



Análisis de Situación de Salud

Panamá 2015

AUTORIDADES

**SU EXCELENCIA
FRANCISCO JAVIER TERRIENTES
MINISTRO DE SALUD**



**SU EXCELENCIA
MIGUEL MAYO
VICEMINISTRO DE SALUD**



**HONORABLE SEÑOR
ERIC ULLOA
SECRETARIO GENERAL DE SALUD**



**HONORABLE SEÑOR
TEMÍSTOCLES DÍAZ
MINISTRO CONSEJERO**



OTRAS AUTORIDADES

NIVEL ASESOR

Licdo. Jaime Paolo

Director de la Oficina de Asesoría Legal

Licda. Liliana Vargas

Directora de la Oficina de Relaciones Públicas

Licda. Natasha Dormoi

Directora de la Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica

Dra. Ingrid González

Directora de la Oficina de Salud Integral para la Población con Discapacidad

Licdo. Daniel Cedeño

Director de la Oficina Nacional de Organización y Desarrollo Institucional

Dr. Enrique Mayo

Director Ejecutivo de la Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGSAF)

Ing. Julio César Castillo

Director de la Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP)

Acueductos Rurales y Saneamientos

Ing. Tatiana de Janón

Directora del Proyecto de Saneamiento de la Ciudad y la Bahía de Panamá

NIVEL DE APOYO

Licdo. Roberto Biendicho

Director de Administración

Licdo. Gaudencio Rodríguez

Director de Finanzas

Licda. Ilse Santos

Directora de Recursos Humanos

Arq. Gladys Aleida Tejada de Isturain

Directora de Infraestructura de Salud

Ing. Félix Stanziola

Director de la Oficina de Informática

NIVEL TÉCNICO DE TRABAJO

Dra. Reina Roa

Directora de Planificación

Dra. Iritzel Santamaría

Sub-Directora

DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD

Dra. Norma Astudillo
Jefa del Departamento

Equipo Técnico

Lic. Bernardino Lozano
Lcda. Rebeca de Baena
Dra. Cristina Gómez
Dra. Yelkis Gill
Dra. Jamileth Cortés

JEFES DE DEPARTAMENTO Y EQUIPO DE TECNICOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

NIVEL OPERATIVO EJECUTIVO

Dra. Itza de Mosca

Directora General de Salud Pública

Dra. Felicia Tulloch

Sub-Directora General de Salud Pública

Dra. Omaira Tejada

Directora de Promoción de la Salud

Dra. Aldacira Bradshaw

Sub-Directora de Promoción de la Salud

Dra. Walkiria Willson

Directora de Provisión de Servicios de la Salud

Dra. Itzel Smith

Sub-Directora de Provisión de Servicios de la Salud

Licda. Jenny Vergara

Directora de Farmacia y Drogas

NIVEL OPERATIVO HOSPITALES NACIONALES

Dr. Ángel Cedeño

Director Médico Hospital Santo Tomás

Dr. Paúl Gallardo

Director Médico del Hospital del Niño

Dra. Rosa Vega

Directora Médico del Hospital San Miguel Arcángel

Dra. Cecilia Donderis

Directora Médico del Hospital 24 de Diciembre

CENTROS ESPECIALIZADOS

Dra. Eldia Lasso

Directora del Instituto Nacional de Salud Mental

Dr. Anibal Villrreal Cruz

Director Médico del Instituto Oncológico Nacional

Dr. Néstor Sosa

Director Médico del Instituto Gorgas (ICGES)

Dr. Marcos Salazar

Director Médico del Instituto de Medicina Física y Rehabilitación

Ing. Yariela Gallego

Directora del Patronato de Nutrición

Dr. Edgardo Della Sera

Director del Patronato del Hospital José Domingo de Obaldía

HOSPITALES REGIONALES

LOS SANTOS

Dra. Leyla Sánchez

Directora Médico del Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas

Dr. Ronald Cortés

Director Médico del Hospital Luis H. Moreno de Macaracas

Dra. Yamileth Mariña

Directora Médico del Hospital Rural de Tonosí

Dr. Aristo Hernández

Director Médico del Hospital Regional Anita Moreno

HERRERA

Dra. Nazareth Vásquez

Directora Médico del Hospital Cecilio A. Castellero

Dr. Pablo Solís

Director del Hospital Sergio Núñez de Ocú

COCLÉ

Dr. Roberto Gómez

Director Médico del Hospital Aquilino Tejeira

CHIRIQUÍ

Dr. Edgardo Della Sera

Director Médico del Hospital José Domingo de Obaldía

PANAMÁ OESTE

Dr. Secundino Sugasti

Director Médico del Hospital Nicolás A. Solano

PANAMÁ ESTE

Dra. María González

Directora Médico del Hospital de Chepo

VERAGUAS

Dr. Rafael Andrade

Director Médica del Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega

Dra. Oris Mojica

Directora Médica del Hospital San Francisco Javier de Cañazas

BOCAS DEL TORO

Dr. Adalberto Villagra

Director Médico del Hospital de Bocas del Toro (Isla)

DARIÉN

Dr. Ricaurter Iván García

Director Médico del Hospital San José de la Palma

Dr. Rolando Rojas

Director Médico del Hospital Dr. Manuel Nieto de Yaviza

Dr. Luis Moreno

Director Médico del Hospital El Real

GUNA YALA

Dr. Rogelio Montoya

Director Médico del Hospital Marvel Iglesias de Aligandí

Dr. Mario Young

Director Médico del Hospital Rural Inabagiña de Mulatupu

NGÄBE BUGLÉ

Dra. Jenny Sittón

Directora Médica del Hospital General de Oriente Chiricano Francisco Pérez

SISTEMAS REGIONALES DE SALUD

BOCAS DEL TORO

Director: Dr. Daryl Padmore

COCLÉ

Directora: Dra. Maricarmen Jaén

COLÓN

Directora: Dra. Mayra Návalo

CHIRIQUÍ

Director: Dr. Agustín Saldaña

DARIÉN

Directora: Dra. Panamá Pérez

NGOBE BUGLE

Directora: Dra. Liliana Santamaría

HERRERA

Director: Dr. Alcibiades Domínguez

GUNA YALA

Director: Dr. Luis De Urriola

LOS SANTOS

Directora: Dra. Nahir Cedeño

PANAMÁ ESTE

Director: Dr. Aníbal Arauz

Subdirector: Dr. Carlos Gálvez

PANAMÁ OESTE

Director: Dr. Joaquín Chang

PANAMÁ METROPOLITANA

Director: Dr. Aurelio Rangel

PANAMÁ NORTE

Directora: Dra. Iluzca Moscoso

SAN MIGUELITO

Director: Dr. Juan Biebarach

VERAGUAS

Director: Dr. Germán Solís

INTRODUCCIÓN	17
CONTEXTO	18
<i>Datos generales e históricos de la República de Panamá</i>	18
<i>Localización</i>	18
<i>División Política-Administrativa</i>	19
Mar Territorial.....	22
Clima.....	22
Ambiente	24
Composición de la población panameña.....	26
El Canal de Panamá	32
Servicio de Salud Pública de la República de Panamá.....	36
Sistemas Regionales de Salud.....	41
Cobertura Universal de Salud	52
Distribución de la población.....	59
Caracterización de la población panameña	61
Envejecimiento de la población en Panamá: evolución 1950- 2050.....	64
Crecimiento natural de la población	66
La Migración.....	68
La Fecundidad	70
La Natalidad	71
La Mortalidad	73
ENTORNO ECONOMICO Y SOCIAL.....	81
Aspectos económicos y financieros	81
Índice de desarrollo humano (IDH).....	81
Producto Interno Bruto.....	82
Inflación	83
Desempleo	83
Deuda Pública en Panamá.....	86
Niveles de Pobreza en Panamá	88
Gasto nacional en Salud	88
Gasto del MINSA en salud.....	90
La educación en Panamá.....	92
Deserción Escolar	93
Programas de Protección Social	94

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA	95
Situación de la calidad del ambiente y su relación con la salud humana recursos hídrico	95
Cuenca del Canal y la Región Interoceánica	96
Acceso y uso del agua potable en Panamá.....	100
Principales Problemas de las Fuentes de Agua Potable	103
Aguas Residuales	105
Contaminación de las Fuentes de Agua para consumo humano por aguas residuales.....	107
El Proyecto de Saneamiento de la Bahía de Panamá	110
Red de Alcantarillado Sanitario:	111
Reciclaje, Reutilización y Recuperación.	129
Contaminación Atmosférica	131
Fenómeno del Niño	134
Situación de los Bosques.....	135
División ecológica de panamá.	137
Áreas Protegidas	140
Los Manglares	141
Reforestación	144
Uso de los Suelos.....	146
Conducta humana y salud	148
Aspectos sobre Tabaco	150
Consumo de Tabaco en Panamá.....	152
Contexto económico de la actividad comercial del Tabaco	163
Otras farmacodependencias	163
Nutrición y salud	173
Escolares	180
Adolescentes.....	189
Adultos	190
Estado nutricional de Embarazadas	192
Nutrición en Personas con discapacidades.....	193
Conductas y Prácticas Sexuales: Satisfacción con la Expresión de la Sexualidad	194
Planificación Familiar.....	195
Violencia	196
Situación de los servicios de Salud Bucal	199
LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD	202
La morbilidad por grupo de edad y sexo	202

La Mortalidad	207
Mortalidad Infantil	210
Mortalidad Neonatal y Pos neonatal	216
La Mortalidad Perinatal	219
La Mortalidad Materna.....	228
Las Enfermedades Crónicas, Transmisibles e Inmunoprevenibles	231
Las Enfermedades Crónicas.....	232
Las Enfermedades del Sistema Circulatorio.....	233
Los Tumores Malignos	236
Enfermedades Transmisibles.....	253
Las Enfermedades Inmunoprevenibles	253
Amebiasis y Hepatitis.....	257
Enfermedades Diarreicas	259
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	263
Distribución por sexo y grupo de edad.....	264
Mortalidad por SIDA.....	267
Tuberculosis	269
Neumonías y Bronconeumonías.....	273
Enfermedades transmitidas por vectores.	276
Malaria	276
Dengue	279
Situación del dengue en Panamá.....	279
Leishmaniasis	281
Situación de leishmaniasis en Panamá	282
Hantavirus.....	284
Salud mental	288
Depresión.....	290
Esquizofrenia.....	291
Autismo	292
Suicidio en Panamá	293
PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD A LA POBLACIÓN.....	295
El Modelo De Atención y La Salud Integral A La Población.....	295
Cobertura y Concentración del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño y la Niña.	296
Proceso de auditoria social de la provisión de servicios de salud	298
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.....	302

Recursos humanos en salud	302
Anexos	344
Bibliografía.....	349

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud y autoridad sanitaria nacional, tiene la responsabilidad de brindar lineamientos orientados al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población de nuestro país. Como autoridad sanitaria, le corresponde adecuar la atención que brinda el sistema de salud de tal forma que garantice el cumplimiento de estos derechos humanos, ya que la salud integral de la población contribuirá a hacer posible el desarrollo social, político, y económico de nuestro país, con una visión constructiva y propositiva.

Con la intención de incorporar nuevas disposiciones a la luz de la evidencia científica y sobre la base de los instrumentos legales a nivel nacional y los compromisos internacionales asumidos por nuestro país en materia de derechos humanos, interculturalidad, equidad e igualdad de género, acceso y cobertura universal presentamos, **El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de Panamá.**

Como herramienta de Gestión estratégica en salud vemos en el Análisis de la Situación de Salud de Panamá (ASIS) un instrumento fundamental para, la elaboración de las Políticas, Planes, Proyectos y Programas de intervención; de la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias interinstitucionales para el dialogo social. El enfoque integral facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que la determinan y la oferta de salud; nos permite caracterizar, medir y explicar el contexto de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de programas y proyectos, apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

En el ASIS se toman en cuenta aspectos del Plan Estratégico de Gobierno 2015-2019, “Un Solo País”, enmarcado en la visión de la construcción de un Estado participativo, en su estrategia económica y social del sector salud que impone como meta fortalecer la rectoría en salud. Los lineamientos y estrategias están dirigidos a la población y al derecho absoluto a la salud y como tal, tenemos la responsabilidad de gestionar, monitorear, evaluar y de hacer intervenciones oportunas, para la conservación integral de la salud y del ambiente en todo el territorio nacional, con la participación de múltiples actores sociales, que contribuya al desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

Este análisis tiene como marco de referencia datos muy relevantes de actualidad como datos retrospectivos muy significativos; a su vez, se muestran gráficas, tablas y cuadros con sus respectivas observaciones y también cuenta con las consideraciones finales de importancia que le dan peso y sustentación a nuestro ASIS nacional.

Por lo anteriormente expuesto, El Ministerio de Salud se complace y pone a disposición el documento **“Análisis de Situación de Salud de Panamá 2015”** a los usuarios del Sector Salud, proveedores de otras Instituciones Gubernamentales, No Gubernamentales, Sociedad Civil, trabajadores organizados de la sociedad, comunidad en general que de una manera integral, trabajan por el bienestar y desarrollo de la población y del ambiente. Esperamos que las mismas ayuden a optimizar la equidad, calidad y calidez de la atención integral en salud ofertada a la población a nivel nacional.

Dr. Francisco Javier Terrientes
Ministro de Salud

CONTEXTO

Datos generales e históricos de la República de Panamá

La República de Panamá nace como Estado soberano e independiente, el 3 de noviembre de 1903, fecha en que se separa de Colombia. Cuenta con una extensión continental e insular territorial de 75,517 km², y cuenta con población de 3, 913, 275 habitantes a 01 de julio 2014. El territorio nacional, excluyendo las masas de aguas continentales (lagos) es de 74,177.3 kilómetros cuadrados (km²), con una densidad poblacional de 52.8 habitantes por km²; cuyos extremos oscilan entre 1,76 en el distrito de Sambú y 6,300 hab/km² en San Miguelito, provincia de Panamá. Las provincias con mayor densidad de población son de Panamá, Colón y Chiriquí, en el otro extremo se ubican la de Darién y la Comarca Emberá.

El gobierno es democráticamente elegido mediante sufragio universal y directo cada 5 años. Su sistema de gobierno es el de una democracia representativa con tres poderes u órganos: el ejecutivo, el legislativo y el judicial. El órgano ejecutivo incluye al presidente de la República, el vicepresidente de la República y los ministros de Estado, que conforman el consejo de gabinete; el órgano legislativo es unicameral, la Asamblea Nacional de Panamá, conformada por 71 diputados (a Julio de 2014) y su principal función es la expedición de leyes. El órgano judicial está constituido por la corte suprema de justicia, los tribunales y los juzgados que la ley establezca, según la constitución política de la República de Panamá y le corresponde administrar justicia en forma permanente, gratuita y expedita.

Localización

La República de Panamá está ubicada entre las siguientes coordenadas: los 7°12'07" y 9°38'46" de latitud norte y los 77°09'24" y 83°03'07" de longitud oeste. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con la República de Colombia, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con la República de Costa Rica.

El Istmo está ubicado en la zona intertropical próxima al Ecuador terrestre y tiene la forma de una "S" mayúscula acostada y presenta una dirección de este a oeste, contraria a la dirección del resto de los istmos centroamericanos los cuales van de norte a sur.

La Nación Panameña está organizada en Estado Soberano e Independiente, cuya denominación es República de Panamá. Su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo.

Mapa N° 1. Localización geográfica del Istmo de Panamá.



El Poder Público sólo emana del pueblo, lo ejerce el Estado conforme la constitución lo establece, por medio de los órganos legislativo, ejecutivo y judicial, los cuales actúan limitada y separadamente, pero en armónica colaboración.

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

El español es el idioma oficial de la República. La religión predominante es católica (69.7%), seguida por la evangélica (18.0%), 8.5% ninguna especificó su religión. La Moneda es el balboa es la unidad monetaria del país; se subdivide en 100 centésimos y es equivalente al dólar de los Estados Unidos de América.

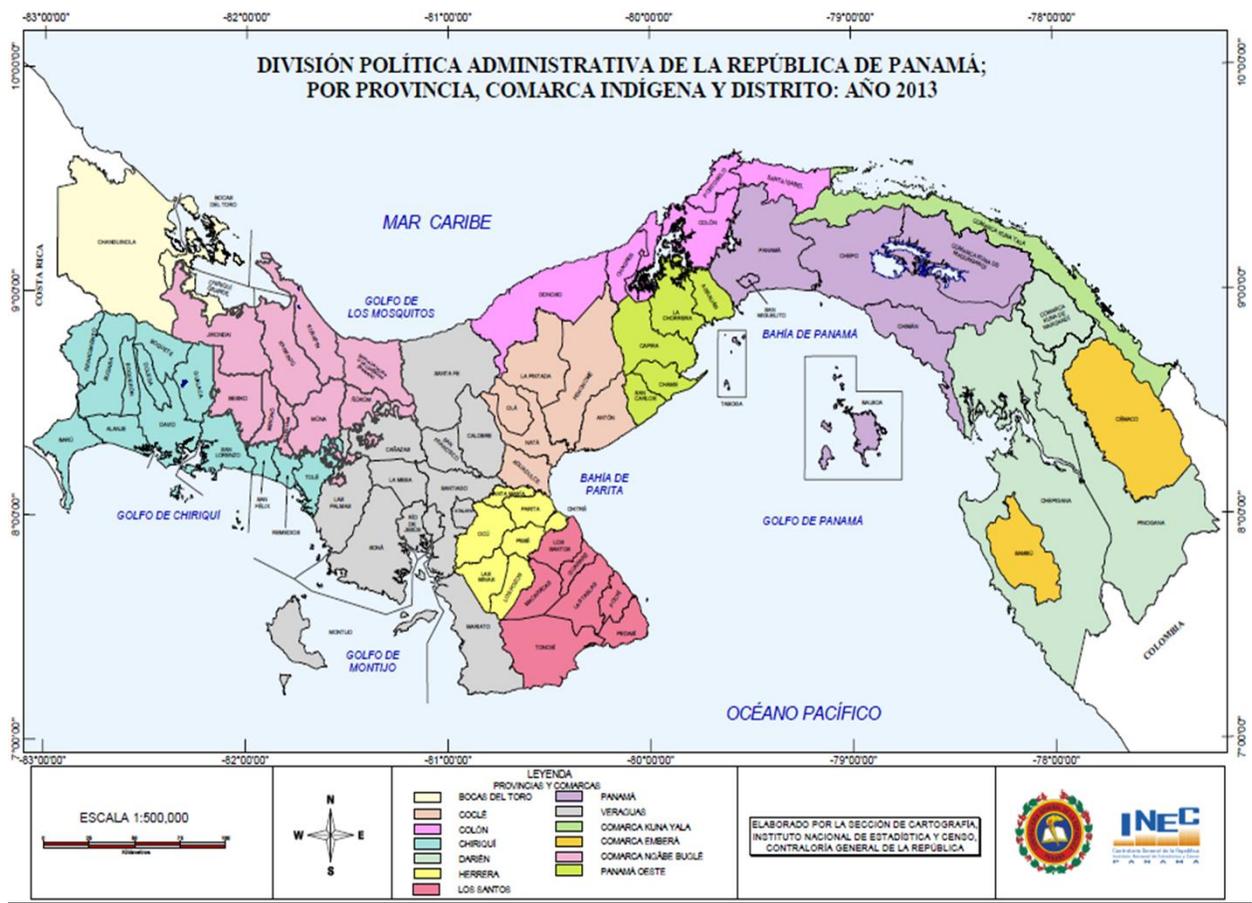
División Política-Administrativa

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman el Gabinete Social del Ejecutivo:

- Ministerio de Ambiente
- Ministerio para asuntos del Canal
- Ministerio de Comercio e Industria – MICI
- Ministerio de Desarrollo Agropecuario - MIDA
- Ministerio de Desarrollo Social - MIDES
- Ministerio de Economía y Finanzas - MEF
- Ministerio de Educación - MEDUCA
- Ministerio de Gobierno – MINGOB
- Ministerio de Seguridad Pública - MINSEG
- Ministerio de Obras Públicas - MOP
- Ministerio de la Presidencia
- Ministerio de Relaciones Exteriores - MIRE
- Ministerio de Salud – MINSA
- Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral - MITRADEL
- Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial – MIVIOT

Con fundamento en las características geográficas, la tradición histórica, los regionalismos y el ordenamiento jurídico vigente, el territorio se divide en diez provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Panamá Oeste y Veraguas), 77 distritos o municipios, 648 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Kuna de Madugandí y Kuna de Wargandi) y cuatro comarcas indígenas (Guna Yala, Emberá, Guna de Madungandí y Ngöbe-Buglé). A su vez el sector salud cuenta con 16 Regiones Sanitarias desarrolladas y dos en vías de desarrollo (Panamá Norte y Arraiján).

Mapa N°2 – División Política Administrativa de la República de Panamá



Fuente: INEC - Instituto Nacional de Estadísticas y Censo - 2013

Cuadro N°1 - Características básicas de la división política - administrativa, por provincia de la República de Panamá: 2014.

Características Básicas 2014				Población 2014 e/
Provincia / Distrito	Superficie Km ² (a)	Número de Corregimientos	Número de Lugares Poblados	Asegurada
Total	75,517.0	648	12,695	2,748,923
Bocas del Toro.....	4,646.9	23	477	101,263
Coclé.....	4,949.6	43	1,314	188,634
Colón.....	4,868.3	40	963	195,266
Chiriquí.....	6,547.9	96	1,313	336,471
Darién.....	16,290.6	30	779	39,046
Herrera.....	2,361.2	49	738	88,747
Los Santos.....	3,804.6	80	913	72,310
Panamá.....	12,042.0	113	1,414	1,382,667
Veraguas.....	10,705.9	100	2,793	183,210
COMARCAS.....	..	..	..	161,309
Comarca Kuna Yala.....	2,340.7	4	117	...
Comarca Ngobé Buglé.....	6,958.9	70	1,874	...

a/ Los datos de la superficie que aquí se presentan están sujetos a revisión por el Instituto Tommy Guardia.

e/ Cifras estimadas

La superficie de los distintos corregimientos no siempre coincide con el total del distrito al que corresponde.

Fuente Documental: Dirección de Estadística y Censo. Panamá en Cifras

Caja de Seguro Social, Dirección Nacional de Planificación. Unidad de Estadísticas.

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSa

Mar Territorial

Se extiende a una zona de 12 millas marinas de ancho sobre la cual, la República de Panamá ejerce su soberanía, al igual que en el lecho, el subsuelo y sobre su espacio aéreo, cuya superficie es de 319,823.9 km², la cual supera a su territorio continental e insular.

Longitud del litoral: Panamá tiene una considerable longitud de costas, que suman en total 2,988.3 kilómetros, de los cuales 1,700.6 corresponden al litoral Pacífico; y 1,287.7 al Caribe.

Cuadro N°2 – Principales Islas de Panamá

Principales Islas de Panamá			
Océano Atlántico		Océano Pacífico	
Provincia	Superficie Km ²	Provincia	Superficie Km ²
Bocas del Toro		Veraguas	
Colón	61	Coiba	493
Popa	53	Cébaco	80
Bastimentos	51	Jicarón	20
Cristóbal	37	Leones	14
Cayo de Agua	14	Panamá	
		Del Rey	234
		San José	44
		Pedro González	14
		Chiriquí	
		Boca Brava	28
		Paridas	15

Fuente: Panamá en cifras 2009 - 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC

Longitud de los ríos más importantes: (en kilómetros)

- **Vertiente del Caribe:** Chagres (125), Changuinola (118), Indio (97), Cricamola (83) y Sixaola-Yorkín (70).
- **Vertiente del Pacífico:** Chucunaque (231), Tuirá (230), Bayano (206), Santa María (173), Balsas (152), Chiriquí Viejo (128), La Villa (119), Tabasará (109) y Grande (97).

Clima

La situación geográfica en las bajas latitudes intertropicales determina que el clima y la vegetación son típicamente tropicales. El clima tropical marítimo, con influencia de los dos mares, se caracteriza por temperaturas moderadamente altas y constantes durante todo el año, con débil oscilación diaria y anual, abundante precipitación pluvial y elevada humedad relativa del aire.

Panamá posee varias cadenas montañosas, entre la que se destaca la Cordillera Central por su extensión, altura e influencia, tanto en las condiciones físicas (temperatura, precipitación y movimiento de masas de aire) como en la distribución de la población. La Cordillera Central divide al Istmo en dos vertientes: la del Pacífico y la del Atlántico. La temperatura media es de 29°C a nivel del mar, aunque, varía con la altitud (1° C por cada 150 metros de elevación). Para el año 2010 en el mes de marzo, se registró la temperatura mensual media más alta en la Provincia de Veraguas (36°C).

Cuadro N°3 – Elevaciones más importantes de Panamá

Elevaciones más importantes de Panamá en metros			
Provincia	Elevaciones	Distrito	Altitud
Bocas del Toro	Cerro Fábrega	Changuinola	3,335
	Cerro Itamud	Changuinola	3,279
	Cerro Echandi	Changuinola	3,162
Chiriquí	Cerro Picacho	Bugaba	2,986
	Volcán Barú	Bugaba, Boquerón y Boquete	3,475

Fuente: Panamá en cifras 2009 - 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC

Panamá posee un clima propio de la zona intertropical, uniforme a lo largo de todo el año, con un promedio que oscila entre 23 y 27° C., con una marcada diferencia entre las dos estaciones existentes: la estación lluviosa y la seca, referidas comúnmente como invierno y verano, respectivamente; la primera se extiende de mayo a diciembre, a la que sigue la estación seca, llamada “verano”, caracterizada por la presencia permanente de vientos alisios. Las lluvias de nuestro país se caracterizan por ser muy intensas y de corta duración. El valor promedio anual de la precipitación en el Istmo es de 1907.2 mm.

Existen dos estaciones climáticas anuales bien definidas: la seca y la lluviosa. La estación seca se extiende desde mediados de diciembre hasta abril; y la lluviosa, de mayo a mediados de diciembre.

Cabe destacar que existe una variación importante del contenido de humedad en el aire, en la cual influyen las grandes masas oceánicas del Atlántico y del Pacífico. Además que debido a lo angosto de la franja que separa estos océanos el clima está determinado por una gran influencia marítima.

Para Panamá, básicamente se han estipulado 2 zonas climáticas, basadas en la vegetación, las temperaturas medias y las precipitaciones

La Zona A: Comprende los climas tropicales lluviosos en donde la temperatura media mensual de todos los meses del año es mayor de 18°C. En esta zona climática se desarrollan las plantas tropicales cuyos requerimientos son mucho calor y humedad, o sea, que son zonas de vegetación mega terma.

La Zona C: Comprende los climas templados lluviosos en que la temperatura media mensual más cálida es mayor de 10°C y la temperatura media mensual más fría es menor de 18°C, pero mayor de -3°C. La vegetación característica de esta zona climática necesita calor moderado y suficiente humedad, pero generalmente no resiste extremos térmicos o pluviométricos, las zonas que se distinguen son de vegetación maso terma.

En nuestro territorio existen tres entidades que miden y registran regularmente, diversas variables meteorológicas, la información proviene de 98 estaciones activas.

Ambiente

Panamá es clasificado por la Organización Meteorológica Mundial como una nación con pocos problemas de escasez de agua, 500 ríos (350 en el litoral Pacífico y 150 en el Caribe) y 52 cuencas hidrográficas nos colocan como el segundo país, después de Nicaragua, con la mayor disponibilidad hídrica de Centroamérica. Sin embargo, el mapa hídrico panameño está en el ojo de la tormenta, muchos sectores están sedientos de agua potable y la contaminación amenaza la preservación del recurso.

Composición de la población panameña

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

Grupos no Indígenas

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

Población Afro colonial: Son los descendientes de los esclavos africanos traídos al Istmo durante la colonización española. Unos, al rebelarse y huir de la esclavitud, poblaron la costa atlántica, regiones selváticas del Bayano, Darién y el Archipiélago de Las Perlas.

Los que se quedaron como sirvientes, adquirieron su libertad al abolirse la esclavitud y se mezclaron con los otros grupos que interactuaban en el Istmo, razón por la cual, se encuentran en todas las áreas de la actividad económica y estratos sociales de Panamá. Aun así, se pueden identificar a los descendientes



de estos últimos en las provincias centrales, en áreas como Natá, Parita y Monagrillo; y en Chiriquí, en áreas como Puerto Armuelles y Alanje. Y de los primeros, en áreas como la Costa Arriba y la Costa Abajo de la provincia de Colón; Pacora, San Miguel y Chepo, en la provincia de Panamá.

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

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

Grupos Indígenas

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



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



Emberá: Originarios del Chocó colombiano, se encuentran concentrados en las márgenes de los ríos darienitas y en la Comarca Emberá. Presentan las características típicas de una cultura de pluviselvas. Su economía se basa en la agricultura de subsistencia, con faenas secundarias de caza y pesca. Los Emberá representan el 7.5 % (31,284) del total de la población indígena, investigada en el Censo de 2010. El 18.0 por ciento de este grupo con 10 años y más de edad resultó ser analfabeta; su edad mediana se situó en 22 años



Wounaan: Originarios del Chocó colombiano, se encuentran concentrados en las márgenes de los ríos darienitas y en la Comarca Emberá. Presentan las características típicas de una cultura de pluviselvas. Su economía es a base de la agricultura de subsistencia, con faenas secundarias de caza y pesca. La investigación determinó que representan el 1.7 % (7,279 personas) del total de la población indígena; y el 18.0 por ciento de la población resultó ser analfabeta. La edad mediana de este grupo se situó en los 19 años



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



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



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



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



Bri Bri: Se le ubica a orillas del río Yorkín en Bocas del Toro. En 1911 se planteaba que, por su reducido número en el territorio nacional, debían considerarse como costarricenses, ya que en Panamá no tenían la condición tribal ni numérica de los otros grupos indígenas. Sin embargo, en el último Censo (2010) representan aproximadamente el 0.3 % del total de la población indígena, reportó una población de 1,068 habitantes, con una mediana de edad de 28 años. En cuanto a la población analfabeta, el censo reveló que representó el 10.0 % de la población de 10 años y más.

Reseña Histórica

Los Aborígenes: Distintas corrientes migratorias confluyeron en el Istmo, entre ellas pueden citarse, por ser las más importantes: los Caribes, que ocuparon la Costa Atlántica del Istmo y el Golfo del Darién; este grupo vivía de la pesca, la caza y la guerra. Los Chibchas que llegaron del Sur y se ubicaron al Este en lo que hoy es la gran selva del Darién, se dedicaron a la agricultura y además, mostraron adelantos en la orfebrería. Los nahuas y mayas eran los grupos de mayor cultura, provenían de América Central, poblaron el Oeste y gran parte del litoral pacífico.

El Encuentro: Rodrigo de Bastidas en 1501, con Juan De la Cosa y Vasco Núñez de Balboa, fueron los primeros europeos en explorar las costas del Istmo. Luego, en 1502 lo hace Cristóbal Colón en su cuarto y último viaje, durante el cual intentó la primera colonización en Tierra Firme al fundar Santa María de Belén, el 24 de febrero de 1503, destruida por el Cacique de Coclé del Norte, Quivian.

La Conquista: En 1508, la Corona resolvió colonizar Tierra Firme; el área escogida comprendía desde el Cabo de Gracias a Dios, al Oeste en América Central (en los actuales límites entre Nicaragua y Honduras), hasta el Cabo de la Vela en Venezuela, por el Este.

Las provincias en que se dividió Tierra Firme fueron: a) Nueva Andalucía comprendida entre el Río Atrato en el Golfo de Urabá y el Cabo de la Vela, en Venezuela; y b) Castilla del Oro o Veragua, que se extendía desde el Río Atrato hasta el Cabo de Gracias a Dios en América Central. El Gobernador de Nueva Andalucía fue Alonso de Ojeda y el de Castilla del Oro o Veragua fue Diego de Nicuesa, quien pasó a ser el Primer Gobernador del Istmo de Panamá, ya que este estaba incluido en la provincia bajo su jurisdicción. Por otra parte, Diego de Nicuesa fundó Nombre de Dios en 1510. El bachiller Martín Fernández de Enciso fundó Santa María La Antigua del Darién, al Oeste del Golfo de Urabá en septiembre de 1510, por insinuación de Vasco Núñez de Balboa, quien conocía esas tierras por haber llegado a ellas con Rodrigo de Bastidas.

El 1 de septiembre de 1513 partió Balboa en busca del Mar del Sur con 190 españoles y mil indios. Logró observar este océano el 25 de septiembre de 1513 y tomó posesión del mismo, el 29 de septiembre de ese año, en el Golfo de San Miguel. La antigua ciudad “Nuestra Señora de la Asunción de Panamá” fue fundada el 15 de agosto de 1519 por Pedro Arias de Ávila (Pedrarias) para que sirviera, principalmente, como eje de la exploración y conquista del imperio en el nuevo océano.

La Colonia: El 26 de febrero de 1538 fue establecida en el Istmo, la Real Audiencia de Panamá por Real Cédula expedida por Carlos V, la cual estaba compuesta por cuatro oidores o jueces y un fiscal. El Presidente de la Audiencia era a la vez, el Gobernador del Istmo.

El 28 de enero de 1671, la ciudad de Panamá fue saqueada por el pirata inglés Enrique Morgan. Este hecho trajo el incendio de la ciudad, ya que su defensor, el Gobernador Juan Pérez de Guzmán y Gonzaga, ordenó que se le pusiera fuego al polvorín para que no cayera en manos del enemigo. El fuego se extendió a toda la ciudad, que fue destruida casi totalmente. El 21 de enero de 1673, dos años después, la ciudad fue trasladada por el Gobernador y Capitán General, don Antonio Fernández de Córdoba y Mendoza al sitio que hoy se conoce como El Casco Viejo. Esta ciudad fue rodeada de una fuerte muralla con su respectivo foso, para protegerla de posibles ataques de otros piratas o enemigos.

Departamento de Colombia: La Independencia de Panamá de España, el 28 de noviembre de 1821, fue una obra de la diplomacia, llevada a cabo sin derramamiento de sangre y con la participación de los hombres más prominentes del país, quienes a través de sus aportes neutralizaron al ejército español que custodiaba el Istmo. Varios fueron los factores que influyeron en la decisión final de unir a Panamá a la Nueva República Granadina (Colombia, Ecuador y Venezuela), en vez de hacerlo a la Confederación Centroamericana o al Perú, con las cuales nos unían vínculos históricos desde 1532. De estos, el más importante fue sin duda, la figura de Simón Bolívar, quien en ese momento estaba en el apogeo de su gloria y popularidad.

Bolívar convocó el Congreso Anfictiónico en junio de 1826, que aunque fracasó en sus propósitos inmediatos, se constituyó en el antecedente de la Organización de Estados Americanos (OEA.) y de la Organización de Naciones Unidas (ONU.), pues las cartas constitutivas de estos organismos recogen algunos de los preceptos emitidos por primera vez en dicho congreso.

Panamá, lo mismo que las nacientes repúblicas americanas, sufrió el fenómeno del caudillismo, que en el Istmo se caracterizó por una fuerte tendencia al autonomismo. Como consecuencia, hubo tres intentos de separación. El primero fue liderizado por el General José Domingo Espinar, que separó al Istmo el 26 de septiembre de 1830; aunque a instancias del propio Bolívar, volvió a reintegrarlo a la Nueva Granada el 11 de diciembre de ese mismo año.

El segundo intento lo efectuó el Coronel Juan Eligio Alzuru el 9 de julio de 1831, siguiendo el ejemplo de Venezuela y Ecuador. Pero el movimiento fue sofocado y sus líderes ajusticiados el 29 de agosto de ese año por órdenes del General Tomás Herrera, quien el 18 de noviembre de 1840 efectuaron el tercero y más exitoso intento separatista. A Panamá se le denominó entonces "Estado Libre del Istmo"; su autonomía duró 13 meses y obtuvo inclusive, reconocimiento internacional. Sin embargo, el territorio volvió a ser reintegrado a la Nueva Granada por el propio General Herrera, el 31 de diciembre de 1841.

El temor a los ingleses y a la separación definitiva del Istmo de Panamá llevó a los granadinos a celebrar con los norteamericanos el Tratado Mallarino Bidlack de 1846, el cual concedió a estos últimos una serie de franquicias, privilegios e inmunidades en el Istmo; y el monopolio sobre cualquier medio de comunicación interoceánico existente o que en el futuro se pudiera construir. Los norteamericanos se comprometieron en cambio, a garantizar la perfecta neutralidad del Istmo y los derechos de soberanía y propiedad que la Nueva Granada poseía sobre Panamá. Las consecuencias inmediatas de este tratado fueron: la construcción del Ferrocarril Transístmico en 1850; y el inicio de las intervenciones militares norteamericanas en Panamá, solicitadas o no por el Gobierno Colombiano.

El 27 de febrero de 1855 se creó el "Estado Federal de Panamá", gracias a los esfuerzos del Doctor Justo Arosemena. Sin embargo, con la derogatoria de la Constitución de Río Negro y la aprobación de la Constitución centralista de 1886, Panamá pasó a ser un simple Departamento de Colombia. Con el inicio de los trabajos del Canal Francés en febrero de 1882, la economía panameña y la función transitista experimentaron un resurgimiento. No obstante, el proyecto fracasó por una serie de errores técnicos, el clima malsano, la fiebre amarilla, los derrumbes y otros problemas asociados a la contratación de equipos y materiales para la ejecución de los diversos planes de construcción. Los trabajos fueron suspendidos en diciembre de 1889.

A finales del siglo XIX se dio una contienda entre liberales y conservadores, que tuvo repercusiones importantes en el Istmo, en la que descollaron figuras como Belisario Porras, Victoriano Lorenzo, Emiliano y Benjamín Herrera, entre otros. Las acciones se iniciaron en firme en el territorio panameño con el desembarco de los liberales revolucionarios en Punta Burica en marzo de 1900 y concluyeron el 21 de noviembre de 1902, con la firma del Tratado de Paz a bordo del acorazado norteamericano Wisconsin. Este tratado selló la suerte de la revolución liberal panameña, propició el desarme de sus fuerzas, el destierro de los líderes principales y el fusilamiento del General Victoriano Lorenzo, el 15 de mayo de 1903. A esta etapa histórica se le conoce como la Guerra de los Mil Días.

Concluida esta guerra, los gobiernos de los Estados Unidos y el de Colombia firmaron el Tratado Herrán-Hay, que concedía a los Estados Unidos los derechos para la construcción de un Canal por Panamá. Sin embargo, el Senado Colombiano rechazó este convenio el 12 de agosto de 1903 por considerarlo "Lesivo a la soberanía y al interés nacional". Esta acción provocó reacciones en contra en algunos sectores de Panamá especialmente en los ubicados en el área de tránsito, quienes

consideraron que en la construcción del Canal por los Estados Unidos de América "estaba la salvación de Panamá".

Período Republicano: Panamá se separó de Colombia el 3 de noviembre de 1903, después de haber permanecido unida a esta por espacio de 82 años. Fueron muchas las razones e intereses los que provocaron este suceso, pero el motivo generalmente aceptado como inmediato, fue el rechazo del Tratado Herrán-Hay por el Senado Colombiano.

Simultáneamente a la separación, se dio la negociación del Tratado para la construcción del canal entre el ingeniero francés Philippe Bunau-Varilla por Panamá; y el señor John Hay por los Estados Unidos de América, resultando de dicha negociación el Tratado Hay-Bunau Varilla, firmado el 18 de noviembre de 1903. Este tratado concedió a los Estados Unidos de América, el derecho a construir el canal; el uso, a perpetuidad, de diez millas de ancho alrededor de la vía para asegurar su mantenimiento, saneamiento, operación y protección.

Durante la primera época del período republicano, el país se vio sometido a varios acontecimientos importantes, entre los que se destacan: la Constitución de 1904; la entrada de los ciudadanos y de las fuerzas armadas de los Estados Unidos de América a la llamada Zona del Canal; el inicio de los trabajos del Canal; el saneamiento del Istmo y la llegada de más de 75,000 trabajadores, en su gran mayoría antillanos, para la construcción de la vía interoceánica. Además, el fallido golpe de Estado del General Esteban Huertas, que provocó la disolución del ejército en noviembre de 1904; la inauguración oficial del Canal de Panamá el 15 de agosto de 1914; la guerra limítrofe entre Panamá y Costa Rica en 1921; el levantamiento de los indios Kunas y la creación de la República Tule en 1925; y el movimiento inquilinario de octubre del mismo año. El 2 de enero de 1931, el movimiento cívico Acción Comunal, liderizado por el doctor Arnulfo Arias, efectuó el primer golpe de Estado de la época republicana, contra la administración del presidente Florencio Harmodio Arosemena.

1930–1968: Este período se caracterizó por la aparición de grandes movimientos sociales, la creación y afianzamiento de instituciones que han incidido en la cultura y la consolidación de la nación panameña, como fueron: la fundación de la Universidad de Panamá en 1935, la Escuela Normal en 1939; la creación de la Contraloría General de la República, el Seguro Social, el patrimonio familiar, las Constituciones de 1941 y 1946; y la Federación de Estudiantes de Panamá.

El 11 de octubre de 1968 se da el quinto golpe de estado de la era republicana, esta vez efectuado por la Guardia Nacional de Panamá, que desplaza del poder al gobierno del doctor Arnulfo Arias Madrid, a los diez días de iniciada su administración, dando lugar al control político de los militares desde ese momento hasta la invasión norteamericana del 20 de diciembre de 1989.

1969 - a la actualidad: Entre los hechos más sobresalientes de este período se encuentran:

- La Constitución Política de 1972, la creación de nuevas instituciones públicas; la consolidación de un fuerte sector estatal productor, la aparición de la figura del Representante de corregimiento, y la firma del Tratado Torrijos-Carter sobre el Canal de Panamá, en septiembre de 1977, con el cual se derogó el Tratado Hay-Bunau Varilla, que estableció los atributos jurisdiccionales de Panamá sobre todo su territorio y estableció la reversión del Canal a la República de Panamá, el 31 de diciembre de 1999.

- Luego de la muerte del General Omar Torrijos H., el 31 de julio de 1981, ocurren una serie de continuos cambios en la alta dirección del Gobierno. Esta situación, unida a otras de orden internacional, desemboca en una crisis que se inicia en 1985, se agudiza en el período 1987-89 con el bloqueo económico impuesto por el gobierno de los Estados Unidos de América y culmina con la invasión norteamericana el 20 de diciembre de 1989.
- El licenciado Guillermo Endara Galimany asumió la presidencia de la República en esa fecha, quien había sido elegido por mayoría de votos en las elecciones del 2 de mayo de 1989, las cuales habían sido dejadas sin efecto el 7 de mayo.
- El 31 de diciembre de 1999 cesó la presencia militar norteamericana en el territorio panameño y su participación en la administración del canal, logrando el país desde ese momento, el perfeccionamiento de su identidad e independencia.
- A través del voto popular fueron elegidos para el cargo de presidente de la República, el doctor Ernesto Pérez Balladares, el 2 de mayo de 1994; la señora Mireya Moscoso, el 2 de mayo de 1999; en mayo de 2004, el licenciado Martín Torrijos Espino y en mayo de 2009, el licenciado Ricardo Martinelli Berrocal. El actual Presidente de la República es el licenciado Juan Carlos Varela Rodríguez.
- La República de Panamá celebró en el 2003 su centenario como Estado soberano, libre e independiente.

El Canal de Panamá

La organización encargada de administrar el Canal de Panamá ha recibido diversos nombres a lo largo de la historia. Durante el período francés de construcción, dos compañías privadas estuvieron a cargo de las excavaciones: la Compañía Universal del Canal Interoceánico de Panamá, de 1881 a 1888, y la Nueva Compañía del Canal de Panamá, de 1894 a 1898. Con el fracaso de este intento, el Gobierno de Estados Unidos de América asumió las labores de construcción, de 1904 a 1914. Durante ese período, la Comisión del Canal Istmico estuvo a cargo del proyecto y culminó exitosamente la magna obra.

En 1914, la Comisión del Canal Istmico fue reemplazada por una entidad administrativa de carácter permanente, el Canal de Panamá, que compartía las responsabilidades inherentes al funcionamiento de la vía acuática. En 1951, se reestructuró la organización interna del Canal con un modelo administrativo y financiero de tipo empresarial. La Compañía del Canal de Panamá reemplazó a la Compañía del Ferrocarril de Panamá y asumió las funciones de mantenimiento y operación del Canal.

Con la firma de los Tratados Torrijos-Carter en 1977, y su entrada en vigencia en 1979, el Canal de Panamá inició una nueva etapa administrativa. Las organizaciones anteriores cesaron de existir y una sola entidad, la Comisión del Canal de Panamá, asumió la operación de la vía acuática. A partir de ese momento, la República de Panamá ejerció jurisdicción territorial en la antigua Zona del Canal y sus leyes empezaron a regir en esa área.

El mediodía del 31 de diciembre de 1999, Panamá tomó la responsabilidad total de la administración, funcionamiento y mantenimiento del Canal de Panamá. La entidad gubernamental denominada Autoridad del Canal de Panamá (ACP), creada por la Constitución Política de la

República de Panamá y organizada por la Ley 19 del 11 de junio de 1997, asumió las responsabilidades de la vía acuática. A la ACP le corresponde la administración, mejoramiento y modernización del Canal, así como sus actividades y servicios conexos.

El Canal de Panamá mide 80 kilómetros de largo y Funcionamiento del Canal de Panamá

Comunica los océanos Atlántico y Pacífico en uno de los puntos más angostos del Istmo de Panamá y del Continente Americano. Fue excavado a través de uno de los lugares más estrechos y en la parte más baja de la Cordillera Central del Istmo, que une a América del Norte con Sudamérica. El lugar por donde el Canal cruza la Cordillera, sumamente montañoso, originalmente estaba a más de 95 metros sobre el nivel del mar. Abrió sus puertas a la navegación mundial, el 15 de agosto de 1914, desde entonces, más de 880,000 buques lo han transitado.

Un buque promedio tarda entre 8 y 10 horas en transitar el Canal. Durante ese lapso, los pasajeros tienen la oportunidad de observar el funcionamiento de una de las maravillas de la ingeniería moderna.

El Canal está conformado por varios elementos: el Lago Gatún, el corte Culebra; y las esclusas de Miraflores y Pedro Miguel en el Pacífico y Gatún en el Atlántico. Los tres juegos de esclusas del Canal, de dos vías cada una, funcionan como elevadores de agua: suben la nave desde el nivel del

mar (ya sea Pacífico o Atlántico) hacia el nivel del Lago Gatún (a 26 metros sobre el nivel del mar). Así, los buques navegan a través del cauce del Canal, en la Cordillera Central; para este propósito se usa el agua almacenada en el Lago Gatún.

Canal de Panamá - Tercer juego de esclusas



Fuente: Canal de Panamá - Tercer juego de esclusas

Durante los esclusajes se cierran las compuertas de las cámaras para permitir que el agua fluya por gravedad desde el cuerpo de agua superior hacia el inferior. Se usan

aproximadamente 197 millones de litros de agua dulce en cada esclusaje, los cuales se vierten finalmente, en el mar. Toda esta operación se dirige desde la Caseta de Control ubicada en el muro central de la cámara superior de cada una de las esclusas. Aunque en su tránsito, los buques utilizan su propia propulsión, a su paso por las esclusas son asistidos por locomotoras eléctricas que tiran de las naves mediante cables y se desplazan sobre rieles, estos también apoyados por los remolcadores. Trabajando en pares, las locomotoras mantienen los buques en posición dentro de las cámaras; dependiendo de su tamaño, un buque puede requerir desde cuatro hasta ocho locomotoras.

