. Martínez, F.; Navarro, J.M, Auto P.L; Castillo M. Gili; P. Marset y V. Navarro.. **Salud Pública**. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid, España.
9. MINSA.. 1995. **Indicadores de Salud**. Dirección General de Salud. Elaborado por el departamento de registros médicos y estadísticas.
10. MINSA. **Situación Nacional de Salud**. 2000. Dirección Nacional de Políticas de Salud.
11. MINSA. **Registro Nacional del Cáncer**. .
12. MINSA. **Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida, ENSCAVI**. 2007.
13. MINSA. 2000. **Plan Regional de Salud 1998 – 2000**. Región Metropolitana de Salud.
14. Morales Eraso, Natalia. 2011. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Una Propuesta de Intervención**. Grupo de investigación rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad. Escuela de Medicina y Ciencias de Salud. Documento de investigación N0.14. Editorial Universidad del Rosario. Colombia, pagina 7.
15. RMS. **Boletín Estadístico**. Años 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013. Sección de Registros y estadísticas de Salud (REDSA). Departamento de Planificación.
16. RMS. **Plan Regional de Salud 1998-2000**.
17. RMS. **Plan Estratégico Regional de Salud**. 2000-2004
18. RMS. 2001. **Situación de la Violencia Intra familiar en la RMS. Años 1997-2000**. Porcell Nadja. y Tedezco, Gladys. Comisión Regional Contra la Violencia Intra familiar.

19. RMS. 2000. **Consideraciones Acerca del Sistema de Información en Salud.** Porcell, Nadja. Departamento de Planificación, Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.
20. RMS. Marzo 2011. **Análisis Situacional 2005-2010.** Departamento de Provisión de Servicios.
21. RMS. 2011. **Informe de Programa Nacional de Salud Escolar/PRONASE.** Coordinador Dr. José Córdova.
22. RMS. 2012. **Informe de Situación de la Diabetes Mellitus 2001-2011.** Departamento de Planificación. Sección de Análisis y Tendencias de Salud. Dra. Nadja Porcell.
23. RMS. 2012. **Análisis Descriptivo de los Diagnósticos por Sífilis Reportados Durante los Años 2008-2012.** Departamento de Planificación. Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Dra. Nadja Porcell.
24. RMS. 2014. **Análisis comparativo de las coberturas de vacunación 2009 – 2013.** Lic. Zenaida Vergara y Lic. Florentina Dixon. Coordinación Epi/PAI.
25. RMS. 2014. **Informe de la Cohorte de TBC.** Coordinación del Programa de Tuberculosis. Departamento de Salud Pública.
26. RMS. 8 y 9 de septiembre de 2014. **Análisis de Fotografías,** documento final. Policentro de Juan Díaz.
27. MINSA/C.S.S. **Normas Técnicas Administrativas para la Atención de las Enfermedades Transmisibles Sexualmente y el VIH/SIDA.** Dirección General de Salud de la Población.
28. OPS/OMS.. **Documentos: Perfiles Básicos de Salud de Países, Resúmenes** <http://www.paho.org>.
29. OPS/OMS.. **Análisis de Situación de Salud en las Américas,** <http://www.paho.org>