El Lago Gatún y la Represa

El Lago Gatún, por el que los buques navegan 37.8 kilómetros desde las esclusas de Gatún hasta el extremo norte del Corte Culebra, cubre un área de 423 kilómetros cuadrados. Es un lago artificial, que fue formado con la construcción de la represa de Gatún en el cauce del río Chagres. Las dos secciones de la represa y el vertedero tienen una longitud conjunta de cerca de 2,400 metros. La represa tiene casi 800 metros de ancho en la base, mientras que la cumbre alcanza 30.48 metros de ancho, con una altura de 32 metros sobre el nivel del mar y seis metros sobre el nivel del Lago Gatún.

Para aumentar la capacidad de almacenaje del lago Gatún e incrementar el rendimiento de la Cuenca Hidrográfica del Canal, la ACP inició en marzo de 2002, la profundización de su cauce de navegación. Esto permitirá incrementar el rendimiento hídrico de la Cuenca en más de 300 millones de galones de agua diarios. Con un costo aproximado de B/. 190 millones, este proyecto incluye el dragado de 6.7 millones de metros cúbicos de material del fondo del cauce navegable. Las obras beneficiarán al país, al aumentar la capacidad de almacenamiento de agua dulce para consumo de la población y para uso comercial e industrial.

El Corte Culebra

Debido a su relevancia histórica, tal vez la parte más interesante de un tránsito por el Canal es el Corte Culebra. Fue denominado en 1915 con el nombre de Corte Gaillard, en honor del coronel David Gaillard, ingeniero a cargo de esa sección durante la construcción del Canal. En la actualidad, se le conoce con ambos nombres.

El Corte Gaillard o Culebra mide 13.7 kilómetros de largo; es la parte más estrecha del Canal de Panamá y representa el 15 por ciento de la extensión total de la vía acuática. Es una obra excavada mayormente en roca sólida y material volcánico; originalmente, su cauce fue excavado a una anchura de 92 metros y con el paso de los años se hizo necesario ampliarlo. En noviembre de 2001 terminaron obras que ensancharon el Corte a un mínimo de 192 metros en las rectas y hasta 222 metros en las curvas. Actualmente, se realizan pruebas para permitir el tráfico simultáneo de dos buques de manga ancha, tipo Panamax, sin comprometer la seguridad de la navegación. Sin embargo, debido a que los buques que utilizan el Canal siguen creciendo en largo, hasta 294 metros de eslora, se están ensanchando aún más las curvas en el Corte. El Corte atraviesa la Cordillera Central del Istmo y se extiende desde las Esclusas de Pedro Miguel hasta Gamboa.

La Cuenca del Canal

Por mandato de la Constitución y de su Ley Orgánica, a la ACP le corresponde la responsabilidad de la administración, mantenimiento, uso y conservación de los recursos hídricos de la Cuenca Hidrográfica del Canal de Panamá. Dicho mandato le asigna a la ACP, la responsabilidad de asegurar la conservación de fuentes de agua para el suministro a las poblaciones y ciudades aledañas a la cuenca, y garantizar el funcionamiento eficiente de la vía acuática, el cual incluye la modernización del Canal.

Por medio de la Ley 44 de 1999, se definieron los límites de esta cuenca e identificó el área geográfica, en la cual la ACP debe velar por la conservación de las fuentes de agua. La ACP enmarca esta responsabilidad en el respeto que merecen los habitantes de la Cuenca Hidrográfica

y en la necesidad de mantenerlos adecuadamente informados. Todas sus acciones en la región buscan mejorar las condiciones de vida y garantizar los derechos de quienes por décadas, han vivido y trabajado en los territorios que comprenden.

La Ley 44 de 1999 fue derogada por la Ley 20 del 21 de junio del 2006, motivo por el cual se modificó el tamaño de la cuenca. La ley que rige la cuenca del Canal de Panamá es la Ley 19 de 11 de junio de 1997 (Ley Orgánica de la ACP).

La ampliación del canal de panamá mediante la construcción de un tercer juego de esclusas

La ampliación del Canal constituye un paso fundamental para el desarrollo del conglomerado de servicios de Panamá, que aprovecha su posición geográfica del istmo; y que ha convertido a Panamá en un centro mundial de enlace de comercio, transporte y logística. Dicha ampliación de capacidad asegura, además, el crecimiento integral y sostenible de las actividades marítimas que se desarrollan en Panamá, lo cual es congruente con la estrategia marítima nacional. En síntesis, impulsará toda la economía y mejorará la calidad de vida de los panameños.

El proyecto del tercer juego de esclusas es un programa integral de ampliación de la capacidad del Canal, cuyos tres componentes principales son: (1) la construcción de dos complejos de esclusas – uno en el Atlántico y otro en el Pacífico – de tres niveles cada uno, que incluyen tinajas de reutilización de agua; (2) la excavación de cauces de acceso a las nuevas esclusas y el ensanche de los cauces de navegación existentes y; (3) la profundización de los cauces de navegación y la elevación del nivel máximo de funcionamiento del lago Gatún.



Fuente: Autoridad del Canal de Panamá 2014.

Los objetivos de la ampliación del Canal son: (1) hacer crecientes y sostenibles a largo plazo, los aportes a la sociedad, a través de los pagos que el Canal hace al Tesoro Nacional; (2) mantener tanto la competitividad del Canal, como el valor de la ruta marítima de Panamá para la economía nacional; (3) aumentar la capacidad del Canal para captar la creciente demanda de tonelaje con niveles de servicio apropiados para cada segmento de mercado y; (4) hacer que el Canal sea más productivo, seguro y eficiente.

Servicio de Salud Pública de la República de Panamá

Los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud se insertan en el Plan de Gobierno y en las Políticas y Estrategias de Salud como guía para las acciones, planes, programas y proyectos dirigidos a impulsar un modelo de atención de salud.

Base legal

- La Constitución Política de Panamá de 1972, reformada en 2004.; que en su Título III - establece los Derechos y deberes individuales y sociales.
- Capítulo 6: Salud, Seguridad Social y Asistencia Social. Artículos 105, 106, 107, 108,109, 110, 111 y 112.
- Código Sanitario de la República de Panamá. Ley Nº 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
- Decreto de Gabinete Nº1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial Nº 16.292 de 4 de febrero de 1969).
- Decreto Nº 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial Nº 16.437 del 2 de septiembre de 1969).

Detalles del Capítulo 6 º salud, seguridad social y asistencia social de la Constitución Panameña.

Artículo 109. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 110. En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

- Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.
- Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.
- Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
- Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.
- Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos

servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.

- Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.

Artículo 111. El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.

Artículo 112. Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país.

Artículo 113. Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objeto de previsión y seguridad sociales. La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan. El Estado creará establecimientos de asistencia y previsión sociales. Son tareas fundamentales de éstos la rehabilitación económica y social de los sectores dependientes o carentes de recursos y la atención de los mentalmente incapaces, los enfermos crónicos, los inválidos indigentes y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social.

Artículo 114. El Estado podrá crear fondos complementarios con el aporte y participación de los trabajadores de las empresas públicas y privadas a fin de mejorar los servicios de seguridad social en materia de jubilaciones. La Ley reglamentará esta materia.

Artículo 115. Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégrense orgánica y funcionalmente. La Ley reglamentará esta materia.

Artículo 116. Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Reseña histórica del Sistema de Salud de la República de Panamá

El principal objetivo de la política del actual en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas especialmente entre la población pobre.

Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud”.

Las instituciones de Salud del Estado han pasado por diferentes grados de evolución a través de la historia de la Salud Pública panameña. La etapa pre-republicana (antes de 1903) se caracterizó por un mayor dominio del medio ambiente sobre el hombre, quien en esa forma paga un enorme tributo a las enfermedades, hoy prevenibles, tales como la fiebre amarilla, malaria, viruela y

tifoidea. Había un desconocimiento de técnicas científicas para el ataque organizado contra los factores ecológicos más importantes.

En los primeros años de vida independiente de la República (1903-1914) las acciones limitadas de salud fueron dirigidas desde una Sección de Higiene Pública y Beneficencia y una Sección de Donaciones del Departamento de Obras Públicas de la Secretaría de Fomento. Esta etapa se caracterizó por el dominio del medio ambiente por el hombre con la construcción del Canal de Panamá. Sin embargo, todavía existe una ausencia marcada de organización de la Medicina Preventiva y Salud Pública en el resto del país, con la excepción de la atención limitada de enfermos en los escasos hospitales existentes, y una limitada atención también del aseo público.

Los años siguientes a esta etapa (1914-1929) se caracterizaron por el desarrollo del primer programa cooperativo con la Fundación Rockefeller, dando origen a la creación del Departamento contra la Uncinariasis, como parte de la Secretaría de Fomento, en una gran campaña contra esta enfermedad con énfasis en las actividades de saneamiento del suelo. Es en esta etapa cuando por medio del **Decreto Ejecutivo N° 46 de 1919**, se destinan los fondos para la construcción del **Hospital Santo Tomás**, inaugurado posteriormente en septiembre de 1924. Además, por medio de la **Ley 12 de 1925**, se crea el **Departamento de Higiene y Salubridad Pública** y más tarde, por medio del Decreto Ejecutivo **N° 16 de 1927**, se crea dentro de dicho **Departamento la Sección de Ingeniería Sanitaria**. Por medio de la Ley N° 53 de 1928 se crea el Comité Nacional de la Lucha Antituberculosa y posteriormente, el Cuerpo de Inspectores Sanitarios.

El período comprendido entre los años 1930-1943 marca la etapa de desarrollo de instituciones básicas de salud en las comunidades a saber: Hospitales, Unidades Sanitarias y Dispensarios. Este período da inicio al Ministerio de Salud y Obras Públicas en 1941, el cual contó con tres Direcciones: Higiene y Salubridad Pública, Beneficencia y Lucha Antituberculosa y, la de Beneficencia y Fomento, las cuales se consolidaron después en un Departamento de Higiene y Beneficencia con las siguientes divisiones: Ingeniería Sanitaria, Malaria, Asistencia Pública (Hospitales y Dispensarios), Bioestadística y Educación Sanitaria, Lucha Antituberculosa, Enfermería de Salud Pública, Laboratorio de Higiene Pública, Saneamiento y Medicina Forense. La Unidad Sanitaria de Chitré fue la primera construida en el territorio nacional en 1932, luego la de David en 1936 y sucesivamente otras, con el objeto básico de desarrollar programas exclusivamente preventivos y completamente independientes de los hospitales existentes.

En 1941 se crea también la Caja de Seguro Social, la cual incluye entre su plan de trabajo algunos programas de salud principalmente de tipo curativo y destinados a proteger a la población asegurada. Esta etapa se caracteriza por una creciente participación del Estado en los problemas de Salud Pública, pero sin una planificación adecuada y con la consecuente duplicidad de actividades y servicios.

También en este periodo del 41, durante el Gobierno de Dr. Arnulfo Arias Madrid, se crea la Caja del Seguro Social. Esta etapa se caracteriza por una Creciente participación del Estado en los Problemas de la Salud Pública, pero sin una planificación adecuada y la consecuente duplicidad de actividades y servicios.

El período comprendido entre los años 1944-1956 se destaca por el mayor relieve que alcanza la Salud Pública dentro del engranaje gubernamental. Se crea el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública en 1945, se pone en vigencia la Ley N° 66 del 10 de noviembre de 1947 o

Código Sanitario, se traspasa la responsabilidad sanitaria de las ciudades de Panamá y Colón de la Compañía del Canal a nuestro gobierno en 1955, se inician y desarrollan programas cooperativos de amplio alcance con organismos internacionales, por el inicio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá en 1951 y se abre el primer hospital antituberculoso. No obstante, a pesar de existir una estructura administrativa y técnica de evolución constante, la organización técnica permanece aún muy centralizada desde el punto de vista tanto ejecutivo como normativo. Sin embargo, se da origen al desarrollo paulatino de una inquietud o aparente aceptación, tanto por parte del Gobierno como de la comunidad, de la importancia de los programas preventivos, aún por encima de los netamente curativos.

Al final de esta etapa, el escenario estaba preparado para el adecuado desarrollo de programas integrales de Salud Pública, lo cual estuvo precedido por el estudio realizado por el Doctor Isadore Falk en 1956 de nuestras condiciones médico-sanitarias titulado "La Salud en Panamá, un Estudio y un Programa" que dio inicio a la etapa de la Regionalización (1956-1961). ***La persistencia de diferencias de índole técnico-administrativas y la conciencia que tenían los técnicos nacionales sobre la duplicidad de servicios, y su consecuente mala utilización presupuestaria, dio origen a la puesta en marcha de la "Integración de servicios preventivos y curativos" no sólo de tipo institucional sino también funcional como política de salud que aparece descrita en el Plan Nacional de Salud Ministerial (1962-1970), en el cual, le da personalidad propia a las áreas médico-sanitarias dentro de las cuales actúan en forma de sistema satélite los diferentes tipos de instituciones de salud.***

En 1969, durante el gobierno del Coronel José María Pinilla (Régimen Militar) se crea el Ministerio de Salud. Durante las décadas de 1960, 1970 y 1980, el sistema de Salud Panameño tuvo un crecimiento y desarrollo considerable, sobre las bases del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, a los que se fue agregando un sector privado.

Se debe reconocer que el **Plan Nacional de Salud Ministerial 1962-1970** marca el primer esfuerzo racionalizado de establecer un orden en el desarrollo institucional con una cobertura que comprende a todo el Sector Salud, con el objetivo básico de evitar la duplicidad de servicios e instituciones por parte de las agencias que integran el Sector, tratando de lograr la más adecuada utilización de los recursos con que cuenta el país en el campo de la salud.

La etapa que se origina en el año 1968, tiene una importante influencia en el rumbo que se da al desarrollo institucional de la salud. Las acciones de salud se impulsan para ser llevadas a todos los núcleos de población demandante y la gama de instituciones, si bien es cierto que sigue en el desarrollo de sus acciones, pierde importancia en su fisonomía física como tal y se destacan más bien como servicios de salud hacia la comunidad que se inició años atrás, adquiriendo ahora importancia de primera prioridad traspasando las paredes de las edificaciones para llevar las acciones de salud hacia las comunidades, en búsqueda de una aplicación de coberturas en los programas de tipo preventivo y de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de las enfermedades o daños ya existentes, con base en una metodología de planificación de la salud.

La creación del **Ministerio de Salud** por medio del **Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969** y de su Estatuto Orgánico por medio del Decreto Ejecutivo N° 75 del 27 de febrero de 1969, reviste a las regiones y a las áreas médico-sanitarias, de todas las facultades descentralizadas que permitan la agilización de los programas dentro de las instituciones de salud de los núcleos poblados, en base a un sistema satélite de organización, en el cual, las instituciones de mejor

jerarquía funcionan alrededor de las instituciones más complejas o centros médicos urbanos, sedes de las áreas médico-sanitarias u hospitales generales.

El hecho más sobresaliente en salud logrado durante el período responde al despertar de nuestras comunidades, las cuales a través del Decreto N° 401 del 29 de diciembre de 1970, se orientan hacia la concientización de nuestras comunidades en sus derechos y deberes en salud para participar en forma organizada en la solución de sus propios problemas de salud. Así, durante el período se encuentran funcionando en el país más de 1000 Comités de Salud con personería jurídica, que representan un rico potencial de recursos en salud. Durante el año de 1973, se inicia en la Provincia de Colón la integración física y funcional de los servicios médicos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, respondiendo así a un mandato constitucional. Este proceso se extiende progresivamente y hasta la fecha abarca la mayor parte del país, mediante el establecimiento de los Sistemas Integrados de Salud, con excepción de la Región Metropolitana.

Se trabaja a base de programas de salud bien definidos: básicos y de apoyo, cuya meta es producir el impacto más eficaz en la salud de la población. Los indicadores de salud más importantes alcanzan magnitudes similares a los de los países más desarrollados. El renglón de los recursos humanos en salud se ve reforzado con la puesta en funcionamiento de las Facultades de Odontología, Farmacia y Enfermería de la Universidad Nacional de Panamá. En la Facultad de Medicina (mayo de 1986) abren sus puertas las Escuelas de Tecnología Médica y la Escuela de Salud Pública, para reforzar la administración de nuestras instituciones de salud. Hay interés permanente por la superación de la capacidad del personal de todas las profesiones a todos los niveles.

Como avance se desarrolló a nivel de Proyecto, la Red Nacional de Servicios de Salud, bajo la Dirección Nacional de Planificación; así mismo, se creó la Dirección Nacional de Finanzas y se estructura una nueva Estructura Orgánica. El proceso de actualizar las políticas y las estrategias es permanente en el Ministerio de Salud y se impuso como meta, para el año 1998, producir un Plan Nacional de Salud. Panamá llevó a cabo procesos de reforma y modernización del Estado, que de manera discontinua ha incluido al sector de la salud cuyo logro más significativo fue alcanzado en **1998 con la apertura del Hospital San Miguel Arcángel** como unidad de atención hospitalaria integrada en la **Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre (RSSM)**.

Principales Hospitales y otros

Hospitales Nacionales

Hospital de Larga Estancia
Hospital del Niño
Director del Hospital Santo Tomás
Instituto Oncológico Nacional

Centros Especializados

Instituto Nacional de Salud Mental
Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación

Hospitales Regionales

Los Santos

Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas
Hospital Luis H. Moreno de Macaracas
Hospital Rural de Tonosí
Hospital Regional Anita Moreno

Herrera

Hospital Cecilio A. Castellero
Hospital Sergio Núñez de Ocú

Coclé

Hospital Aquilino Tejeira

Chiriquí

Hospital José D. Obaldía
Hospital General del Oriente Chiricano Pablo Ruíz

Panamá Este

Hospital Regional Docente 24 de Diciembre

Panamá Oeste

Hospital Nicolás A. Solano

Veraguas

Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega
Hospital San Francisco

Bocas del Toro

Hospital de Bocas del Toro – Isla

Darién

Hospital San José del La Palma
Hospital Dr. Manuel Nieto de Yaviza
Hospital El Real

Guna Yala

Hospital Marvel Iglesias de Aligandí
Hospital Rural Inabagiña de Mulatupu

San Miguelito

Hospital San Miguel Arcángel

Sistemas Regionales de Salud

Región de Salud de Bocas del Toro

La Región de Bocas del Toro se crea por la Resolución de Gabinete No. 129 del 15 de mayo de 1995, luego del inicio del proceso de "coordinación funcional" con la Caja de Seguro Social dejando de llamarse Sistema Integrado de Salud de Bocas del Toro. Previamente mediante la Resolución 0058 del 1 de enero de 1995 se crean la organización Distrital, quedando la Región de Bocas del Toro organizado en tres Distritos de Salud conforme a su división geopolítica: Bocas del Toro, Changuinola y Chiriquí Grande. Como dato histórico importante: fue uno de los primeros Sistemas Integrados de Salud en organizarse y uno de los últimos Sistemas Integrados de Salud en dejar de funcionar como tal.

Región de Salud de Chiriquí

La división político administrativa de la provincia de Chiriquí incluye trece distritos, 92 corregimientos y 1236 lugares poblados. Limita al Norte con la Provincia de Bocas del Toro y la Comarca Ngäbe Bugle, al Este con la Provincia de Veraguas, al Sur con el Océano Pacífico, al Oeste con Costa Rica. Antes de la llegada de los españoles, las tierras Chiricanas estaban habitadas por grupos indígenas dispersos de la cultura Guaymí, quienes ocupaban también Bocas del Toro y parte de Veraguas. El historiador Alberto Osorio indica que bajo el nombre de Guaymí se agrupaban diversos grupos como los changuinas, zurias, doraces y otros.

Los aborígenes llamaban a esta región - según los cronistas españoles – “Chiriquí” o “Cherique”, vocablo que significa Valle de la Luna. Según el historiador Ernesto J. Castellero, la primera vez que se menciona Chiriquí en un documento es la redacción de Gil González Dávila, quien en 1522 recorrió a pie la costa pacífica de Panamá. De acuerdo con los informes históricos, el capitán

español Gaspar de Espinosa fue el descubridor, explorador y conquistador de la región Chiricana, en 1519. En 1822, después de su incorporación a Colombia, Panamá fue llamada por el gobierno colombiano "Departamento del Istmo". En 1824, éste fue dividido en dos provincias: Panamá y Veraguas. Esta última incluía los que es hoy Bocas del Toro y Chiriquí.

En 1822, El Cantón de Alanje, que incluía a Chiriquí, se extendía hasta Bocas del Toro y tenía por cabecera a la población de Alanje. Sin embargo, el 26 de enero de 1837, la cabecera del mencionado cantón fue trasladada por decreto oficial del gobierno neogranadino a la Villa de David. El 26 de mayo de 1849, gracias a los esfuerzos del senador panameño José De Obaldía, la provincia de Veraguas fue dividida por un decreto del Congreso de Colombia (Nueva Granada) en dos provincias: Veraguas y Chiriquí.

Creación de las Provincias de Chiriquí y Azuero.- Segregado de la Provincia de Veraguas el cantón de Alanje se formó en 1849 una nueva entidad política denominada Provincia de Chiriquí. Primer Gobernador de la Provincia de Chiriquí lo fue don Pablo Arosemena, y de la de Azuero, don Juan Arosemena, nombrados ambos por el Poder Ejecutivo; pero desde 1853 los sucesivos Gobernadores eran elegidos en votación popular. Tanto la Legislatura de Chiriquí como la de Azuero constaba de 7 diputados. La nueva entidad administrativa se extendía hasta Bocas del Toro, que pasó a ser, a partir de 1850, cantón de Chiriquí. El primer gobernador de la Nueva Provincia fue Pablo Arosemena de la Barrera.

Sistema Integrado de Salud

De entrevistas realizadas a varios personajes chiricanos se tienen referencias de que el único centro de asistencia médica de carácter público en David, antes de la creación del Hospital José Domingo de Obaldía (1933-1935) era el Hospital de la Caridad, localizado en el Barrio Bolívar, en un terreno colindante con el actual Cuartel del Servicio Motorizado de la Policía Nacional (Los Linces). No se conoce el año exacto en que inició actividades, pero según un escrito del doctor Sebastián Gilberto Ríos, al médico cubano Manuel González Revilla (quien arribó a Chiriquí en 1890) le correspondió reorganizar el modesto centro hospitalario con sus propios recursos y allí fue nombrado como Médico Jefe. Relatan los descendientes del doctor González Revilla que el Hospital de la Caridad estaba tan poco equipado que el bondadoso galeno llevaba las sábanas de su casa para suplir las necesidades del lugar, donde también fundó una sala de maternidad.

Doña Maruja Pérez de Brenes recuerda que, en 1925, aproximadamente, el médico español Enrique Solano le atendió una gastroenteritis en ese viejo caserón de madera. "A este médico le gustaba cazar loros y usaba las partes de estas aves para prepararle sopa a sus enfermos en el Hospital, que era muy pobre". Don Ramiro Candanedo Candanedo (1915-2007) manifestó, el 28 de julio de 2006, en relación con la historia del Hospital de la Caridad: "Casi todo era de madera, con un patio grande. Aquí me atendió, de un ataque de apendicitis, el doctor Rafael Sáenz Cuadra, quien sería el promotor del posterior Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía del cual sería el primer director. Sáenz Cuadra era, como casi todos los médicos de esa época, un galeno muy consagrado". También prestaban sus servicios en el David de finales del siglo XIX y principios del XX, el médico cubano Rodolfo Ross y el colombiano Alejandro Pérez Rivas.

Luego se creó el **Hospital José Domingo de Obaldía (1933-1935)**. El doctor Rafael Sáenz Cuadra, sería el promotor del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía del cual sería el primer director. Por orden del General Omar Torrijos que le envía una carta al Lic. Hugo Spadafora,

entonces ministro de salud, para iniciar la integración de los servicios de salud entre el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, primero en la provincia de Colón en el año 1973, seguida por la provincia de Chiriquí. Este proceso se extiende progresivamente y hasta la fecha abarca la mayor parte del país, mediante el establecimiento de los Sistemas Integrados de Salud, con excepción de la Región Metropolitana

El **Hospital Dr. Rafael Hernández** fue inaugurado el 16 de diciembre 1974. Se entregó el 19 de marzo de 1974. Inicialmente fue un hospital general igual que el Hospital De Obaldía. Luego con la integración se tomó en consideración que el hospital Dr. Rafael Hernández sería un hospital quirúrgico de la CSS y el Hospital De Obaldía una Unidad Materno Infantil. De esta forma integrada se trabajó hasta el año 1992, que por razones políticas ambas entidades trabajan de manera independiente. Luego, después de 1992, el hospital José Domingo De Obaldía inicia como Unidad Materno Infantil de la provincia. En el año 2005, se trasladó el Hospital José Domingo de Obaldía (HJDO) a las nuevas instalaciones del hospital ubicadas en la Carretera Interamericana, Vía Bugaba, a unos cuantos metros del Hospital Rafael Hernández. Esta nueva instalación tuvo un costo aproximado de B/. 35 millones de dólares, la misma fue un Proyecto con el Gobierno de Taiwán y la administración es realizada por la Fundación Mar del Sur. El terreno tiene una extensión de 6 hectáreas. Que conforme con la resolución de Gabinete No. 129 del 15 de Mayo de 1995 se autoriza la descentralización administrativa y financiera de las Regiones de Salud de Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Colon, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Región Metropolitana y Región de San Miguelito.

Región de Colón

Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969. "Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud". (G.O. 16292 de 4 de febrero de 1969) La Junta Provisional de Gobierno, en su Art. 6. El Ministerio de Salud se constituirá como sigue: Por las Regiones de Salud Oriental, Central y Occidental integradas por las Áreas y Servicios que se indican:

Región Oriental: Área Sanitaria de Darién; Área Metropolitana de Panamá; **Área Sanitaria de Colón;** Área Sanitaria de La Chorrera y Área Sanitaria de San Blas; **Región Central:** Área Sanitaria de Penonomé; Área Sanitaria de Los Santos; Área Sanitaria de Las Tablas; Área Sanitaria de Aguadulce; Área Sanitaria de Chitré; Área Sanitaria de Santiago y Área Sanitaria de Soná; **Región Occidental:** Área Sanitaria de David; Área Sanitaria de San Félix; Área Sanitaria de Barú; Área Sanitaria de Bocas del Toro y Área Sanitaria de Bugaba.

El Art. 9. Las Jefaturas Regionales de Salud se estructurarán como organismos descentralizados y tendrán la responsabilidad de dirigir, normatizar, integrar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de salud que ejecuten los servicios de la correspondiente jurisdicción. Para el cumplimiento de sus funciones contarán, además, de los Servicios que las integran, con Unidades Técnico-Normativas y de Administración cuyo cometido determinará el Estatuto Orgánico y con un Consejo Técnico Asesor que nombrará el Jefe Regional de acuerdo con lo que al respecto disponga el citado Estatuto.

Reseña Histórica de la Institución: El Hospital Dr. Manuel A. Guerrero, fue el primer hospital fundado en el gobierno panameño en la Provincia de Colón, con el objetivo, que la clase humilde colonense tuviera acceso a un servicio de salud (Hospital Público).

El nombre del Hospital de la ciudad de Colón, fue adoptado por el Presidente de la República y Decreto N°. 30 del 31 de mayo de 1937. La falta de unificación del Sector Salud, de coordinación y formulación de programas integrales, trajo como consecuencia que en nuestro país se contará por muchos años con servicios duplicados carentes de un esfuerzo racionalizado. Pero con la Constitución Nacional de nuestra República, en 1972 por medio del artículo 107, se ordenó la integración de los sistemas y recursos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, iniciándose el 15 de febrero de 1973, las Provincias de Colón, Bocas del Toro y Veraguas. Para el año de 1975, se integraron la demás provincias y regiones del país.

En 1976, se inicia la construcción del nuevo hospital. Una vez terminada la construcción, se traslada el cuarto de urgencia en el año de 1987 y su posterior inauguración, el 3 de marzo de 1989. En 1996, se realiza la separación Técnica-Administrativa de ambas instituciones de salud (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social). Hasta la fecha se ha mantenido, solamente la coordinación de algunos programas de salud. El Ministerio de Salud haciendo énfasis en la renovación de la estrategia de Atención Primaria promueve la atención integral de la salud con lo cual pretende potencializar los recursos de salud y garantizar que la atención integral conlleve una franca participación social, con un enfoque de género, resaltando la promoción y la prevención, consideración además, la recuperación y rehabilitación del proceso salud-enfermedad de la población y del ambiente.

Fecha de fundación: El Hospital Doctor Manuel Amador Guerrero fue inaugurado el 31 de mayo de 1937, posteriormente el 15 de febrero se crea la integración en la Provincia de Colón. (Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud).

Región de Salud de Coclé

Durante la década de los 60 se perfecciona la coordinación entre los hospitales y los Centros de Salud del Ministerio de Trabajo, Prevención Social y Salud Pública que constituía el ente rector de la salud nacional para aquel entonces, pero sin la infraestructura necesaria para enfrentar con resultados favorables a los problemas de la Salud Pública Nacional. En 1960 se crean los Centros Médicos, su integrador Dr. Isidro Falh, la República de Panamá se divide en tres regiones: Región Central (Coclé, Azuero y Veraguas); Región Occidental (Chiriquí y Bocas del Toro) y Región Oriental (Colón, Darién, Panamá y San Blas).

En 1969 se introducen las Políticas de Salud Comunitaria, haciendo énfasis en las comunidades organizadas, Coclé es subdividida en: 1-Area Sanitaria de Penonomé (Antón, La Pintada y Penonomé) y 2-Area Sanitaria de Aguadulce (Aguadulce, Natá y Olá). La administración de dichas Áreas se encontraba en las Direcciones de los Centros Médico Integrado Aquilino Tejeira y Centro Médico Marcos Robles respectivamente. Para entonces las actividades de Salud Pública y preventiva se ejecutaban a través de giras médicas que salían desde los Hospitales y los Centros de Salud funcionaban con recurso humano y material limitada.

En 1973 se da inicio al proceso de integración del MINSA Y CSS.

En 1977 se integra la provincia de Coclé, al proceso su primer integrador Dr. Francisco José Urrutia. No tenemos la evidencia legal que crea el Sistema Integrado de Salud de Coclé. Se subdivide la Región en 7 unidades ejecutoras: Aguadulce, Natá y Olá, Penonomé, La Pintada,

Antón, Hospital Aquilino Tejeira, Hospital Marcos Robles, esta da inicio a un proceso limitado de descentralización, bajo la autoridad de un Director de Área Integrada.

En 1990 se inicia la desintegración del Sistema CSS y MINSa.

En 1994 se retoma la organización de las áreas en los ámbitos de cada distrito quedando dividido en 6 distritos de salud. En 1995- 1996 se concretiza la separación de la estructura administrativa del Sistema Integrado de Salud que funcionaba desde 1977. Esto con lleva a la creación de sus propios departamentos e instalaciones físicas en cada una de las instituciones.

Su responsabilidad sanitaria la constituyen:

- 2 Hospitales: Aquilino Tejeira y Rafael Estévez
- 3 Centros de Promoción: Penonomé, Natá y Aguadulce.
- 18 Centros de Salud: El Cristo, Pocrí, Pozo Azul, La Loma, Jaguito
- C.M.I. La Pintada, C.M.I. Coclesito, C.S. El Copé
- C.M.I. Olá
- Antón: C.M.I. Antón, C.M.I. El Valle, C.S. Santa Rita
- C.S. Penonomé, C.S. Río Grande, C.S. Caimito, C.S. Chiguirí Arriba, C.S. Toabré.
- 52 Puestos de Salud: Penonomé: Membrillo, Limón de Tulú, Tucue, Lura Centro, Tulú Centro, Altos de San Miguel, San Miguel Centro, U Centro, Guayabo, San Isidro, Las Marías, Las Palmas, San Cristóbal, Uracillo, El Jobo.
- Antón: Juan Díaz, Tranquilla, El Retiro, La Mata, Caballero, Cabuya, Los Cerritos, Altos de La Estancia.
- La Pintada: Piedra Amarillas, Piedras Gordas, Ojo de Agua, Santa Marta, Llano Grande, Cascajal, Lajas, Limón del Harino, Platanal, Molejón, San Juan de Turbe, Sardina, Embarcadero de Cascajal, Cutevilla, Arenal Grande, Boca de Toabré.
- Natá: Toza, Las Huacas de Quije, Guzman, Sapillo.
- Olá: Barranco Colorado, El Cristo, Burriga, La Sabana, Las Barretas.
- 9 Sub Centros de Salud: Sub Centro de Salud de Llano Santo.
- Capellanía, Villareal, Churube, El Caño
- Olá: Nuestro Amo.
- La Pintada: El Potrero, Bajo Grande.
- Antón: San Juan de Dios.

Región de Darién

La provisión de servicios de salud de Darién inicio antes de los años setenta cuando se conformó la Región Oriental de Salud con el Decreto de Gabinete 1 del 15 de Enero de 1969, Artículo 6to, apartado f. (Gaceta Oficial 16292, del 4 de Febrero de 1969).

En el año de 1975 se crea la región de salud de Darién, y en el año de 1977 se transforma en el sistema integrado de salud de Darién. En el año de 1993 nuevamente se convierte en región de salud de Darién, donde se separan nuevamente los aspectos financieros entre la CSS y el MINSa, reduciendo significativamente el aporte de insumos y medicamentos de la CSS a la Provincia. Desde allí a la actualidad solo se mantiene por la CSS el pago de planilla de funcionarios existentes, y un presupuesto limitado para la administración. En consejo de Gabinete, con la resolución de Gabinete 129 del 15 de mayo de 1995, (Gaceta Oficial 22787, del 22 de mayo de 1995) se da la descentralización administrativa y financiera de la Región de Salud de Darién.

Región de salud Guna Yala

El gobierno panameño crea, en 1915, la Intendencia o Circunscripción de San Blas. La Reserva se crea en 1930 y se define como Comarca en 1938 (Ley 2 del 16 de septiembre de 1938), culminando en 1953 con el desarrollo y administración de la Comarca mediante la promulgación de la Ley 16 del 19 de febrero del mismo año. El fallo de la Corte Suprema de Justicia del 23 de marzo de 2001 le brinda una organización político-administrativa distinta e independiente a la de los Distritos y Corregimientos.

La organización en atención en Salud en la Comarca inició en la década del 60 perteneciendo a la Región Oriental de Salud conformada por Colon, Chepo, Chorrera, Darién y San Blas y con apoyo de la presencia de la iglesia Bautista en la comunidad de Ailigandi y de la iglesia católica en las comunidades de Corazón de Jesús y Mulatupu. En la década del 70 se reorganiza su estructura funcional y surge lo que se conoció como la Región de Panamá-San Blas conformada por Chorrera, Chepo y San Blas.

En 1985 a través de una Gaceta Oficial se separó la región de Panamá- San Blas en regiones de Panamá Oeste, Panamá Este y San Blas. En el año 1998 mediante Decreto de la Asamblea (Ley 99 del 23 de diciembre de 1998) se le reemplaza el nombre de San Blas por Kuna Yala y en octubre del 2011 se le reemplaza el nombre por Guna Yala cuando el Gobierno Nacional reconoce la afirmación del pueblo Guna que en su lengua materna no existía el fonema para la letra “k”.

Nuestra primera institución de salud fue el Hospital de Ailigandi en una infraestructura donada y equipada por la Iglesia Bautista y la mayor parte del personal era Kuna preparado por esta iglesia. Luego le siguieron el Hospital Rural de Mulatupu y el Hospital Rural de Corazón de Jesús que también fueron estructuras donadas y equipadas por la iglesia católica a la naciente región de salud de Kuna Yala. Con el paso del tiempo se va fortaleciendo la Región de Salud de Kuna Yala con el establecimiento de otras instalaciones de salud de primer nivel en varias comunidades de la Comarca (Centros de Salud, Subcentros de Salud y Puestos de Salud). En el año 2000 se cierra el Hospital de Corazón de Jesús por deterioro de su infraestructura y la no funcionalidad con el desarrollo presente de la región.

Región de Salud de Herrera

La Resolución ministerial que crea la Región de Herrera es la 00059 del 1 de enero de 1995, firmada por el Presidente Ernesto Pérez Balladares y la Ministra de Salud Aida Libia de Rivera. La fecha oficial de la creación de la Región es el 9 de febrero de 1995.

Región de Salud de Los Santos

Fecha de Fundación de La Región de Salud de Los Santos, 9 de Febrero de 1995. Ley en Gaceta y N° de Resolución Ministerial de La Región de Salud de Los Santos, Resolución N° 00059 del 1° de enero de 1995 del Ministerio de Salud. Datos importantes Históricos de nuestra Región, el primer Director de la Región de Salud de Los Santos fue el Dr. Enrique Alberto Donado.

Región de Salud Ngobe-Bugle

La Comarca Ngobe-Bugle fue creada mediante la ley 7 del 3-1997, según el Decreto Ejecutivo 194 del 25-08-1999; mediante la resolución 297 del 09-07-1998 en la incluye al Sistema Regional de Salud de la Comarca Ngobe-Bugle como parte de los sistema Regionales de Salud.

Está ubicada en la parte noreste de la República de Panamá. Sus Límites:

- Norte con el Mar Caribe
- Sur con la Provincia de Chiriquí
- Este con la Provincia de Veraguas
- Oeste con la Provincia de Bocas del Toro

La Comarca Ngobe-Bugle cuenta con una extensión territorial de 6,997 km² y con una población estimada de 128,978 habitantes (Julio de 2004); profesa varias Religiones entre éstas: adventista Evangélica, Católica y Mama Tata. Esta población es altamente migratoria, situación que se acentúa en épocas de cosechas cafetaleras y posee una población muy dispersa.

Posee además de las autoridades Gubernamentales, las Tradicionales, tiene sectores de difícil acceso y de muy difícil acceso; es considerado como un territorio de extrema pobreza; su población es de Etnia Ngobe-Bugle, su idioma es Ngobe, Bugle y español. Las vías de penetración son terrestres, marítimas y aéreas.

Región de Salud de Panamá Metro

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.

Región de Panamá Norte

En Miras de descentralizar y abordar problemas inherentes a la salud de acuerdo a su perfil demográfico y epidemiológico se crea la **Región de Panamá Norte** según decreto 538 del 11 de mayo del 2010; que se encargará del reordenamiento sanitario-administrativo que facilitará el acceso de los habitantes de los Corregimientos de Las Cumbre, Ernesto Córdoba, Alcalde Díaz y Chilibre a los programas y servicios de salud.

Región de Salud Panamá Este

El corregimiento de Chepo fue fundado por el Sr. Bayano, oriundo, de raza indígena Kuna quien estuvo por muchos años caminando para que Chepo fuera lo que es hoy. Geográficamente Chepo está ubicado en un área plana, en las proximidades del Distrito de Panamá, Darién y colindando con la Comarca de Kuna Yala. Sus límites son los siguientes:

- Al Norte con: Comarca Kuna Yala
- Al Sur con: Chilibre y San Miguelito
- Al Este con: Darién
- Al Oeste con: Panamá – Metropolitana.

En el aspecto hidrológico tiene en sus proximidades al Río Mamoní, y tiene algunos caudales tales como Loma del Río, Madre Vieja y algunas quebradas. Caminando un poco más encontramos el Lago Bayano construido por el Gobierno Nacional para crear la gran hidroeléctrica del Bayano en 1978 inaugurada por el general Omar Torrijos Herrera. Los suelos representan el primer factor de producción para el desarrollo de las actividades agropecuarias y ganaderas de las áreas rurales circunvecinas, también se dedican a la pesca y la parte comercial.

Dentro de los sectores primordiales dedicados a la pesca tenemos el distrito de Chimán y Balboa, en los dedicados a la ganadería tenemos Cañitas, Torti y El Llano. En las áreas dedicadas a la agricultura tenemos El Llano, Chepo cabecera, San Martín, en los dedicados a actividades comerciales tenemos Cerro Azul y Pacora. En el corregimiento de Chepo se cuenta con escuelas primarias y secundarias con bachillerato completo, servicios bancarios, recreativos, de comunicación, sanitarios, administrativos que fortalecen en gran medida la seguridad y la economía de la población.

La Región de Salud Panamá Este inicio los servicios de atención a la población el 23 de marzo de 1983 de acuerdo al decreto ministerial No. 0333, dicha región de salud, ubicada en el corregimiento de Chepo como la UNIDAD SANITARIA DE BAYANO inicia sus funciones en la oficina de Desarrollo social de Trabajo ya que no contaba con un espacio físico, esta región buscaba dar una alternativa de atención de salud a la población de Chepo centro y comunidades aledañas, sus caminos eran rudimentarios, y se movilizaba a la población con mucha dificultad con el fin de ofrecer las actividades básicas del Ministerio de Salud las cuales estaban enfocadas a la Salud Pública como Saneamiento Ambiental, vacunación y organización comunitaria pero las áreas fueron creciendo poblacionalmente trayendo como consecuencia la creación de instalaciones complejas de tal forma que se pudiera satisfacer las necesidades de atención de la población enferma; el cólera, el sarampión y la malaria se apoderaban de la comunidad, existía mucha dificultad para movilizarse por lo que era necesario crear unidades de atención primaria que cubrieran los servicios básicos preventivos y curativos. Al crear esta región de salud se fortalece la organización comunitaria principalmente con los Comités de salud y las Juntas Administradoras de acueducto siendo el primer paso la construcción de acueductos rurales y la letrínación de las viviendas para disminuir la contaminación y sobre todo el riesgo a adquirir enfermedades como cólera y otras parasitosis.

Desde el punto de vista histórico, la unidad sanitaria de Bayano como se llamaba en un principio cuyo primer edificio era de madera ,pequeño y donde laboraba personal básico, médico, enfermera, auxiliar de enfermería, unos cuantos funcionarios de control de vectores, saneamiento ambiental y conductor, dependía en gran medida de la región metropolitana que apoyaba y marcaba muchas directrices; luego se necesita de un edificio más grande ya que se aumentarían el recurso humano por lo que se inicia alquilando un edificio en el área de Chepo centro cuyas condiciones no eran las más apropiadas hasta ese momento ya que aumenta el recurso humano y los insumos médicos y los equipos de transporte .En 1995 se decide alquilar un edificio más amplio con mayor capacidad para insumos, y personal garantizando de esta manera la capacidad de rectoría del Ministerio de salud. Es así como al pasar los años hemos logrado tener a la fecha 12 centros de salud, incluyendo entre ellas la Clínica Virgen de la Merced ubicada en el Centro Penitenciario La Joya, además contamos con 37 Puestos de Salud; estas instalaciones de salud se encuentran ubicadas en los distritos de Chepo, Chimán y Balboa y tenemos 3 centros y 3 puestos en el distrito de Panamá específicamente en el corregimiento de Pacora y San Martín.

Además de las instalaciones de salud mencionadas anteriormente contamos también con oficinas administrativas; una sede regional la cual fue inaugurada en el 2012 y algunas oficinas ubicadas en edificios alquilados en los cuales hemos ubicado departamentos como el depósito de medicamentos, depósito de insumos médico quirúrgicos, oficina de vectores y salud pública y una segunda sede en la cual se albergan departamentos como promoción, REGES, entre otros.

La Región de Salud de Panamá Este tiene bajo su responsabilidad 527 comunidades, 21 corregimientos y 4 distritos. En la actualidad cuenta con una población estimada de 135,000 habitantes. En la actualidad contamos con una región que se ha preocupado por realizar una gran cantidad de actividades y así mejorar la calidad de vida de nuestros pobladores entre los cuales podemos mencionar: Promoción, Prevención, Atención de la Población y del Ambiente, Restablecimiento físico de las Infraestructuras, Ampliación de la Cobertura de los Servicios (laboratorios, especialistas, trabajadores sociales, nutricionista) atención personalizada regulada y periódica a 63 comunidades del área por equipos básicos de atención, cobertura de atención de urgencias las 24 horas en 4 instalaciones de salud.

La Sede regional tiene funciones administrativas de coordinación con las instalaciones de los niveles locales, además de coordinación interinstitucional para actividades que fortalecen la seguridad y protección del ambiente y la población en general. Cuenta en la actualidad con 400 colaboradores en los diversos campos técnicos y administrativos que fortalecen la capacidad de gestión y atención de tal manera que podamos resolver o minimizar los problemas y/o necesidades en salud.

Región de Salud Panamá Oeste

Fecha de fundación mediante el Resuelto Ministerial Nº 0333 de 15 de Mayo de 1983, la cual se reestructura la Región de Salud Panamá y crea las Regiones de Panamá Oeste, Panamá Este y San Blas. Resuelto Ministerial Nº 1365 de 23 de Julio de 1974 que Crea la Dirección de Salud de Panamá que incluye La Chorrera, Chepo y San Blas. Resuelto Ministerial Nº 0333 de 15 de Mayo de 1983 mediante la Cual se reestructura la Región de Salud Panamá y crea las Regiones de Panamá Oeste, Panamá Este y San Blas. Decreto de Gabinete Nº 129 de 15 de mayo de 1995, por medio del cual se descentralizan las regiones sanitarias de Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Colón, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Región Metropolitana y Región de San Miguelito.

Región de Salud de San Miguelito

El crecimiento incontrolado de la población generó problemas de salud, y ambiente, dado los problemas sanitarios crecientes y las características propias especiales de la población que exigían respuestas, se inicia la construcción de instalación de salud desde la década de 1960.

La creación de Ministerio de Salud, en 1969, se incrementa la red de servicios de salud, para dar cumplimiento a la visión **“Salud Igual Para Todos”**; de la misma forma se fortalece la participación social con la creación de los Comité de Salud, este soporte legal se constituye en un recurso necesario para la toma de decisiones que tienen que ver con la identificación y solución de los problemas de salud de las respectivas comunidades; se determinó la necesidad de crear según resuelto Ministerial No. 00583 del 10 de mayo de 1988 el **Área Sanitaria de San Miguelito** y un

año más tarde el resuelto No. 01137 del 10 de agosto de 1989, se convierte en **Región de Salud de San Miguelito**.

La Región de Salud de San Miguelito, tiene una extensión territorial de 1,161 Km². Sus límites son los siguientes:

- Al Norte: Provincia de Colón
- Al Sur: Área del Canal de Panamá y Ciudad de Panamá
- Al Este: Distrito de Chepo, Corregimiento de Tocumen y Ciudad de Panamá
- Al Oeste: Área Canalera y Provincia de Colón.

Dentro de la Región se ubican nueve (9) corregimientos de los cuales cuatro (4) pertenecen políticamente al Distrito de Panamá. En la actualidad se cuenta con un total de doscientos cincuenta y ocho (258) comunidades que están bajo la responsabilidad de los Centros de Salud. La Región de Salud de San Miguelito, tiene como área de responsabilidad sanitaria el distrito de San Miguelito el cual mide 50Km², conformado por los corregimientos de Amelia Denis de Icaza, Arnulfo Aria, Omar Torrijos, Belisario Porras, Belisario Frías, Mateo Iturralde, José Domingo Espinar, Victoriano Lorenzo, Rufina Alfaro y una densidad de población de 7,019hb/Km². Conformada por los centros de salud de San Isidro, Cerro Batea, Torrijos Carter, Nuevo Veranillo, Valle de Urraca, Amelia Denis de Icaza, Centro Penitenciario de Tinajitas y el Centro de Capacitación de Manipuladores de Alimento.

Región de Salud de Veraguas

La época pre – republicana se caracteriza por un dominio del ambiente sobre el hombre en donde las enfermedades como la fiebre amarilla, malaria, viruela y tifoidea incidieron en el aumento de las difusiones por estas enfermedades. De 1903 a 1914, las acciones de salud fueron dirigidas desde la acciones de salud fueron dirigidas desde la Sección de Higiene Pública y Beneficencia y una sección de Donaciones del Departamento de Obras Públicas de la Secretaría de Fomento. Existe en esta época una marcada ausencia de la organización de la medicina preventiva y salud pública en provincia del país.

A principio de la década de 1920 se inició en Panamá las reuniones y coordinaciones con la cual se pretende dividir políticamente por área de atención de salud a la República de Panamá. Sin embargo, fue a lo finales de esa misma década (1928-1929) que se realizan las discusiones al respecto para desarrollar un plan de unidades sanitaria en donde participan por la República de Panamá el Doctor Guillermo García de Paredes en su calidad de Director de Higiene y Salud y el Doctor Luis Schapiro como representante de la Fundación Rockefeller en Panamá de 1914 a 1929, se caracterizó por el desarrollo del primer programa cooperativo.

El Hospital Provincial de Santiago de Veraguas, inicio labores en el año de 1932 con una capacidad de 70 camas para atender una población de 63,107 Habitantes. La Unidad Sanitaria de Santiago fue inaugurada en 1939 y la misma fue dirigida por el Dr. Luis Chicho Fábrega. En 1949 se inició el informe telegráfico diario de un grupo de enfermedades de denuncias obligatoria y semanal. Estos informes estaban orientados a señalar la presencia de una causa infecciosa especial y la confirmación de los mismos. Un telegrama especial servía para que los Corregidores, Alcaldes y otras oficinas auxiliares del Registro Civil así como los Hospitales, informaran a la Unidad de Salud

de sus Zona a la aparición de una defunción por enfermedad altamente infecciosa. Esto permitirá una acción urgente de la oficina.

Instituidas estas Unidades Sanitaria surgen en la década de 1950 las Regiones de Salud, Región de Salud Oriental, Región de Salud Central, Región de Salud Occidental. A inicios de los años de 1960 se dan otras divisiones, con el afán de brindar una mejor atención en salud. La Región Oriental que está formada por la Provincia de Panamá, Colon, Darién, y Comarca de San Blas, hoy Kuna Yala queda conformada de la siguiente manera. Región de Panamá y Comarca Kuna Yala, Región de Salud de Colon y Región de Salud de Darién.

La organización del Ministerio de Salud fue modificada en base a las necesidades de la población y de las comunidades y de acuerdo con la división y organismos políticos del país a nivel de las provincias. Nueve regiones provincias reemplazan a las tres regiones multi provinciales existentes. Cada provincia, al igual que las integradas cuenta con un Director Regional con responsabilidad ejecutiva descentralizada y presupuesto propio. El primer Director del Sistema Integrado de Veraguas fue el Dr. Jorge Medrano.

En 1973 se inicia el proceso de integración (Ministerio de Salud- Caja de Seguro Social) de los servicios de Salud en tres de las nueve provincias del país, en donde el problema de salud era más serio. Los programas de integración de los servicios de salud se realizaron en Bocas del Toro, Colon y Veraguas, con la mejoría de la prestación de los servicios y aumento significativo de la cobertura. Además, se adelantan los estudios para la integración futura de otras provincias y se han integrado algunas áreas sanitarias como la de San Félix y el Barú en la Provincia de Chiriquí.

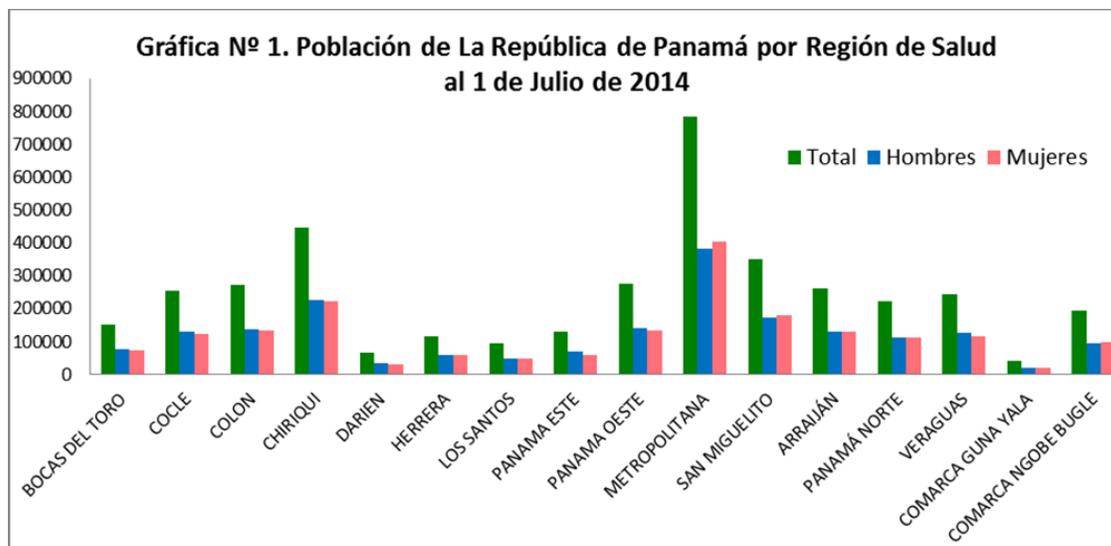
En este mismo periodo de los años 70 se remodelaron los Hospitales de Veraguas (Santiago y Soná), dado el marcado deterioro y falta de mantenimiento de estos hospitales. Además el doctor Cutberto Parrillón inició el Programa de Alimentación Complementaria, (PAC) con el propósito de brindar a las comunidades de extrema pobreza una crema nutritiva (Nutri bien), para disminuir la desnutrición de la región. Se inician también los programas de huertos comunitarios, cría de cabras, cerdos y aves.

En 1995 las Regiones de Salud se organizan en el nivel operativo en Sistema de Salud de Distrito ubicando las instalaciones de salud por distrito y creando oficinas de distrito de salud para cada distrito, según Resolución N 129 de 15 de mayo de 1995, por la cual se descentraliza administrativa y financieramente las Regiones de Salud. En 1998 mediante Resolución N° 334 de 13 de agosto se adopta un modelo de Estructura Organizativa Regional, con el cual se reordenan los recursos presupuestarios, físicos y humanos en los Sistemas Regionales de Salud. Además, se crea el Sistema Regional de Salud de Gnobe- Buglé para atender la población indígena dispersa en las regiones de Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro, situación que lleva a una nueva reorganización del nivel local.

El marcado deterioro del Hospital Regional de Veraguas llevó a las autoridades a la construcción del nuevo Hospital Regional Luis “Chicho” Fábrega, el cual es entregado el 15 de diciembre de 1999. El 18 de diciembre de 2000 se inaugura el Centro de Promoción de la Salud a un lado del Centro de Salud de Canto del Llano, el cual se crea con el objetivo de promocionar la salud y estilos de vida saludable a la población veragüense.

Región de Salud de Arraiján y Panamá Oeste

Decreto Ejecutivo No. 539 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud del Distrito de Arraiján, segregándose la misma de Panamá Oeste.



Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSA año 2014.

Proyectos y programas desarrollados por el Ministerio de Salud a nivel nacional

- Proyecto del Sistema Nacional de Sangre
- Proyecto de Saneamiento de la Bahía de Panamá
- Proyecto de la mejora de la Equidad y del Desempeño en la Salud
- Proyecto de Telemedicina
- Programa de VIH/SIDA
- Programa Nacional de Salud
- Programa Nacional de Salud Ambiental
- Programa Multifase de Salud
- Programa de Salud Rural
- Programa de Protección Social
- Programa de Nutrición
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva
- Programa de la Niñez y Adolescencia
- Programa de Salud del Adulto Mayor
- Programa de Salud Bucal
- Programa de Control de la Tuberculosis
- Programa de Salud Ocupacional
- Programa de Salud Penitenciaria
- Programa del Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento

Cobertura Universal de Salud

Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el **40% al MINSA que además de ser un importante prestador de servicios es también, el ente Rector del Sistema Nacional de Salud** y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el **MINSA y la CSS**, quienes aportan cerca del **70% de los recursos** utilizados, dejando un **30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos**.

La **Salud como un Derecho Humano fundamental**, garantiza las condiciones para que las personas más vulnerables alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Instancias internacionales y regionales sobre Derechos Humanos reconocidas manifiestan y reafirman la importancia de la equidad y cobertura universal de salud. Podemos citar algunas declaraciones como antecedentes tales como:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- La Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS – UNICEF (1978).
- El Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” (1988).
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989), entre otros.

La **VISIÓN** en materia de Salud que tiene Panamá, es lograr un **Sistema de salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos**, para contribuir al desarrollo y mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población.

Por ello la **MISIÓN** que nos lleva el día a día como norte, es la garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud bio psicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa.

Guardando nuestros **PRINCIPIOS Y VALORES**: Equidad, Eficiencia, Eficacia, Calidad, Sostenibilidad, Participación, Transparencia y Rendición de Cuentas.

Esto nos lleva a trabajar enfáticamente en identificar todos aquellos eslabones que no nos permite avanzar en salud, como apoyo a este Análisis de Situación (ASIS) contamos con el perfil de Salud de Panamá, documento que plasma los hallazgos más relevantes y puntuales de nuestro país, como lo es: los efectos de una polarización demográfica y epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles aún prevalentes, especialmente presentes en las poblaciones jóvenes, rurales y pobres coexisten con las de tipo crónico-degenerativo propias de poblaciones en envejecimiento, con creciente urbanización y con cambios notables en el estilo de vida (cambios en las dietas y en la actividad física, urbanización, adicciones, entre otras), consecuentemente existe una emergencia de problemas como la obesidad, los accidentes y la violencia (incluyendo la violencia doméstica y de género) y los relacionados con tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas, aunados al incremento de aquellos de origen laboral y mental, este perfil como base nos orienta hacer intervenciones y actuar efectivamente en la resoluciones de estos problemas a nivel nacional.

Podemos mencionar orgullosamente algunas intervenciones como:

Vacunación: Panamá es el país que cuenta con el esquema de inmunización vacuna más amplio de Latinoamérica, y de muchos otros países.

Las vacunas a nivel nacional se adquieren a través del MINSA. Durante los últimos 5 años el país ha invertido un total para el período (2007-2011) sesenta y tres millones doscientos cincuenta mil sesenta; B/.63 250 060.

Se introdujo nuevas vacunas en el esquema de inmunización, tales como contra la hepatitis A, el toxoide tetánico diftérico acelular (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano y la antineumococica de polisacáridos. El trabajo arduo del equipo de salud de barrer el país para proteger a toda la población en Jornadas masivas de Vacunación, así como la búsqueda intensiva casa por casa de desertores e inasistentes a nuestras instalaciones de salud.

Fortalecimiento de Nuestro Modelos de Atención en Salud a nivel territorial: Salud Integral del Individuo, Salud Integral de la Familia y Salud Integral de la Comunidad y el Ambiente.

Inversión en Salud y Financiamiento: Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.2% en el 2013). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de B/. 673 millones (33%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros pre pagados.

El resto de los recursos (cerca de B/.1, 693 millones), son financiados entre el Sistema de Seguridad Social (B/. 602 Millones) y el Ministerio de Salud (B/.1, 091 millones). Si lo miramos como inversión total per cápita, el estado panameño destinaría cerca de B/.703 dólares por persona por año. Si analizamos los montos informados por el MINSA de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los B/.10 millones de dólares al año, lo que representa menos del 0.3% del Gasto total en Salud.

Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per cápita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

Medicamentos: El MINSA por su parte incrementa su presupuesto de 23.2 millones de balboas en el 2007 a 53.4 millones de balboas en el 2013 de medicamentos, lo cual suma un monto de 157.8 millones de balboas en la compra de medicamentos requeridos por los asegurados y no asegurados del sector público de salud para el año 2011. La CSS registro un incremento en el presupuesto de compra de medicamentos de 76 millones de balboas en el 2007, a 104.4 millones de balboas en el año 2013.

Actualmente la lista Oficial de Medicamentos contiene más de 604 renglones de medicamentos para atender los problemas de los asegurados y 382 renglones de medicamentos para los no asegurados de todo el país En el 2010 el nivel de abastecimiento de medicamentos del MINSA era de un 75.14%, y para la CSS se alcanzó reducir el porcentaje del desabastecimiento de

medicamentos de un 12% registrado como promedio en el año 2009, a un 5% a 6% en septiembre del año 2010.

Proyectos de Infraestructura: Con los nuevos proyectos el MINSA busca aumentar la capacidad resolutive de la red de servicios de salud y cumplir eficaz y eficientemente con la prestación de servicios; para que los recursos asignados puedan dar respuesta a las necesidades (perfil epidemiológico) evidenciadas, jerarquizadas y priorizadas que afectan a una población definida en un lugar y tiempo determinado, facilitando que los beneficios estén al alcance de todos los individuos y familias.

Actualmente construidos

- 5 nuevos hospitales, por aproximadamente, B/. 386 millones.
- 20 Centros de Atención Primaria en Salud Innovadora (CAPSi)

Panamá comparte firmemente el compromiso de llevar Equidad en Salud a todos de frontera a frontera, con el fin de que las personas alcancen un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

Ampliación de coberturas de atención: En las últimas décadas el Gobierno de Panamá ha venido desarrollando acciones destinadas a reducir la pobreza y promover el desarrollo humano, potenciando capacidades y creando las oportunidades para generar la equidad y reducir la exclusión social en el país. Se diseñó una estrategia de extensión de cobertura de servicios básicos de salud y nutrición que consiste en un conjunto de mecanismos, basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

Se desarrolló e implementó un sistema de monitoreo, supervisión, evaluación y auditoría de la estrategia de extensión de cobertura, cada uno de los cuales lograron desarrollos en diferentes niveles; siendo el más desarrollado el sistema de supervisión. A partir del año 2009 el Ministerio de Salud de Panamá, inició la ejecución de una nueva etapa de la estrategia de extensión de cobertura, mediante la provisión del PAISS+N (a través de Organizaciones Extra institucionales y Equipos Institucionales) dirigidos a población no indígena y la PSPV (Equipos Institucionales) dirigido a población indígena. Ambas modalidades de la estrategia suponen la provisión de una cartera de prestaciones priorizadas compuesta por 15 servicios que detallo a continuación: servicios de promoción, prevención y atención, dirigidos a la población pobre en el área rural con dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud y nutrición.

Todos esto, a través de equipos básicos de salud itinerantes conformados por médico, enfermera, técnico en enfermería, nutricionista, técnico en saneamiento ambiental o educador para la salud y conductor y equipos comunitarios conformados por promotores de salud, parteras comunitarias, auditores sociales, monitoras, miembros de los comités de salud y juntas administradoras de acueductos rurales. Con la finalidad de atender las necesidades de salud de la población se realizó extensiones de horario con base en el análisis de la demanda. Estas extensiones de horario están en varias regiones del país.

Proyectos y Programas como: El Programa Protección Social con la Red de Oportunidades; Proyecto Mejora de la Equidad y Desempeño en salud; Proyecto Mejora de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud y la Iniciativa de Salud Mesoamericana. Con el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud varias estrategias fueron encaminadas al mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal, así como avance de adecuación de las redes del sistema de salud, cuyos avances comparto: En el uso y calidad de los servicios de parto institucional y la Atención de emergencias obstétricas y del neonato. Refuerzo de la red fija en el segundo nivel de atención y Gestión del recurso humano. Mejoramiento de la gestión hospitalaria bajo la administración 2009-2015 se estableció una nueva categoría de instalación de salud, el MINSA CAPSi cuyo que hacer se orienta a mejorar la capacidad instalada de la red de primer nivel de atención, utilizando tecnología apropiada como apoyo al diagnóstico y tratamiento. En el caso de nuevas instalaciones se consideró su ubicación en áreas donde no existen recursos de atención de salud y hay demanda de estos servicios por parte de la población. Estas unidades de atención incluyen la tecnología digital como parte del Hospital Virtual, mediante el cual se da orientación por especialistas para la atención del paciente, se incluyen además de la telemedicina, tele espirometría, la tele electrocardiografía, teleradiología y la tele mamografía.

La modalidad itinerante se aplica a fin de satisfacer la demanda de servicios en áreas de muy difícil acceso y con población dispersa, mediante la misma se garantiza la atención integral 6 veces al año de estas poblaciones. También se consideró la atención quirúrgica y de diagnóstico mediante las Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria (JAPA) en la cual se ofrece una cartera quirúrgica (salpingectomías, herniorrafias, lipomectomías, circuncisiones, vasectomías y otras), realización de estudios de mamografía, colposcopia, ultrasonido gineco obstétricos y otros.

En cuanto a la ampliación y fortalecimiento de la Cartera de Prestaciones Priorizadas en salud materno-infantil se fortalecieron

- La Cadena de Abastecimiento de Métodos de Planificación Familiar (PF)
- La atención durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido con enfoque intercultural (implementación del componente CONE por niveles)
- La Ampliación de los servicios de nutrición y su integración al primer nivel de atención
- El Mejoramiento de la calidad del agua a nivel del hogar y de la comunidad.

En cuanto a la demanda de servicios de salud materno-infantil se aumentó:

- Estrategias para promover el cambio de comportamiento frente a la demanda de servicios de salud materno-infantil
- Mecanismos para el aumento de la demanda del parto institucional y atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Mecanismos para el aumento de la demanda del parto institucional y atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Implementación de esquemas de incentivos para la inducción de la demanda de servicios materno-infantil.

Creación de espacios interculturales diseñados para la atención en salud materno-infantil en la población indígena.

- Salas de Parto, Casas maternas y albergues habilitados con pertinencia cultural.
- Intervenciones de pertinencia cultural en la red fija para la salud materna y neonatal en el marco CONE operativas.
- Se desarrollaron cursos de actualización de médicos generales utilizando la modalidad de pasantías por las instalaciones de mayor nivel de complejidad, con la finalidad de desarrollar habilidades y destrezas que permitan la atención de la población en sus áreas de residencia y se eviten traslados innecesarios de los pacientes.

Aspecto Económico y financiero: Panamá es una historia exitosa tanto desde el punto de vista del crecimiento, como de la reducción de la pobreza y de la prosperidad compartida, ha tenido el mejor desempeño en Latinoamérica y el Caribe (LAC) en términos de reducción de la pobreza, evolución de la clase media. Detrás de este progreso hay un alto crecimiento y una disminución de la desigualdad.

Informe Mensual de Deuda Pública al 31 de diciembre 2014: Al 31 de diciembre de 2014, la deuda pública registró un saldo de US\$18,230.9 millones, monto que representa un aumento de US\$2,547.3 millones respecto al cierre del año anterior, asociado al financiamiento neto de las necesidades de recursos para la vigencia fiscal 2014, y al financiamiento parcial del déficit correspondiente al año 2013, realizado en los primeros meses del 2014.

Operaciones Deuda Externa: La deuda pública externa, al 31 de diciembre de 2014, registró un saldo de US\$14,352.2 millones, un aumento de US\$7.7 millones con respecto al mes anterior y que incluye el pre-fondeo para la vigencia fiscal 2015. El 62.1% del servicio de la deuda externa responde a pagos de principal de Organismos Multilaterales y Bilaterales, de los cuales se destacan préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por US\$14.8 millones. Por su parte, el 37.9% restante corresponde al pago de intereses y comisiones, principalmente a Organismos Multilaterales y a Acreedores Privados.

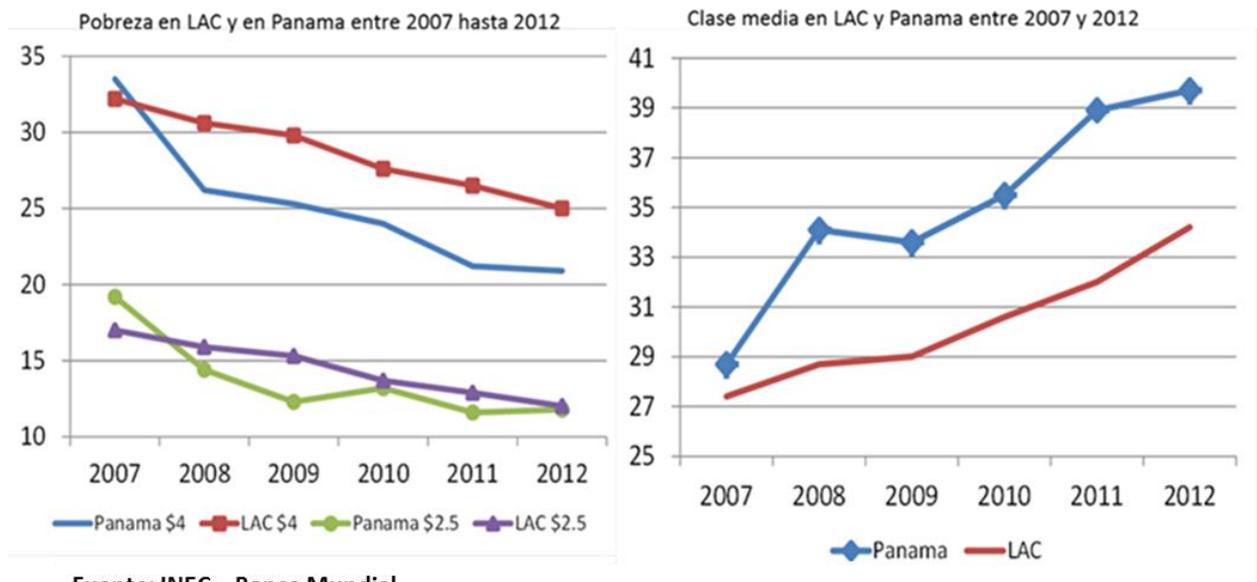
Se recibieron desembolsos por la suma de US\$35.7 millones de Organismos Multilaterales como el BID para proyectos como el Programa Unificado de Desarrollo Sostenible (CONADES), entre otros; del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para los proyectos de Equidad en la Salud (MINSa) y Mejoramiento de Agua y Saneamiento (IDAAN); y de CAF-Banco de Desarrollo de América Latina para los proyectos de Saneamiento de la Bahía (MINSa) y Agua Potable y Saneamiento (IDAAN); entre otros.

El comportamiento del dólar estadounidense frente a la canasta de divisas que componen la deuda pública, especialmente por la debilidad del yen japonés, tuvo un efecto positivo sobre el saldo de la misma, disminuyéndola en US\$4.1 millones y US\$73.2 millones en comparación con el cierre del mes y el año anterior, respectivamente.

Operaciones de Deuda Interna: Al 31 de diciembre de 2014, la deuda pública interna registró un saldo de US\$3,878.7 millones, mostrando una disminución de US\$78.6 millones (-2.0%) con respecto al mes anterior y representando el 21.3% de la deuda pública total.

El servicio de la deuda pública interna en el mes de diciembre de 2014 fue de US\$136.3 millones, destacándose el pago de servicio de deuda al Banco Nacional de Panamá por US\$81.8 millones para cancelar anticipadamente tres préstamos contratados en vigencias anteriores y cuyas condiciones y términos financieros eran elevados en comparación a las condiciones del mercado actual. Esta iniciativa conlleva a un ahorro en pago de intereses para la República de US\$8.6 millones para la vigencia 2015. Adicionalmente se pagaron US\$25.9 millones en intereses de la Nota 2018, emitida inicialmente en junio de 2011 con cupón de 5.000%.

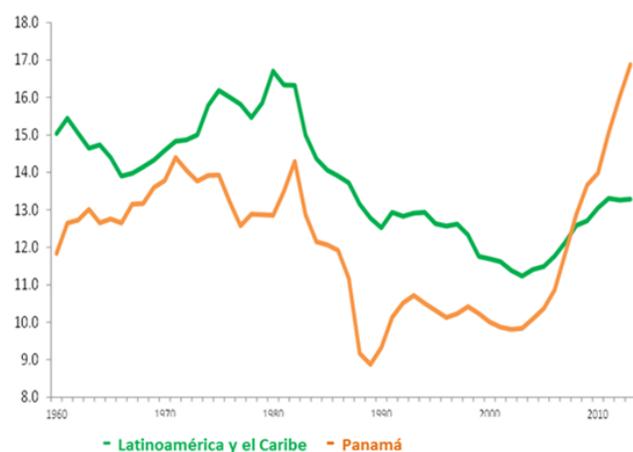
Grafica N°2. Pobreza en Latinoamérica el Caribe y Panamá



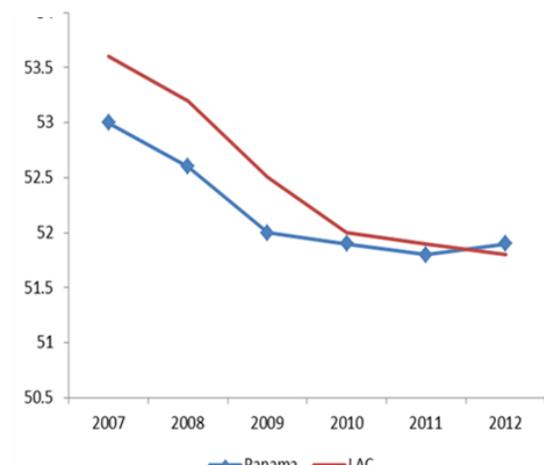
Fuente: INEC – Banco Mundial.

Gráfica N°3. Relación del Producto Interno Bruto per cápita de Latinoamérica, el Caribe y Panamá con el Producto Interno Bruto per cápita de Estados Unidos.

PIB per cápita como % del PIB per cápita de EEUU (Panamá vs LAC)



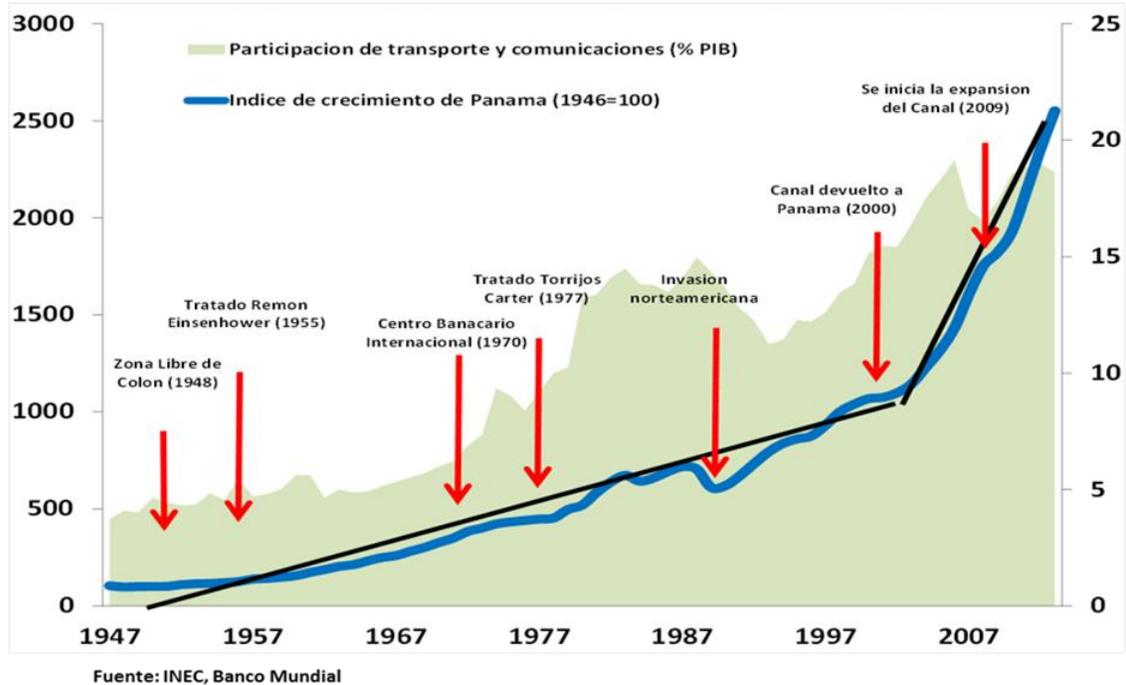
Índice de Gini en LAC y en Panamá



Fuente: INEC – Banco Mundial.

El crecimiento de Panamá es el resultado de varios elementos: el papel del Canal. Participación de transporte y comunicaciones en el PIB (eje izquierdo) y crecimiento del PIB (eje derecho) (Puntos porcentuales, índice de crecimiento 1946=100).

Gráfica N°4. Índice de crecimiento de Panamá, según el transporte y medios de comunicación



Distribución de la población

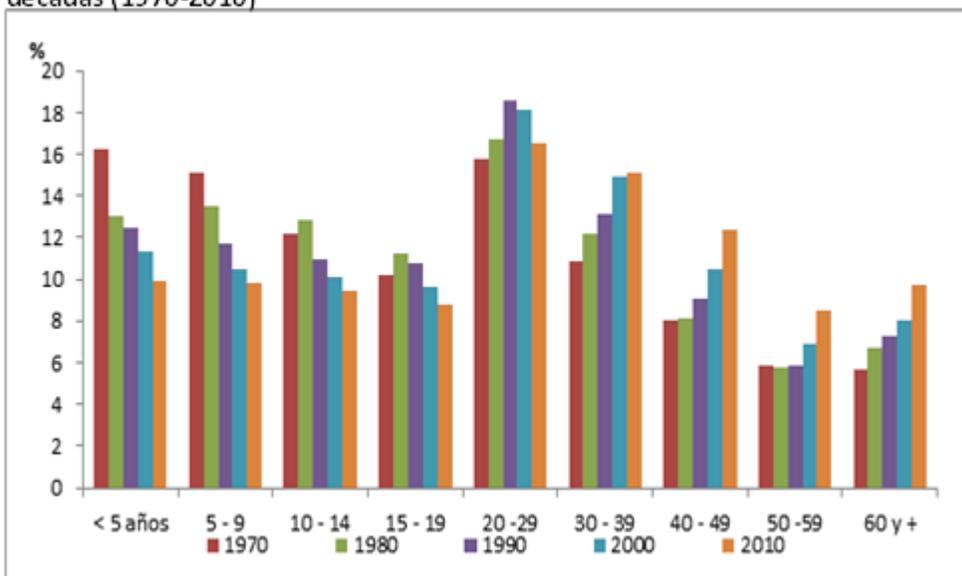
Por su condición de país de tránsito, históricamente Panamá ha sido el destino migratorio de persona de otros países de la región de América Latina, del Caribe y del mundo, lo que lo ha convertido en un lugar donde cohabitan habitantes de diferentes culturas, etnias, credos y religiones en una sola comunidad.

Por otro lado vemos que la mayor parte de la población panameña (aproximadamente el 75%) se encuentra localizada a lo largo de la vertiente del Pacífico, distribuida en tres centros importantes de concentración: La región metropolitana, la cual incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján (con más del 50% de la población nacional); el área de las provincias centrales en la que se destacan las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé; el área occidental de Chiriquí con centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles. En las últimas décadas se ha acentuado la migración de las áreas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia la zona metropolitana. En otro aspecto, el fenómeno de la migración rural - urbano ha traído como consecuencia un notable desbalance entre el área metropolitana y el resto del país, que como resultado ha originado problemas ambientales relacionados con el crecimiento desordenado de la ciudad de Panamá. El proceso de destrucción al ambiente lo vemos muy marcado en estos últimos años debido a construcción de complejos residenciales e industriales, mismo que han alterado al ambiente perjudicando las áreas boscosas que son desbastadas para darle camino a la urbe citadina.

También las cuencas hidrográficas se vieron afectadas, debido a la contaminación progresiva de sus fuentes de agua tales como los arroyos y ríos; el incremento de la frecuencia e intensidad de los deslizamientos de tierras e inundaciones; la presión urbana que generan Las Cumbres, Cerro Azul y Sabanitas que son causa de que las áreas de deforestación cada vez sean mayores, afectándose por ello las subcuencas de Gatún y Alajuela y otros sectores; la actividad ganadera que se estima es causa del 57% de la deforestación; la sedimentación y la erosión, entre otros actores; los desechos sólidos son contaminantes potenciales del agua dentro de la cuenca así como los lixiviados que se filtran por los suelos de los rellenos sanitarios ubicados dentro.

En cuanto a los determinantes de la salud, los mismos se ven afectados y son muy influyentes en estas afectaciones de salud los problemas políticos y sociales. El desempeño de los servicios de salud disminuye a causa del desempleo, la pobreza, la falta seguridad, la violencia, la desnutrición, drogadicción, contaminación, la falta de oportunidades para el sector rural y los cambios en los hábitos y costumbres de la población. La población estimada de Panamá para el año 2012 fue de 3.802.000 habitantes. La estructura de la población, muestran que el 28,6% de los habitantes son menores de 15 años y el 7,4% son mayores de 65 años. La población indígena panameña represento, el 12,3% del total y el 9,2% de la población es afrodescendiente. La esperanza de vida al nacer, presenta grandes contrastes, según el lugar de nacimiento.

Gráfica N°5. Proporción de la población, según grupo de edad en las últimas 5 décadas (1970-2010)



Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSA año 2014.

En las comarcas indígenas la esperanza de vida fue aproximadamente 10 años menor que en las provincias con mayor esperanza de vida. El perfil de salud de Panamá se caracterizó por una transición demográfica y polarización epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles son aún prevalentes, especialmente en la población rural y pobre, mientras cobran importancia las enfermedades de tipo crónico-degenerativo propias de poblaciones en envejecimiento.

Las principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas no transmisibles. El 74% de estas, corresponden a enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes mellitus. La tasa de mortalidad por cáncer pasó de 66 en el año 2002 a 72 por cien mil habitantes en el año 2010, mientras que la tasa de enfermedades circulatorias de 111 en el 2002 a 131 por cien mil habitantes en el 2010. La mortalidad de menores de 5 años refleja una tendencia a la disminución con relación a 1990.

Caracterización de la población panameña

Como dato puntual de referencia vemos que según el censo de población del año 2000 el porcentaje de población que vivía en áreas urbanas representaba el 62%, para el censo de año 2010, este porcentaje de población urbana representó un 59.4%, mostrando una disminución de 4.2%. La Contraloría General estimó para el 2014, que la población urbana alcanzó un 64%, aumentando 2 y 4 % en referencia al 2000 y 2010.

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2014 en 3, 913,275 habitantes, con una relación hombre mujer de 1:1. En zonas urbanas se concentra el 63.8.0% de la misma y el 36.2.0% restante lo hace en las zonas rurales. El 30.1% de la población panameña es menor de 15 años, el 63.9% de 15 a 64 años y el 6% de 65 y más, sin embargo esta estructura de población por edad encuentra diferencias entre las provincias y comarcas del país, predominando una estructura de base ancha en las regiones de salud de Bocas del Toro y Darién, como en las comarcas Kuna Yala y Ngabe Bugle; en tanto que en las regiones de Los Santos, Herrera, Metropolitana y San Miguelito se aprecia un estrechamiento de su base.

Los pueblos indígenas constituyen aproximadamente 10% de toda la población (1990: 8,3% y 2000: 10,1%). Según el censo de 2000, la población indígena panameña está representada por 150,772 habitantes, que se corresponde con el 5.1% de la población total; para el 2004 esta población se mantiene en el 5.5%. Están compuestos de varios grupos étnicos claramente definidos: Wargandi, Madungani, Kuna Yala, Emberá y Wounaan, Ngöbe Bugle, Teribe y Bokota. Los Ngöbe Bugle representan el 64.5% de la población indígena del país.

Dada las particularidades geográficas del país y el marco histórico nacional, la población panameña está constituida por diversos grupos humanos. Según estimaciones de la población del 2014, la población indígena sumaba cerca de 245,991 habitantes representando al 10% de la población panameña en ese momento. Como se mencionó anteriormente, es importante mencionar que existen dos grandes grupos humanos en el país, los no indígenas y los indígenas, que para el 2000 estaban en una relación de 9:1.

Grupos no indígenas: constituyen, para el 2014, el 94% de la población panameña. Entre los que se incluyen: Grupo Hispano indígena que constituye uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario. Población Afro-Colonial, son los descendientes de los esclavos africanos traídos durante la colonización española. Población Afro-Antillana, son los descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa.

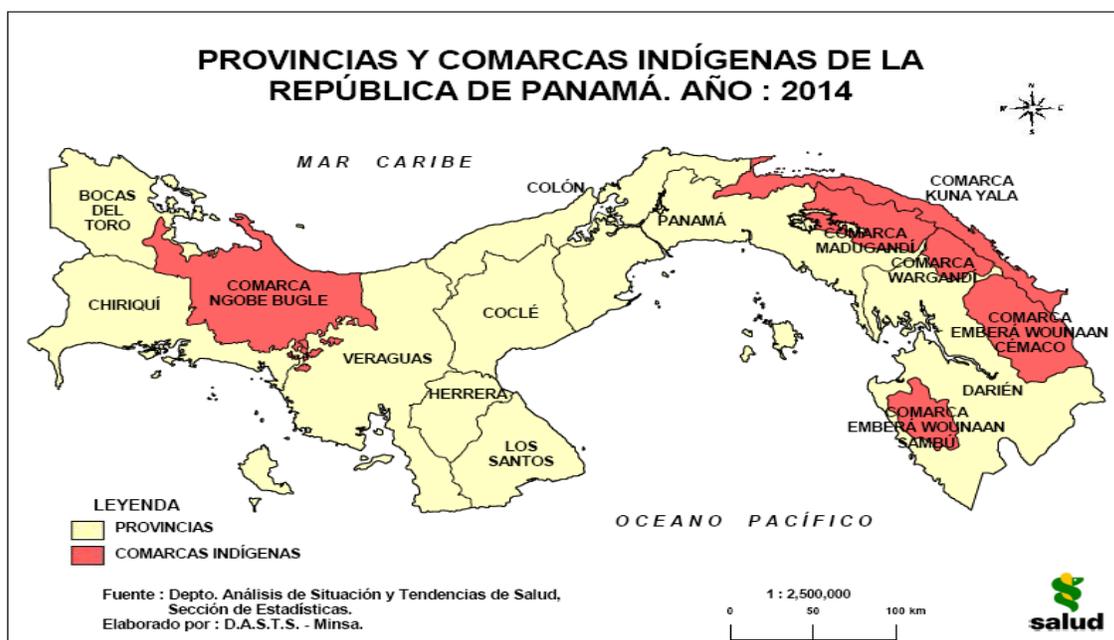
Grupos Indígenas: en el 2014, representan cerca del 6% de la población y se conforman en 5 grupos claramente definidos, Kuna, Emberá y Wounaan, Ngabe Bugle, Bri Bri y Naso. Cerca de 3 de cada 4 indígenas residentes en 3 de las comarcas pertenecían a la etnia Ngabe Bugle.

Cuadro N° 4. Densidad de la población indígena comarcal en la República de Panamá. Año 2014

Comarca	Población	km ²	Densidad
Guna Yala	41546	2358.2	17.6
Embera	11583	4393.9	2.6
Ngabe Bugle	192862	6814.2	28.3
Total	245991	13566.3	18.1

Fuente: Departamento de Estadísticas y Censo. Contraloría General de La República. 2013

MAPA N° 4. Ubicación de los pueblos indígenas de Panamá. Año: 2014



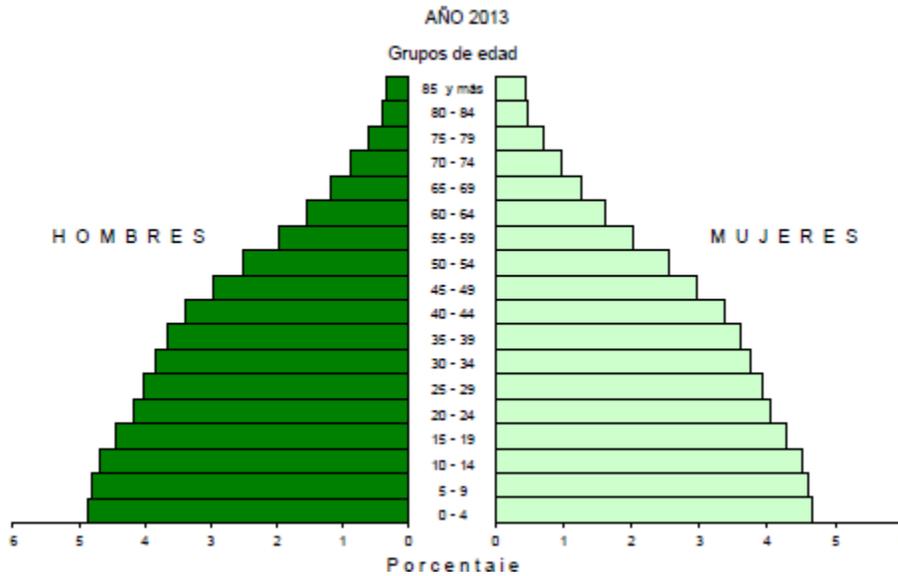
Fuente: Departamento de Estadísticas y Registros de Salud. MINSa - 2014

Dinámica poblacional

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

A pesar de que para 2014 un 36.4% de la población tiene menos de 19 años, cifra que se mantiene similar al porcentaje de años anteriores, la estructura por grupos de edad presenta rasgos propios de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. Este hecho es observable al analizar la distribución por grupos de edad en las diferentes décadas; se aprecia la disminución de la base de la pirámide con el aumento gradual de la cúspide.

Gráfica N° 6. Pirámide de Población de La República de Panamá, por sexo y grupo de edad. Año 2013



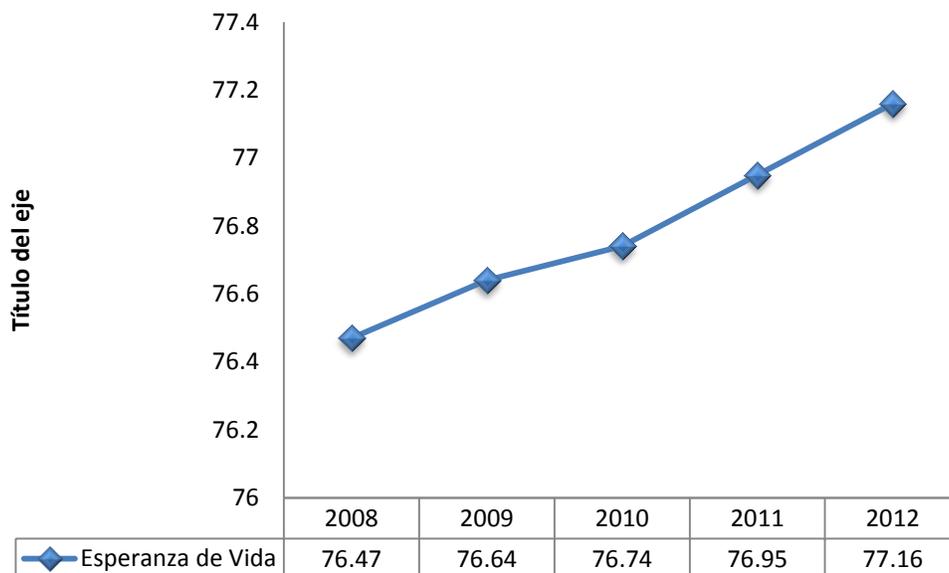
Fuente: Departamento de Estadísticas y Censo. Contraloría General de La República. 2013

Analizando de manera comparativa las pirámides de población de la República de Panamá para los años 1990, 2000 y 2010 es evidente transformación que en los últimos 20 años se experimenta. La población < de 25 años presenta una reducción porcentual significativa y población de 25 años y más muestra un incremento porcentual. La estructura por edad señala, para 2010, que el 37.9% de la población está por debajo de los 19 años de edad; lo que representa 15.5% menos que hace 50 años.

El grupo de Edad con menor variación porcentual en medio siglo es el de 20 a 29 años donde solo aumentó 0.7% y el grupo de 30 años y más presentó una variación porcentual de 15.2 de crecimiento, lo que evidencia los cambios de las variables demográficas que se vienen presentando desde hace varias décadas y que son, en alguna medida, efecto de las variaciones en el patrón epidemiológico ocurrido en la segunda mitad del siglo XX y primera década del siglo XXI y del efecto del procesos de desarrollo en el área social, particularmente en sus componentes de salud y educación; también se ven influenciados por el desarrollo en la comunicación, por factores económicos, por disponibilidad de tecnología y la globalización.

En síntesis, puede decirse que la estructura poblacional se encuentra en plena transición al envejecimiento, y con el aumento de la esperanza de vida y la tendencia a inversión de la pirámide.

Gráfica N° 7. Esperanza de Vida al Nacer en La República de Panamá. 2008-2012

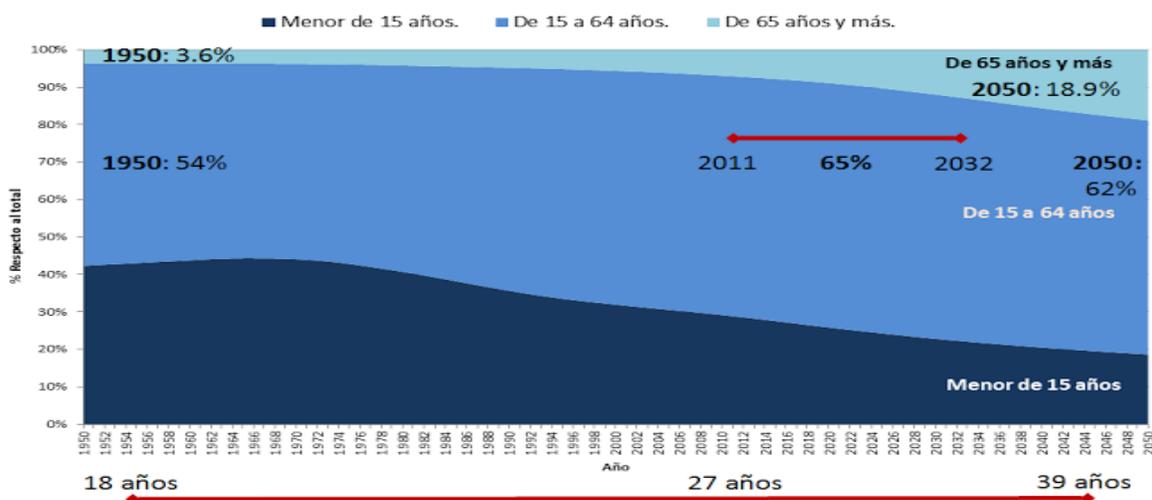


Fuente: Análisis Demográfico. Contraloría General de la República. Año 2012

Envejecimiento de la población en Panamá: evolución 1950- 2050

Uno de los fenómenos ocasionados por los procesos de urbanización, alfabetización y control natal aplicadas en las décadas de los 1960 a 1980 en muchos países del mundo desarrollado y otros en vías de desarrollo es el envejecimiento de la población.

Gráfica N° 8. Distribución de la población según grupos de edad ampliados. República de Panamá. Años 1950-2050.



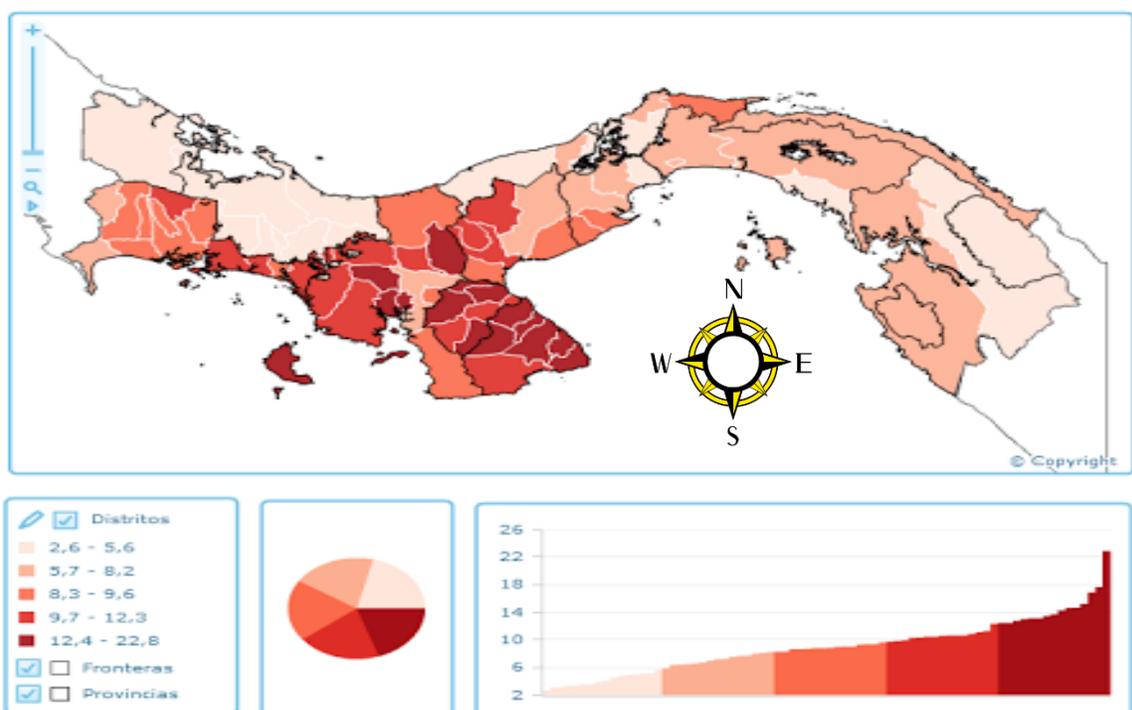
Fuente: Datos del INEC. Contraloría General de la República.

Los datos para el caso de Panamá, permiten vislumbrar que el envejecimiento de la población se ha estado dando de forma paulatina, pero continua desde la década de 1950 y que para el 2050 (o en 37 años) nuestra población habrá aumentado su edad mediana, pasando de 18 años en 1950, a 27 años en el 2010 y finalmente a 39 años en el 2050.

El porcentaje de población económicamente activa, (ese grupo con capacidad de trabajar y aportar al Sistema de Seguridad Social) habrá aumentado, pasando del 54% de la población en 1950 al 62% cien años después (2050), teniendo un pico de su crecimiento en el período 2011-2032 en el que el porcentaje de esta población será de un 65%. La población mayor de 65 años pasara durante este lapso de 100 años de ser un 3.6% de la población a quintuplicarse hasta llegar a representar un 19% de la población en el 2050.

Un análisis de la distribución geográfica de la población mayor de 65 años permite establecer que en la actualidad, buena parte de esta población se concentra en la península de Azuero, el sur de la Provincia de Veraguas y el oriente de Chiriquí, consecuencia de procesos de expulsión de la población hacia las zonas urbanas del país y una significativa disminución de las tasas de natalidad.

Mapa N° 5. Datos demográficos, según grupos de edad ampliados del censo 2010. República de Panamá.

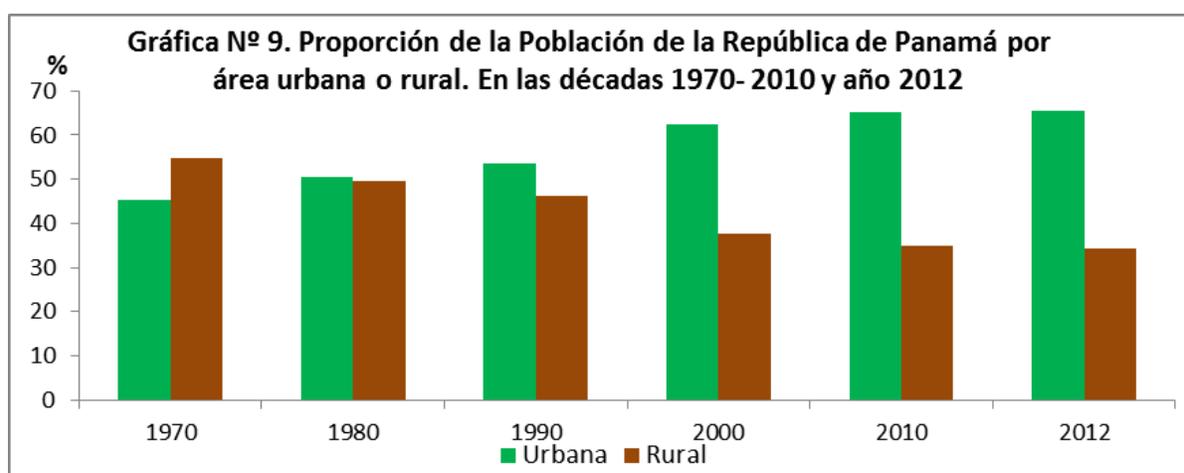


Fuente: Datos del INEC. Contraloría General de la República.

Consecuencias de este proceso de envejecimiento de la población en Panamá se darán una serie de fenómenos, entre los cuales podemos mencionar: Un impacto directo sobre la calidad de vida y salud de la población. Se acentuarán la mortalidad y morbilidad relacionada con enfermedades no transmisibles (como el cáncer, la diabetes y las enfermedades circulatorias o del corazón), que ya representan un porcentaje alto de la mortalidad del país. Incremento del número de personas en

edad de retiro, y por ende la necesidad de aumentar los ahorros necesarios para que esta población (nosotros en un futuro no lejano) pueda hacer frente de forma adecuada a esta etapa de la vida. Despoblamiento de algunas áreas del país. Es un fenómeno que ya ocurre en países como España y Japón, en donde la disminución de la natalidad y los procesos de emigración campo- ciudad han ocasionado la prácticamente desaparición de poblados enteros.

En Panamá, acompañando a la transición demográfica, destaca la transición urbana (transición de la migración) y, la transición de la fuerza de trabajo, durante la cual un grupo de población con un perfil predominante rural se ha tornado mayoritariamente urbano; transición que obedece, en gran medida, a la migración del campo a la ciudad dada, entre otros factores, por una elevada fecundidad y limitadas oportunidades socioeconómicas, en las áreas rurales. Este hecho se evidencia por los cambios en la distribución geográfica de la población según área, se observa que entre el año 1970 y 2010, se dio un incremento porcentual del 44% en la población urbana, a expensas de un descenso en la rural que descendió en un 36.6%. La proporción de población urbano, para el 2012, es 1.91 veces porcentuales mayor que la rural.

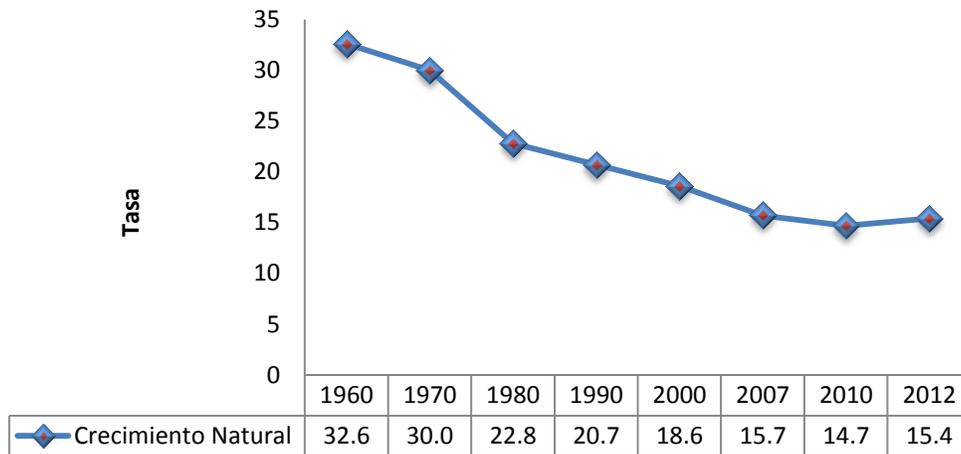


Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSa año 2014.

Crecimiento natural de la población

La República de Panamá se encuentra en la tercera etapa, es decir de plena transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural con tendencia a la disminución, producto de la diferencia de una tasa bruta de natalidad de 19.9 menos la tasa de mortalidad general de 4.6. En Las provincias de Los Santos y Herrera con valores de 5.1 y 8.4 respectivamente. Las provincias y comarcas con mayor tasa de crecimiento natural son la Comarca Ngabe Bugle con 26.8, Bocas del Toro con 24.2, y Darién con 17.4, tasas que se asemejan a las de país en la década del 80.

Gráfica N° 10. Crecimiento Natural de la Población en la República de Panamá. Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 2000 - 2007 - 2010 - 2012



Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSA año 2014

En términos generales las tasas de crecimiento poblacional en el país continúan descendiendo, durante el periodo 2000-2005 las mismas alcanzó 16.72%, para el periodo 2005-2010 alcanzarán el 14.7% y aunque con muy leve aumento en el año 2012 de 15.4, el comportamiento descendente es el que prevalece tanto en el área urbana como en la rural. Se estima que el crecimiento se hará negativo para el área rural en el 2020; en parte como consecuencia de la migración de áreas rurales a áreas urbanas.

Cabe destacar que la migración entre distritos ha decrecido. En el año 2010, según las cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda, la migración bruta fue de 603,132 personas, 5,208 o 0.9% menos que lo que reportó el censo efectuado en el año 2000. Sin embargo, el porcentaje de migrantes recientes (10.3%) fue superior al de otros países de la región, manteniendo la migración interna una intensidad relativamente alta. La situación en el interior del país ha ido evolucionando y experimentando cambios que le han permitido desarrollar actividades económicas que han impulsado la economía en cada distrito. Lo que ha permitido la generación de empleos y buenas perspectivas para las personas residentes en estas áreas. Los casos más sobresalientes fueron los de los distritos de Atalaya, Boquete, Chitré, Las Tablas, Santiago, Pedasí y Pinogana, mostrando las mayores tasas de inmigración por cada 1,000 habitantes.

Mapa N° 6. Tasa neta de migración por distritos: Censo de 2010 (Por cada 1,000 habitantes)



Fuente: Atlas Social de Panamá 2013, Ministerio de Economía y Finanzas

En el año 2012 el crecimiento poblacional en el ámbito provincial, los datos destacan diferencias notables, en cuanto a la transición de la pirámide poblacional, Las provincias de Bocas del Toro y Colón, presentan aun la tradicional forma de pirámide estable aunque con tendencia a disminuir en su base, las proporciones por grupos de edad se mantienen estables.

Las comarcas Ngabe y Guna Yala ambas con pirámides progresivas (bases muy anchas y cimas muy angostas), demuestran poca evolución demográfica y hace muy evidente la alta natalidad y la migración de los grupos en edad productiva.

Las provincias de Herrera, Los Santos, Veraguas, Coclé y Chiriquí presentan pirámides regresivas (base más angosta que sus siguientes niveles superiores). Es producto de la disminución de la natalidad y como consecuencia, trae el envejecimiento de la población.

La provincia de Panamá posee una pirámide en transición con base angosta pero con aumento de la población de 26-49 años producto tanto de movimiento migratorio interno como del exterior.

La Migración

Las corrientes migratorias internas continúan marcando el comportamiento de las migraciones en el país, lo que hace que una característica importante en el crecimiento demográfico panameño es el creciente grado de urbanización. Cada vez más la población se concentra en las áreas urbana, siendo que en el 2012, seis de cada 10 panameños (65.6%) residían en estas áreas.

La tasa de crecimiento anual del país para el 2012 fue de 1.41% y la de la provincia de Panamá, provincia que por sus características concentra cerca del 70% de las migraciones, fue de 2.18%. Este crecimiento se da pese a que las tasas de natalidad y de mortalidad general e infantil se ubican por debajo de las tasas nacionales para estos indicadores en la provincia de Panamá.

La migración entre distritos ha decrecido. En el año 2010, según las cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda, la migración bruta fue de 603,132 personas 5,208 o 0.9% menos que lo que reportó el censo efectuado en el año 2000. Sin embargo, el porcentaje de migrantes recientes (10.3%) fue superior al de otros países de la región, manteniendo la migración interna una intensidad relativamente alta. La migración reciente se refiere a aquella situación en la que los migrantes residen en un lugar distinto al que lo hacían en una fecha fija anterior, normalmente cinco años.

Entre las corrientes migratorias de las provincias de Panamá y Colón, el porcentaje de emigrantes es mayor que los inmigrantes, donde en general el porcentaje de inmigrantes es 6 veces mayor en la provincia de Panamá con respecto a la de Colón. Estas cifras indican que de cada 4 personas residentes en la provincia de Panamá una es nacida en otra provincia.

Otro hecho demográfico importante es la migración de jóvenes del campo al área metropolitana, principalmente de la Provincia de Panamá, que actualmente acoge cerca del 50% de la población entre 15 y 29 años de edad.

Según informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la Nación, al 1 de julio de 2010 concentró el 50.5 por ciento de la población total del país y para el 2020 se espera que su importancia relativa sea del 52.4 por ciento, manteniendo un crecimiento gradual y sostenido; además reflejará un saldo migratorio neto positivo durante todo el periodo de la proyección, con una tendencia de incremento por lo menos hasta el 2020. Al analizar los saldos netos migratorios se observa que a la provincia de Panamá se le adicionaron entre 6,800 y 10,500 personas anualmente a lo largo de este período (2000-10).

Para el período 2000-20 las provincias de Chiriquí y Veraguas reflejaron un comportamiento de expulsión de población. El saldo neto migratorio de estas dos provincias es negativo y reflejó los más altos valores del país. Chiriquí presenta anualmente saldos netos migratorios entre los (-1,900) y (-3,300) que afectaron su crecimiento demográfico. Veraguas reflejó saldos netos migratorios anualmente entre los (-1,750) y (-1,900). Hacia el período 2010-20 este comportamiento se mantendrá con una tendencia al aumento de estos saldos negativos.

El saldo migratorio neto internacional para el quinquenio 2000-2005 fue de 8000 personas cada año, en tanto que para el quinquenio 2005-2010 fue de 4000 personas cada año. La proyección de este indicador para el período 1990 a 2015, estimó un reflejo de salida de 2,700 personas cada año. La tasa neta de migración fue de 0.52 y 0.24 por mil personas para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010, respectivamente. La migración interna en el mismo período continuará siendo del área rural hacia el área urbana. La migración internacional fue importante en aquellas provincias con mayor crecimiento económico y mejor posición para la entrada y salida de población.

Cuadro N° 5. Tasa Neta de Migración por Distrito, según censos de población. Años 2000- 2010.

Distritos	Migración neta				Distritos	Migración neta			
	2000	2010	Diferencia	Situación		2000	2010	Diferencia	Situación
Bocas del Toro...	-32.6	-6.6	26.1	-	Los Santos.....	-6.1	-3.1	3.1	-
Changuinola.....	2.6	0.78	-1.8	-	Macaracas.....	-38.9	-31.7	7.2	-
Chiriquí Grande..	-12.1	-3.7	8.4	-	Pedasi.....	-23.7	-8.6	15.1	-
Aguadulce.....	-1.2	-3.5	-2.3	+	Pocri.....	-32.0	-28.3	3.7	-
Antón.....	-12.4	-5.8	6.6	-	Tonosí.....	-27.8	-26.9	0.9	-
La Pintada.....	-20.7	-16.3	4.4	-	Arraiján.....	69.6	32.4	-37.2	-
Natá.....	-12.0	-13.9	-1.9	+	Balboa.....	-50.6	-23.6	27.0	-
Olá.....	-37.0	-28.9	8.2	-	Capira.....	-15.2	-8.9	6.3	-
Penonomé.....	-14.7	-5.7	9.0	-	Chame.....	2.1	5.0	2.8	+
Colón.....	2.4	-0.3	-2.7	*	Chepo.....	-1.0	10.5	11.5	+
Chagres.....	-22.1	-16.3	5.8	-	Chimán.....	-5.6	-27.0	-21.3	+
Donoso.....	-29.3	-15.9	13.4	-	La Chorrera.....	20.1	18.0	-2.0	-
Portobelo.....	7.8	-2.2	-10.0	*	Panamá.....	8.6	11.5	3.0	+
Santa Isabel.....	-18.0	-16.9	1.1	-	San Carlos.....	-5.3	1.9	7.2	*
Alanje.....	-13.9	-5.1	8.8	-	San Miguelito...	7.7	-7.6	-15.3	*
Barú.....	-26.5	-28.5	-2.0	+	Taboga.....	-54.5	-37.5	17.0	-
Boquerón.....	2.8	4.1	1.3	+	Atalaya.....	-7.3	3.6	10.9	*
Boquete.....	-2.0	4.8	6.8	*	Calobre.....	-34.1	-33.7	0.4	-
Bugaba.....	-5.1	-4.9	0.2	-	Cañazas.....	-36.9	-30.0	6.9	-
David.....	1.7	-3.9	-5.6	*	La Mesa.....	-30.8	-27.0	3.8	-
Dolega.....	5.9	7.6	1.7	+	Las Palmas.....	-44.3	-38.4	5.9	-
Gualaca.....	-30.3	-14.8	15.6	-	Montijo.....	-29.9	-26.7	3.2	-
Remedios.....	-43.6	-31.9	11.6	-	Río de Jesús...	-33.4	-26.8	6.6	-
Renacimiento.....	-2.3	-7.1	-4.8	+	San Francisco...	-22.4	-20.0	2.3	-
San Félix.....	-30.2	-29.4	0.9	-	Santa Fe.....	-28.1	-22.2	5.8	-
San Lorenzo.....	-37.7	-20.4	17.2	-	Santiago.....	-0.6	5.0	5.6	*
Tolé.....	-64.4	-61.0	3.4	-	Soná.....	-34.7	-30.5	4.2	-
Chepigana.....	-33.9	-22.8	11.1	-	Mariato ^{1/}	-21.0	-	-	---
Pinogana.....	-22.1	-6.6	15.5	-	Kuna Yala.....	-39.2	-37.4	1.9	-
Chitré.....	4.7	7.9	3.3	+	Cémaco.....	-9.6	-6.5	3.1	-
Las Minas.....	-38.7	-41.1	-2.4	+	Sambú.....	2.4	0.82	-1.5	-
Los Pozos.....	-36.2	-31.5	4.7	-	Besiko.....	-12.3	-12.8	-0.5	+
Ocú.....	-29.5	-27.5	2.0	-	Mironó.....	-13.5	-9.1	4.3	-
Parita.....	-12.4	-15.4	-3.0	+	Müna.....	-7.8	-10.7	-2.9	+
Pesé.....	-19.7	-16.9	2.8	-	Nole Duima.....	-14.0	-8.7	5.3	-
Santa María.....	-10.0	-10.3	-0.3	+	Nürüm.....	-0.8	-9.6	-8.8	+
Guararé.....	-7.5	-1.2	6.3	-	Kankintú.....	-24.7	-20.8	3.9	-
Las Tablas.....	-6.6	0.9	7.5	*	Kusapin.....	-10.5	-19.6	-9.1	+

*Cambio de signo en la tasa neta de migración.

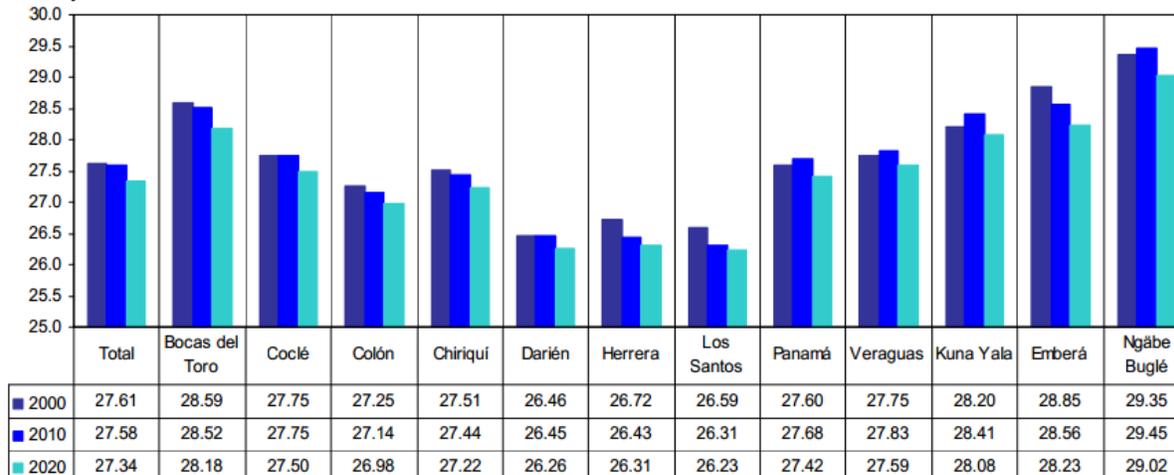
^{1/}Creado mediante Ley 27 de 25 de junio de 2011.

La Fecundidad

En América Latina existe un proceso continuo de descenso de la fecundidad y mortalidad. En Panamá la fecundidad este proceso tuvo un descenso marcado en las décadas del 60 al 80, en los años 90 su descenso continuo en menor proporción, para luego mantenerse estable en las siguientes décadas guardando relación directa con la edad media de fecundidad la cual varía entre provincias y comarcas de 26 a 29 años. Para el 2010, las provincias de Darién, Herrera y Los Santos presentaron como edad promedio los 26 años. En Coclé, Colón, Chiriquí, Panamá y Veraguas fue de 27 años. Bocas del Toro, Comarcas Kuna Yala y Emberá de 28 años; y con la edad media de fecundidad más alta de 29 años, la Comarca Ngabe Bugle.

En análisis realizado por la Contraloría General de la República de Panamá en el 2012, la tasa global de fecundidad describe que la tasa global de fecundidad entre provincias y comarca indígenas, es muy variante, lo cual está principalmente relacionado con los determinantes sociales, es decir, a las condiciones socio-económicas y a los patrones culturales, así como a los factores psicológicos y fisiológicos, lo cual se interpreta como el acceso a los servicios de salud, educación, empleo, entre otros y al grado de dotación de las infraestructuras y condiciones que promuevan un entorno que ha contribuido al cambio de hábitos, aspiraciones y actitudes de la población respecto de la procreación, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a métodos de planificación familiar.

Gráfica N° 11. Edad media de fecundidad estimada y proyectada por provincia y comarca. República de Panamá. Año 2000- 2010-2012



Provincia y comarca indígena

Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSa año 2014.

A nivel de la República de Panamá la tasa global de fecundidad en el año 2000 fue de 2.8 y se espera que para el año 2030 descienda a 2.1. La Comarca Ngabe Bugle muestra la tasa más alta del país, alcanzando su punto máximo de 7.0 hijos por mujer en el 2000 y se espera que para el 2030 baje a un promedio de 4.2 hijos por mujer y la provincia de Los Santos con la tasa más baja, alcanzó en el 2000 un promedio de 2.3 hijos por mujer, muy cercana al nivel de reemplazo y para el 2030 logrará llegar a 1.4 hijos por mujer. También, se observa que hay provincias que mantendrán un comportamiento similar en los niveles de sus tasas globales de fecundidad, lo que permite hacer algunas agrupaciones de acuerdo con el promedio de hijos por mujer.

Los parámetros de los niveles de la fecundidad del estudio de la Contraloría fue basado en una clasificación propuesta por el CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) en 2008, para los países de América Latina en donde se considera la tasa global de fecundidad así: Alto: $TGF \geq 4.5$; Moderadamente Alto: $4.5 > TGF \geq 3.5$; Intermedio: $3.5 > TGF \geq 2.5$; Bajo: $2.5 > TGF > 1.5$; Muy Bajo: $TGF < 1.5$.

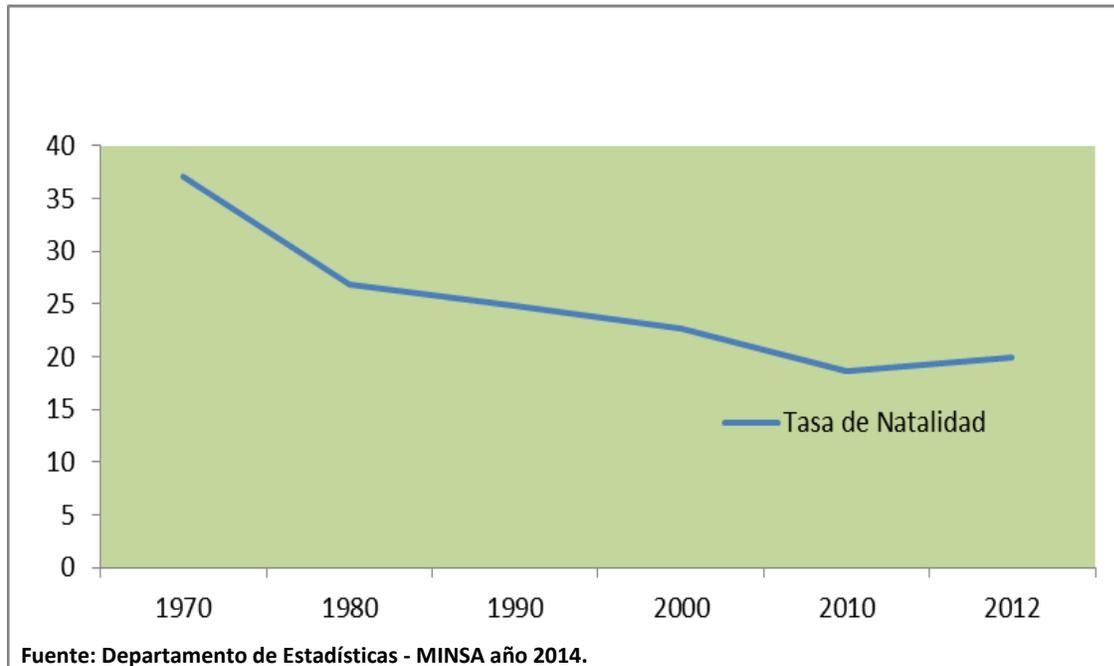
La Natalidad

La natalidad presenta valores que la sitúan dentro de la categoría de alta, en el periodo de 1970 hasta el periodo de 1980 y valores moderados desde el periodo de 1980 hasta el año 2012, la tendencia al descenso se ha mantenido en los últimos. Este descenso se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante los años 1970 a 2010, cuando alcanza una disminución porcentual del 50.1%, es decir, de 37.1 por 1000 habitantes en 1970 y de 18.6 por 1000 habitantes, para el año 2010.

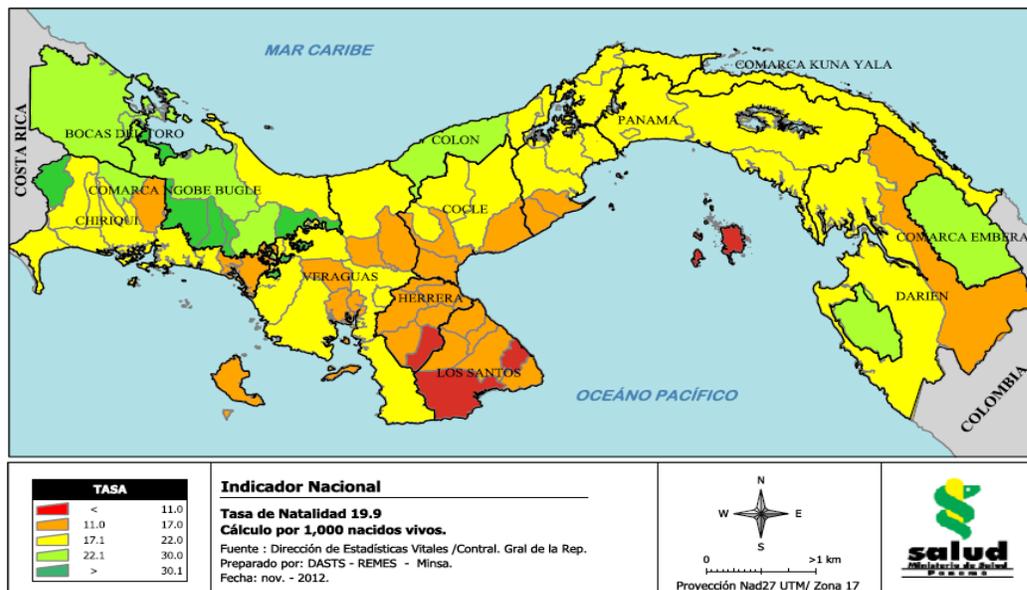
En la tasa de natalidad por distrito en el año 2012 sobresale en el nivel superior el distrito de Renacimiento de la provincia de Chiriquí con una tasa de 69.7 por 1000 habitantes, seguidos por Besikó y Nole Duima con tasas de 39.3 y 39.1 respectivamente, ambos distritos forman parte de la Comarca Ngabe Bugle. Por el contrario, las tasas de menor valor pertenecen a los distritos de

Balboa, Pocrí y Tonosí. De manera global por provincia, Los Santos y Herrera presentan las menores tasas de Natalidad, lo que se evidencia en sus pirámides de población.

Gráfica N° 12. Tasa de Natalidad en la República de Panamá por 1000 nacidos vivos – décadas de 1970 – 2010 y año 2012

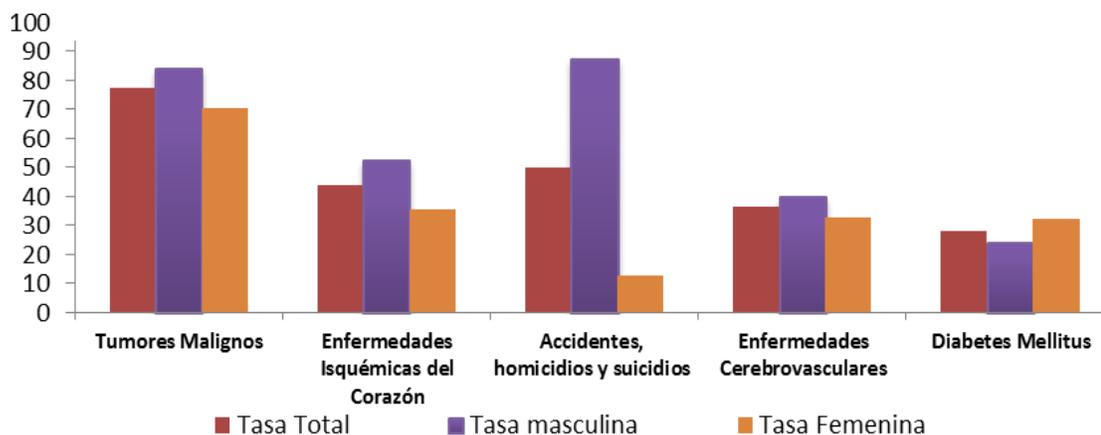


Mapa N° 7. Tasa de Natalidad por Distrito en la República de Panamá. Año 2012



Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSA año 2014.

Gráfica N° 13. Tasa de Natalidad en la República de Panamá por 1000 nacidos vivos – décadas de 1970 – 2010 y año 2012



Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSA año 2014.

La Mortalidad

Con el desarrollo social y económico del país se han logrado importantes cambios en el comportamiento de la mortalidad en Panamá, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa. La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años '30, '50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes respectivamente. En la década 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes la cual se mantuvo sin variación hasta el 2000 y desde esta década inicia un ascenso, presentando en el 2010 una tasa de 4.5 muertes por 1000 habitantes.

Para el 2012, la razón de la tasa de mortalidad en hombres, respecto a las mujeres es de 1.4, siendo para el sexo masculino los accidentes, homicidios y suicidio la primera causa de muerte, mientras que para el sexo femenino lo ocupan los tumores malignos.

La tasa de mortalidad en el sexo masculino se muestra más elevada en todas las principales causas de muerte excepto en la diabetes, donde predominan las defunciones femeninas. Los años perdidos por muerte prematura fueron mayores en el caso de las defunciones a causa de accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias y debido a las enfermedades asociadas al VIH.

Cuadro N° 6. Principales causas de muerte por sexo. Panamá. Año: 2012

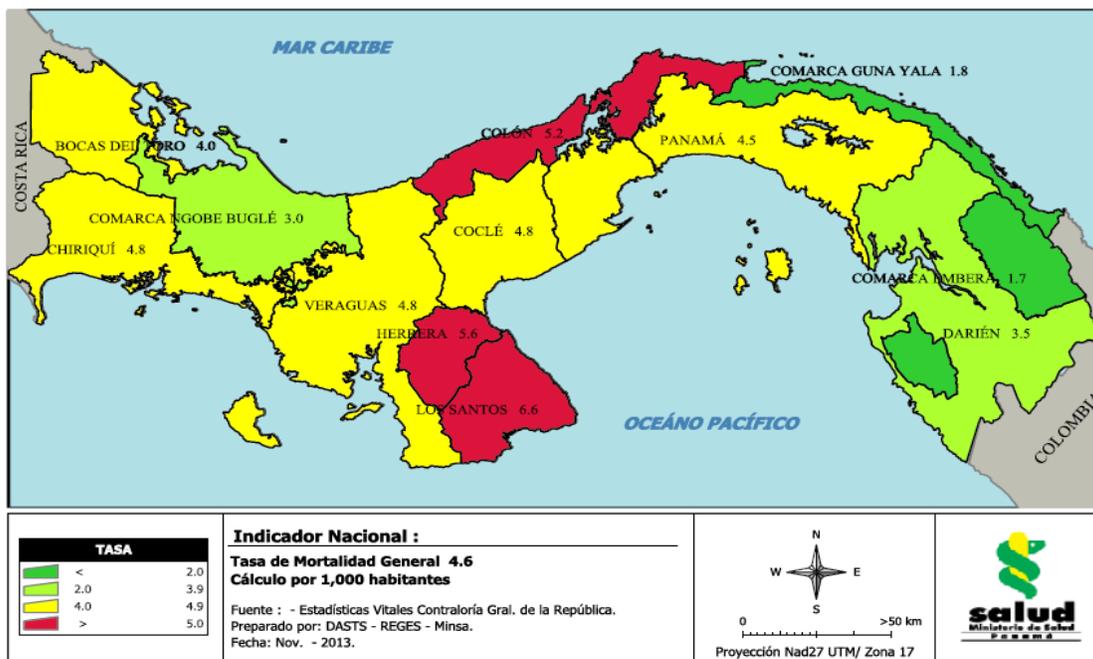
CAUSA	SEXO						razón H/M	INDICE
	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO			APMP
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA		
TOTAL*	17350	458	10160	53.4	7190	38.2	1.4	
Tumores Malignos	2927	77.3	1597	83.9	1330	70.6	1.2	102.2
Enfermedades Isquémica del Corazón	1672	44.1	999	52.5	673	35.7	1.5	31.6
Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1896	50.1	1657	87.1	239	12.7	6.9	204.5
Enfermedades Cerebrovasculares	1380	36.4	760	39.9	620	32.9	1.2	20.5
Diabetes Mellitus	1071	28.3	458	24.1	613	32.5	0.7	23.9
Otras enfermedades del corazón	1039	27.4	566	29.7	473	25.1	1.2	26.6
Neumonía	626	16.5	337	17.7	289	15.3	1.2	33.8
Enf. Crónicas de Vías Respiratorias Inferiores	495	13.1	252	13.2	243	12.9	1	6.5
Enfermedad por VIH	478	12.6	358	18.8	120	6.4	3	44.4
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.	428	11.3	264	13.9	164	8.7	1.6	86.4
Todas las demás Enfermedades	5338	141	2912	153	2426	129	1.2	

APMP: Años Perdidos por Muerte Prematura por 10,000 habitantes (Edad límite: 77 años)

Fuente: Contraloría General de la República. Panamá. Año: 2012. (Tasas por 100000 habitantes).

Durante el año 2012, la tasa bruta de mortalidad general fue mayor en las provincias de Los Santos, Herrera, así como en la provincia de Colón. Lo cual guarda relación, quizás, con las condiciones de vida de estas poblaciones, con los grados de iniquidad en la capacidad de respuesta de los servicios públicos, con las condiciones del registro de mortalidad y con el proceso de envejecimiento, principalmente en lo relacionado con las provincias de Los Santos y Herrera.

MAPA N° 8. Tasa de Mortalidad General Por Provincia en La República de Panamá. Año 2012.



Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Año: 2012

En la provincia de Darién y en las comarcas Guna Yala y Ngabe Bugle, el primer lugar, en cuanto a causa de defunción lo ocupan las causas externas de morbilidad y de mortalidad y las neumonías. Los tumores malignos figuran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las provincias y comarcas tanto en hombres como en mujeres.

Los distritos con tasas de mortalidad elevada (superior a 7 muertes por cada 1000 habitantes) son Pocrí, Guararé y Las Tablas de la Provincia de Los Santos y Rio de Jesús de la provincia de Veraguas. El distrito con la más baja tasa de mortalidad general es kusapin de la Comarca Ngabe Bugle con 2 muertes por cada 1000 habitantes.

Cuadro N° 7. Tasa de mortalidad por causas de muertes específicas y demás causas en la República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990., 2000, 2010 y 2012 (Tasa Por 100,000 Habitantes)

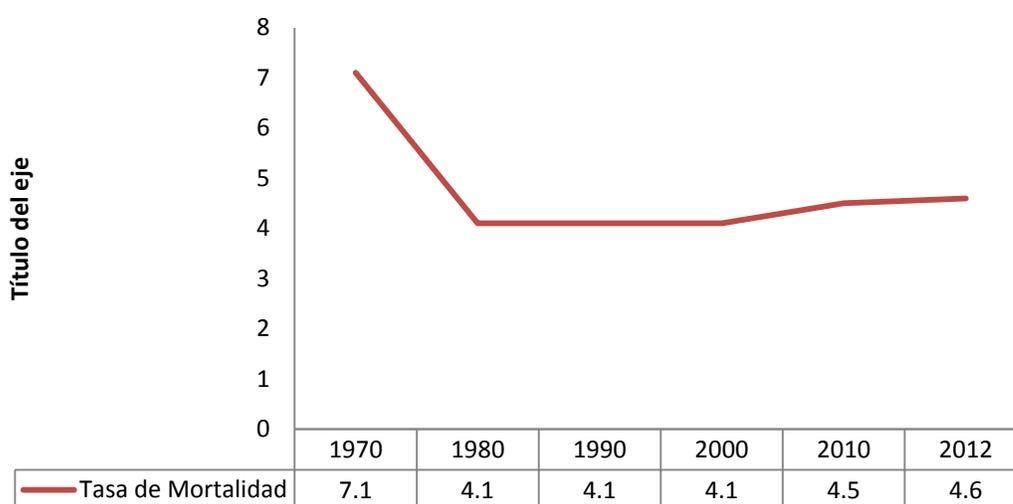
Causas de Muerte	1970		1980		1990		2000		2010		2012	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	10225	712	7959	411	9799	405	11841	414.6	16,542		17350	458.1
Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	62.9					1147	40.2	1809	51.6	1672	44.1
Accidentes Suicidios y Homicidios	754	52.6	1035	53.4	1232	51	1337	46.8	1851	52.8	1896	50.1
Neumonía	710	49.5	313	16.1	299	12.4			533	15.2	626	16.5
Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	46.9										
Tumores Malignos	656	45.7	1000	51.6	1398	57.8	1938	67.9	2492	71.1	2927	77.3
Enfermedades Cerebro vasculares	537	37.4	550	28.4	964	39.9	1201	42.1	1276	36.4	1380	36.4
Sarampión	303	21.1										
Tuberculosis	278	19.4										
Bronquitis, Enfisema y Asma	273	19	171	8.8								
Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	15.3	490	25.3	550	22.7						
Infarto agudo de Miocardio			474	24.4	676	28.1						
Otras Enf. Isquemias del Corazón			434	22.4	417	17.2	441	15.4	965	27.5		
Infección Intestinal Mal Definida			239	12.3								
Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas			234	12.1	374	15.5					1039	27.4
Diabetes Mellitus					266	11	623	21.8	874	24.9	1071	28.3
Anomalías Congénitas					239	9.9	353	12.4				
Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores							494	17.3	722	20.6	495	13.1
Enf. por Virus Inmunodeficiencia							489	16.9	551	15.7	478	12.6
Ciertas Afecciones Perinatales							463	16.2			428	11.3
Enfermedades Hipertensivas									359	10.2		
Demás causas	4919	343	3019	156	3381	140	3355	117.5	5110	146	5338	140.9

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013

Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando en los primeros años del análisis prevalecían entre las principales causas de muerte las enfermedades infectocontagiosas y ya para el año 80' estos sitios eran predominantemente ocupados por las enfermedades crónicas y degenerativas.

Estas características tienen un comportamiento diferenciado según el nivel de pobreza de las poblaciones y se reflejan en los análisis de desigualdad en salud, donde las enfermedades crónicas no transmisibles como los tumores malignos, la enfermedad cerebro vascular, las enfermedades isquémicas del corazón, las causas externas y la diabetes representan mayor riesgo de morir en la medida en que la población es menos pobre.

Gráfica N° 14. Tasa de Mortalidad Registrada en la República de Panamá por 1000 hab. Décadas de 1970-2010 y año 2012



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2014.

La tasa de mortalidad infantil del país, muestra una tendencia a la disminución en las últimas cinco décadas de 40.5 x1000nv en 1970 a 13.4 en el 2010, Según el desarrollo urbano-rural, muestra una disminución gradual como se aprecia en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 8. Tasas de Mortalidad Infantil, según área urbana o rural en la República de Panamá 1970-2010 y año 2012

Año	Tasa	Urbana	Rural
1970	40.5	29.8	48.8
1980	21.7	19.4	23.9
1990	18.9	17.9	19.7
2000	16.7	15.6	17.8
2010	13.4	11.2	16.9
2012	14.3	13.2	16.3

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013 - mortalidad x 1000n.v.

Las Provincias de Bocas del Toro, Darién y La Comarca Guna Yala han mostrado las tasas de mortalidad infantil más altas del país en las últimas décadas (2000-2010), comparables con las tasas de mortalidad urbana del país para década del 70.

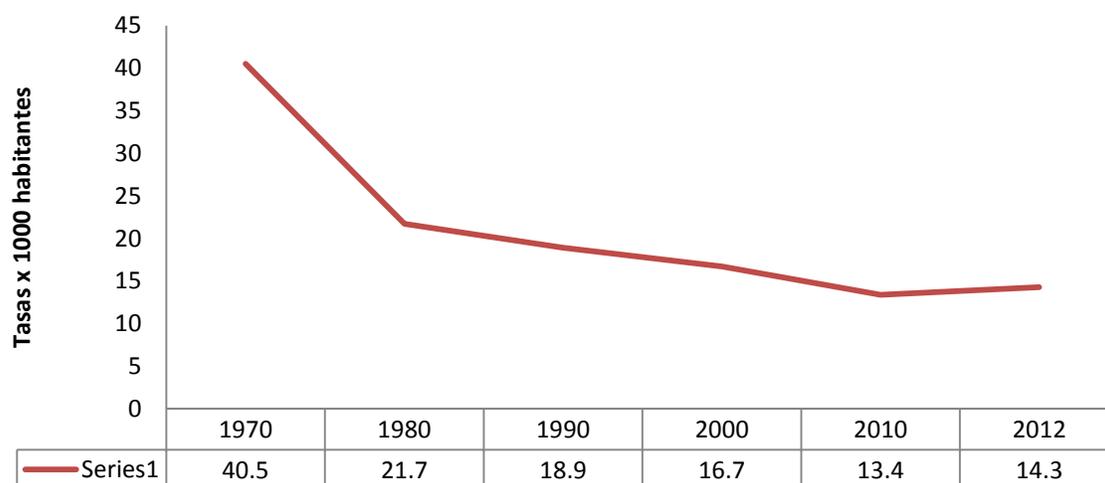
Cuadro N° 9. Mortalidad General e Infantil por Área, Según Provincia y Comarca. República De Panamá. Años: 1970-20100 y 2012

Año	Indicador														
	Total	Área		Provincias									Comarcas		
	País	Urbana	Rural	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngabe Bugle
Mortalidad General (2)															
1970	7.1	5.5	8.4	9.1	8	8	7.6	8.3	7.7	6.6	5.8	9.2	-	-	-
1980	4.1	4.1	4	4.7	4.1	5	4.1	1.2	3.8	4.4	3.8	4.6	-	-	-
1990	4.1	4.1	4	4.8	4.5	6	3.1	2.6	4.1	4.7	4	3.8	-	-	-
2000	4.1	-	-	3.8	3.6	5.4	4	2.4	4.6	5.5	4	3.9	5.6	-	-
2010	4.5	4.1	4.4	5	4.8	2.2	5.6	6.6	4.4	4.8	6.5	1.9	3.1	7	7.2
2012	4.6	4	4.8	5.2	4.8	3.5	5.6	6.6	4.5	4.8	4.3	1.7	3	6.9	9.1
Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.)															
1970	40.5	29.8	48.8	52	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	30.2	33.7	47.3	-	-	-
1980	21.7	19.4	23.9	37.3	26.3	20.5	26	12.4	23.2	14.2	19.7	16.8	-	-	-
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.6	10.6	9	17.1	16.5	32.6	-	-
2000	16.7	-	-	27.2	15.5	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	27.3	-	19.3
2010	13.4	11.2	16.9	27.7	10.4	13.6	15.4	11.6	11	5.8	10.9	11.6	24.3	23.4	17.9
2012	14.3	13.2	16.3	23.6	14.9	11.5	17.7	28.7	14	9.5	11.9	13.4	34.6	7.4	

(1) Se refiere a defunciones fetales de cualquier período de gestación.
(2) Por cada mil nacimientos vivos.

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013

Gráfica N° 15. Tasa de Mortalidad infantil en la República de Panamá 1970-2010 y 2012



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

Cuadro N° 10. Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año. República de Panamá. Años: 1970-2010 y 2012 (tasa por 10,000 nacidos vivos)

Causas de Muerte	1970		1980		1990		2000		2010		2012	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2156	405	1144	217	1133	189	1081	167	910	134	1083	144
Enteritis y otras Enf. Diarreicas +	272	51					46	7.1	39	5.7	34	4.5
Tétanos	150	28.1										
Neumonía	254	47.7	77	14.6	42	7	51	7.9	104	15.3	75	9.9
Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un Año	218	40.9	490	93.1	550	91.8	463	71.4	284	41.8	428	56.7
Anomalías Congénitas	115	21.6	131	24.9	201	33.6	291	44.9	212	31.2	304	40.3
Bronquitis, Enfisema y Asma	75	14	29	5.5								
Sarampión	38	7.1			15	2.5						
Influenza	34	6.4										
Infección Intestinal Mal Definida			83	15.8	60	10						
Tosferina			33	6.2								
Meningitis			28	5.3	15	2.5						
Deficiencias de la Nutrición					35	5.8	54	8.3				
Accidentes, Suicidios, Lesiones Autoinfligidas, Agresiones y otras									49	7.2	25	3.3
Demás causas	1000	188	273	51.9	215	35.9	176	27.1	222	32.7	217	28.7

*Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal, **Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año

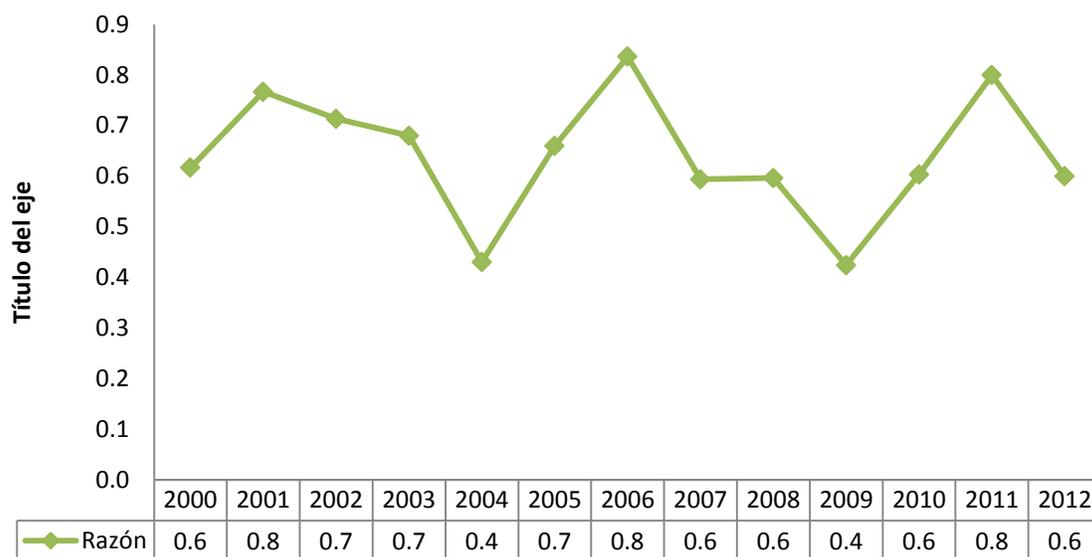
Se da cambio en la nomenclatura: Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

La mortalidad materna en la República de Panamá, presentó un aceptable descenso entre la década de 1970 (1.4) y 1980 (0.7), desde entonces, se ha mantenido sin variaciones. El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias y comarcas es muy diverso.

Para el año 2010 el rango de tasa va desde 0.4 defunciones por 1000 nacidos vivos en Panamá y Chiriquí hasta 24.5 defunciones por 1000 nacidos vivos en la Comarca Ngabe Bugle y para el año 2012, la tasa más baja la presentó Veraguas (0.2) y la más alta la Comarca Ngabe Bugle (34.5) la cual aumento en un 41 % en dos años.

Gráfica N° 16. Razón de Mortalidad Materna. República de Panamá. Años: 2000-2012



Fuente: Contraloría General de la República.. Año: 2012 Tasas por 1,000 Habitantes

Cuadro N° 11. Defunciones y Razón de Mortalidad Materna por Provincia. República de Panamá. Años: 1970-1980-1990-2000-2010-2012 (Razón por mil nacidos vivos).

Provincia	Años											
	1970		1980		1990		2000		2010		2012	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	72	1.4	37	0.7	32	0.5	40	0.6	41	0.6	49	0.6
Bocas del Toro	1	0.5	1	0-4	2	0.6	3	0.7	2	0.5	2	0.5
Coclé	8	1.6	7	1.6	4	0.8	2	0.4	2	0.5	2	0.5
Colón	8	1.6	6	1.2	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.5
Chiriquí	17	1.9	4	0.5	8	0.9	5	0.5	3	0.4	3	0.3
Darién	4	4.3	1	1.5	-	-	1	0.9	1	1.1	1	1
Herrera	2	0.7	1	0.4	1	0.4	1	0.5	-	-	-	-
Kuna Yala	-	-	-	-	1	1	6	5.1	4	4.6	-	-
Los Santos	1	0.4	3	2	-	-	1	0.8	-	-	1	0.9
Panamá	16	0.8	5	0.2	7	0.3	11	0.4	14	0.4	21	0.6
Veraguas	15	2,5	9	1.6	6	1	7	1.3	2	0.5	1	0.2
Ngabe Bugle								-	10	24.5	15	34.5

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

ENTORNO ECONOMICO Y SOCIAL

Aspectos económicos y financieros

Panamá está catalogado en términos absolutos, sin tener en cuenta la distribución de la riqueza, como un país de ingresos económicos medio-altos y es reconocida como una de las más importantes y pujantes economías de Centroamérica y de la Región. De acuerdo a informes del Banco Mundial el índice de Desarrollo Humano para el año 2012, de Panamá se ubica como el de mayor índice para Centro América y el quinto en toda América Latina.

Índice de desarrollo humano (IDH)

“Según el Índice de Desarrollo Humano realizado por Naciones Unidas, en el 2013 Panamá tuvo una puntuación de 0,775 y ocupó la posición 65 de los 187 países comparados, con una fuerte mejora en los últimos años. El IDH de América Latina y el Caribe es de 0,731, por lo que Panamá se sitúa por encima de la media regional y es considerado como un país con desarrollo humano alto, pero aún por debajo de los países más desarrollados según este índice, que son Chile, Argentina y Uruguay”.

El informe del Índice de Desarrollo Humano 2014, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), coloca a Panamá (posición 65) y Costa Rica (posición 68) con una calificación de “Desarrollo Humano Alto”, mientras que Guatemala (posición 125), Honduras (posición 129), El Salvador (posición 115) y Nicaragua (posición 132) tienen un “Desarrollo Humano Medio”, según los índices utilizados por esta institución. Panamá presenta un contexto favorable, porque es el país de Centroamérica con el más alto índice de desarrollo humano; es la economía latinoamericana que más creció durante la última década logrando un incremento de 3% en el 2013, respecto al 2010. Sin embargo, según el mismo informe, cuando se realiza el ajuste en este índice de desarrollo humano sobre la base desigualdad, Panamá pierde un 40.5% en el índice debido a la mala distribución del ingreso existente en nuestro país. Inclusive, en cuanto al índice de Desigualdad de Género, Panamá es el país que pierde más niveles en la evaluación de América Latina, en cuanto a la desigualdad de género.

El distintivo de la pobreza en Panamá está dado por el alto grado de desigualdad en la distribución del ingreso. El alto nivel de crecimiento del PIB nos indica que Panamá no es un país pobre y que cuenta con los recursos necesarios para encaminarse hacia el desarrollo económico necesario. Sin embargo, hemos observado diferencias importantes en la participación de este crecimiento en los últimos años entre los diferentes segmentos de la población.

A demás, cabe resaltar que a pesar de la posición en el ranking internacional, la situación a nivel de provincias y comarcas marca con claridad que existe desigualdad. Para el año 2010, el país obtuvo un IDH 0.753 con un rango que va desde 0.465 para la comarca Ngobe Bugle hasta 0.802 para la provincia de Panamá. Mientras para el año 2013, el país obtuvo un IDH 0.775 con un rango que va desde 0.499 para la comarca Guna Yala hasta 0.828 para la provincia de Panamá.

La economía de Panamá ha sido una de las 20 que más han crecido en el mundo en los últimos cinco años, de acuerdo con la información que manejó el Banco Mundial (BM) Entre 2007 y 2011 sobre el ritmo de expansión del Producto Interno Bruto (PIB) de cerca de 200 países.

Panamá destaca en la posición 18 del ranking, con una tasa de 7,6%, y es el único país de América que aparece en el “Top 20”. Perú, Argentina, Uruguay y Paraguay le siguen, pero de lejos, en los escalones 27, 32, 36 y 51, respectivamente, algunos refieren a Panamá como uno de los primeros países latinoamericanos que puede llegar a alcanzar niveles de primer mundo, al igual que Chile.

Producto Interno Bruto

El Producto Interno Bruto (PIB) es una magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país (o una región) durante un período determinado de tiempo (normalmente un año) PIB real en algunos países se denomina de mercado o de comprador y se define como el valor monetario de todos los bienes y servicios producidos por un país o una economía valorados a precios constantes, es decir, según los precios del año que se toma como base o en las comparaciones. En el caso de Panamá se utiliza al momento de redactar este informe, el del año 1996 sin embargo, pronto se cambiara al año más representativo como lo fue el año 2007.

Para el periodo 2008 al 2013 hubo un aumento sostenido en el Producto Interno Bruto a Precios de Mercado de 1996 pasó de 18,812.9 millones de Balboas de 1996 (5,317.4 Balboas per cápita) a 27,919.0 millones de Balboas (7,622.9 Balboas per cápita) aproximadamente un 43.4% de incremento en 6 años lo que representa un incremento en el ingreso per cápita de 2,305.6 balboa promedio, es de los más alto de la región.

Cuadro N°12. Producto Interno Bruto a Precios de Comprador Año base 1996, su variación porcentual, el Ingreso Per Cápita, Tasa de Desempleo y la Inflación de los Años 1997 al Año 2013.

Año	Producto Interno Bruto PIB a precios de Comprador base 1996	Variación Porcentual	PIB per Capita	Tasa de Desempleo	Tasa de Inflación
1997	9,924.4		3,468.0	13.4	1.3
1998	10,653.0	7.3%	3,647.5	13.6	0.6
1999	11,070.3	3.9%	3,714.8	11.8	1.3
2000	11,370.9	2.7%	3,739.6	13.3	1.5
2001	11,436.2	0.6%	3,686.4	13.7	0.3
2002	11,691.0	2.2%	3,694.6	14.1	1.0
2003	12,182.8	4.2%	3,775.8	13.0	1.4
2004	13,099.2	7.5%	3,983.1	11.8	0.4
2005	14,041.2	7.2%	4,190.1	9.8	2.8
2006	15,238.6	8.5%	4,464.3	8.7	2.5
2007	17,084.4	12.1%	4,915.3	6.4	4.2
2008	18,812.9	10.1%	5,317.3	5.6	8.7
2009	19,538.4	3.9%	5,427.3	6.6	2.4
2010	20,994.4	7.5%	5,733.3	5.6	3.5
2011	23,272.1	10.8%	6,249.5	4.5	5.9
2012	25,755.5	10.7%	6,800.1	4.1	6.1
2013	27,919.0	8.4%	7,622.9	3.4	6.4

Fuente: Contraloría General de la República.

Para el 2013, al igual que en años recientes, el crecimiento del PIB se concentra en las exportaciones de bienes y de servicios, a lo que se suma la explosión en materia de construcción de viviendas y apartamentos. Aunado a ello, se agrega inversión pública en infraestructura y la

expansión de la actividad y el crédito bancario que respalda un alto crecimiento del consumo, El sector turismo sigue contribuyendo de manera importante en el crecimiento del PIB como actividad económica.

La economía de Panamá, se estima que crecerá alrededor de 8% en 2014, debido a unos montos de inversiones públicas y privadas sin precedentes, así como también debido a la expansión de los puertos, el Air Hub de COPA, el turismo y el comercio

Inflación

La inflación, en economía, es el aumento generalizado y sostenido de los precios de los bienes y servicios existentes en el mercado durante un período de tiempo, generalmente un año. Cuando el nivel general de precios sube, cada unidad de moneda alcanza para comprar menos bienes y servicios. Es decir, que la inflación refleja la disminución del poder adquisitivo de la moneda: una pérdida del valor real del medio interno de intercambio y unidad de medida de una economía. Una medida frecuente de la inflación es el índice de precios, que corresponde al porcentaje anualizado de la variación general de precios en el tiempo (el más común es el índice de precios al consumo). Cuanto mayor sea la inflación, mayores serán los costes que sufra la economía, partiendo de la pérdida del poder adquisitivo del dinero.

Factores determinantes de la inflación:

- El costo de los insumos agropecuarios
- El costo de las materias primas en la manufacturación de alimentos
- Los precios de los combustibles
- El precio de la energía eléctrica
- La expansión de la demanda agregada
- Los costos salariales
- El aumento de los impuestos sobre la producción, sobre el valor agregado y sobre el consumo final.

Los cuatro primeros están asociados al alza de los precios internacionales del petróleo. Las dos siguientes están asociados al crecimiento económico. El último de estos factores está asociado a la política fiscal. El auge de la demanda agregada, en conjunto con los aumentos del precio del petróleo, los granos e insumos agrícolas condujo la tasa de inflación 6.1% en el años 2013 y se estima en 6.4% para el año 2014 según el Ministerio de Economía y Finanzas. Muchos economistas estiman que no volverán a verse las tasas relativamente bajas que se registraron entre 1997 y 2006, cuando la inflación promedio anual en ese periodo fue de apenas 1.3%, sin producir una recesión, lo que sería fatal para nuestra economía.

Desempleo

El desempleo es el ocio involuntario de una persona que desea encontrar trabajo, y puede ser medido a través de la tasa de desempleo la cual se calcula como el número de personas desocupadas dividido la Población Económicamente Activa (PEA), siendo esta la población o en

edad de trabajar que en el período de referencia o bien tienen una ocupación en la que producen bienes o servicios económicos y se expresa en forma de porcentaje.

Es decir, no es una proporción entre el total de la gente desempleada y el total de la población, sino el de aquella que se denomina "económicamente activa". La cual corresponde a la fuerza laboral efectiva de un país, al estar constituida por las Personas en Edad de Trabajar (PET) personas mayores de una cierta edad (15 años, por ejemplo) que tienen empleo o que, no teniéndolo, están buscándolo o a la espera de alguno. Ello excluye a los pensionados y jubilados, a las amas de casa, estudiantes y rentistas así como, por supuesto, a los menores de edad que están laborando o buscan trabajo. En otras palabras, corresponde a los individuos que participan del mercado de trabajo, ya sea que hayan encontrado un empleo o no.

Si se calcula el porcentaje entre la población económicamente activa (PEA) y la población total se obtiene la tasa de actividad general de un país. Según definición del Instituto Nacional de Estadística y Censo, de la Contraloría General de la República, la población no económicamente activa se refiere a las personas que están en edad de trabajar, pero no están trabajando, ni buscando empleo.

Según el censo de 2010, casi el 85.5% de este grupo, corresponde a personas que nunca han trabajado y no buscaban un empleo ni tenían la intención de hacerlo, en su mayoría (74.0%) porque son las encargadas de las responsabilidades familiares como la economía del hogar. También las hay porque no consiguen quien cuide a los niños por ellas (9.7%), aun estando dispuestas y en condiciones de pagar por ello. Con respecto a estas últimas, en general, el país no cuenta con suficientes centros de orientación infantil al alcance de los segmentos con menos ingresos.

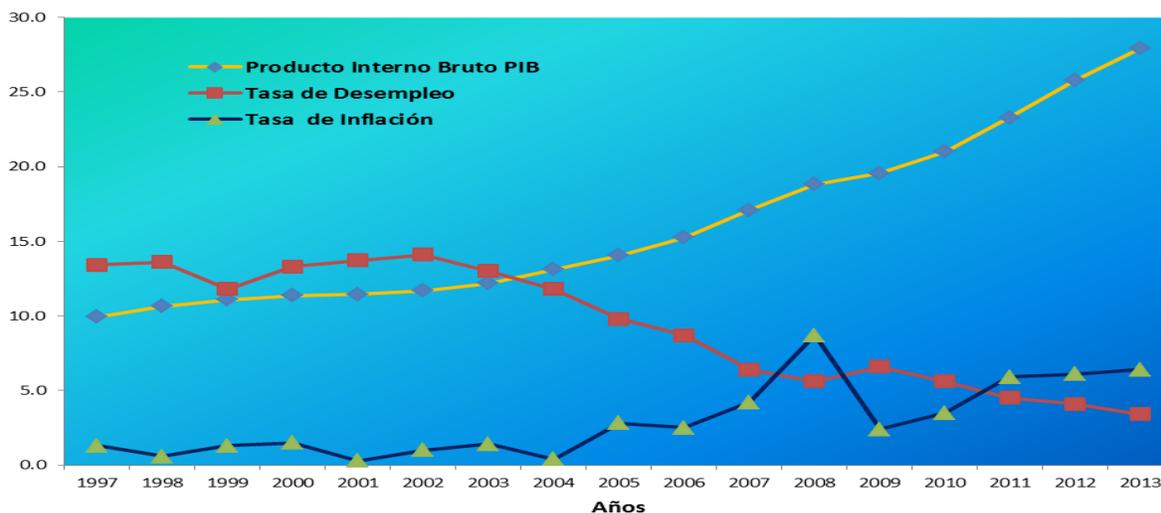
Si bien esta es una actividad importante dado que los quehaceres del hogar exigen trabajo y dedicación, al no ser remunerada, su aporte a la producción económica panameña es realmente limitado, principalmente porque no permite a la persona que la ejecuta, participar del mercado laboral de manera formal y productiva, considerando además, el hecho de que estas personas son relativamente jóvenes, con edades entre 20 y 29 años de edad en su mayoría.

Análisis de las curvas de Inflación, Tasas de Desempleo en Comparación con el Producto Interno Bruto

Una vez comprendido los conceptos de Producto Interno Bruto, Inflación, y Tasa de Desempleo podemos analizar de manera más comprensible la gráfica, se observa a simple vista el crecimiento sostenido del producto Interno bruto a través de los años, y de que este incremento, guarda una relación inversa con la tasa de desempleo, lo cual significa que el desarrollo sostenible del PIB, está directamente relacionado con la disminución de la tasa de desempleo.

Observamos también el incremento en la tasa de inflación, este incremento se explica por el incremento antes mencionado en la demanda agregada, asociada también al incremento del ingreso per cápita de los últimos 5 años.

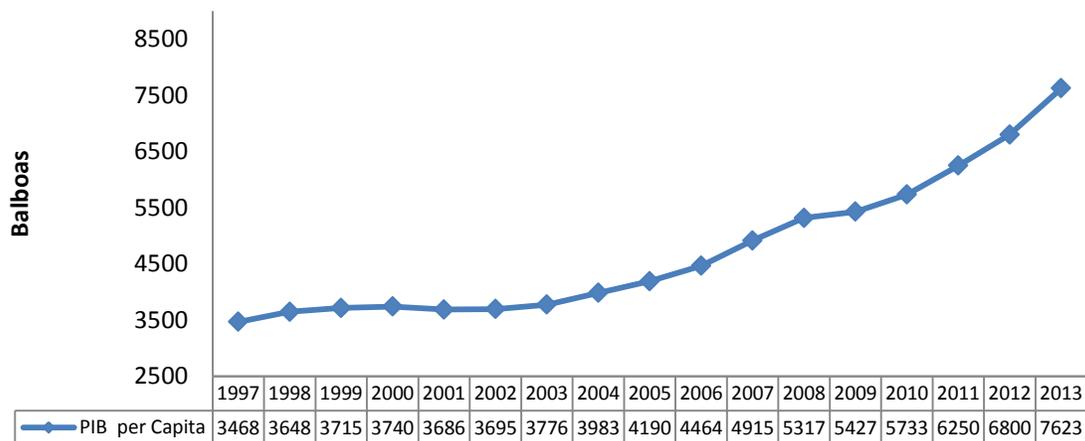
Gráfica N° 17. Producto Interno Bruto y su efecto sobre la Tasa de Desempleo y la Inflación. República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Datos del MEF y Contraloría General /Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014

El ingreso per cápita de una región o país se obtiene al dividir el PIB entre el total de la población de una región o país. Es un promedio que mide la distribución del ingreso y no la equidad. Sin embargo el crecimiento sostenido del ingreso per cápita no necesariamente significa un aumento igual o proporcional en el ingreso real de los todos panameños. Para poder determinar la equidad en la distribución de los ingresos se utiliza el Coeficiente de Gini, el cual mide hasta qué punto la distribución del ingreso o en algunos casos, el gasto de consumo entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa.

Gráfica N° 18. Evolución PIB Per Cápita del Año del Año 1997 al 2013



Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014.

El índice de Gini mide la superficie entre la curva de Lorenz y una línea hipotética de equidad absoluta, expresada como porcentaje de la superficie máxima debajo de la línea.

Así, un coeficiente de Gini de “0” cero representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 1 representa una inequidad perfecta. Donde el 0 es que los ingresos y el consumo están distribuidos equitativamente entre toda la población (sociedad igualitaria), mientras el 1 representaría una situación hipotética en la cual sólo una persona posee toda la riqueza (sociedad inicua). De acuerdo con Naciones Unidas un coeficiente de Gini superior a 0,40 es alarmante, ya que esto indica una realidad de polarización entre ricos y pobres, siendo caldo de cultivo para el antagonismo entre las distintas clases sociales pudiendo llevar a un descontento o agitación social.

El coeficiente de Gini en Panamá es de aproximadamente 0.519 ocupando la posición número 140 de los 160 países, según publicaciones del banco mundial del año 2012. A pesar, de que se considera a Panamá como uno de los países que peor distribución tiene de sus ingresos per cápita, podremos mencionar que los Estados Unidos, a pesar de ser catalogado entre los países más ricos y democráticos del mundo, tiene un coeficiente de Gini, de 0.463, ocupando el lugar 123, y en el caso de Costa Rica, que se considera la cuna de la democracia Latinoamericana, el coeficiente de Gini es de 0.507, ocupando la posición 136. Ambos países presentan coeficiente de Gini no muy distante al de nuestro país. En el caso Noruega, país con mejor distribución del ingreso, el coeficiente de Gini es de 0.226, seguido por Slovenia con 0.237 y Suecia con 0.248. Cabe mencionar que Seychellerun, país poco conocido, es el que ocupa la posición 160 con un coeficiente de 0.658.

La evolución del coeficiente de Gini en Panamá ha sido la siguiente 1990 fue de que 0.560, en el año 1999 que fue de 0.536, en el año 2006 de 0.548 y en 2012 fue de 0,510 por lo que podemos deducir de que si, ha habido una mejoría en la distribución de la riqueza en Panamá en la equidad. Se podía concluir que en un sistema capitalista es difícil lograr la equidad, ya que países como Noruega o Suecia con régimen Monárquico Democrático Parlamentario lo logran a través de subsidios a su población más vulnerable.

Deuda Pública en Panamá

La deuda pública panameña a marzo de 2014 asciende a \$17,014.7 millones. Si dicho endeudamiento le parece astronómico, cuando totalizamos la verdadera deuda incluyendo los saldos subterráneos y diferidos, las cosas se tornan mucho peor, como quiera que, los \$17,014.7 millones de deuda pública que reconoce el gobierno a marzo del 2014, no incluyen la deuda diferida mediante la modalidad llave en mano, ni la de las empresas excluidas del SPNF (ENA, ETESA, y Tocumen S.A.), ni la deuda de la ampliación del canal. Tomando en consideración lo antes mencionado, el saldo verdadero de la deuda pública panameña, es B/. 22,607.7 millones de dólares, si se consideran los compromisos financieros que tiene el Estado en el Sector Público No Financiero (SPNF).

Cuadro N° 13. Deuda de la República de Panamá. Año 2013

Compromiso Financiero	Monto
Deuda Pública	17,014.7
Proyectos Llave en Mano	2,000.0
Empresas Excluidas de SPNF	2,300.0
Obligaciones por Ampliación del Canal	1,293.0
Monto total de la Deuda del País	22,607.7

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

La Dirección de Crédito Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en su balance de situación estatal informa que en esas cifras se incluyen también a entidades con cuentas por pagar en concepto de proyectos llave en mano y pagos diferidos. El Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud son las dos instituciones con mayor cantidad de contratos bajo esta modalidad, representando el 54% de los compromisos. Considerando todos los compromisos antes esbozados la deuda total per cápita asciende a B/. 5,777.20.

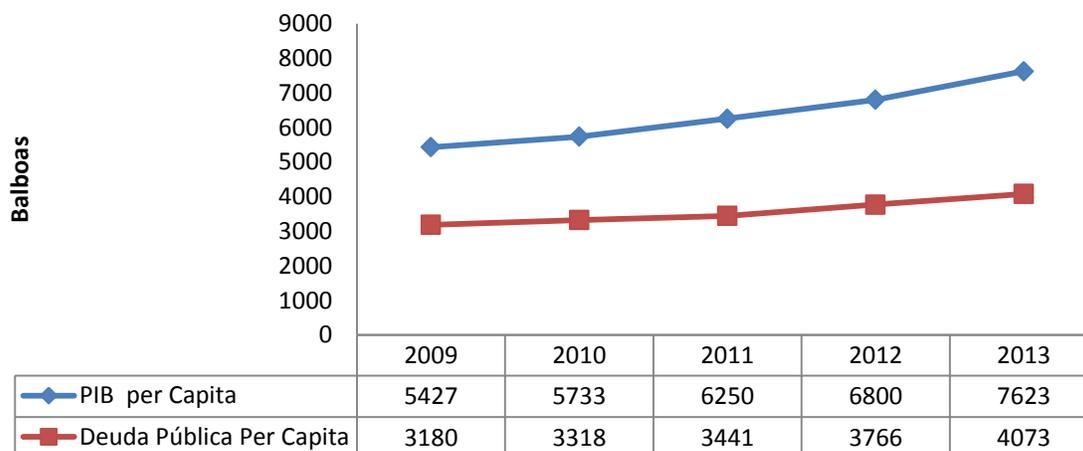
Cuadro N°14. Evolución de la Deuda Pública Per Cápita en el periodo 2009 - 2014 en Millones de Balboa

Año	Monto de la Deuda Pública	Población	Deuda Publica Per Capita
2009	10,972.3	3,450,349	3,180.06
2010	11,629.5	3,504,483	3,318.46
2011	12,814.2	3,723,821	3,441.14
2012	14,265.2	3,787,511	3,766.38
2013	15,683.6	3,850,735	4,072.88
2014	17,014.7	3,913,275	4,347.94

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

Cada panameño, considerando solo la deuda pública, debía en el año 2009, B/.3,180.06 actualmente, según datos de 2014, del Ministerio de Economía y Finanzas debe B/. 4,347.94 lo que significa, B/. 1,167.88 más que en 2009.

Gráfica N° 19. Evolución del PIB y de la deuda Pública per Cápita de los años 2009 al 2013



Fuente: Contraloría General de la República y Ministerio de Economía y Finanza.

Niveles de Pobreza en Panamá

La pobreza es la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. Una manera de medir la pobreza es estableciendo el costo de la canasta básica y considerando pobre a todo aquel que tenga ingresos por debajo de ese costo establecido, indigencia se considera a aquellas personas que viven con menos de un balboa al día.

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

De acuerdo con la Encuesta de Propósitos Múltiples correspondientes a marzo de 2012 del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la proporción de personas indigentes continuó disminuyendo. Este año fue la condición del 10.4% de la población inferior a lo reportado para agosto de 2011, de 11.5%, lo que equivale a reconocer que 34,058 personas aproximadamente dejaron de estar en la indigencia este año. También, la proporción de personas en condiciones de pobreza en general disminuyó, de 27.6% en 2011 a 25.8% en marzo de 2012. Esto también significa que 108,469 personas, aproximadamente, dejaron de ser pobres este año. Las estimaciones están efectuadas considerando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo a partir de los resultados del Censo de Población de 2010.

Gasto nacional en Salud

El incremento del PIB para el año 2013 con respecto al año 2009 fue de 42.9%, tomado en consideración la expansión de la población 11.0% aún se observa un incremento en de 28.0% en el ingreso per cápita para el mismo periodo. Esta mejoría en los ingresos se ve reflejada, con creces, en el Gasto total en Salud del País, el cual ascendió en el año 2013 a 3,676.2 millones de balboas, un incremento nominal respecto al año 2009 de 1,856.8 millones de Balboas o el 102.1%, prácticamente se duplicó.

Cuadro N°15. Gasto Nacional en Salud del año 2009 al 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolucion Porcentual entre los años 2009 y 2013
Producto Interno Bruto Precios constantes En Millones de Balboas de 1996	19,538.4	20,994.4	23,272.1	25,755.5	27,919.0	42.9%
Población	3,450,349	3,504,483	3,723,821	3,787,511	3,850,735	11.6%
PIB per Capia	5,662.73	5,990.73	6,249.52	6,800.11	7,250.30	28.0%
Gasto Publico en millones de Balboas	10,136.9	11,084.2	12,454.6	16,278.9	18,141.9	79.0%
Gasto Publico como porcentaje del PIB	51.9%	52.8%	53.5%	63.2%	65.0%	25.2%
Gasto Publico Social En Millones de B/.	4,118.1	5,041.3	5,549.5	7,272.6	8,568.5	108.1%
Gasto Publico Social como porcentaje del Gasto Publico	40.6%	45.5%	44.6%	44.7%	47.2%	16.3%
Gasto Total en Salud (Incluye Sector Público y Privado) En Millones de Balboas	1,819.4	2,205.4	2,483.9	3,149.1	3,676.2	102.1%
Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB	9.3%	10.5%	10.7%	12.2%	13.2%	41.4%
Gasto Total en Salud Per Capita en Balboas	527.3	629.3	667.0	831.4	954.7	81.0%
Gasto Publico social en Salud En millones de B/.	1,319.4	1,515.4	1,681.9	2,286.1	2,713.2	105.6%
Funcionamiento	1,110.4	1,202.1	1,373.7	1,824.4	2,152.3	93.8%
Inversiones	209.0	313.3	308.2	461.7	560.9	168.4%
Gasto Publico en Salud como Porcentaje del PIB	6.8%	7.2%	7.2%	8.9%	9.7%	43.9%
Gasto Publico en Salud Per Capita en Balboas	382.4	432.4	451.7	603.6	704.6	84.3%
Gasto Privado en Salud En millones de B/.	500.0	690.0	802.0	863.0	963.0	92.6%
Seguros Privados	82.0	113.0	129.0	181.0	207.0	152.4%
Gastos Directos de los Hogares	418.0	577.0	673.0	682.0	756.0	80.9%
Gasto Privado en Salud Per Capita	144.9	196.9	215.4	227.9	250.1	72.6%

Fuente: Contraloría General de la Republica, MEF Dirección de Análisis Financiero y Económico Datos del Gasto Privado en Salud de la OPS

El 73.8% corresponde al el gasto público social y el restante 23.2% al gasto privado en Salud. El gasto público social en salud representa el 31.7% del gasto público total, y sus principales componentes son los gastos de Funcionamiento con un 79.3% y el de inversiones con 21.7% a través de los años en estudio, el que refleja un mayor incremento son las inversiones, las cuales crecen en un 168% en relación al año 2009, más que todo por las obras de infraestructura que se iniciaron a construir en el Sector Salud durante estos años.

Los principales componentes del gasto privado en salud son los gastos de seguros privados con un 21.5 del total del gasto privado y los gastos de bolsillo 78.5% el que mayor crecimiento ha mantenido es el correspondiente a los seguros privados el cual creció en un 152.4% en el transcurso de los últimos 5 años.

El gasto total en Salud incluyendo al gasto privado como porcentaje del PIB a precios constantes de 1996, asciende al 13.2%. El gasto total en salud per cápita asciende en el año 2013 a B/.954.70

Recientemente se está modificando el año base del PIB al año 2007 sin embargo este cambio se está haciendo desde el segundo semestre del año 2014, por lo que se decidió continuar con el año base de 1996.

Gasto del MINSA en salud

La estructura de presupuesto del MINSA contempla los siguientes componentes, el **Gasto Total del MINSA** el cual es la suma de los **Gastos Corrientes** más las **Inversiones**, es necesario resaltar que la cuenta **Gastos corrientes** se compone de los **Gastos Operativos**, los cuales son aquellos que utiliza el Ministerio para sufragar todos sus gastos de operación o funcionamiento básico, (agua, luz, teléfono, salarios, medicamentos, insumos medico quirúrgicos, entre otros), más las **Trasferencias Corrientes** las cuales están asignadas al presupuesto del MINSA, pero que van dirigidas a otras instituciones del Sector Salud (como son las pensiones que se pagan y transfieren a la CSS, IDAAN, ASEUPA, PROBIDSIDA, SENAPAN, los recursos de los Patronatos y otros subsidios que pertenecen a instituciones del sector). Si consideramos el presupuesto acumulado de los últimos 8 años, observamos que los Gastos Corrientes son aproximadamente el 73.9% del presupuesto total del MINSA, mientras que las inversiones son el restante 26.2%, el 39.5% de los gastos Corrientes corresponden a los Gastos de Operación, y las Transferencias el 60.5% de los mismos.

De los Gastos de Operaciones, el 66% corresponde a Servicios Personales y este porcentaje, es consistente a través de los años, y el 9.4% en Servicios no Personales, que son más bien aquellos gastos de los servicios básicos, combustibles, alquileres, entre otros, al unir ambos resulta que el 75.4% del presupuesto es destinado a gastos fijos, tan solo el 23.9% se usó en la Cuenta de Materiales y Suministros bajo la cual se compran los medicamentos e insumos medico quirúrgicos, alimentación de los hospitales insumos para los laboratorios, entre otros.

Cuadro N° 16. Presupuesto Ejecutado Acumulado del MINSA para los años de 2007 al 2014 y Presupuesto Ley 2015

 Detalle del Concepto	Presupuesto Ejecutado 2008	Presupuesto Ejecutado 2009	Presupuesto Ejecutado 2010	Presupuesto Ejecutado 2011	Presupuesto Ejecutado 2012	Presupuesto Ejecutado 2013	Presupuesto Ejecutado 2014	Presupuesto Ley 2015	Presupuesto Acumulado del 2008 al 2015	Composicion Porcentual del Acumulado
TOTAL MINSA	827,991,848	927,043,723	1,083,080,538	1,115,478,426	1,222,279,180	1,524,904,722	1,749,538,974	2,000,202,300	10,450,519,711	
Incremento Porcentual Comparado Año Anterior	20.3%	12.0%	16.8%	3.0%	9.6%	24.8%	14.7%	14.3%		
GASTOS CORRIENTES (A+B+C)	676,784,716	730,215,716	801,312,605	838,481,676	930,995,347	1,073,697,624	1,262,693,278	1,400,680,700	7,714,861,662	73.8%
A. TOTAL DE GASTOS DE OPERACIONES	241,211,530	263,693,339	275,009,491	330,786,497	370,418,464	415,570,570	539,711,500	612,907,400	3,049,308,791	39.5%
SERVICIOS PERSONALES	162,918,255	179,764,714	199,355,678	232,683,312	250,715,026	295,519,029	327,818,949	364,994,200	2,013,769,163	66.0%
SERVICIOS NO PERSONALES	17,898,251	15,809,087	21,183,813	18,883,054	36,897,028	34,812,436	59,761,387	82,805,000	288,050,056	9.4%
MATERIALES Y SUMINISTROS	58,047,188	62,738,713	54,201,568	79,018,633	79,065,636	81,059,749	150,625,665	162,852,400	727,609,552	23.9%
MAQUINARIA Y EQUIPO	2,187,936	2,461,425	109,031	41,598	667,253	1,354,597	1,505,499	2,010,200	10,337,540	0.3%
B. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	435,573,186	466,522,377	526,303,114	507,695,179	560,576,883	658,127,054	722,981,778	787,773,300	4,665,552,871	60.5%
C. ASIGNACIONES GLOBALES	159,900	2,919,400	159,400	159,900	3,073,521	2,824,759		245,600	9,542,480	
INVERSION	151,207,132	196,828,007	281,767,933	276,996,750	291,283,833	451,207,098	486,845,696	599,521,600	2,735,658,049	26.2%
POBLACIÓN	3,395,346	3,450,349	3,504,483	3,723,821	3,787,511	3,850,735	3,913,275	3,975,404		
GASTO DEL MINSA PER CAPITA (Si tuviera que atender la población total)	B/. 243.86	B/. 268.68	B/. 309.06	B/. 299.55	B/. 322.71	B/. 396.00	B/. 447.08	B/. 503.14		

Fuente: Dirección de Planificación de Salud. Ministerio de Salud.

El MINSA ha visto un incremento en los recursos presupuestarios asignados en los últimos años, el presupuesto asignado para el año 2015 ha crecido en casi 2.4 veces lo que fue el presupuesto ejecutado en el año 2008, los grandes incrementos se dan en las partidas de recursos humanos la cual es incremental por las leyes salariales que tienen los distintos gremios del sector y por los nuevos nombramientos del personal técnico y administrativo requerido que se están dando, para poder habilitar las nuevas instalaciones de salud. De igual forma, las partidas de medicamento e insumos medico quirúrgicos se han incrementado notablemente.

Gráfica N° 20. Evolución de los principales gastos en insumos sanitarios del Ministerio de Salud. Periodo 2008-2015



Fuente Dirección de Planificación de Salud. Ministerio de Salud.

La educación en Panamá

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

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

Primer nivel o educación básica general: Constituye una estructura académica de once años de duración distribuidos en tres etapas; preescolar: 2 años, primaria: 6 años y premedia: 3 años.

Es obligatoria, gratuita y general, porque responde a un concepto de cultura amplia, tanto en el aspecto científico como en el humanístico; y es básica, porque proporciona formación esencial que

debe tener todo ciudadano para adquisición de conocimientos superiores y su correcta integración a procesos sociales más generales. Continuará y profundizará la formación integral del educando, con un amplio período de exploración y orientación vocacional de sus intereses y capacidades.

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

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

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

Cuadro N° 17. Porcentaje de la Población Analfabeta en la República de Panamá, según Provincia y Comarca. Censos 1980, 1990, 2000 y 2010.

PROVINCIA	Censos			
	1980	1990	2000	2010
Total	13.2	10.7	7.6	5.5
Bocas del Toro	34.6	30.1	16.9	12.1
Coclé	11.4	9.7	6.1	4.7
Colón	6.3	5.7	3.7	2.5
Chiriquí	19.1	15.9	7.7	5.9
Darién	36.1	28.6	23	15.9
Herrera	19.9	14	10.4	6.8
Los Santos	19.1	14.8	10.7	6.8
Panamá	5.3	4.3	2.8	2
Veraguas	28.5	21.9	15.2	10.9
Kuna Yala	50.6	40	38.5	28.3
Emberá	...	39.4	34.4	22.9
Ngäbe Buglé	...	...	45.9	30.8

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014.

Deserción Escolar

La tasa de deserción escolar de la educación primaria en la República alcanzó el 1.7 por ciento. El porcentaje de hombres con el 1.9 por ciento, es más alto que el de las mujeres con 1.4 por ciento.

Al observar este indicador por provincia, el porcentaje más alto lo presenta Chiriquí con 1.6 por ciento y entre las comarcas indígenas, la Emberá con el 14.0 por ciento. En este mismo sentido, la tasa de deserción de la educación premedia y media oficial en la República es de 4.3 por ciento, pero se observa que existe diferencia a nivel de provincias y comarcas indígenas, como es el caso de Darién con 11.7 por ciento, Chiriquí con 6.7 por ciento, Bocas del Toro con 5.7 por ciento y comarcas indígenas, la Emberá con 8.8 por ciento y Guna Yala con 7.5 por ciento, representan las tasas más altas por provincia, y comarcas indígenas, respectivamente.

Programas de Protección Social

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

Red de Oportunidades Cuyo objetivo es el de contribuir al desarrollo del Sistema de Protección Social para el combate a la pobreza al aminorar la desnutrición materno infantil, desarrollar capital humano y social, y dar acceso a los servicios de educación y salud que eleve la productividad laboral. Beneficiarios: aproximado de 73,069 hogares anuales de escasos recursos del país.

B/. 100 A los 70: Creado por la ley 44 del 4 de agosto de 2009 y se ejecuta por medio del por el Ministerio de Desarrollo social (MIDES) cuyo objetivo principal es el de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de 70 años y más, sin jubilación ni pensión en situación de riesgo, vulnerabilidad, pobreza y marginalidad, para cubrir necesidades básicas, sociales y condición de vida. Beneficiarios: 85,929 adultos de 70 años y más sin pensión ni jubilación (según datos del tercer pago 2012) Cobertura: Nacional.

Programa de Alimentación Complementaria cuyo objetivo es mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a controles, madres embarazadas, madres lactantes, mujeres en edad fértil, y pacientes con tuberculosis que reciben el tratamiento estrictamente supervisado. Beneficiarios: 98,949 niños y 21,687 embarazadas y otros en 2012. Cobertura: Comarca Ngäbe-Buglé, Bocas del Toro, Veraguas, Colón, Darién y Coclé.

Plan Nacional de Micronutrientes 2008-2015 Su objetivo el de reducir de manera sostenida las deficiencias de vitaminas y minerales en la población del país evitando excesos y desbalances, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos. Beneficiarios: 27,436 niños de 4-11 meses, 165,856 niños de 1-4 años, 388,700 niños escolares, 67,553 embarazadas y 546,765 mujeres en edad fértil. Cobertura: Nacional (en concentran de población indígena, zonas con mayores índices de pobreza y alta prevalencia de desnutrición).

Desarrollo de Proyectos en Granjas y Huertos: Con el objetivo de Mejorar la nutrición de la población panameña, especialmente la que habita en las zonas identificadas como de pobreza y pobreza extrema. Beneficiarios: 27,017 beneficiarios de 2009 a 2012, 5,036 huertos entregados.

Programa de Redes Territoriales a través de los Huertos Caseros. Cuyo Objetivo es el de fortalecer a la las Redes Comunitarias en el emprendimiento económico y subvencionar las necesidades de la familia. Cobertura: se empezó con un Plan Piloto con la Redes Territoriales Coclé (11) y Veraguas (12) en convenio con MIDES - AMPYME, SENAPAN e INADHE. Beneficiarios: 16 Corregimientos, 8 Distritos, con 23 Redes fortalecidas beneficiando alrededor de 30,000.000 personas Cobertura: Coclé y Veraguas.

Comedores Comunitarios. Objetivo el equipamiento y suministro de los comedores comunitarios a Nivel Nacional. - Suministro de los alimentos diariamente a niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores con una capacidad de atención de 100 personas diarias. Beneficiarios: 2,919 en comedores comunitarios.

Beca Universal: Para la formación del Capital Humano se definió como estrategia de estado se desarrolla el programa de la beca universal educativa, que beneficia aproximadamente a 550 mil estudiantes a nivel nacional con un apoyo económico de 60 balboas por trimestres, lo que representa 180 Balboas anuales o por periodo escolar. Los únicos requisitos es el de mantener un promedio mínimos de 3.0 por materia para los estudiantes de pre-media mientras que los estudiantes de básica deben mantener en el boletín un promedio de 3.0 por trimestre. De igual forma, cada padre o acudiente debe presentar constancia de participación en las charlas de la escuela para padres, además de estar presente el estudiante y el acudiente al momento de la entrega de la beca.

Ángel Guardián: Conformar parte del sistema de protección social y fue creado mediante Ley No. 39 del 14 de junio de 2012 el cual crea un programa de asistencia económica para personas con discapacidad severa en condición de dependencia y pobreza, con la finalidad de promover, proteger y asegurar en igualdad de condiciones el pleno goce de los derechos humanos y libertades fundamentales garantizando el respeto a su dignidad inherente, y de procurar que ellas puedan acceder a su desarrollo integral como resultado de las políticas sociales. Se asigna una transferencia mensual de 80 balboas (B/.80.00) Este programa es ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social Se estima que beneficiara a 1,600 personas a nivel nacional incluyendo a las Comarcas indígenas, número que está muy por debajo de las cifras que debiera arrojar si tuviéramos un censo actualizado de discapacidad.

Bono Escolar Al igual que el programa de la beca universal es fundamentado en el programa de Protección Social el cual estuvo sustentado en el plan de Gobierno 2010-2014, en la estrategia social que en el eje de Formación de Capital Humano énfasis en Educación de Calidad y de punta con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres mediante el cual se distribuye B/. 20.00 a cada estudiante al inicio del año escolar con la finalidad de que se ayuden en la compra de los uniformes y útiles escolares. Y se crea mediante el Decreto Ejecutivo 188 del 26 de febrero de 2010.

La realidad actual es que a pesar de la gran cantidad de proyectos sociales, no se ha medido su impacto a la salud o sobre los indicadores socioeconómicos del milenio.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA

Situación de la calidad del ambiente y su relación con la salud humana recursos hídrico

Usos del agua en Panamá; la abundancia de agua, en cantidad y calidad, ha sido el factor clave para el abastecimiento sanitario de poblaciones, el transporte fluvial, el riego, las canalizaciones, la acuicultura, el ornato, la minería, la industria, la producción energética, el Canal de Panamá y

otros. En el funcionamiento del Canal de Panamá se requieren más de 2,000 millones de galones de agua al día, que provienen de los cuerpos de agua existentes. Panamá es clasificado por la Organización Meteorológica Mundial como una nación con pocos problemas de escasez de agua. 500 ríos (350 en el litoral Pacífico y 150 en el Caribe) y 52 cuencas hidrográficas nos colocan como el segundo país, después de Nicaragua, con la mayor disponibilidad hídrica de Centroamérica. Sin embargo, el mapa hídrico panameño está en el ojo de la tormenta. Muchos sectores están sedientos de agua potable y la contaminación amenaza la preservación del recurso.

Cuenca del Canal y la Región Interoceánica

La cuenca hidrográfica del canal de Panamá constituye un sistema de orden natural compuesto por elementos biológicos, físicos y antrópicos cuyas interrelaciones generan un conjunto único e inseparable, por lo que su análisis, desarrollo y manejo requieren de variadas características de orden socio-político, económico, cultural, ambiental y físico.

La cuenca hidrográfica del Canal de Panamá asemeja una ballena boca arriba en posición extendida del Suroeste hacia el Noroeste, presentando una forma de arco hacia el Sur, alcanza su máxima anchura en la parte central, y su parte más estrecha en la parte sur, ocupa una superficie de 326,225 Hectáreas, y abarca territorios en las provincias de Panamá, Colón y ahora la Chorrera, de esa superficie total, 30,975 a de corresponden a los espejos de los lagos Gatún y Alajuela. Este último ocupa la sexta parte tiene una reserva utilizable de unos 153 billones de galones de agua, cuando logra una altura de 86.80 metros altura máxima, sus aguas drenan principalmente hacia el Lago Gatún, el cual es uno de los lagos artificiales más grandes del mundo; el agua almacenada tiene como principal función permitir que los barcos crucen el Canal de Panamá. Sin el agua que se produce y almacena en su cuenca, la navegación interoceánica sería imposible.

Otro de los usos de las aguas es la obtención de agua potable, para las provincias de Panamá y Colón y la generación de energía eléctrica, sin embargo la generación de energía eléctrica solo se produce al haber exceso de escorrentía, es decir un superávit de agua en la Cuenca que no pueda ser almacenada. Dentro de la cuenca del Canal de Panamá están ubicadas 4 plantas potabilizadoras la de Chilibre, Miraflores, Sabanita y la de Mount Hope.

Esta cuenca se ve seriamente afectada por:

- La contaminación progresiva de sus fuentes de agua tales como los arroyos y ríos,
- El incremento de la frecuencia e intensidad de los deslizamientos de tierras e inundaciones.
- La presión urbana que generan Las Cumbres, Cerro Azul y Sabanitas que son causa de que las áreas de deforestación cada vez sean mayores, afectándose por ello las subcuencas de Gatún y Alajuela y otros sectores.
- La actividad ganadera que se estima es causa del 57% de la deforestación.
- La sedimentación en la región se manifiesta en la reducción de la capacidad de almacenamiento de agua en los lagos, siendo que la erosión ha alcanzado un registro de aproximadamente 0,9 millones de m³ de sedimentos por año, incrementando el proceso de azolvamiento o pérdida de volumen de almacenaje del lago.

- Los desechos sólidos son contaminantes potenciales del agua dentro de la Cuenca así como los lixiviados que se filtran por los suelos de los rellenos sanitarios ubicados dentro de la cuenca del canal hacia las aguas subterráneas que alimentan la cuenca.
- Situaciones como las necesidades de controlar el crecimiento desmedido de ciertas algas acuáticas dieron lugar a la importación de especies de otras regiones en este caso, el pez “sargento” originario de las cuencas de los ríos Amazonas y Orinoco, el que ha eliminado por lo menos a seis de las ocho especies más comunes del lago Gatún

Tercer Juego de Esclusas: Ante las necesidades crecientes de Canal de Panamá y de ampliar la oferta canalera surge la necesidad de un tercer juego de esclusas.

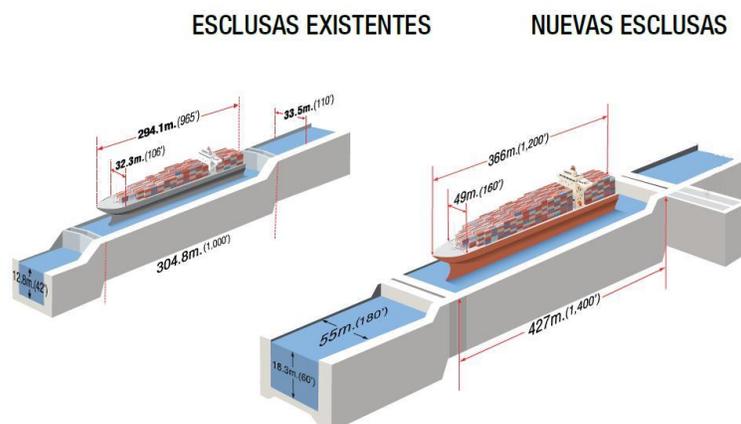
El Tercer juego de Esclusas es un proyecto gigante para expandir el canal de Panamá, esta ampliación será la mayor desde la construcción del canal. La Autoridad del Canal de Panamá propuso el proyecto después de años de estudios, el plan de este proyecto se presentó el 24 de abril de 2006 y los ciudadanos panameños lo aprobaron en un referéndum nacional del 22 de octubre de 2006 por 76,8% del voto.

El proyecto prevé doblar la capacidad del canal y permitir más tráfico y se inició oficialmente el 3 de septiembre de 2007, se creará un nuevo carro de tráfico a lo largo del canal construyendo un nuevo juego de esclusas.

Algunos de los detalles del proyecto incluyen los componentes siguientes:

- Construcción de dos complejos de esclusas nuevos, uno en el lado Atlántico y otro en el Pacífico, cada uno con tres cámaras, y con tinajas adicionales para reciclaje de agua;
- Excavación de nuevos canales de acceso a las nuevas esclusas y ensanche de los canales de navegación existentes;
- Profundización de los canales de navegación y elevación del nivel de agua de operación del lago Gatún.

Comparación de las Exclusas Existentes con las Exclusas Nuevas



Fuente: Comisión del Canal de Panamá

El nivel máximo de funcionamiento del lago Gatún se elevará en aproximadamente 0,45 metros (1,5 pies) – desde el nivel PLD actual de 26,7 metros (87,5 pies) a un nivel PLD de 27,1 metros (89 pies). Combinado con la ampliación y profundización de los canales de navegación, este componente aumentará la capacidad de almacenamiento de agua de reserva del lago Gatún y permitirá que el sistema de agua del Canal suministre un promedio diario de 165 000 000 galones adicional de agua. Este volumen adicional de agua es suficiente para abastecer un promedio anual de aproximadamente 1.100 esclusajes adicionales sin afectar el suministro de agua para uso humano, que también procede de los lagos Gatún y Alhajuela. La duración de la construcción del proyecto del tercer juego de esclusas está programada entre 7 a 8 años. Las nuevas esclusas pueden empezar según cálculos de la Comisión del Canal de Panamá probablemente a finales del año 2015 o a inicios del año 2016.

Vista aérea de los trabajos de ampliación de las esclusas



Fuente: Comisión del Canal de Panamá

Según los estudios de impacto ambiental el proyecto del tercer juego de esclusas es viable desde el punto de vista ambiental. Se ha comprobado que todos los posibles impactos ambientales adversos se pueden disminuir a través de los procedimientos y la tecnología existentes y no hay efectos adversos previstos permanentes o que no se puedan reducir en la población o en el medio ambiente. No hay elementos en el alcance del proyecto que pondrán en peligro su viabilidad ambiental, tales como comunidades, bosques primarios, parques nacionales o reservas forestales, lugares patrimoniales o sitios arqueológicos relevantes, zonas de producción agrícola o industrial, o zonas turísticas o portuarias.

El proyecto no causará impactos permanentes o irreversibles en el agua o en la calidad del aire. El programa propuesto de suministro de agua cumple con los objetivos de maximizar la capacidad de agua de los lagos Gatún y Alhajuela y aplica la tecnología más eficiente para la utilización del agua en las esclusas, por lo que no serán necesarias reservas nuevas. Por lo tanto, no será necesario reubicar a las comunidades. Toda la zona afectada directamente por el proyecto se encuentra dentro de las áreas operativas y administrativas de la ACP.

Críticos del proyecto argumentan que existen muchos factores ambientales que deben ser considerados. Por ejemplo: la relación entre el denominado fenómeno de El Niño y el calentamiento global amenazan las fuentes de agua. El ahorro de agua de la cuenca, característica de las nuevas esclusas propuestas incrementará el paso de agua salada hacia el Lago Gatún, del cual cerca de la mitad de la población de Panamá obtiene el agua para tomar.

El método escogido para mitigar parcialmente el problema es operar las nuevas esclusas con agua dulce del Lago Gatún pero eso se encarga de derrotar la propuesta de las nuevas esclusas con características de ahorrar agua y eleva las interrogantes acerca de la seguridad del suministro de agua para la urbe.

Sin embargo, una de las organizaciones ambientales líderes en Panamá, ANCON (Asociación Nacional para la Conservación de la Naturaleza) sostiene que los estudios y proyecciones de la operación del tercer juego de esclusas, incluyendo el ahorro de agua de la cuenca confirma en forma creíble que habrá muy bajo nivel de salinización del agua del Lago Gatún y que estos niveles preservarán la separación biológica de los océanos con la seguridad de la biodiversidad y la calidad del agua para consumo humano.

Las instituciones con competencia en la gestión de los recursos de la Cuenca del Canal de Panamá y las áreas revertidas son: ANAM y Comisión del Canal. En materia de competencia institucional sobre el tema de los recursos naturales y la protección de la cuenca hidrográfica del Canal de Panamá, la ANAM coordina con la Comisión del Canal las actividades relacionadas con el manejo integral y el desarrollo sostenible de los recursos de la Cuenca Hidrográfica del Canal de Panamá y la protección del ambiente natural y con el IDAAN en lo concerniente al abastecimiento de agua para consumo humano.

Vista Aérea de la Entrada del Canal de Panamá por Océano Atlántico.



Fuente: Comisión del Canal de Panamá

A partir del año 2000, los recursos hídricos de la Cuenca del Canal, conforme a la Ley General del Ambiente (N° 41 de 1 de julio de 1998), quedan bajo la administración de la Autoridad del Canal de Panamá, y queda la interrogante, acerca de cuál es el uso prioritario del agua de la cuenca del Canal, en una situación extrema, como sería una sequía prolongada, la navegación interoceánica o el uso de agua potable para las ciudades de Panamá y Colón.

La Autoridad Marítima Nacional (AMN), tiene bajo su responsabilidad atender los problemas que enfrenta la navegación con relación a la contaminación por derrames de petróleo, minerales y químicos, mientras el caso suceda en los puertos. La Ley 21 de 9 de julio de 1980, prohíbe la descarga de cualquier sustancia contaminante en las aguas navegables y en el mar territorial. Se exceptúan las descargas que se hagan conforme a las situaciones de excepción previstas en las convenciones internacionales (MARPOL 73/78; INTERVENTION 1969; CLC 69; LDC 1972). También se encarga de la gestión de los recursos pesqueros e hidrobiológicos.

Acceso y uso del agua potable en Panamá

El agua es un recurso fundamental al que tiene derecho todo ser humano. Cada persona en el mundo requiere por lo menos veinte litros de agua al día, de manera fiable, para poder beber, cocinar o simplemente mantenerse limpio. El agua potable es el agua utilizada para los fines domésticos y la higiene personal, así como para beber y cocinar. Según la Organización Mundial de la Salud **OMS**, se tiene acceso al agua potable si la fuente de la misma se encuentra a menos de 1 kilómetro de distancia del lugar de utilización y si uno puede obtener de manera fiable al menos 20 litros diarios para cada miembro de la familia.

En Panamá se presentan las siguientes proveedores, Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales IDAAN, cuya población de responsabilidad son todas aquellas comunidades no rurales con una población mayor a los 1500 habitantes, mientras que el Ministerio de Salud el cual es responsable de dotar de agua potable a comunidades rurales de menor población, que posteriormente traspasa a las comunidades y son administradas por las Juntas de Agua.

El 91.8% de la población panameña tiene acceso a agua potable según el censo del año 2010, lo que supone que cerca de 3.4 millones de personas en el país cuentan con este recurso de manera fiable y saludable, un incremento de 13.1% en comparación con el Censo del año 1990, en el cual solo el 81.2% tenían acceso a agua potable.

Cuadro N° 18. Porcentaje de Población con acceso a Agua Potable según los Censos de Población de los Años 1990, 2000 y 2010.

Provincias y Comarcas	Porcentaje de Población con Acceso a Agua Potable					
	1990		2000		2010	
	Si	No	Si	No	Si	No
Total	81.2	18.8	90.2	9.8	91.8	8.2
Bocas del Toro	60.2	39.8	74.1	25.9	72.0	28.0
Cocle	75.9	24.1	91.5	8.5	94.5	5.5
Colón	83.3	16.7	92.0	8.0	92.7	7.3
Chiriquí	65.3	34.7	82.3	17.7	87.3	12.7
Darién	31.9	68.1	58.4	41.6	69.2	30.8
Herrera	78.4	21.6	93.6	6.4	96.3	3.7
Los Santos	85.7	14.3	96.1	3.9	98.2	1.8
Panamá	93.7	6.3	97.1	2.9	97.1	2.9
Veraguas	57.4	42.6	83.3	16.7	88.6	11.4
Kuna Yala	. .	. .	67.7	32.3	77.4	22.6
Emberá	. .	. .	10.7	89.3	26.8	73.2
Ngobe Buglé	. .	. .	29.5	70.5	38.4	61.6

Fuente: Contraloría General de la República Según Censo 2010 Ajustado a Junio 2010

Una mayor proporción de personas de la provincia de Panamá contó con mayor acceso a agua potable (de 93.7% en 1990 a 97.1% en 2010), apoyado por las mejoras en las infraestructuras de la ciudad capital. En las provincias de Los Santos, Herrera y Coclé disminuyó significativamente, el porcentaje de población que no contaba con el suministro adecuado de agua potable.

No obstante, todavía hay materia pendiente, principalmente en las áreas indígenas, donde más del 50% de la población como promedio, no gozaba de este recurso con la higiene y políticas de salubridad que dictan los organismos de salud. La dispersión de los habitantes, el difícil acceso a los lugares poblados, los procesos de migración interna y un tema de influencia cultural son factores que se conjugan para estos resultados. Los resultados por área geográfica fueron los esperados. El mayor número de población que no contaba con las condiciones óptimas para el uso y consumo del agua, residía en las zonas rurales, Cálculos realizados con datos del censo 2010, indican que para el año 2014 el 25% de las viviendas ubicadas en áreas rurales no disponen de un servicio de agua potable adecuado y que el 0.7% de las viviendas no gozan del recurso.

Cuadro N°19. Viviendas con agua Potable según tipo de Fuente. Censo del año 2010.

Provincia	Total de Viviendas	Total de Viviendas Conectadas a Acueductos	%	Viviendas con Acceso a Agua Potable por Acueductos						Total de Viviendas que Obtienen Agua por Otros Medios	%	Total de Viviendas con Servicio 24 horas	%
				Conectadas a Acueductos del IDAAN	%	Conectadas a Acueductos de la Comunidad	%	Conectadas acueductos Privados	%				
Total Nacional	896,091	822,453	91.8%	634,773	77.2%	177,830	21.6%	9,850	1.2%	73,638	8.2%	595,328	66.4%
Bocas del Toro	24,617	17,712	72.0%	11,495	64.9%	5,754	32.5%	463	2.6%	6,905	28.0%	8,117	33.0%
Cocle	57,234	54,068	94.5%	24,608	45.5%	27,946	51.7%	1,514	2.8%	3,166	5.5%	30,207	52.8%
Colón	63,502	58,895	92.7%	48,747	82.8%	9,745	16.5%	403	0.7%	4,607	7.3%	35,334	55.6%
Chiriquí	113,012	98,679	87.3%	63,704	64.6%	32,935	33.4%	2,040	2.1%	14,333	12.7%	63,063	55.8%
Darién	11,906	8,237	69.2%	2,312	28.1%	5,688	69.1%	237	2.9%	3,669	30.8%	3,090	26.0%
Herrera	32,591	31,375	96.3%	20,414	65.1%	10,505	33.5%	456	1.5%	1,216	3.7%	24,223	74.3%
Los Santos	29,363	28,839	98.2%	18,021	62.5%	9,884	34.3%	934	3.2%	524	1.8%	22,925	78.1%
Panamá	470,465	456,811	97.1%	420,836	92.1%	33,602	7.4%	2,373	0.5%	13,654	2.9%	367,791	78.2%
Veraguas	60,208	53,359	88.6%	24,636	46.2%	27,668	51.9%	1,055	2.0%	6,849	11.4%	33,547	55.7%
Kuna Yala	4,997	3,866	77.4%		0.0%	3,838	99.3%	28	0.7%	1,131	22.6%	2,458	49.2%
Emberá	1,940	520	26.8%		0.0%	519	99.8%	1	0.2%	1,420	73.2%	286	14.7%
Ngobe Buglé	26,256	10,092	38.4%		0.0%	9,746	96.6%	346	3.4%	16,164	61.6%	4,287	16.3%

Fuente: Contraloría General de la Republica

Según podemos observar en el cuadro N°19 el 91.8% de las viviendas del país están conectadas o reciben agua por acueductos, de estos, el 77.2% por acueductos el IDAAN, 21.6% por Acueductos de la Comunidad, En su mayoría construidas por el MINSA y luego trasladados a la Juntas Administradoras de Aguas Rurales (JAAR) y el 1.2% acueductos privados. En las áreas indígenas no hay presencia del IDAAN ya que estas por lo general son comunidades menores a 1500 habitantes y con un alto grado de dispersión. Tan solo el 8.2%, del resto de las viviendas registradas en el Censo del año 2010 obtienen agua para tomar de otras fuentes.

Cuadro N° 20. Fuentes de agua para consumo humano. Censo del 2010.

Fuentes	Porcentaje %
Acueducto Público del IDAAN	70.8
Acueducto Público de la comunidad	19.8
Pozo superficial	2.1
Río, quebrada o lago	2
Pozo sanitario	1.6
Acueducto particular	1.1
Pozo brocal no protegido	1
Carro cisterna	0.7
Agua lluvia	0.5
Agua embotellada	0.3
Otras	0.1
	Total
	100

Fuente: Contraloría General de la República

Por otro lado, la regularidad en el acceso de agua potable fue otro punto relevante, se estima, como promedio que el 66.4% de las viviendas tienen un servicio de 24 horas 7 días a la semana. Por provincias, los promedios fueron bastantes similares, según los datos del censo 2010, la Provincia de Panamá con el promedio más alto de disponibilidad del recurso las 24 horas, 78.2% seguido de cerca por Los Santos y Herrera con 78.1 y 74.3 respectivamente. Las Comarcas Indígenas, como era de esperarse, obtienen el agua de otras fuentes, no hay duda que esto encierra muchas inequidades.

Por ejemplo en el caso de la provincia de Panamá este porcentaje nos indica que el 78.2% tiene acceso al agua 24 horas al día, entendiéndose que a los encuestados dijeron lo que ellos recordaban y de las veces que quisieron obtener agua en algún momento mientras estuvieron en casa descontando, mientras dormían o estuvieron en sus trabajos. Solo la provincia de Darién 26.0% Kuna Yala con 49.2% y Comarca Emberá 14.7% y la Ngäbe Bugle 16.3% estaban muy distantes del promedio nacional.

Principales Problemas de las Fuentes de Agua Potable

Las fuentes de agua sufren de severos problemas ocasionados por las deficiencias en el manejo de suelos, la deforestación, la sedimentación, la contaminación por plaguicidas, la inadecuada disposición de las aguas residuales, el deterioro de los ecosistemas, acentuado por las graves

formas de la contaminación ambiental, urbanizaciones espontáneas no planificadas a orillas de las cuencas o ríos, la demanda creciente de los recursos hídricos para satisfacer las necesidades de la población, aunada a la gran cantidad de pérdidas en la red de acueductos, principalmente en las provincias de Panamá y Colón, que se consideran alcanzan porcentajes mayores al 40%, la falta de medición por la ausencia de medidores en el consumo familiar, lo que incentiva el uso excesivo del agua, amenazan gravemente la disponibilidad de agua dulce, representando un riesgo para la existencia de la vida.

Adicionalmente se consideran las siguientes amenazas:

- Que la actividad industrial que se desarrolla en la región arroja anualmente unas 44 mil toneladas de contaminantes orgánicos a los cauces de los ríos del litoral Pacífico y que esta cifra va en aumento.
- El 70% de la contaminación del agua tiene un origen terrestre, alcanzando las fuentes de agua y océanos a través de la atmósfera y los cuerpos de agua superficiales; desechos tóxicos logran entrar a la cadena alimentaria.
- Los barcos y el vertimiento en el mar de hidrocarburos aportan un 10% de la contaminación marina. La cuenca del Canal de Panamá, una de las más grandes reservas de agua dulce del mundo, podrían sufrir de este tipo de contaminación al ser paso obligado de los buques que transitan por el canal de Panamá de un océano a otro. Así como el tercer juego de esclusas, por el incremento en el consumo de agua por esclusajes, aunque un porcentaje del agua utilizada en estos esclusajes se reciclará.
- Los arrecifes coralinos y las zonas de manglar son ecosistemas altamente productivos, objetos de grandes presiones y serias amenazas, hasta el punto que se ha intentado eliminarlos a través de haber flexibilizado las multas que se imponían por la eliminación ilegal de los manglares.
- El desarrollo urbanístico mal planificado, las obras portuarias y acuícolas, los asentamientos humanos espontáneos y sus residuos.
- La tala indiscriminada, está afectando las fuentes de agua, la deforestación. durante los últimos 100 años de República, los panameños han destruido 29 mil kilómetros de bosques, lo que representa más de un tercio del territorio nacional, producto de esta tala indiscriminada se acentúa e incrementa la erosión de los suelos y su disposición final en el cauce de ríos y lagos. La sedimentación en los embalses y cuerpos de agua, hace que los sedimentos y el agua compitan por la ocupación del mismo espacio físico, reduciendo la capacidad de almacenamiento de las cuecas o fuentes de agua. La inadecuada disposición de los desechos sólidos, el uso de plaguicidas, la extracción de piedras y arena de los cauces de ríos y la introducción de especies exóticas, están generando impactos que alteran las características de los cuerpos de agua.
- Los cambios climáticos podrán tener grandes y graves consecuencias en el suministro de agua dulce. Los efectos del Fenómeno del Niño.
- La entrada de agua salada podría afectar el manto freático y los acuíferos y las zonas costeras bajas. Hay opiniones acerca de que el tercer juego de esclusas acentuara este proceso de salinización de la Cuenca del Canal
- El cambio de uso de la tierra y la necesidad de procurar alimentos básicos a una parte importante de la población.
- Una amenaza, que siempre ha estado presente, y que evidencia la falta de cuidado y supervisión y vigilancia de las fuentes de aguas, por las autoridades pertinentes ya que muchos de estos se evidencian y más que todo por la comunidad cerca a esta fuentes de

agua, cuando hay una mortalidad de peces o cambia el color de las aguas caso del Rio da Villa en el año 2014, que cuando la población lo hace evidente, se realizan las pruebas químicas y bacteriológicas y se encuentra un alto contenido de Atrazina.

- El uso no controlado de los plaguicidas, detergentes y otros contaminantes químicos, son también una amenaza latente, que atentan contra las fuentes de agua. Quedando claro que la vigilancia de estos recursos es responsabilidad no solo del Estado, sino de la población en general, quienes deben alertar a las autoridades y éstas deben realizar monitoreos periódicos.

Aguas Residuales

El término **agua residual** define un tipo de agua que está contaminada con sustancias fecales y orina, procedentes de desechos orgánicos humanos o animales. Su importancia es tal que requiere sistemas de canalización, tratamiento y desalojo. Su tratamiento nulo o indebido genera graves problemas de contaminación.

A las aguas residuales también se les llama **aguas servidas, fecales o cloacales**. Son residuales, habiendo sido usada el agua, constituyen un residuo, algo que no sirve para el usuario directo; y cloacales porque son transportadas mediante cloacas (del latín *cloaca*, alcantarilla), nombre que se le da habitualmente al colector. Algunos autores hacen una diferencia entre aguas servidas y aguas residuales en el sentido que las primeras solo provendrían del uso doméstico y las segundas corresponderían a la mezcla de aguas domésticas e industriales. En todo caso, están constituidas por todas aquellas aguas que son conducidas por el alcantarillado e incluyen, a veces, las aguas de lluvia y las infiltraciones de agua del terreno.

Cuadro N°21. Viviendas por Provincia y tipo de Disposición de Excretas. Censo 2010.

PROVINCIA	TOTAL VIVIENDAS CENSO 2010	TOTAL VIVIENDAS CONECTADAS A ALCANTARILLADO	%	TOTAL VIVIENDAS CONECTADAS A TANQUE SEPTICO	%	TOTAL VIVIENDAS CON LETRINAS	%	NO TIENE	%
BOCAS DEL TORO	24,617	3,090	12.6%	11,306	45.9%	5,820	23.6%	4,401	17.9%
COCLE	57,234	4,771	8.3%	19,982	34.9%	30,555	53.4%	1,926	3.4%
COLON	63,502	15,096	23.8%	31,439	49.5%	15,281	24.1%	1,686	2.7%
CHIRIQUI	113,012	8,615	7.6%	60,875	53.9%	39,404	34.9%	4,118	3.6%
DARIEN	11,906	247	2.1%	1,511	12.7%	7,206	60.5%	2,942	24.7%
HERRERA	32,591	10,013	30.7%	7,935	24.3%	13,799	42.3%	844	2.6%
LOS SANTOS	29,363	6,308	21.5%	9,391	32.0%	13,003	44.3%	661	2.3%
PANAMA	470,465	241,518	51.3%	109,526	23.3%	112,240	23.9%	7,181	1.5%
VERAGUAS	60,208	7,041	11.7%	16,315	27.1%	32,481	53.9%	4,371	7.3%
COMARCA KUNA YALA	4,997	0	0.0%	152	3.0%	147	2.9%	4,698	94.0%
COMARCA EMBERA	1,940	0	0.0%	4	0.2%	1,128	58.1%	808	41.6%
COMARCA NGOBE BUGLE	26,256	5	0.0%	268	1.0%	10,399	39.6%	15,584	59.4%
TOTAL GENERAL	896,091	296,704	33.1%	268,704	30.0%	281,463	31.4%	49,220	5.5%

Fuente: Contraloría General de la República, INEC

La cobertura de viviendas con algún tipo servicios de *disposición sanitaria de excretas* en la viviendas para el año 2007 era de 92.5%, para el año 2010 según el censo ajustado al mes de julio de 2010 este porcentaje aumentó a 94.5%, las coberturas por debajo del promedio nacional se reportaron en casi todas las regiones del país siendo las más extremas las comarcas indígenas de Kuna Yala, Ngobé Bugle, Darién. Al desagregar esta cobertura por tipo de sistema se identifica que:

La cobertura de viviendas con servicio de alcantarillado a nivel nacional fue del 33.1% mientras que a nivel provincial osciló entre 0% en las comarcas Emberá y Kuna Yala y el 30.7%, de la provincia de Herrera, la provincia de Panamá aunque el 98.5% de las viviendas cuentan con alguna forma de disposición de aguas excretas solo el 51.3% están conectadas a alcantarillados. 2 de cada 4 viviendas.

La cobertura con tanque séptico alcanzó al 30.0% de las viviendas, ubicándose las cifras más bajas en las Comarcas, Emberá 0.2% y 1.0% de la Ngobe Bugle y las más elevadas en las provincias de Colón con un 49.5% Bocas del Toro 45.9% y en Chiriquí con el 53.9%.

La cobertura con letrinas a nivel nacional es de 31.4% a nivel nacional o dicho de otra manera de cada 3 viviendas, 1 utiliza las letrinas como método de disposición de excretas, siendo más elevada en las regiones de Coclé, Darién, Veraguas y la Comarca Emberá, donde por lo menos 1 de cada 2 viviendas disponía de este servicio, según el plan de gobierno actual, Se requiere dar prioridad a este grupo, de manera que se cumpla con la meta establecida de cero letrinas, las cuales representan aproximadamente 281,463 viviendas que utilizan este medio para la disposición de las excretas.

Cuadro N°22 Porcentaje de Viviendas con algún Tipo de Disposición de Excretas por Provincia Año 2010.

PROVINCIA	TOTAL VIVIENDAS CENSO 2010	TOTAL DE VIVIENDAS CONECTADAS A ALGUN TIPO DE SISTEMA DE DISPOSICION DE EXCRETAS	%	NO TIENE	%
BOCAS DEL TORO	24,617	20,216	82.1%	4,401	17.9%
COCLE	57,234	55,308	96.6%	1,926	3.4%
COLON	63,502	61,816	97.3%	1,686	2.7%
CHIRIQUI	113,012	108,894	96.4%	4,118	3.6%
DARIEN	11,906	8,964	75.3%	2,942	24.7%
HERRERA	32,591	31,747	97.4%	844	2.6%
LOS SANTOS	29,363	28,702	97.7%	661	2.3%
PANAMA	470,465	463,284	98.5%	7,181	1.5%
VERAGUAS	60,208	55,837	92.7%	4,371	7.3%
COMARCA KUNA YALA	4,997	299	6.0%	4,698	94.0%
COMARCA EMBERA	1,940	1,132	58.4%	808	41.6%
COMARCA NGOBE BUGLE	26,256	10,672	40.6%	15,584	59.4%
TOTAL GENERAL	896,091	846,871	94.5%	49,220	5.5%

Fuente Contraloría General de la República, INEC

Contaminación de las Fuentes de Agua para consumo humano por aguas residuales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el agua está contaminada cuando su composición se haya alterado de modo que no reúna las condiciones necesarias para ser utilizada beneficiosamente en el consumo del hombre y de los animales. En los cursos de agua, los microorganismos descomponedores mantienen siempre igual el nivel de concentración de las diferentes sustancias que puedan estar disueltas en el medio. Este proceso se denomina auto depuración del agua. Cuando la cantidad de contaminantes es excesiva, la autodepuración resulta imposible.

Generalmente provocada por el ser humano, que la vuelve impropia o peligrosa para el consumo humano, la industria, la agricultura, la pesca y las actividades recreativas, así como para los animales y la vida natural y cotidiana. Los contaminantes más frecuentes de las aguas son: materias orgánicas y bacterias, hidrocarburos, desperdicios industriales, productos pesticidas y otros utilizados en la agricultura, productos químicos domésticos y desechos radioactivos. Lo más grave es que una parte de los derivados del petróleo son arrojados al mar por los barcos o por las industrias ribereñas y son absorbidos por la fauna y flora marinas que los retransmiten a los consumidores de peces, crustáceos, moluscos, algas, entre otros.

Los desechos orgánicos pueden ser descompuestos por bacterias que usan oxígeno para biodegradarlos. Si hay poblaciones grandes de estas bacterias, pueden agotar el oxígeno del agua, matando así las formas de vida acuáticas. Las aguas superficiales son en general más vulnerables a la contaminación de origen antropogénico que las aguas subterráneas, por su exposición directa a la actividad humana. Por otra parte una fuente superficial puede restaurarse más rápidamente que una fuente subterránea a través de ciclos de escorrentía estacionales. Los efectos sobre la calidad serán distintos para lagos y embalses que para ríos, y diferentes para acuíferos de roca o arena y grava.

Los mares son un sumidero. De forma constante, grandes cantidades de fangos y otros materiales, arrastrados desde tierra, se vierten en los océanos. Hoy en día, sin embargo, a los aportes naturales se añaden cantidades cada vez mayores de desechos generados por nuestras sociedades, especialmente aguas residuales cargadas de contaminantes químicos y de productos de desecho procedentes de la industria, la agricultura y la actividad doméstica. En realidad, los océanos operan como gigantescas plantas carnívoras, a condición de no superar el umbral de lo que pueden tolerar. La contaminación del medio marino provocada por el hombre es muy superior a la atribuible a causas naturales. Las tasas de aporte de algunos elementos son elocuentes: el mercurio llega al océano a un ritmo dos veces y media superior al que sería debido únicamente a factores naturales; el manganeso multiplica por cuatro dicho ritmo natural; el cobre, el plomo y el cinc por doce; el antimonio por treinta y el fósforo por ochenta.

Además producto del tráfico marítimo se derraman alrededor de 2,000 barriles de hidrocarburos anualmente en las aguas cercanas a la costa del área metropolitana, se ha reportado la presencia de trazas de metales pesados como el plomo, cobre, cadmio y plaguicidas en los sedimentos de algunos ríos que atraviesan la ciudad. Algunos de los metales pesados, como el mercurio y el plomo, junto con el cadmio y el arsénico, son contaminantes graves, pues penetran en las cadenas alimentarias marinas, y, a través de ellas, se concentran.

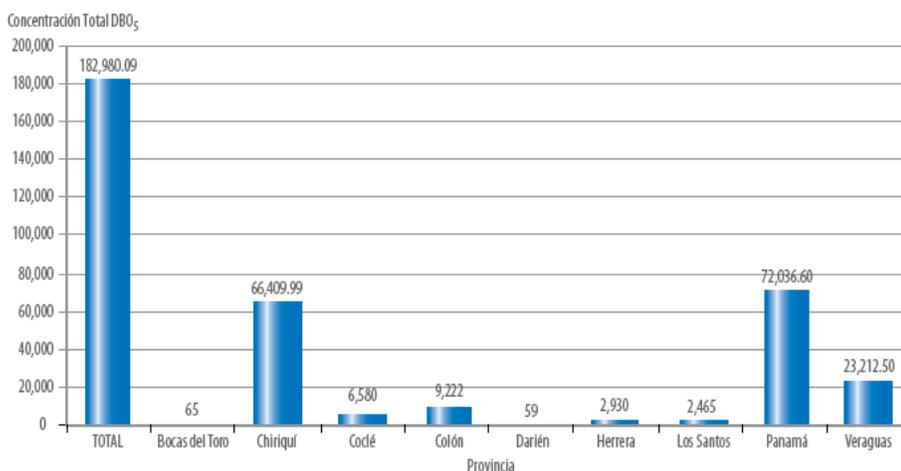
Contaminación de los mares con basura y aguas residuales.



Panamá cuenta con normas para la descargas de aguas residuales de establecimientos industriales y comerciales, cuyo cumplimiento se realiza mediante el monitoreo de las concentraciones de Demanda Bioquímica de Oxígeno (DBO₅), cuyo límite máximo permisible fue establecido en la Norma DGNTI-COPANIT 35-2000, sobre descargas de efluentes líquidos directamente a cuerpos y masas de agua superficiales subterráneas la normativa de mantener sus concentraciones de DBO₅ en sus aguas residuales por debajo de 35 ppm.

Desde el año 2002 se aprobó el Reglamento Técnico que define las características de los efluentes para poder ser descargados a cuerpos y masas de aguas superficiales y subterráneas. Sin embargo de las aguas residuales sólo en un 25% reciben tratamiento adecuado y el uso de las letrinas no es generalizado, especialmente en las áreas rurales y entre las comunidades indígenas. El nivel de contaminación de las fuentes de agua tiende a incrementarse por las aguas residuales sin tratamiento procedente de las industrias y viviendas. Las provincias de Chiriquí, Panamá y Veraguas concentraron, para el periodo 2002-2004 las más altas concentraciones totales de DBO₅ en sus aguas residuales, con cifras que se corresponden al 88.3 % de las concentraciones medidas en el resto del país.

Gráfica N°23. Concentración Total de DBO₅ en las Aguas Residuales de los Establecimientos Comerciales e Industriales Monitoreados Con Niveles Mayores De 35ppm, Según Provincia: Panamá. Años 2002 – 2004.



Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente, Dirección Nacional de Protección a la Calidad Ambiental.

Durante el periodo 2002 a 2004, solamente el 44.2% de los establecimientos industriales y comerciales monitoreados en todo el país, cumple con la normativa de mantener sus concentraciones de DBO_5 en sus aguas residuales por debajo de 35 ppm. En este sentido, es importante destacar que 48.33% rebasa los límites permisibles de DBO_5 en hasta 50 veces más.

La Bahía de Panamá



“La Bahía de Panamá, situada en la hermosa costa del Pacífico en donde encuentra la ciudad capitalina, está gravemente contaminada, y emana olores desagradables cada vez que baja la marea, lo que no solo daña la fauna marina de la Bahía, sino también afecta la salud humana.” (Lennox, 2005).

Diariamente se descargan alrededor de 40 toneladas de materia orgánica de residuos en forma disuelta o particulada (medidas como demanda bioquímica de oxígeno), las cuales contienen un número de colonias de coliformes fecales (NMP/100 ml) que fluctúan por el orden de varios miles.

Por otro lado, son evidentes las malas condiciones de Saneamiento que impactan la Ciudad de Panamá, ya que no se cuenta con sistemas adecuados para la recolección y tratamiento de las aguas residuales, que son la principal fuente de contaminación de los cuerpos de agua de toda la ciudad que afectan no sólo a la Bahía de Panamá, sino a los nueve ríos que desembocan en la misma, lo que implica la existencia de áreas malsanas y negativas para el desarrollo urbano de sus habitantes.



La carga de patógenos que circulan en los ríos y quebradas, procedentes de diferentes fuentes de aguas residuales se vierten en la Bahía de Panamá y se constituye en un importante factor de riesgo para la salud pública, generando enfermedades transmisibles, principalmente de origen hídrico, que contribuyen al deterioro de la calidad de vida de los habitantes del área y al aumento de las incapacidades y disminución de la productividad de los trabajadores.

La contaminación de la Bahía de Panamá, además, se expresa en la limitación del desarrollo de actividades de recreación, pesca, natación, buceo y otras; especialmente en el sector comprendido entre Punta Pacífica y la Calzada de Amador, incluyendo las islas de Naos, Perico y Flamenco, donde se han realizado inversiones tanto de infraestructuras como la cinta costera como turísticas millonarias, limitando la oferta de actividades de recreación destinadas a los turistas como a los residentes de la Ciudad de Panamá y por tanto, la disponibilidad y accesibilidad a actividades que contribuyan a disminuir el estrés en la cercanías de la misma ciudad de Panamá.

El Proyecto de Saneamiento de la Bahía de Panamá

Generales del Proyecto

El Proyecto Saneamiento de la Bahía de Panamá es un proyecto que se ha venido ejecutando desde hace varios años. Actualmente, su avance general se encuentra alrededor de un 80%, y busca recuperar las condiciones sanitarias y ambientales del área metropolitana y la eliminación de contaminación por aguas residuales no tratadas en ríos urbanos y en las zonas costeras de la Bahía de Panamá. En este artículo, conoceremos un poco más sobre los procedimientos que se han llevado a cabo y el avance de la obra.

El proyecto de Saneamiento de la Ciudad y la Bahía de Panamá esta conceptualizado en cuatro componentes: Construcción de Redes Sanitarias, Construcción de Líneas Colectoras, Construcción del Sistema Interceptor y por último, Construcción y Operación de una Planta de Tratamiento de Aguas Residuales. Estos componentes se conjugan entre sí a fin de recolectar, transportar y tratar las aguas residuales de la Ciudad que actualmente son vertidas sin previo tratamiento a los ríos, quebradas y Bahía.

Una vez que las aguas residuales sean recolectadas en las redes de alcantarillado, serán transportadas por un sistema de tuberías colectoras que siguen las servidumbres de los ríos hasta los puntos cercanos a la línea costera donde descargarán al sistema interceptor que se compone por un sistema combinado de recolección (gravedad e impulsión).

Todo este caudal de aguas servidas de la Ciudad será transportado hasta una Planta de Tratamiento de aguas residuales tipo biológica (lodos activados) ubicada en Juan Díaz. Una vez sean tratadas las aguas, los efluentes tendrán la calidad que se establece en las normas ambientales panameñas.

Figura 7. Excavaciones en el proyecto de Saneamiento



El Proyecto para Saneamiento de la Ciudad y Bahía de Panamá, tienen un costo aproximado de **B/. 516 millones** y contempla las obras de recolección, el tratamiento y la disposición de las aguas residuales, consistente con los usos deseados para la Bahía de Panamá y sus ríos tributarios. Abarca un área de aproximadamente 350 Km² e incluye todos los corregimientos del Distrito de Panamá (excepto Pacora, San Martín y Chilibre), nueve corregimientos del Distrito de San Miguelito y el corregimiento de Veracruz en Arraiján.

Mediante la eliminación de las descargas de las aguas residuales a ríos y quebradas se pretende recuperar y preservar las condiciones naturales de los cuerpos de agua que se localizan en los espacios antes mencionados. El tratamiento de las aguas residuales y la restauración de las características ecológicas e higiénicas de estos cuerpos de agua contribuirían al saneamiento de la Bahía de Panamá.

El Plan Maestro elaborado para el logro de estos objetivos recomendó la construcción de nuevos alcantarillados sanitarios y la rehabilitación del sistema de recolección, nuevas colectoras, estaciones de bombeo y líneas de impulsión y plantas de tratamiento con nivel de depuración para cumplir con las normas de efluentes de aguas residuales establecidas e indicó como método de tratamiento la adición de una planta de tratamiento de lodos activados cerca de la desembocadura del Río Juan Díaz, que tenga capacidad de 4.5 m³/s.

Los componentes del proyecto para el saneamiento de la Ciudad y Bahía de Panamá son:

Red de Alcantarillado Sanitario:

Extensiones y la rehabilitación de la red de alcantarillado sanitario y construcción de redes y colectores donde no existan. Esta actividad daría como resultado el que toda vivienda, toda industria, los comercios, las instituciones y las fincas del área cuenten con una conexión al sistema de recolección sanitaria (150 Km de redes). Se contempla la construcción de colectoras nuevas en los ríos Curundú, Río Abajo, Matías Hernández, Juan Díaz, Tapia, Tocumen, Cabuya-Cabra, Quebrada Las Mañanitas, además de la rehabilitación de las colectoras existentes Curundú, Matasnillo, Río Abajo, La Entrada, Matías Hernández, Juan Díaz (130 Km de colectoras nuevas y 10 estaciones de bombeo menores).

Transporte de las Aguas Residuales

Las aguas residuales que son conducidas por los colectores serán interceptadas y conducidas a lo largo de la costa mediante un sistema de estaciones de bombeo y líneas impulsoras hasta la planta de tratamiento con el fin de eliminar las descargas de aguas residuales crudas a la Bahía de Panamá (20 Km de colectoras y líneas de impulsión mayores, 5 estaciones de bombeo mayores).

Plantas de Tratamiento

Construcción de Plantas de Tratamiento en Juan Díaz y Veracruz. La planta de Juan Díaz es una planta de lodos activados con una capacidad total de tratamiento de 4.5 m³/s, equivalente a 102 MGD. La planta de tratamiento de Veracruz tendrá una capacidad de 1.9 MGD



Alcantarillado Pluvial en el Sector del Casco Antiguo

Modernización del sistema de alcantarillado combinado mediante la optimización de los recursos existentes de conducción y la introducción de técnicas adecuadas de separación y excedencia aplicadas a cada sistema, de acuerdo a sus condiciones operativas. El sistema combinado está localizado en la franja que comprende desde El Chorrillo, San Felipe, Santa Ana (Casco Antiguo), Calidonia y Bella Vista.



Residuos y Desechos Sólidos

El desecho sólido se define como el conjunto de materiales orgánicos e inorgánicos, cuya calidad no permite incluirlo nuevamente en el proceso que lo generó.

Pueden ser clasificados como:

Residuos sólidos: Todos aquellos materiales o restos que no tienen ningún valor económico para el usuario pero si un valor comercial para su recuperación e incorporación al ciclo de vida de la materia.

Desechos Sólidos: Material o conjunto de materiales resultantes de cualquier proceso u operación que esté destinado al desuso, que no vaya a ser utilizado, recuperado o reciclado.

Diferencias: Todo material o resto que pueda ser nuevamente utilizado a través de un adecuado proceso de reciclaje se denomina residuo, éste se transforma en materia prima generando un beneficio económico y una protección al ambiente, mejorando la calidad de vida.

Residuos Domiciliarios o Domésticos

Para generalizar, podemos decir que los residuos domiciliarios según su método de reciclaje o descomposición se dividen en orgánicos y no-orgánicos o inorgánicos.

Residuos orgánicos: son biodegradables (se descomponen naturalmente). Son aquellos que tienen la característica de poder desintegrarse o degradarse rápidamente, transformándose en otro tipo de materia orgánica. Ejemplo: los restos de comida, frutas y verduras, sus cáscaras, carne, huevos.

Residuos no orgánicos (o inorgánicos): son los que por sus características químicas sufren una descomposición natural muy lenta. Muchos de ellos son de origen natural pero no son biodegradables, por ejemplo los envases de plástico. Generalmente se reciclan a través de métodos artificiales y mecánicos, como las latas, vidrios, plásticos, gomas. En muchos casos es imposible su transformación o reciclaje; esto ocurre con el plástico porque seguirá presente en el planeta dentro de 500 años. Otros, como las pilas, son peligrosos y contaminantes.

Los problemas relacionados con los desechos sólidos se deben a que alrededor del 26.3% de la basura que genera en el país por diferentes razones no son depositadas en rellenos sanitarios y mucho menos reciclados, aunado al hecho de que muchos de estos desechos se depositan en áreas donde se disponen de ellos sin ningún tipo de tratamiento. Además, la quema de basura a cielo abierto, en el campo y en los botaderos aumenta los factores de riesgo de las enfermedades relacionadas con las vías respiratorias, incluido el cáncer.

Cuadro N°23. Generación de desechos domésticos por Región de Salud Año 2010

Región Sanitaria	Población	Estimado de Desechos por Habitantes en Kgr/diarios	Toneladas Diarias Generadas	Residuos Sólidos Domésticos Recolectados en Toneladas	%	Residuos Sólidos Domésticos no Recolectados en Toneladas	%	Modalidad del Servicio de Recolección	Estimado de Desechos por Habitantes en Kgr por Año	Toneladas de Residuos Domésticos Generados Anualmente
Pais	3,504,483	0.78	2,744	2,007	73.2%	736.7	26.8%		285.8	1,001,541.8
Bocas del Toro	118,405	0.65	77.1	21.9	28.4%	55.2	71.6%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	237.7	28,142
Cocle	237,840	0.77	182.3	72.0	39.5%	110.3	60.5%	Municipal	279.8	66,540
Colón	250,802	0.65	164	122.7	74.8%	41.3	25.2%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	238.7	59,860
Chiriquí	426,790	0.64	274.1	231.1	84.3%	43.0	15.7%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	234.4	100,047
Darién	55,508	0.45	25.0	3.9	15.5%	21.1	84.5%	Municipal	164.4	9,125
Herrera	112,538	0.71	80.1	43.8	54.7%	36.3	45.3%	Municipal	259.8	29,237
Los Santos	90,984	0.65	59.0	26.9	45.6%	32.1	54.4%	Municipal	236.7	21,535
Panamá Oeste	449,633	0.77	347.0	188.0	54.2%	159.0	45.8%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	281.7	126,655
Panamá Metro	692,056	0.99	683.0	666.3	97.6%	16.7	2.4%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	360.2	249,295
San Miguelito	560,285	0.98	546	532.7	97.5%	13.7	2.5%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	356.0	199,436
Veraguas	226,847	0.71	160.2	50.8	31.7%	109.4	68.3%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	257.8	58,473
Kuna Yala	37,545	0.48	18	-	0.0%	18.0	100.0%	No existen	175.0	6,570
Gnobe Bugle	150,550	0.45	67.8	-	0.0%	67.8	100.0%	NA	164.3	24,729
Panamá Este	94,700	0.63	60.0	47.2	78.7%	12.8	21.3%	Municipal, Concesión, E. Privada, Mixta	231.3	21,900

Fuente: Contraloría General de la República, INEC

Las aguas de escorrentía producto de las lluvias transportan en algunos lugares estos desechos que van a las alcantarillas en áreas donde existan, al algún río cercano o en el caso de las ciudades costeras al mar.

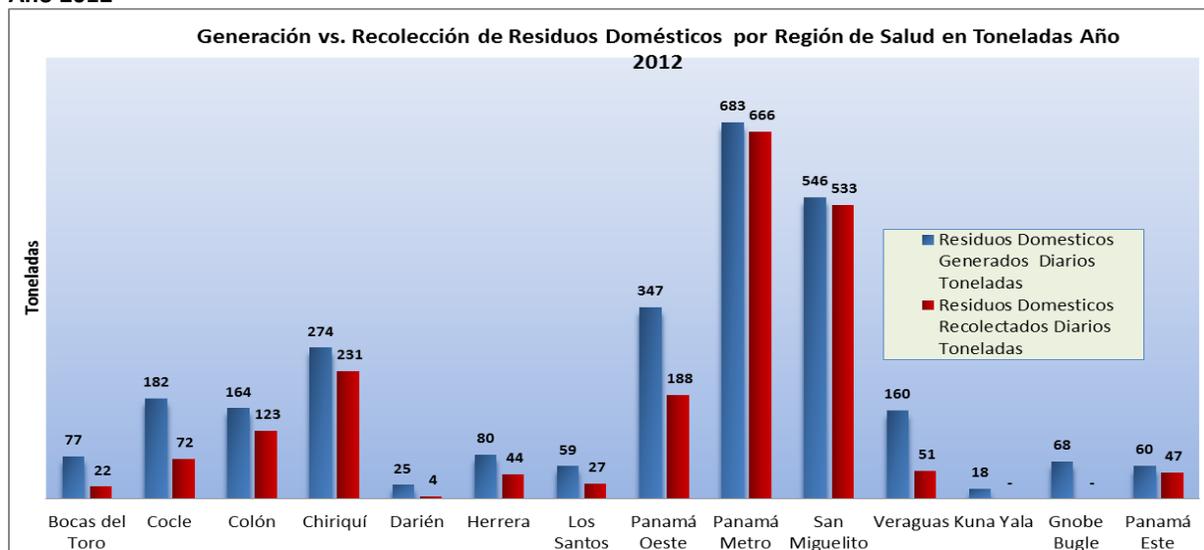
Según la Autoridad Nacional del Ambiente, la disposición de los *desechos sólidos no peligrosos* constituye uno de los principales problemas relacionados con la calidad ambiental, es por ello que su manejo ambiental debe darse desde una perspectiva integral, es decir, abarcando el ciclo de vida completo de los mismos.

La mala disposición de los desechos sólidos también es causante de muchas de las inundaciones que se dan más bien en lugares poblados con alcantarillados pluviales los cuales producto de su mala disposición obstruyen estos ductos provocando que el agua de lluvia se acumule, La acumulación de residuos sólidos puede formar una barrera de contención del flujo del agua, lo que causaría inundaciones locales y, como consecuencia, la erosión y la pérdida de suelos fértiles.

Se conoce que en los últimos treinta años, la generación de residuos sólidos per cápita en Latinoamérica se ha duplicado y que su composición ha cambiado pasando a ser en su mayoría

desechos no biodegradables y voluminosos, lo que hace más difícil su manejo. Si bien hay avances en materia de rellenos sanitarios, éstos se orientan principalmente a las grandes ciudades (BID y OPS, 1997); en zonas rurales la disposición es más descontrolada, siendo común que se depositen los desechos a cielo abierto, a orillas de caminos, y playas, en barrancos y cuerpos de agua (BID y OPS, 1997). A pesar de no haber recibido tanta atención ni de contar con suficiente información, la descarga de desechos al mar también es un problema.

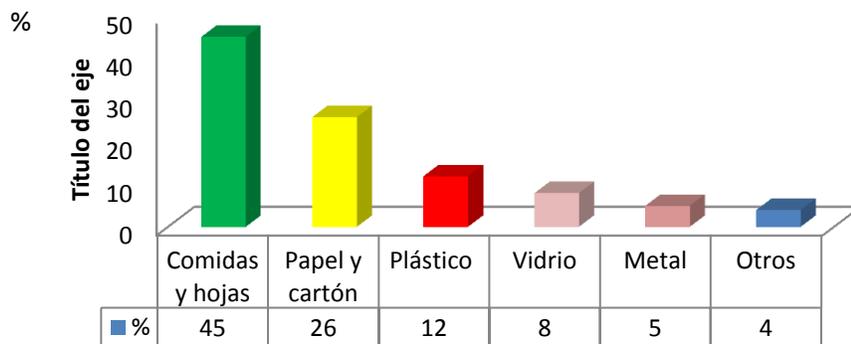
Gráfica N°24. Generación vs Recolección de residuos domésticos por región de salud, según toneladas. Año 2012



Fuente: Inventario Nacional de Emisiones de Mercurio. Autoridad Nacional del Ambiente.

En estudios realizados, se encontró que el mayor porcentaje de desechos depositados en los rellenos sanitarios se atribuye a comida y hojas, seguido de papel y cartón. Como desechos no orgánicos, el plástico, el vidrio y los metales son los que se eliminan en mayor proporción. Como es de esperar en el relleno de Cerro Patacón es donde se deposita la mayor cantidad de desechos orgánicos, la cual se estima actualmente supera las 500,000 toneladas al año que se depositaban en el año 2010.

Gráfica N° 25. Evolución del PIB y de la deuda Pública per Cápita de los años 2009 al 2013



Fuente: Inventario Nacional de Emisiones de Mercurio. Autoridad Nacional del Ambiente.

La gestión integral de los residuos abarca diversos aspectos tales como: La formulación y conducción de una política, La generación de los residuos, La recolección, El tratamiento y La disposición final de los residuos sólidos.

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

Cuadro N°24. Entidades Relacionadas con las Distintas Etapas de Manejo de los Residuos Sólidos Urbanos, Industriales y Hospitalarios. República de Panamá. Año: 2004

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

Fuente: Contraloría General de la Republica, INEC

Algunas de las limitantes para la mejora en la recolección y disposición de desechos sólidos que podemos mencionar, van desde la falta o desmejoramiento de vehículos y equipos, insuficiente recurso humano y económico, pésima ubicación de los sitios de disposición final, el aumento de la actividad informal de segregación que afecta el almacenamiento de los residuos, el vacío jurídico en materia de residuos sólidos, coordinación ineficiente de las autoridades, la falta de integración de la empresa privada entre otras que pueden traer consecuencias negativas sobre la salud y el ambiente.

Y quizás la más importante es la falta de pago del servicio por los usuarios del sistema, no existen medidas rápidas para el cobro efectivo ya que dicho pago, el mismo se da por medio del recibo de agua del IDAAN, y los usuarios pueden optar entre pagar agua y aseo o solo agua, y en caso de que no lo especifique el IDAAN aplica el pago al uso del agua y si hay un remanente al pago del aseo. Un medio de cobro es por medio de los juzgados ejecutores, lo cual conlleva procesos jurídicos que no son tan ágiles como se requiere para poder disponer de los dineros adeudados por los usuarios del sistema de aseo.

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

Cuadro N°25. Método de Disposición de los Desechos Sólidos a Nivel Nacional.

Provincia, comarca indígena	Tipo de Recoleccion									
	Total de Viviends	Carro Recolector				Incineración o quema	Terreno baldío	Entierro	Río quebrada lago o mar	Otra forma
		%	Total	Público	Privado					
TOTAL	896,091	66.1%	592,760	336,591	256,169	231,333	28,010	33,441	7,953	2,553
Bocas del Toro	24,617	54.9%	13,512	6,900	6,612	7,159	1,191	2,285	422	48
Cocle	57,234	31.4%	17,991	15,165	2,826	33,574	2,103	3,190	72	304
Colón	63,502	74.0%	47,021	4,063	42,958	14,015	1,259	1,018	132	57
Chiriquí	113,012	53.7%	60,676	14,764	45,912	35,737	2,672	13,313	306	308
Darién	11,906	16.0%	1,903	1,672	231	7,158	1,345	961	529	10
Herrera	32,591	59.6%	19,422	7,699	11,723	10,270	1,752	914	35	198
Los Santos	29,363	54.6%	16,042	12,022	4,020	11,687	821	532	46	235
Panamá	470,465	83.8%	394,178	258,927	135,251	68,044	2,651	3,799	773	1,020
Veraguas	60,208	35.9%	21,640	15,385	6,255	30,275	3,760	4,148	138	247
Kuna Yala	4,997	0.0%	0	-	-	316	203	97	4,346	35
Emberá	1,940	0.5%	10	4	6	536	887	235	272	0
Ngobe Buglé	26,256	1.5%	406	31	375	12,562	9,366	2,949	882	91

Fuente: Contraloría General de la República

- Según el Censo del año 2010, 592,760 viviendas (66.1%) tenían acceso a servicios de recolección de basura, el 56,8% público y el 43.2 privado.
- El promedio de generación de desechos domiciliarios era de casi 0.78 kg. diarios por persona, un promedio de 285.8 kg. por persona al año
- De las 1,001.6 miles de Toneladas que se generaron en el año 2010 solo el 73.2% son recolectadas
- Las áreas indígenas son las más propensas a no disponer de medios de recolección de basura.

La tasa de generación de residuos sólidos por habitante fue establecido en 1996 como 1.1 kilogramos por persona por día, recientemente la tasa de generación de residuos sólidos de acuerdo al área de recolección encontrándose un valor promedio nacional de 0.78 kg/persona/día, aunque se ha notado una disminución en el promedio nacional todavía hay regiones con un estimado alto como son San Miguelito con 0.99 kg por persona y Panamá Metro con 0.98kg por persona diario, las comarcas indígenas poseen los promedios más bajos cercanos a 0.45 kg por personas.

Los residuos domésticos peligrosos.

Los residuos peligrosos de origen doméstico constituyen un universo de residuos de características bien conocidas pero que aún no han sido suficientemente estudiados en Panamá. Un ítem importante de los residuos domésticos peligrosos lo constituye los envases y trapos de productos para el cuidado de la casa y la limpieza, tales como: removedores de óxidos, desinfectantes a base de cloro, limpiadores para horno, insecticidas, venenos para ratas, aerosoles, cosméticos (esmaltes para uñas, quita esmaltes, tinturas de cabello), pinturas y barnices. El porcentaje establecido en el ámbito internacional, de residuos domésticos peligrosos es el 2% del total de los municipales.

No existe información acerca del porcentaje de residuos domésticos peligrosos en Panamá, pues hacen falta estudios sobre su volumen y densidad. Un estudio exhaustivo realizado en México, que pudiéramos extrapolar a Panamá, lo estimó en 0.348%. Simplemente como ejercicio, esto significará que en el año 2012 en Panamá se habrían generado 9,6 ton/día, la mitad de ellos en la Provincia de Panamá.

Residuos y Desechos Peligrosos

El Convenio de Basilea y las Naciones Unidas considera a un desecho peligroso, al tener propiedades intrínsecas que presentan riesgos en la salud. Las propiedades peligrosas son toxicidad, inflamabilidad, reactividad química, corrosividad, explosividad, reactividad, radioactividad o de cualquier otra naturaleza que provoque daño a la salud humana y al medio ambiente. Son desechos peligrosos los que provienen de:

- Desechos hospitalarios.(desechos biológicos)
- Desechos de industria química e industria farmacéutica.
- Desechos de la actividad agropecuaria o forestal como fungicidas, plaguicidas, biocidas.
- Desechos mineros tales como relaves mineros, emisiones aéreas de chimeneas.
- Desechos de la industria energética tales como los aceites de transformadores eléctricos que contengan, bifenilos policlorados coplanares.
- Desechos de la industria del petróleo tales como bituminosos, alquitrán, emulsiones acuosas.
- Desechos de la industria textil tales como cromo oxidado, colorantes, ácidos.
- Desechos de la industria militar o industria afín.
- Desechos de centros de investigación científica, tales como solventes y reactivos usados, etc.
- Desechos de la industria del plástico.

Para fines del Análisis de situación de Salud nos concentraremos en los desechos y residuos peligrosos producidos en los centros hospitalarios y mencionaremos de manera general algunos aspectos de los residuos y desechos no hospitalarios (Industriales, comerciales).

Residuos Hospitalarios

Los desechos hospitalarios han sido agrupados en tres grandes categorías:

Desechos comunes: Son similares a los domésticos e implican las mismas prácticas de higiene en su manejo y transporte.

Desechos Peligrosos:

- Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos (DSH/P): Entre ellos se encuentran los desechos Infecciosos, anatómicos, patológico y punzocortantes.
- Desechos químicos, que constituyen un peligro por sus características específicas.
- Desechos radiactivos, los cuales tienen características radiactivas o son contaminados por radio nucleídos.



Desechos especiales: Los que no recaen en las categorías anteriores y que por características particulares requieren un manejo especial.

Actualmente, un 20% de la basura generada en los centros hospitalarios es considerada peligrosa, y entre ella están los residuos de jeringas, de algodón y diversos materiales impregnados con material biológico, estos, en algunos centros de atención tanto público como privado, son recolectados por el servicio de recolección de desechos no peligrosos (domésticos) y ambos son depositados en los rellenos sanitarios y vertederos sin ningún tipo de tratamiento. En la actualidad, tanto los hospitales como instalaciones de atención primaria del sector público, disponen de estos desechos, mediante la contratación de empresas especializadas para este fin. Cabe destacar que estos servicios son ofrecidos a muy alto costo y que una alternativa costo efectiva para la disposición de los desechos es dotar a dichas instalaciones con incineradores apropiados con un bajo impacto ambiental.

Decreto Ejecutivo Nº 111 del 23 de junio de 1999 el cual regula el manejo de los desechos hospitalarios y establece que todos los centros del MINSAs, de la CSS, patronatos (a excepción de los ubicados en la capital) y clínicas privadas serán responsables de la recolección, tratamiento y disposición de los desperdicios hospitalarios peligrosos. Se estipula que los nosocomios que no cuenten con un proceso interno de eliminación de estos restos tendrán que contratar a empresas especializadas.

Las clínicas privadas y nosocomios estatales en Panamá hacen caso omiso a las normas que reglamentan el manejo de los desechos hospitalarios peligrosos, a pesar de que el Ministerio de Salud monitorea a la mayoría de los centros médicos, no se ha logrado que estas empresas dispongan adecuadamente de esos desechos, una de las causas son las pocas empresas



que se dedican a esta disposición final que involucra aspectos bien especializados para la disposición o tratamiento de estos y por el alto precio que se cobra.

En el resto del país los desechos hospitalarios provenientes de los hospitales, clínicas y/o centros de salud, son recolectados por el servicio de aseo municipal, para ser depositados en vertederos a cielo abierto sin ningún tipo de tratamiento. En algunos casos son incinerados en instalaciones precarias para luego llevar las cenizas al vertedero municipal. En los vertederos municipales los residuos hospitalarios peligrosos o los residuos de cenizas de las incineradoras, se queman a cielo abierto mezclados con el resto de los residuos municipales.

Desechos Hospitalarios Peligrosos (DSH/P)

Son considerados como peligrosos los residuos producidos en instalaciones de Salud, que de una forma u otra pueden afectar la salud humana o animal y el medio ambiente. Pueden ser catalogados de la siguiente manera: Bioinfecciosos: Materiales Biológicos, Sangre humana y productos derivados y puede ser subdivida en: infecciosos los que provienen de salas de aislamiento, los patológicos: residuos anatómicos, y quirúrgicos, los Químicos: Radioactivos y los Punzocortantes: vidrios, lancetas, agujas, bisturí, pipetas Pasteur, entre otros.

Los desechos hospitalarios considerados en la categoría de desechos peligrosos son recolectados en vehículos que no cuentan con las condiciones mínimas establecidas en el Las bolsas rojas utilizadas para depositar estos desechos, también son un problema en si ya que la legislación vigente establece que deben estar rotuladas y herméticamente selladas. Además, este etiquetado debe contener información sobre la peligrosidad del producto, si el mismo es infeccioso, patológico, punzocortante, inflamable, corrosivo, radiactivo, tóxico, citotóxico o explosivo. Igualmente, debe llevar la fuente donde se genera, el área, turno y hasta el nombre del responsable de la etiqueta.

La generación de residuos hospitalarios peligrosos debería estimarse en 6 ton/día. Los hospitales que más generaban este tipo de desechos eran el Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS, Hospital del Niño, Hospital Psiquiátrico, Nacional, Hospital Santo Tomas, Instituto Nacional del Cáncer y el Hospital de la Esperanza. En el año 2007 la generación de residuos hospitalarios peligrosos se estima entre 5/7 ton/ día. El 50% (cerca de 3 ton/día) de los residuos hospitalarios peligrosos ingresan al Relleno Sanitario de Patacón. Los desechos hospitalarios son recolectados en vehículos que no cuentan con las condiciones mínimas. Una vez llevados al relleno sanitario de Cerro Patacón, son ubicados en una fosa de seguridad donde se les da cobertura inmediata.

La generación de Desechos Sólidos Hospitalarios (DSH) es un tema de gran interés para la salud pública nacional según, la Sub Dirección General de Salud Ambiental, del MINSa la cantidad de estos residuos ha aumentado considerablemente, siendo fundamental el logro de su adecuado manejo y gestión, con la finalidad de reducir la contaminación del medio ambiente, los riesgos de accidentes y la transmisión de enfermedades en los sectores de población más expuestos, entre los que se cuentan en el medio hospitalario a los trabajadores de



salud, los pacientes y a los visitantes de los hospitales. Este problema también afecta a otros núcleos de población ajenas a las instalaciones de salud, tal es el caso de los encargados de la recolección de basura, los pepenadores, los recicladores y los habitantes de las comunidades aledañas a los vertederos.

Se han identificado limitantes que inciden en todo el proceso de gestión de los DSH que requieren el perfeccionamiento de la gestión de los mismos. Entre las fases se incluyen las siguientes: segregación, transporte intrahospitalario, recolección, transporte extra hospitalario, tratamiento y disposición final de los DSH, con su efectiva supervisión institucional.

En la República de Panamá se estima una generación de 700,000 kg/DSH/P al año (700 ton/año), en instalaciones de salud del MINSa, de estos se estima que 75.5 Ton/año son desechos punzo cortante. Es a esta magnitud de riesgo a la que está expuesta la población. El panorama se agrava aún más si tomamos en cuenta que de las 700 toneladas, el 47% de los DSH peligrosos, se generan en la Regiones de Salud de influencia Capitalina, (Región Metropolitana 35%, Panamá Oeste 7% y San Miguelito 5%).

Estos desechos provocan numerosos accidentes especialmente pinchaduras, así como la transmisión de enfermedades graves, entre ellas la infección por VIH y la transmisión de la hepatitis B o C.

Principales Problemas Identificados:

- Limitada segregación de los DSH/P, contaminando los desechos comunes.
- Pobre fiscalización del cumplimiento del Decreto Ejecutivo N° 111.
- En muchas Instalaciones de Salud no se utilizan bolsas plásticas que identifique el tipo de desecho o hacen mal uso de ellas.
- Limitada disponibilidad de depósitos temporales para los DSH/P en amplio número de instalaciones de salud.
- Uso envases de plástico totalmente inadecuados para la adecuada separación de un alto porcentaje DSH/P (punzocortantes).
- Los DSH/P son depositados sin ninguna precaución en los centros de acopio temporal y su transporte se realiza junto con la basura común.
- Disposición de los DSH/P a los vertederos junto con los residuos sólidos municipales. En algunos hospitales se paga a empresas especializadas en la disposición de estos residuos, sin embargo no hay la seguridad que lo han según las normas de seguridad existentes.
- Los desechos líquidos (aguas residuales) son vertidos al alcantarillado sanitario, sin cumplir con ninguna medida de tratamiento o precaución.
- La mayoría de estos problemas son debido a la no existencia en los hospitales de incineradores apropiados para la disposición apropiada de estos residuos hospitalarios, con su sistema de filtros húmedos para la no contaminación de ambiental, dado que la mayoría de estos hospitales se encuentran dentro de las comunidades a las cuales sirven.

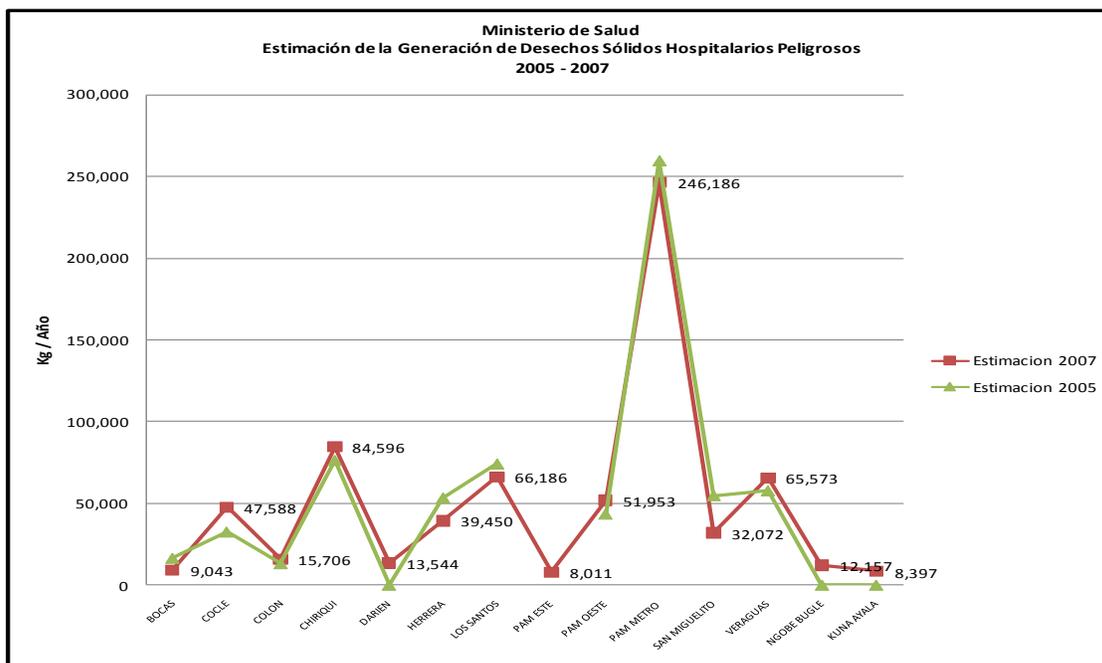
La Sub Dirección de Salud Ambiental estimó que para el 2012, en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud se generarían 1200 toneladas por año de DSH/P, a un promedio de 3.28 toneladas diarias. De los cerca de 3.5 millones de kilogramos de estos desechos, el 20% son DSH/P y sólo el 2.2% son desechos hospitalarios punzocortantes. El 47% de la generación de los DSH/P se producen en las Regiones de Salud de influencia Capitalinas (Metropolitana, Panamá Oeste y San

Miguelito). Sin contar a las regiones de salud de influencia capitalina, las regiones de salud con mayor volumen de generación se identifican como Chiriquí con 84 ton/año (12%), los Santos con 66 ton/año (10%) y Veragua con 65 ton/año (9%).

Estos datos de generación se estimaron basados en las Estadísticas Hospitalarias de las Instalaciones de Salud 2007, y los Datos de Consulta 2006, proporcionada por el Departamento de Estadística de la Dirección de Planificación del MINSA, específicamente el dato estadístico de números de Cama y Camas Días Utilizados, así como las estadísticas de consultas brindadas en estas instalaciones, y su procesamiento con factores promedio de generación.

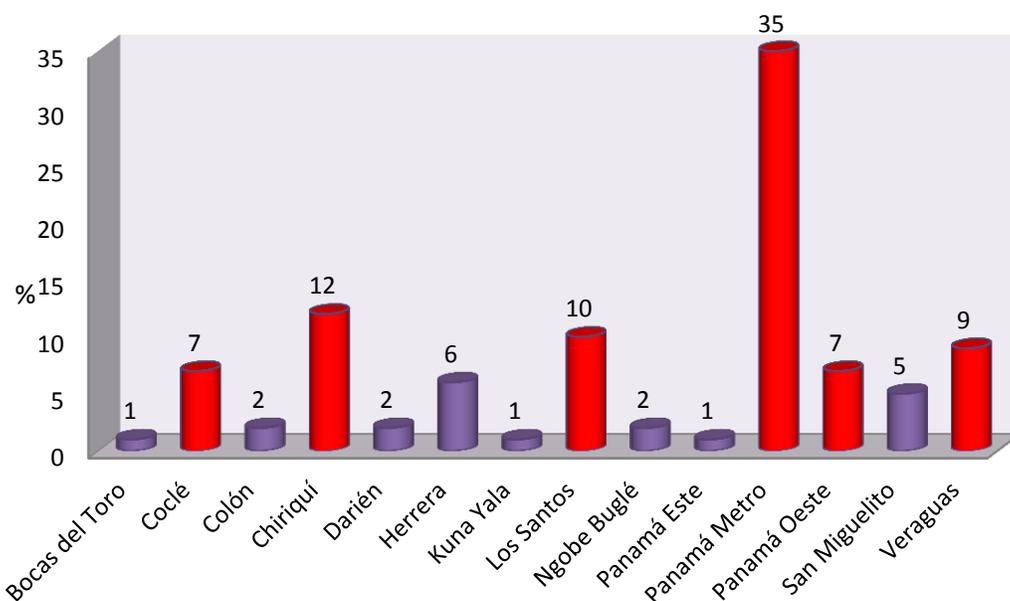
Dada las características y complejidad de este problema se estima que el costo por recolectar, transportar, tratar y disponer finalmente las 700 toneladas de DSH/P del MINSA, serían de 1.9 millones al año, donde el 67% se aplicarían al proceso de incineración y la diferencia al manejo de los residuos en autoclave.

Gráficas N°26. Estimación de la Generación de Desechos sólidos hospitalarios peligrosos, según provincias. Años 2005-2007.



Fuente: Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. Año 2007.

Gráficas N°27. Porcentaje de Generación de Desechos sólidos hospitalarios peligrosos, según provincias. Año 2007.



Total de Toneladas Estimadas por Año: 700

Fuente: Subdirección General de Salud Ambiental. Perfil de Proyecto para la Gestión Adecuada de los Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos (DSH/P). Ministerio de Salud. Año:2008

Otros Desechos Peligrosos

Los residuos industriales / comerciales peligrosos.

En el año 2010 la OPS estimó en 238,46/ton/día la generación de residuos industriales y comerciales, mientras que el estudio de la Agencia de Cooperación Japonesa (JICA) de 2011 determinó que Panamá, San Miguelito y Arraiján generaban 169.7 ton/día. Sin embargo, ninguno de los estudios indica el porcentaje de los residuos que pueden considerarse peligrosos. En todo caso, como estos residuos (los peligrosos o no) se recolectan y disponen de manera mezclada, entonces podemos suponer que las toneladas vertidas en los vertederos tienen algún grado de contaminación en el momento en que se procede a realizar las quemas.

En el Área Metropolitana existen no menos de cien empresas, incluyendo los comercios e industrias que los disponen por su propia cuenta, que transportan materiales comerciales/industriales incluyendo los peligrosos hasta el Relleno Sanitario de Cerro Patacón (aceites, solventes, ácido y álcalis, pintura, tintas, barnices, resinas, plaguicidas orgánicos, lodos y químicos orgánicos, asbestos, y los contenedores contaminados), sin que los transportistas estén capacitados ni cuenten con los equipos para realizar esta actividad en forma segura.

El manejo de desechos peligrosos industriales en Panamá requiere de criterios más específicos para una gestión ambiental limpia y segura. Existen pocas empresas o instalaciones dedicadas a la disposición final o tratamiento de desechos peligrosos, y la estructura pública no es adecuada para tales fines.

Las empresas que generan los desechos, en la mayoría de los casos, no cuentan con sistemas de tratamiento y se limitan a enterrarlos sin ningún control ambiental. Los desechos y residuos peligrosos que se generan en Panamá incluyen aceites, álcalis y ácidos, solventes, pinturas, tintas, barnices, resinas, plaguicidas orgánicos, lodos y químicos orgánicos, asbestos, y los contenedores contaminados. Los aceites quemados y/o usados constituyen uno de los principales problemas de contaminación de los vertederos, ríos, quebradas y/o suelos.

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

Los residuos de envases vacíos de plaguicidas: El Proyecto “Reducción de emisiones de dioxinas y furanos, mediante incineración controlada de envases vacíos de plaguicidas, con triple lavado, en las principales regiones agrícolas de Panamá”, elaborado por COTEPA, ofrece los siguientes datos, sobre el crecimiento de la importación de plaguicidas que se acompaña de la generación de residuos de envases vacíos.

Disposición Final De Desechos

Existen rellenos sanitarios en 6 municipios. En el resto de los municipios sólo se cuenta con vertederos a cielo abierto y otros sitios no adecuados. Los rellenos sanitarios no han sido gestionados eficientemente, por lo que la vida útil de los mismos ha sido reducida.

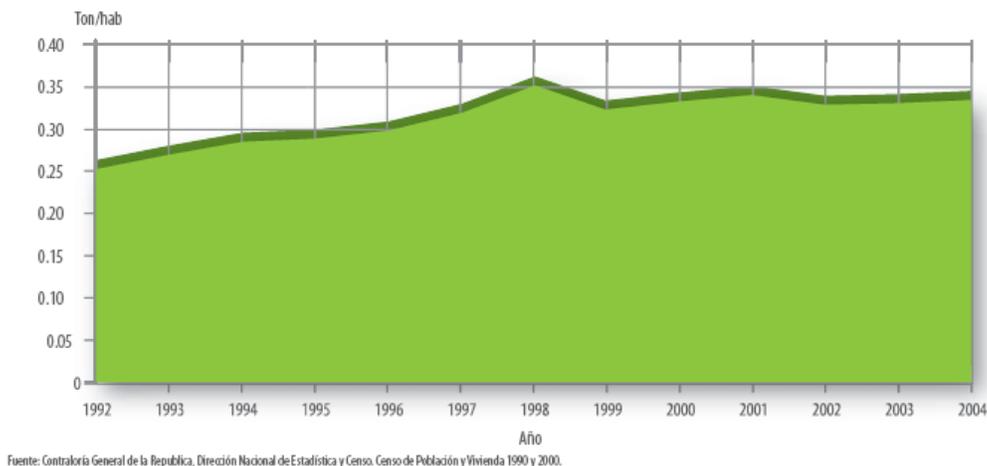
Las amenazas a la salud y el ambiente por la quema de residuos a cielo abierto, La Agencia para las Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos (ATSDR), ha entregado una lista con siete condiciones de salud a este tipo de contaminación:

- Anomalías Inmunológicas.
- Cáncer.
- Daño reproductivo y defectos del nacimiento.
- Enfermedades respiratorias y del pulmón.
- Problemas del funcionamiento hepático.
- Problemas de funcionamiento neurológico.
- Problemas de funcionamiento renal.

Además, existen deficiencias en el manejo de los mismos, tales como deficiencia en el transporte de lixiviados a las lagunas de oxidación, lagunas que no cumplen con los requisitos mínimos, falta de cobertura diaria del suelo, e incendios en los rellenos y vertederos que contribuyen a la contaminación del aire con gases y partículas nocivas para la salud de la población. Otro problema en los rellenos, es la presencia de pepenadores de todas las edades que ponen en riesgo su salud durante las actividades que realizan.

El relleno sanitario de Cerro Patacón fue creado en 1984 con el objetivo de que sirviera de depósito para la basura generada en los distritos de Panamá y San Miguelito. Hasta septiembre de 1999, el servicio de recolección de los desechos lo brindaba el Gobierno Central, pero en 1999 pasó a manos del Municipio, mediante la Ley 41 de ese mismo año. Durante el periodo de 2004 a 2012 el volumen per cápita de desechos sólidos depositados en Cerro Patacón aumentó levemente, registrándose el mayor incremento en el año de 1998 (0.37 ton/hab).

Gráfica N°28. Volumen per cápita de Desechos Sólidos Depositados en el relleno sanitario de Cerro Patacón. Panamá años 2000-2012



Durante el periodo 2007 a 2012, en el relleno de Cerro Patacón se han recogido 448,731 toneladas de desechos sólidos por año, siendo los meses de julio a diciembre los que reportan mayor volumen de disposición final de desechos sólidos en este relleno sanitario, con promedios mensuales para el periodo que oscilaron entre 38,336 y 45,204 toneladas.

Actualmente, se genera cerca de un millón de toneladas de desechos y se recolectan alrededor 732.7 mil toneladas, es decir, el 73.8%. De este monto, 249.3 mil toneladas provienen de la Región Metropolitana y 199.4 mil toneladas de la Región de San Miguelito, donde el servicio de recolección es efectuado por una empresa privada.

No hay lugares adecuados para disponer o tratar los desechos sólidos. Desde el año 2001 se sabe que de los 77 municipios del país, 31 requieren de servicios de manejo de residuos sólidos. De los que únicamente tres realizan una disposición final con algún grado de control, aplicando parcialmente las técnicas de un relleno sanitario. Estos tres centros de disposición de basura son los rellenos sanitarios de Cerro Patacón, Boquete y David, que cumplen con las condiciones mínimas para el manejo de desechos. Inciden en esta situación los problemas de recolección y disposición de la basura, a los que se suma el crecimiento de la población que incrementa la generación de desechos en los hogares. En el área metropolitana y en el distrito de San Miguelito se generan 1,329 toneladas diarias de residuos y estimaciones realizadas por la MINSA estiman que en el país se producen 2,744 toneladas de basura a diario y que el 75.6% se produce en 3 provincias: Colón, Chiriquí y Panamá.



A nivel nacional, algunos municipios cuentan con rellenos sanitarios que disponen adecuadamente de los desechos sólidos, Panamá, San Miguelito, Santa Isabel y Portobello de la provincia de Colón, Barú, Boquete, Gualaca, Renacimiento y San Félix en la provincia de Chiriquí, el del municipio de Santa María en la provincia de Herrera. El resto de los municipios del país dispone inadecuadamente sus residuos sólidos en vertederos a cielo abierto.

Cuadro N° 26. Manejo De Los Residuos Sólidos Por Provincia y Distritos. Panamá año 2012.

Provincia	Distrito	Sistema de Eliminación	Provincia	Distrito	Sistema de Eliminación	
Bocas del Toro	Bocas del Toro, Changuinola, Chiriquí Grande	Vertederos a cielo abierto	Los Santos	Guararé	Vertederos a cielo abierto no controlados	
Coclé	Aguadulce	Vertederos a cielo abierto, no controlado		Las Tablas		
	Antón			Los Santos		
	La Pintada			Macaracas	Basurero	
	Nata			Pedasí		
	Ola			Pocrí		
Colón	Penonomé			Tonosí		
	Ciudad de Colón	Vertedero a cielo abierto		Panamá	Arрайján	Vertedero semi controlado
	Costa Abajo	No tiene			Capira*	Vertedero no controlado
Costa Arriba	Vertederos controlados	Chame*			No hay (utiliza la de Chorrera)	
		Chepo	Vertedero a Cielo abierto			
Chiriquí	Alanje	Vertedero	Chimán		S/D	
	Barú	Relleno Sanitario con EsIA	La Chorrera*		Vertedero semi controlado	
	Boquerón	Vertedero	Panamá		Vertedero controlado	
	Boquete	Relleno Sanitario con EsIA	San Carlos		S/D	
	Bugaba	Vertedero con EsIA no aprobado	San Miguelito		Vertedero Controlado	
	David*	Vertedero	Taboga		Vertedero controlado no controlado	
	Dolega	Vertedero	Veraguas	Atalaya	Vertederos a cielo abierto sin control	
	Gualaca*	Relleno sanitario en construcción		Calobre		
	Remedios	Vertedero		Cañazas		
	Renacimiento*	Relleno Sanitario con EsIA		La Mesa		
	San Félix	Relleno Sanitario		Las Palmas		
	San Lorenzo	Vertedero		Montijo		
	Tolé	Vertedero		Río de Jesús		
Darién	Yaviza	Vertederos		San Francisco		
	Metetí			Santa Fé		
	Santa Fé			Santiago		
	La Palma		Soná			
	Jaque		Muna			
Herrera	Chitré	Vertederos a cielo abierto no controlado	Comarca Ngabe Bugle	Kankintú	No existe infraestructura para vertedero	
	Las Minas			Besiko		
	Los Pozos			Kusap'in		
	Ocú			Ñurum		
	Parita			Mironó		
	Pesé	Relleno Sanitario		Nole Duima		
	Santa María		Comarca Kuna Yala	Kuna Yala	S/D	
			Comarca Emberá	Cémaco	No existe infraestructura para	
				Sambú		

S/D – Sin Datos Disponibles

Fuente: Inventario Nacional de Emisiones de Mercurio. Autoridad Nacional del Ambiente. República de Panamá. Año: 2008. República de Panamá. Año: 2008

Una importante fuente de contaminación por mercurio surge de los rellenos sanitarios debido a que en ciclo de vida de los desechos sólidos liberan gases, estimándose en cerca de 500-5000 ug Hg/m³ de gas liberado.

Cuadro N°27. Estimación de la liberación de mercurio en rellenos sanitarios		
Rellenos Sanitarios/Depósito controlado	Disposición	Suma de liberación a la vía, a partir de la sección del ciclo de vida evaluada
Tasa de actividad	544,762 toneladas	
Factor de entrada para la etapa	0.09	
Entrada calculada para la etapa	μHg/tonelada	
	49.02 Kg	49.02 Kg
Factores de distribución de salidas para la etapa:		
	7.98x10 ⁷ m ³ de gas	
Aire	500-5000 g Hg/m ³ de gas liberado	
Agua		
Tierra		
Productos		
Tratamiento general de desechos		
tratamiento de desechos específico por sector		
Salida/liberaciones calculadas a:		
Aire	39.9 - 399 Kg de HG	39.9 - 399 Kg de HG

Fuente: Inventario Nacional de Emisiones de Mercurio. Autoridad Nacional del Ambiente. República de Panamá. Año: 2008

El hecho de no contar con sitios adecuados para la disposición sanitaria de los desechos sólidos se refleja en el uso de vertederos a cielo abierto y cursos de agua genera otros daños ambientales debido a los lixiviados (líquidos tóxicos que genera la basura) que contaminan las aguas subterráneas y los ríos, ya que la basura está muy cerca de estos cuerpos de agua. Esto se traduce en la contaminación del suelo, del aire. Los gases que se emiten no están controlados ocasionando incendios espontáneos y afectando a las especies y a los cuerpos de agua (lagos, océanos y ríos).

En las limpiezas de playas, se recogen alrededor de 70 mil libras de basura, más del 40% son plásticos y el 80% proviene de actividades que se realizan en tierra. Este problema tiene un impacto en la salud humana y ocasiona obstrucción de alcantarillados y desagües. Al plástico se le clasifica como el "asesino en serie", porque aun cuando ocasiona la muerte de focas, tortugas o aves marinas, al salir de su organismo, vuelve a matar y matar a más especies. Y es que una bolsa de plástico puede durar cientos de años. Se calcula que, dependiendo del calibre, puede demorar entre 100 y mil años en degradarse. Hay cientos de toneladas de basura escondidas en los desagües y alcantarillados, esta acumulación ocasionará un colapso en zonas de la ciudad de Panamá, que van desde el Casco Antiguo, el área de El Chorrillo y el Parque Urracá en la Avenida Balboa.

Datos que revela el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales IDAAN, menciona que las tuberías de la ciudad son de pequeño diámetro y no están adecuadas para recibir a la vez las aguas servidas y las pluviales, flujo que se ha visto incrementado por las nuevas obras de arquitectura, que en algunas ocasiones generan mayor flujo de aguas negras y la disminución de las excurrentias por el incremento en las carreteras u obras de cemento que no permiten al agua infiltrarse en la tierra y por lo tanto llegar a las capas freáticas.

Este problema se empeora por la acumulación de basura en las mismas, que obedece por un lado, a la mala práctica de la población de disponer inadecuadamente de los desechos sólidos, en lugares inapropiados o veces mal empacados, ocasionando que el primer aguacero los arrastre llevándolos hacia las alcantarillas y estas o se taponan o los envían directamente hacia las desembocaduras ya sea al mar o al cauce de los ríos. A estos se suma la faltan cientos de tapas en los alcantarillados, que facilitan que la basura caiga directamente en ellos. Se reportan entre 20 y 30 llamadas diarias para reportar desbordamientos, inundaciones o daños a los sistemas de alcantarillados.

El tipo de desecho sólido que se encuentra acumulado en el sistema de alcantarillado es muy variado, estos se ven afectados por la erosión de tierras, las grasas, desechos de vidrio, madera, cartón, latas, máquinas de autos, llantas y envases plásticos; así como por cualquier otro desecho productos de la actividad humana entre los que se incluyen seres humanos (muertos, fetos).

La obstrucción del sistema de alcantarillado ocasiona problemas de diverso orden que van desde inundaciones de las carreteras, principalmente en la Ciudad de Panamá, produciendo daño a los peatones y que se obstruya la circulación vehicular, hasta el taponamiento de las salidas de aguas servidas de las viviendas produciendo desbordes internos de aguas negras. Cada año se producen 135 mil millones de kilos de plástico en todo el mundo, y tan sólo se recicla una pequeña parte.

El vertedero tiene un tamaño que dobla al del territorio de Estados Unidos y cubre 500 millas de la costa de California, rodea a Hawai y se extiende hasta Japón.

Parece insignificante, pero una batería (pila) y un plástico son "asesinos en serie". Los desechos mal manejados son mortales. El 30 % de cada batería (pila) está constituido por compuestos tóxicos, tales como mercurio, plomo, litio, cadmio y níquel y se estima que cada persona utiliza un promedio de 10 pilas al año, muchas de ellas "piratas". Mal manejada, una pila de mercurio puede contaminar 600 mil litros de agua (158 galones de agua), mientras que una alcalina contamina 167 mil litros de agua (36 galones).

Finalmente, hay que decir que los desechos inorgánicos pueden reciclarse o reutilizarse, y los orgánicos, convertirse en fertilizantes, abonos caseros o alimento para algunos animales. Pero que cuando se pudren o se descomponen los residuos orgánicos de la basura se llegan a desprender gases tipo invernadero, entre ellos están:

- Metano (CH_4). Proviene de la materia orgánica por acción de bacterias; se genera en los rellenos sanitarios; es producto de la quema de basura, de la excreción de animales y también proviene del uso de estufas y calentadores.
- Óxido nitroso (N_2O). Se libera por el excesivo uso de fertilizantes; está presente en desechos orgánicos de animales; proviene de aguas contaminadas con nitratos y también llega al aire por la quema de basura orgánica.

- Dióxido de carbono (CO₂). Es el gas más abundante y el que más daños ocasiona, pues permanece en la atmósfera cerca de quinientos años. Las fuentes de generación son: petróleo y sus derivados, quema de basura, tala inmoderada, falta de cubierta de materia orgánica.

Estos gases tipos invernadero contribuyen a atrapar el calor generado por los rayos solares en la atmósfera, en un proceso conocido como **efecto invernadero**. Ese fenómeno contribuye a los cambios climáticos que se presentan y pueden ser más drásticos que los ocurridos en los últimos cien años.

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

- Decreto Ejecutivo Nº 111, por el cual se Reglamenta La Gestión de los Desechos Sólidos Hospitalarios
- Decreto Ejecutivo Nº 156, que establece las Normas Sanitarias para la Construcción y Operación de Rellenos Sanitarios de Seguridad.
- Decreto Ejecutivo Nº 293, que dicta las Normas Sanitarias para Obtener el Permiso de Construcción y Operación así como la Vigilancia de los Sistemas de Incineración y de conicineración de Desechos Peligrosos.
- Propuesta de Decreto sobre el Transporte de Materiales Peligrosos
- Propuesta de Decreto sobre el Manejo, Transporte y Disposición de Aceites Usados.
- Propuesta de Decreto para el Uso y Manejo de Baterías Usadas.

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

- Convenio de Basilea, sobre Movimientos Transfronterisos de Desechos Peligrosos
- Protocolo de Montreal, sobre las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono
- Convenio de Estocolmo, sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes
- Convenio de Róterdam, sobre el Consentimiento Previo Informado de un Listado de Sustancias Peligrosas.

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

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

- Fortalecimiento Institucional.
- Dos proyectos para reconvertir cuatro fabricas de espumas de poliuretano
- Recuperación y Reciclaje de Refrigerante R-12, en los Sectores Domestico y Comercial.
- Recuperación y Reciclaje en Refrigeración Automotriz.

- Plan de Manejo de Refrigerantes
- Plan Nacional de Eliminación de CFC.

Otros estudios realizados sobre este temas

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

Reciclaje, Reutilización y Recuperación.

En Panamá no se regula el reciclaje de desechos sólidos de forma integral, existe un grupo de nueve disposiciones legales entre leyes y decretos que tratan el tema de forma independiente, entre ellos la ley que crea la Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario y un decreto que crea la Comisión de Reciclaje para que entidades gubernamentales reciclen sus desechos. Pero pocas lo practican, como la Caja de Ahorros, la Contraloría General, la Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia (ACODECO) y el Ministerio de Economía y Finanzas.

La falta de incentivos para el reciclaje de desechos sólidos en Panamá está dificultando la instalación de nuevas empresas en el mercado y llevando a algunas de las que ya se habían instalado a cerrar sus operaciones. Al cierre de julio de 2013, había 55 empresas de reciclaje registradas, mientras que en el año 2012 había 104 y 113 en el 2011. Pese a la existencia de la ANAM, hay lugares que siguen incumpliendo con los requisitos mínimos para disponer de los residuos sólidos”.

La disposición final de los neumáticos usados se puede convertir en un negocio que contribuye a aliviar el grave problema ambiental que significa. Se estima que cada año se desechan en Centroamérica aproximadamente nueve millones de llantas. Por ejemplo, en Panamá, país que cuenta con un deficiente sistema de recolección de neumáticos usados, se lanzan a quebradas o al mar o terminan siendo tiradas en el cerro Patacón.

Solo en el relleno sanitario de la ciudad capital por día se reciben de 2.000 a 2.500 toneladas de desechos en el relleno sanitario de Cerro Patacón, 10% de ellos se clasifican en industriales, residenciales, lodos, llantas y desechos hospitalarios, y solo un 2% son reciclados, según el contrato con el Estado panameño.

Cifras de la Contraloría General de la República indican que las exportaciones de desechos como papel, cartón, aluminio y cobre han aumentado. En 2010 se exportaron 316.093.280 kilos y en el año 2012 fueron exportados 410.866.340 kilos.

La industria del reciclaje en Panamá reportó hasta noviembre de 2012 exporto alrededor de los 75 millones de dólares en productos reciclados, entre ellos, metales, plásticos, papel periódico y vidrio. Gran parte de los materiales son recuperados y seleccionados de los vertederos y rellenos sanitarios por pepenadores, En el relleno de Cerro Patacón se censaron 450 pepenadores, organizados por URBASER, que viven de la actividad del reciclaje, lo que refleja la falta de programas municipales, convirtiendo a los pepenadores en el eslabón más débil de esta cadena

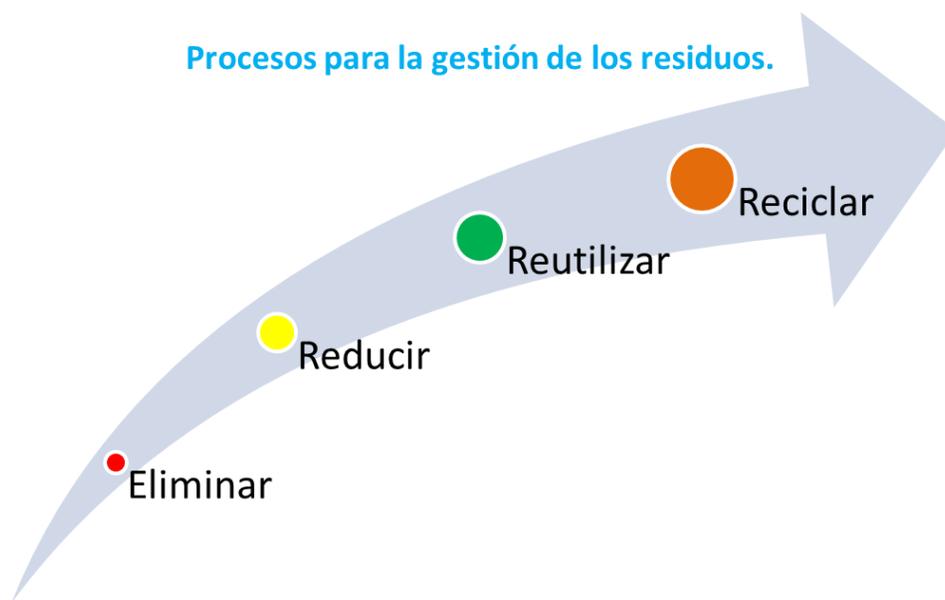
millonaria de exportación, debido a que no cuentan con ningún equipo de protección personal, por lo que ponen en riesgo su salud durante las actividades que realizan.

El consorcio panameño-español URBASER-LOTOSA ganó una concesión para manejar el vertedero de Cerro Patacón por 15 años, que incluye el aprovechamiento del material reciclable y el biogás que genere el relleno, aplicando el Mecanismo de Desarrollo Limpio (MDL). En Panamá son 3600 las toneladas de basura que diariamente terminan siendo enterradas en los vertederos. Pero según expertos ambientalistas, el 90% de esos residuos podrían ser reciclados, convirtiéndose de basura en dinero. Solo un 2% de los desechos que llegan a Cerro Patacón son reciclados

El reciclaje puede contribuir eficientemente a contrarrestar las consecuencias del mal manejo y disposición de residuos sólidos, el cual conlleva problemas ambientales, como contaminación de agua de ríos y quebradas, del suelo y áreas boscosas.

El rol de los consumidores y su capacidad de aprender a escoger son fundamentales, para ello se deben seleccionar los productos considerando sólo aquellos cuyos empaques puedan reciclarse. Debe evitarse comprar productos no retornables, embotellados de plástico. Es fundamental que los envases no contengan clorofluorocarbono (CFC), pues dicha sustancia contamina la atmósfera y destruye la capa de ozono.

Procesos para la gestión de los residuos.



Contaminación Atmosférica

La contaminación no es más que la alteración en la composición, de la atmósfera, todos aquellos materiales extraños y por algunos no extraños que, por las excesivas emisiones que comienzan a detectarse o a aumentar su concentración produciendo daño al medio ambiente y por ello son considerados como contaminantes.

Nos indica nuestra legislación y a través de la Ley No. 41 de 1 de Junio de 1998, denominada Ley General de Ambiente, en cuanto la definición de Contaminación Ambiental: “Presencia en el ambiente, por acción del hombre, de cualquier sustancia química, objetos particulares, microorganismos, forma de energía o componentes del paisaje urbano o rural, en niveles o proporciones que alteren negativamente el ambiente y/o amenacen la salud humana, animal o vegetal los ecosistemas”.

En esta definición encontramos dos elementos importantes; el primero es que descarta la existencia de contaminantes naturales, señalando directamente al hombre como él responsable de la misma, no obstante, el hombre que hay que dejar claro es que todas las normas son emitidas para que cambie una actitud negativa de los seres humanos, que al saberse responsable buscará la forma de saldar el error que ha cometido.

El segundo elemento es ya preocupante porque la definición arriba mencionada, parte de un hecho real, que es de existencia descontrolada de los contaminantes arrojados a la biosfera por el hombre, tal como señala la definición; “niveles o proporciones que alteren negativamente el ambiente”.

La contaminación atmosférica es la presencia en el aire de sustancias puestas allí, entre otras cosas por la actividad humana, en cantidades y concentraciones capaces de interferir con el bienestar y la salud de las personas, los animales y las plantas y los bienes materiales, o con el pleno uso y disfrute de la propiedad La contaminación ambiental en la capital panameña aumenta cada día más por la creciente concentración de autos en una ciudad estrecha y larga, agravada por obras de infraestructura simultáneas en sus cuatro puntos cardinales.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dicho aumento es preocupante pues la ciudad registra 32 microgramos por metro cúbico de partículas menores de 2,5 micras, muy por encima de los 10 considerados aceptables.

En general el aire contaminado de las grandes ciudades tiene tres clases de PM (partículas de materia):

- PM de tamaño grosero: grosero humo de carros de todo color y olor con grandes partículas que se esparcen en el aire y se depositan en paredes, monumentos y otras superficies. Este es el tipo de contaminación que mucha gente cree que es el único tipo de contaminación.
- PM entre 2.5 y 10 micras (abreviado PM10): Son partículas del tamaño de la cuarta parte de un granito de sal de mesa. Son invisibles.
- PM menor de 2.5 micras (abreviado PM2.5): Por ser más pequeñas, estas partículas son con más razón, también invisibles.

Las PM groseras no atraviesan el filtro las vellosidades nasales_estas partículas nunca llegan hasta los pulmones, todo su daño se produce por irritación local en la piel, los ojos y las vías respiratorias superiores. Tos, estornudos, ojos rojos, ardor de garganta son los síntomas más comunes, pero de una molestia no pasan, después de sonarnos la nariz, desaparecen de nuestro cuerpo. Las partículas más peligrosas son las de los motores Diesel, que se han relacionado al cáncer de vías respiratorias.

Al respirar las partículas más pequeñas PM10 y PM2.5, estas superan el filtro de los pelos de la nariz y pasan de frente a los pulmones, e incluso las más pequeñitas entran a la sangre y han sido relacionadas a diversas enfermedades tales como el cáncer, enfisema y enfermedades del corazón. **Estas partículas son más dañinas a la salud del corazón que a la de los pulmones.**

Es importante conocer que las características geográficas del Istmo de Panamá y la existencia de dos costas a lo largo del territorio nacional, facilita la dispersión de los contaminantes ambientales y que las principales fuentes de contaminación del aire son la biológica y la físico-química. En la Ciudad de Panamá, la contaminación del aire urbano se debe al empleo de combustible fósil que produce sustancias, que afectan la salud, como el dióxido de azufre, monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno, materia particulizada, plomo, y otros metales.

Pese a las características geográficas de nuestro país, los hallazgos encontrados en las mediciones ambientales para el monitoreo de la calidad del aire en la Ciudad de Panamá refleja una situación de riesgo en los sitios de mediano y alto aforo vehicular, particularmente en las estaciones ubicadas en la Universidad de Panamá y de San Miguelito. Afortunadamente esta condición es diferente en las áreas residenciales o de bajo aforo vehicular.

El Instituto Especializado de Análisis (IEA) de la Universidad de Panamá, manifestó hace poco que el nivel de contaminación del aire en las calles de la capital supera demasiado el planteado por la OPS, y eso es peligroso. El último informe del IEA indica que los parámetros de contaminación correspondientes al año pasado explican que las emisiones con alta concentración de azufre del parque vehicular son las principales causas de la degradación del ambiente. El Cuadro resume las principales fuentes de contaminación por tipo de contaminante y sus efectos en la salud.

Cuadro N° 28. Fuentes Y Efectos De Los Principales Contaminantes. República de Panamá. Año 2012

CONTAMINANTE	FUENTE	EFFECTOS
Monóxido de Carbono	Vehicular Gasolina Industrias que utilizan gas o Industrias que utilizan aceite o	Entra rápidamente en el flujo sanguíneo causando Irritan el sistema respiratorio y causan
Oxidos sulfurados	Plantas generadoras que utilizan aceite, gas o carbón	Dañan la vegetación y las cosechas Aceleran el deterioro de la superficie externa de las Irritan los ojos y el tracto respiratorio superior
Hidrocarburos	Vehículos de gasolina Industrias y plantas generadoras	Dañan la vegetación Estimulan producción de smog fotoquímico
Partículas	Vehículos a diesel Refinería de petróleo Quemas Emisiones del sistema de escape Industrias Quemas Plantas (polen y esporas)	Tóxicos en altas concentraciones Estimula la producción de smog fotoquímico Algunas son tóxicas para los humanos Pueden causar alergias Promueven la formación de precipitación

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



Es muy difícil limpiar el aire que respiramos porque esas PM10 y PM2.5 vienen de fábricas, automóviles que emplean derivados del petróleo como única fuente de energía y que la única solución es desarrollar fuentes alternativas de combustible diferentes del petróleo o del etanol. El gas natural también produce PM, pero en mucha menor cantidad, por lo que podría ser una excelente alternativa hasta que se desarrollen otras fuentes de energía. A esto se suma, otra fuente de contaminación importante por este tipo de partículas en el aire, que proceden del humo de los cigarrillos, cigarros y otros productos de tabaco fumados.

La composición de las partículas de PM10 puede ser hasta de un 40% de partículas de PM2.5 (donde se encuentra la gran mayoría de los agentes mutagénicos), y el resto lo conforman sulfatos, nitratos, compuestos orgánicos y órganos metálicos, los cuales también ocasionan daños a la salud.

Los estudios realizados permiten indicar que el 90% de las emisiones en las áreas urbanas son causadas por el sector transporte y sólo un 10% se origina a partir de fuentes fijas, siendo los principales contaminantes el material particulado y el dióxido de nitrógeno.

La concentración de material particulado menor de 10 micras (PM10) en el ambiente durante el periodo 1997 al 2004 ha sido fluctuante, tanto para las valoraciones en la estación de la Universidad de Panamá como para la estación de San Miguelito, aunque con un comportamiento estable o hacia el descenso en ambas estaciones de monitoreo, pero con estimaciones superiores a los niveles permisibles.

El problema de la contaminación secundaria a las fuentes móviles se intensifica de manera progresiva a causa del crecimiento del parque automotriz y de las bajas velocidades de movilización en las carreteras, lo que se expresa en el congestionamiento de las calles y en un incremento de los tiempos de traslado, principalmente en las ciudades de Panamá, Colón y David. En los años de 1997 y 1998, en los que se inicia el monitoreo de la calidad del aire, la concentración promedio anual de óxido de nitrógeno (NO₂) registrada en las dos estaciones, San Miguelito y la Universidad de Panamá, muestra elevados valores, seguido de una disminución que se mantiene casi constante en los tres últimos periodos, lo que da evidencia de un comportamiento descendente aunque aún se registran cifras superiores a las permisibles, según se definen por la OMS.



El problema principal asociado con la salud de la población es la disponibilidad en cantidad y calidad de manera continua durante la época seca, debido a las sequías y recurrencias del

fenómeno de El Niño. El proceso de desertificación se acentúa y sus consecuencias se hacen más visibles. Esto tiene gran relevancia de impacto en la agricultura y por ende en la seguridad alimentaria del país.

Fenómeno del Niño

El Niño es un fenómeno climático que causa que las corrientes del Pacífico tropical se caliente creando disturbios atmosféricos. En Panamá El Fenómeno de El Niño, en promedio, produce disminución de las lluvias en las regiones ubicadas en la vertiente del Pacífico el área denominada "el arco seco" que empieza en Capira y termina en la región de Azuero. y aumento en la vertiente del Caribe, es importante señalar que se presentan variaciones locales (espaciales y temporales) asociadas a la orografía del lugar y a la intensidad del evento. Se ha observado una relación bastante fuerte entre la ocurrencia de un evento cálido (El Niño) y un aumento en las anomalías de temperatura ambiente, las anomalías de precipitación y caudal muestran déficit durante los años El Niño.

Panamá es periódicamente golpeada por este fenómeno y la última vez en 1997 - 1998 fue una versión muy fuerte del Niño. La versión de este año se le denomina moderada. En Panamá la temperatura se verá afectada aumentando 2 grados sobre la temperatura promedio para esta temporada.

Otro efecto del Niño es que la temporada seca durará más de lo usual lo cual es positivo para la industria de turismo ya que alarga la temporada alta sin embargo es devastador para la industria de la agricultura y la ganadería la cual se prepara lo mejor posible para esta sequía.

En síntesis los efectos que podemos esperar sobre las variables meteorológicas son:

- Déficit en la precipitación y el caudal hacia la vertiente del Pacífico y un exceso en las lluvias sobre todo hacia la parte oeste de la vertiente del Caribe panameño.
- Que la temporada seca del segundo año del evento, se presente como una temporada seca acentuada, lo que dependerá sobre todo, de cuan deficitario termine el año anterior, es decir como estén las reserva al finalizar el año.
- Aumento en la temperatura ambiente entre 1 y 2 grados centígrados.

El problema principal asociado con la salud de la población es la disponibilidad en cantidad y calidad de manera continua durante la época seca, debido a las sequías y recurrencias del fenómeno de El Niño. El proceso de desertificación se acentúa y sus consecuencias se hacen más visibles. Esto tiene gran impacto en la agricultura y por ende en la seguridad alimentaria del país.

Situación de los Bosques

Mapa N° 9. Cobertura Boscosa y uso del suelo en Panamá



Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente. Año 2008.

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

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

Estos procesos tienen impacto en la salud de la población y el ambiente, relacionados con la pérdida de hábitat, degradación de suelo, pérdida de protección de las fuentes hídricas, entre otras consecuencias, aunado al fenómeno global del NIÑO y cambio climático, que por las

condiciones geofísicas del país propician la aparición de enfermedades emergentes, reemergentes, desastres naturales, contaminación de alimentos, entre otros factores de riesgo a la salud.

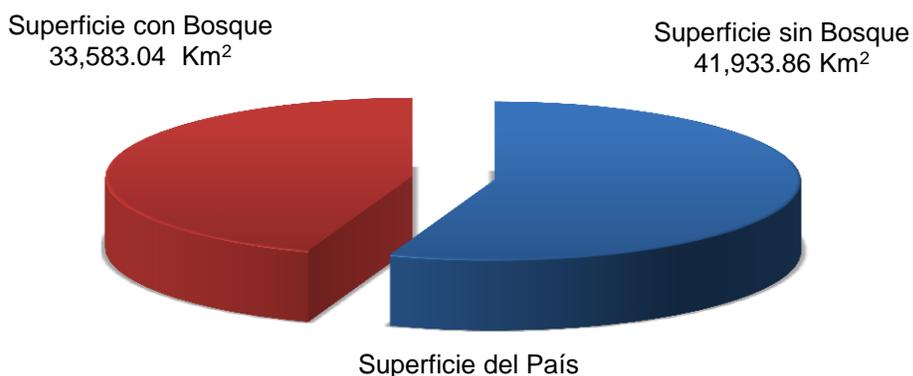
La superficie total del territorio de la República de Panamá es de 7, 551,690 hectáreas, de las cuales en 1992 existían 3, 358,304 con cobertura boscosa, que representaba el 44.4% de la superficie total del país.

Sin embargo, si tomamos en cuenta la tasa de deforestación para el periodo 1986-1992, se estima que en 1998 la cobertura boscosa es de 3, 052,304 hectáreas es decir 40.4% y para el año 2010 se ha proyectado una cifra de 2, 440,304 hectáreas, 32.3% del total, una disminución o pérdida de cobertura de casi 27.3% en relación al año 1992 casi 918,000 hectáreas de bosques en 18 años.

De acuerdo a la ley 1, del 3 de Febrero de 1994 (Ley forestal), existen en el país tres categorías de bosques que se clasifican según sus diversas funciones y especiales. Los de producción, protección y especiales. Los de producción son aquellos en los que resulta posible aprovechar en forma intensiva y racional con rendimiento sostenido, productos forestales de valor económico. Los bosques de protección cumplen funciones reguladoras y protectoras de procesos ecológicos esenciales, en tanto que los especiales son aquellos dedicados a preservar áreas de orden científico, educativo, histórico, turístico, recreativo, y otros sitios de interés social y utilidad pública.

A la fecha no existe un estudio nacional que identifique los bosques especiales. De la superficie con cobertura boscosa en el año 1998 estimada del país (3, 052,304 hectáreas) aproximadamente 946,795 hectáreas corresponden a superficies boscosas que no han sido evaluadas para determinar su vocación ecológica y poder clasificarlas dentro de las categorías que establece la ley. Adicional en 1997 y según el “plan de ordenación y conservación de los manglares de Panamá” existían aproximadamente 170,827 hectáreas de manglares.

Gráfica N°29. Cobertura Boscosa, según superficie, Panamá. Año 2012



**Fuente: Instituto Nacional de Recursos Naturales Renovables
Dirección Nacional de Cuencas Hifrograficas
Sistema de Información Geografica**

División ecológica de Panamá.

- Tres zonas en la faja tropical basal que incluye el bosque seco tropical, bosque húmedo tropical y el bosque muy húmedo tropical.
- Cuatro zonas de vida pertenecientes a la faja premontana tropical, donde se encuentra el bosque seco premontano, húmedo premontano, muy húmedo premontano y premontano pluvial.
- Tres zonas que pertenezcan a la faja montana bajo tropical abarcando el bosque húmedo montano bajo, bosque húmedo, muy húmedo montano bajo y bosque pluvial montano bajo
- Dos zonas de vida dentro de la faja montana tropical, el bosque muy húmedo montano y el bosque pluvial montano.

El sistema Nacional de Áreas protegidas abarca una superficie aproximada de 1, 902,379 hectáreas y en su mayoría se clasifican en la categorías de parques nacionales (71.4% de la superficie total de áreas protegidas) de la superficie total del sistema Nacional de Áreas protegidas aproximadamente 1,548, 682 hectáreas (SIG, ANAM, 1997), mantienen aún su cobertura boscosa y el área restante se compone de cuerpos de agua, áreas marinas, costeras y áreas deforestadas.

La deforestación es el cambio de una cubierta dominada por árboles a una que carece de ellos. Es la eliminación de la vegetación natural. Los motivos de la tala indiscriminada son muchos, pero la mayoría están relacionados con el dinero o la necesidad de los granjeros de mantener a sus familias. El inductor subyacente de la deforestación es la agricultura. Los agricultores talan los bosques con el fin de obtener más espacio para sus cultivos o para el pastoreo de ganado. A menudo, ingentes cantidades de pequeños agricultores despejan hectáreas de terreno arbolado, para alimentar a sus familias, mediante tala y fuego en un proceso denominado - agricultura de roza y quema.

No toda la deforestación es consecuencia de la intencionalidad. Alguna es causa de factores humanos y naturales como los incendios forestales y el pastoreo intensivo, que puede inhibir el crecimiento de nuevos brotes de árboles. La deforestación tiene muchos efectos negativos para el medio ambiente. El impacto más dramático es la pérdida del hábitat de millones de especies. Setenta por ciento de los animales y plantas habitan los bosques de la Tierra y muchos no pueden sobrevivir la deforestación que destruye su medio.

La deforestación es también un factor coadyuvante del cambio climático. Los suelos de los bosques son húmedos, pero sin la protección de la cubierta arbórea, se secan rápidamente. Los árboles también ayudan a perpetuar el ciclo hidrológico devolviendo el vapor de agua a la atmósfera. Sin árboles que desempeñen ese papel, muchas selvas y bosques pueden convertirse rápidamente en áridos desiertos de tierra yerma.

La eliminación de la capa vegetal arrebatada a los bosques y selvas de sus paliós naturales, que bloquean los rayos solares durante el día y mantienen el calor durante la noche. Este trastorno contribuye a la aparición de cambios de temperatura más extremos que pueden ser nocivos para las plantas y animales.

Los árboles desempeñan un papel crucial en la absorción de gases de efecto invernadero, responsables del calentamiento global. Tener menos bosques significa emitir más cantidad de gases de efecto invernadero a la atmósfera y una mayor velocidad y gravedad del cambio climático.

Las consecuencias de la deforestación son:

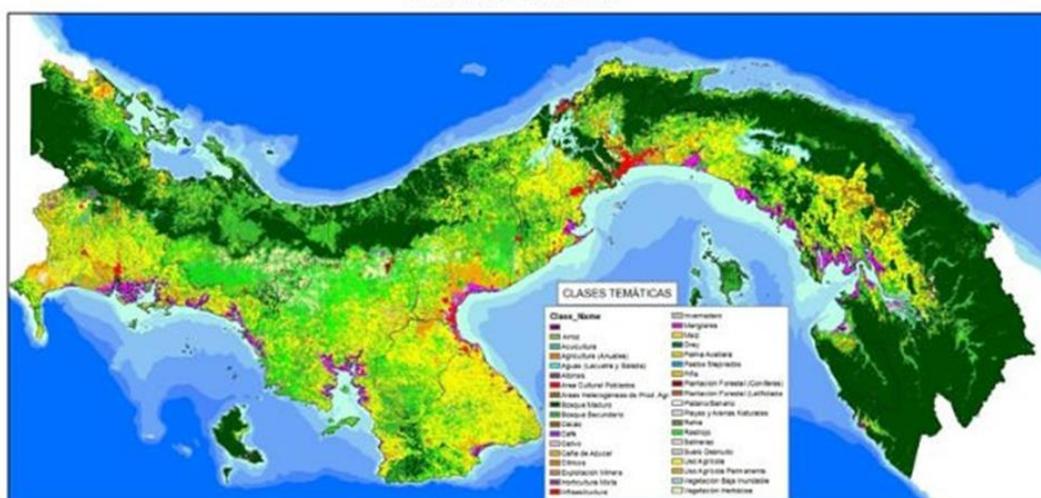
- Erosión del suelo y desestabilización de las capas freáticas, lo que a su vez provoca las inundaciones o sequías.
- Alteraciones climáticas.
- Reducción de la biodiversidad, de las diferentes especies de plantas y animales.
- Calentamiento global de la tierra: porque al estar deforestados los bosques, no pueden eliminar el exceso de dióxido de carbono en la atmósfera.

Deforestación.



Mapa N°10. Cobertura Boscosa y uso de suelos. Año 2012

Avance Mapa de Cobertura Boscosa y Uso de Suelo 2012
7 de marzo de 2014, CBMAP



Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente. Año 2008.

Para tener una idea, esa parte deforestada para construir ciudades y obras equivaldría a las provincias de Darién, Veraguas y Chiriquí juntas. Las zonas de menos cobertura boscosa en Panamá son las provincias centrales (Herrera, Los Santos y Veraguas), así como la capital del país. También hay algunas regiones de Chiriquí y Coclé impactadas por problemas como la deforestación y desarrollo de obras.

Cuadro N° 29. Estimaciones De La Superficie Boscosa. República De Panamá. Años: 1947 - 2000

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

Fuente: Informe ANAM. 2004

Cuadro N°30. Cobertura Boscosa Por Provincia. Panamá. Años: 1992 y 2000

PROVINCIA	COBERTURA FORESTAL	CAMBIO DE LA COBERTURA FORESTAL 1992 - 2000					SUPERFICIE DEFORESTADA		SUPERFICIE RECUPERADA	
	1992 (Km²)	2000 (Km²)	KM²	TASA %	ANUAL KM²	ANUAL TASA %	TOTAL KM²	ANUAL KM²	TOTAL KM²	ANUAL KM²
TOTAL	36951.60	33645.91	-3305.69	-8.95	-413.21	-1.12	-3772.64	-471.58	466.96	58.37
B. DEL TORO	3522.52	3421.91	-100.61	-2.86	-12.58	-0.36	-101.48	-12.68	0.87	0.11
COCLÉ	691.15	654.22	-36.93	-5.34	-4.62	-0.67	-108.51	-13.56	71.58	8.95
COLÓN	2844.72	2606.26	-238.46	-8.38	-29.81	-1.05	-293.08	-36.63	54.62	6.83
CHIRIQUÍ	1049.41	1211.12	161.70	15.41	20.21	1.93	-2.78	-0.35	164.48	20.56
DARIÉN	9907.37	8531.25	-1376.12	-13.89	-172.01	-1.74	-1376.12	-172.01	0.00	0.00
HERRERA	102.25	93.21	-9.04	-8.84	-1.13	-1.10	-16.13	-2.02	7.10	0.89
LOS SANTOS	212.30	279.71	67.42	31.76	8.43	3.97	-1.29	-0.16	68.71	8.59
PANAMÁ	5670.53	4978.32	-692.20	-12.21	-86.52	-1.53	-751.30	-93.91	59.11	7.39
SAN BLAS	2155.64	2123.42	-32.22	-1.49	-4.03	-0.19	-32.22	-4.03		0.00
EMBERÁ WOUNAAN	4018.92	3976.14	-42.78	-1.06	-5.35	-0.13	-53.44	-6.68	10.66	1.33
NGÄBE BUGLÉ	3757.75	2939.82	-817.93	-21.77	-102.24	-2.72	-817.93	-102.24	0.00	0.00

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

De acuerdo a la Ley N° 1, del 3 de Febrero de 1994 (Ley Forestal de Panamá), existen tres categorías de bosques a saber: de producción, de protección y especiales. Los bosques de protección cumplen funciones reguladoras y protectoras de procesos ecológicos esenciales; los especiales están dedicados a la preservación de áreas de interés científico, educativo, histórico, turístico, recreativo y otros sitios de interés social y utilidad pública y en los bosques de producción se ubican productos forestales de valor económico.

Cuadro N° 31. Suelos Según Categoría y Superficie de Uso. Panamá. Año: 2000

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

Fuente: Proyecto SIF-ANAM/OIMT-2000

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

Áreas Protegidas

Panamá es un país de una vasta riqueza natural, según datos del año 2004, en Panamá, las áreas protegidas suman una superficie aproximada de 2, 547,550.76 hectáreas, es decir, un cerca de un tercio del territorio nacional. Las áreas protegidas están integradas por áreas terrestres, costeras, marinas o lacustres, declaradas legalmente con la finalidad de proteger y mantener diversidad biológica, de recreación, educación o investigación de los recursos naturales y culturales.

Pese a ofrecer una serie de bienes y servicios de importancia para la sociedad estas áreas sufre los estragos de la deforestación y fragmentación de hábitat, contaminación y pérdida de calidad ambiental, la pobreza, la agricultura migratoria, la apertura de caminos, el crecimiento no planificado de la población y la desigualdad en la distribución de la tierra.

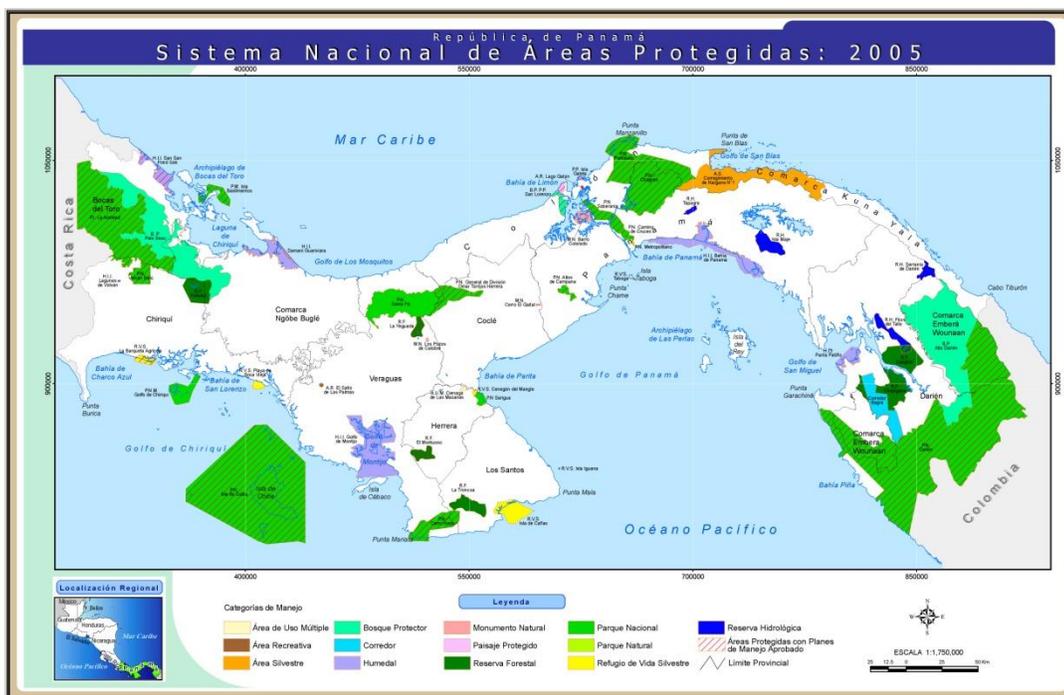
Gráfica N°30. Superficie de las áreas protegidas en la república de Panamá: año 2010



Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente, Dirección Nacional de Patrimonio Natural, Departamento de Áreas Protegidas y Biodiversidad

Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente. Dirección Nacional de Patrimonio Nacional. Departamento de áreas protegidas y biodiversidad. Año 2010.

Mapa N°11. Superficie acumulada de las áreas protegidas en la República de Panamá: años 1960 - 2010



Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente. Dirección Nacional de Patrimonio Nacional. Departamento de áreas protegidas y biodiversidad. Año 2010.

Los Manglares

Son bosques costeros que conectan la tierra con el mar. Sus árboles más altos pueden alcanzar alturas de hasta 25 metros, mientras que los más pequeños y achaparrados alcanzan alturas de hasta de 2 y 3 metros. Los manglares son calificados como 'humedal marino-costero por la Convención Ramsar.

El nombre mangle viene de un vocablo guaraní que significa “árbol torcido”. Los manglares son el ecosistema más rico en diversidad biológica del planeta por la gran cantidad de especies marinas, terrestres y aéreas que albergan o dependen de ellos y también por los servicios que prestan a los ecosistemas terrestres y marinos con los que se interconecta.

Los manglares se localizan en las costas, bahías, estuarios, lagunas y aguas salobres en las regiones trópicas y sub-trópicos entre 25° Norte y 25° Sur, entre el Trópico de Cáncer y el de Capricornio. En el continente americano encontramos manglares en la costa del Pacífico desde México hasta el Perú; y en la vertiente del Caribe, desde el norte de la costa colombiana hasta la desembocadura del Amazonas, en Brasil.

Los manglares prefieren aquellas bahías más cerradas y protegidas de fuertes oleajes y mareas, donde son abundantes los sedimentos arrastrados por la desembocadura de los ríos y estuarios, y con suficiente agua salobre.

Los Manglares de Panamá, al ser un país tropical, y dadas las condiciones de esorrentía de ambas costas, se desarrollan importantes ecosistemas de manglar, abarcando un total de 1,697 km² (CATHALAC, 2008); encontrándose un 97% en la costa del Pacífico y sólo un 3% en la costa Caribe. En el Pacífico, las mayores extensiones de manglares se ubican en el golfo de Chiriquí, la bahía de Panamá y la bahía de San Miguel; mientras que en el Caribe, se desarrollan hacia la costa de las provincias de Bocas del Toro, Colón y la comarca de Kuna Yala (ANAM, 2000).

En Panamá, se estima que los manglares actualmente representan aproximadamente el 5.2% del área de cobertura boscosa total y el 2.3% de la superficie total del país (ANAM-BID, 2011). El agua dulce llega a los manglares mediante muchos de los 500 ríos divididos en 52 cuencas hidrográficas del país, los cuales desembocan hacia las vertientes del Caribe (18 cuencas) o del Pacífico (34 cuencas). La mayor cantidad de manglares se encuentra en la costa pacífica (91%), donde también encontramos la mayor parte de la población humana del país. El 9% restante en el Caribe está mayormente despoblado.

Los manglares ocupan apenas el 3% de la superficie terrestre y están disminuyendo constantemente. Globalmente, se estima que el 50% de todos los manglares ha sido destruido desde la segunda mitad del siglo XX en adelante. Se estima que tan sólo la conversión para la acuicultura de camarones y langostinos ha generado el 25% de esta pérdida. Otras causas incluyen la tala de árboles, la construcción de Puertos y el desarrollo turístico (Spalding et al. 2010).

En el mundo, durante los últimos 30 años se ha experimentado una alarmante pérdida de manglares que se sitúa en 35% desde 1980 y que se mantiene creciendo a un ritmo del 2.1% por año. En América la rata de pérdida es aún más alta, situándose en 3.6% por año debido fundamentalmente al desarrollo de las costas, el cultivo de camarones y el aprovechamiento forestal, con una enorme presión básicamente humana.

Durante los últimos 50 años en Panamá se han destruido grandes extensiones de manglar. De los 3,615 km² registrados en el año 1969 (FAO, 2003) hoy en día queda una superficie sin duda menor a los 1.697 km² registrados en 2007 (CATHALAC, 2008). Significa una pérdida promedio anual de 50km², aunque la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM) indicó un promedio de 9km² por año para el año 2000 (ANAM, 2000).

Las causas principales son la conversión para agricultura y fines industriales y comerciales, tales como viviendas, plantas industriales, desarrollo turístico, y la acuicultura del camarón; y también la contaminación costera, entre otras. Además, los manglares de Panamá sufren un alto grado de degradación debido a la extracción de productos forestales (tala), por ejemplo para producir el carbón, como en Chame.

De mantenerse estas tendencias, estaremos acabando con una de las bases naturales de mayor valor frente a la gran vulnerabilidad que tiene el planeta y nuestro país, particularmente, ante el cambio climático y el aumento sostenido del nivel.

De acuerdo a Redmanglar Internacional (2009), la pérdida que amenaza los ecosistemas de manglar se da debido a la explotación irracional y no sostenible de la comunidad, por medio de la tala, a gran escala produciendo efectos directos en la pérdida de este recurso así como la pérdida de la barrera protectora de las fajas costeras, depresión de pesquerías, salinización de suelos de vocación agrícola son, entre otros, efectos que ya viven gran parte de los países en donde la cobertura del bosque de manglar está siendo impactado y disminuido.

Aunque, se han afectado por las actividades antropogénicas (desmontes, desarrollo urbano y turístico, estanques de camarones, desviación de venas de agua dulce), se incluyen los eventos naturales como los huracanes debido a los cambios prevalecientes en el ambiente actual.

La sostenibilidad de los humedales costeros no se está ejecutando adecuadamente ya que aunque este recurso natural se le han atribuido una serie de legislaciones y acuerdos internacionales como la Convención Relativa a los Humedales de Importancia Internacional especialmente como Hábitat de Aves Acuáticas, conocida como Convenio de Ramsar; los manglares de Panamá están siendo condenados tanto por los factores externos producidos por el hombre como por la falta de aplicabilidad e implementación de las normas que regulen las zonas marino – costeras que no tienen una coordinación adecuada de las autoridades específicas que velen por la protección y aprovechamiento sustentable de los manglares de la región.

A pesar de la existencia de muchos estudios de caso que describen la pérdida de manglares en el tiempo, hay escasa información acerca de la situación y tendencia de las zonas de manglares, a escala mundial.

Sin embargo, según un informe de la FAO en el 2003, citado por Redmanglar Internacional (2009), un 25% de áreas de manglar en el planeta han desaparecido en los últimos 20 años, causando graves impactos ambientales, sociales y en las economías de las comunidades locales usuarias de estos ecosistemas.

Las causas de esta deforestación acelerada, es el reclamo de los espacios que ocupan estos ecosistemas para la expansión de ciudades, actividades agrícolas, desarrollos turísticos y principalmente, a partir de la década de los 70, el establecimiento de granjas de cultivo de camarón.

Se estima que sólo el 7% de los bosques naturales que subsisten en América Central son manglares. Estos constituyen uno de los ecosistemas más representativos que se encuentran en las zonas costeras protegidas en la región. Debido a la disminución acelerada de los bosques tropicales de América Central, sobre todo de bosques secos, los manglares se han convertido en la

actualidad en una fuente importante de recursos que permiten satisfacer las necesidades básicas de las familias que viven en las zonas costeras o cerca de las mismas. En algunas áreas costeras secas del Pacífico, las comunidades satisfacen entre el 40 y el 90% de sus necesidades energéticas gracias a la leña obtenida de los manglares.

Según el Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente en su artículo sobre “Uso Sostenible de Manglares en América Central” (2010), los manglares proveen las necesidades básicas en alimento (peces, flora y fauna y mariscos), recursos forestales (leña, madera, postes y carbón), recursos no maderables (tanino, miel), y también una flora y fauna silvestres abundantes para uso indirecto o directo (turismo, recreo). Considerando que estos manglares de América Central también desempeñan funciones ecológicas y proveen servicios importantes a las economías locales y nacionales, tales como agua potable, agua para regadío y apoyo para actividades externas.

A pesar de su importancia ecológica y su potencial económico, los manglares de Panamá están desapareciendo rápidamente; donde, las principales causas de pérdida consisten en la ampliación de la frontera agrícola; construcción de estanques camaroneros; desarrollo urbano, turístico e industrial; uso indiscriminado de agroquímicos y otros contaminantes; y, por último, un inadecuado aprovechamiento forestal siendo esta la causa principal actual observada en sitios prioritarios como el Golfo de Chiriquí, Puerto Pedregal, debido a que por muchos años ha sido fuente de extracción de productos forestales como leña, varas, carbón, taninos, madera para construcción de viviendas y galeras para la avicultura realizado sin ningún tipo de manejo técnico, lo cual ha influido en la desvalorización del manglar.

Según CATHALAC (2009), la creciente deforestación que vienen sufriendo los manglares de Panamá es motivo de importancia pues pelagra la existencia de los ecosistemas marinos costeros, afectando directamente a las pesquerías y la actividad socioeconómica de la región. En algunas regiones del continente americano, a los manglares se los denomina “bosques salados”. Esto se debe a que el ecosistema está compuesto principalmente por especies halófitas, es decir, especies vegetales que son tolerantes a la sal, además de estar adaptadas a las inundaciones, por lo cual también se les llaman “bosques anfibios”.

En el 2007, la cobertura boscosa de manglar de Panamá comprendía una superficie de mil 813 kilómetros cuadrados. La mayor concentración de manglares se encuentra en el Pacífico, particularmente en los golfos de San Miguel, de Panamá y de Chiriquí, aunque se desarrollan en las áreas costeras del Atlántico en ambos casos con influencia del flujo y reflujo de agua salada.

Se constituyen el sostén de la industria pesquera nacional, ya que sirven como hábitat para el desarrollo en las primeras etapas del ciclo biológico de numerosas especies marinas de interés comercial.

Reforestación

La reforestación se refiere a las acciones orientadas a poblar o repoblar con especies arbóreas o arbustivas, mediante plantación, las superficies desprovistas de vegetación. La reforestación es una acción de vital importancia para la sostenibilidad de los ecosistemas, es generadora de empleo y contribuye al mejoramiento de la calidad de vida. Además, se proyecta como con capacidad de aumentar los ingresos por exportación de productos terminados o materia prima bruta. De igual

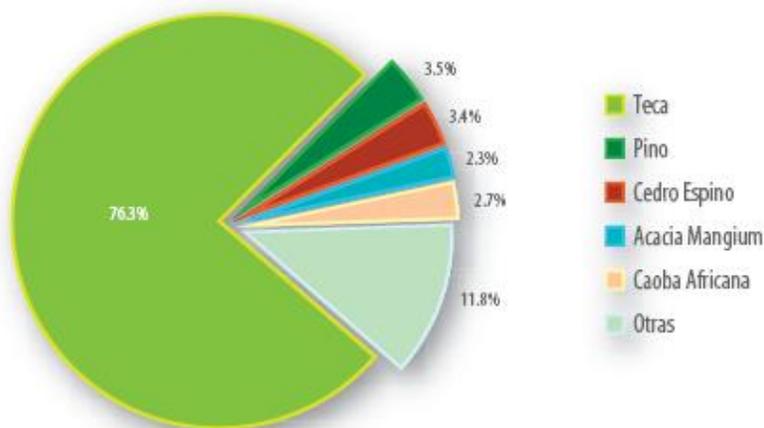
forma, contribuye a la captación y saneamiento de aguas superficiales y subterráneas, a la protección de cuencas hidrográficas, a la regulación de la composición química de la atmósfera, y a la recuperación de áreas degradadas, entre otras.

Durante el periodo 1992 al 2012, según datos de la ANAM, las provincias con mayor extensión de superficie reforestada fueron Panamá, con 15,584 ha., y Chiriquí, con 7,345 ha.; las que menos superficie presentan son: Herrera y Los Santos, con 1,107ha. y 1,469 ha, respectivamente. Los años que concentraron la mayor cantidad de hectáreas reforestadas, en orden descendente fueron el 2002, 1996 y 1995. Durante el periodo 1992 – 2004, se logró reforestar una superficie equivalente al 0.6% del territorio nacional (46,136 hectáreas).

Para los años 2005 a 2007, el comportamiento de la reforestación por provincias ha sido variable ya que para el 2005, las provincias de Colón y Chiriquí tuvieron el mayor número de hectáreas reforestadas, en tanto que para el 2006 son las provincias de Darién y Herrera las que reportaron la mayor extensión de tierras reforestadas. En el año 2007, las provincias de Darién y Panamá registraron la mayor cantidad de hectáreas reforestadas y Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas y la Comarca Ngobé Buglé fueron las que menor reforestación reflejaron.

En el 2012, la teca, el pino y el cedro espino son las especies más empleadas para reforestar, siendo la teca empleada en el 76.3% de los casos Para el 2007, 2 de cada 3 hectáreas de superficie plantada fueron sembradas con teca y un 16.4% de las 65991 hectáreas de superficie sembrada recibieron plantaciones de pino del Caribe. Otras especies sembradas fueron el cedro espino, la acacia magnum y la caoba africana, entre otras con porcentajes de superficie sembradas que oscilaron entre el 1.93% y el 2.54%.

Gráfica N°31. Porcentaje de la Superficie Reforestada en la República de Panamá, según Especie: Años 2000-2010



Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente. Dirección Nacional de Patrimonio Nacional. Departamento de áreas protegidas y biodiversidad. Año 2010.

En general, puede decirse que desde la aprobación de la Ley de Incentivo a la Reforestación, en el 1992, se reporta un incremento de la superficie reforestada, aunque con fluctuaciones en el periodo y evidentes descensos en los años 2003 y 2004. Es posible que el descenso esté relacionado con la falta de mercado y la adición del artículo 80-C al Decreto Ejecutivo 170, de 27 de octubre de 1993, por el cual se declara el Decrecimiento de los Incentivos a la reforestación para todos aquellos proyectos que se establezcan después del 27 de diciembre de 2002.

A esto se suma, la entrada en vigencia de la Reforma Fiscal, promulgada en enero de 2005, por medio de la cual se eliminan una serie de incentivos a la Ley 24 del 23 de noviembre de 1992. Sin embargo, existen un número plural de viveros forestales ubicados principalmente en las provincias de Chiriquí y el área oeste de la provincia de Panamá.

Uso de los Suelos

En los países en vías de desarrollo, la erosión y el sobrepastoreo son problemas muy graves. En Panamá, la mayor parte de las tierras adecuadas para el cultivo ya están siendo utilizadas.



Aproximadamente el 16% del total de la superficie cultivable ha sido degradada por actividades humanas en los últimos cincuenta años, las cuales inciden sobre esta a través de los fenómenos de deforestación, aspectos socioeconómicos y demográficos. Esto nos lleva a buscar cambios en el uso del suelo en Panamá, que deben ser analizados desde diferentes perspectivas. La agricultura de subsistencia y la ganadería, en los últimos 50 años ha traído la acelerada transformación de los bosques de manera no controlada, lo que las convierte en una de las principales causas de deforestación en el país.

El proceso de transformación de bosques y de suelos de vocación forestal en otros usos en los últimos años no responde a un uso sostenible de la tierra. Según las cifras del Censo Agropecuario (2011), el 37% de la superficie del territorio nacional se encuentra bajo explotaciones agropecuarias, lo cual demuestra que estas actividades han sobrepasado la superficie con capacidad potencial de los suelos para la agricultura y la ganadería, estimada en un 25% del territorio nacional.

Del año 1960 al año 2000, las superficies de las explotaciones agropecuarias se han destinado mayormente a la ganadería y a bosques y montes, con un incremento progresivo de su uso en actividades de ganadería.

Cada diez (10) años, la agricultura aumenta en un 13.0%, la actividad pecuaria en un 35.6% y las tierras que se encuentran en descanso o barbecho aumentan en un 8.5%. Para los bosques o montes se observa un leve decrecimiento, con un repunte en el año de 1990; y para el pasto, el aumento progresivo es más elevado que el resto de las explotaciones agropecuarias.

Desde 1951 a 2011 podemos identificar una tendencia hacia el aumento del uso de la tierra con fines agropecuarios. En 1950, el total de la superficie de tierra utilizada por las explotaciones agropecuarias era de 1, 159,082 hectáreas, distribuidas en 85,473 explotaciones; para el 2010, la tierra utilizada en el sector aumenta a 2, 769,529 hectáreas, ocupadas por 236,613 explotaciones. Esto significa que en 60 años, la superficie de tierra utilizada por las explotaciones agropecuarias ha aumentado en un 138.9%, mientras que el número de explotaciones aumentó en un 176.8%. Asimismo, la cantidad de tierra utilizada en el sector agrícola aumenta en un 65.3%, la dedicada a la ganadería en un 178.0%, y las tierras clasificadas en descanso o barbecho en 42.3%.

En el periodo comprendido entre 1990 y 2010, las tierras con bosques o montes, los cultivos temporales y permanentes registraron disminución en su superficie, -41.9%, -9.7% y -5.1%, respectivamente. Las provincias que influyeron más en esta tendencia fueron: Coclé, Colón, Darién, Herrera, Los Santos, Veraguas y Panamá. Por otro lado, las tierras en descanso, otras tierras y las dedicadas a pastos, fueron las que presentaron aumentos, siendo la variación porcentual de 32.6%, 18.9% y 4.4%, respectivamente. Las principales provincias que mostraron estos aumentos fueron: Los Santos, Bocas del Toro y Veraguas.



Incendios Forestales y Quemas

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

Según la ANAM, el área más extensa con presencia de recurrencia de incendios forestales media y baja, se localiza al norte de la provincia de Coclé y al oeste de la provincia de Panamá. Otras zonas en el interior del país presentan niveles muy localizados de recurrencia media a baja se ubican en las provincias de Veraguas y Los Santos, y están relacionados con las quemas agrícolas en zonas ya taladas.

En Panamá, el área de bosques con mayores problemas se localiza en norte de la provincia de Coclé, en el área de Donoso y al oeste de la provincia de Panamá. Áreas vitales para la futura expansión del Canal de Panamá.

En el año 2010 se registraron un total de 2,204.3 hectáreas afectadas por incendios forestales, esta cifra se incrementa en 1,140 hectáreas en el 2001 y alcanza a 1,580.45 hectáreas en el 2002, para un total de 7,129.5 hectáreas en un periodo de tres años (2000 a 2002). Durante este periodo se afectaron plantaciones forestales, bosque natural, rastrojos y herbazales.

La provincia con mayor incidencia de quema de herbazales en el 2010 fue Panamá, con 77% de casos, en comparación en el 2002 en el cual la mayor incidencia por quemas se presentó en las provincias de Panamá (Oeste y Metropolitana) con 30%; Herrera con 12%; y Chiriquí con 30%, siendo la quema de herbazales la causa principal de incendios.

Conducta humana y salud

Patrones de comportamiento humano afectan positiva o negativamente la salud de las personas.

Los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá, en relación a la pobreza en el país reflejan que la cantidad de personas indigentes continuo disminuyendo, en el año 2012 a un 10.4% en referencia al año 2006. Sin embargo al observar los resultados de pobreza en las áreas rurales el 94.2% de los pobres del país están en pobreza extrema y los porcentajes de pobreza no extrema superan el porcentaje del Nivel nacional

Por otro lado, según Informe de Desarrollo Humanos del 2014, el análisis de tasas de pobreza por grupos de edad basado en la última encuesta de Hogares, describe que en Panamá más del 30% de los niños entre edad de 0 a 19 años están por debajo de la línea de pobreza. Esto evidencia que para disminuir la pobreza en Panamá trabajar en las quejas de la primera infancia y la juventud.

La tasa de desempleo a nivel Nacional refleja disminución constante del años 2001 al 2013, disminuyó a un 14.0% en el año 2012 y se ha mantenido ese porcentaje en el año 2013. El análisis de la tasa de desempleo en el año 2013, por sexo y edad, se observa que la mayor tasa de desempleo se refleja en los grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años. En este grupo de edad cabe resaltar que las mayores tasas de desempleo lo representan las mujeres, en especial las que residen en las áreas urbanas.

De acuerdo al informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá, 2014, el mayor número de incidentes de violencia doméstica se da en las provincias de Panamá, Chiriquí, Colón y Veraguas. Sin embargo al considerar al tamaño de la población la incidencia es tres veces más alta en Bocas Del Toro, Herrera y Los Santos que en el conjunto del País.

Cuadro N°32. Proporción de personas en condición de Pobreza en La República de Panamá. Años 2006-2012

Año en %	Total		Pobreza extrema		Pobreza no extrema	
	Indigencia	Pobreza	Urbana	Rural	Urbana	Rural
2006	17.6	38.3	5.7	38.6	23.6	64.4
2007	15.7	36.5	4.6	35.4	22.1	62.3
2008	15.3	33.8	4.2	35.2	19.6	59.4
2009	15.3	33.4	4.2	35.5	19.1	59.6
2010	12.2	29.8	4.1	27	16.6	54.1
2011	11.5	27.6	3.4	26.6	15.3	50.4
2012	10.4	25.8	2.9	24.3	12.6	50.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Año 2012

Cuadro N°33. Población por edad, bajo la línea de pobreza extrema, no extrema y total en la República de Panamá.

Edad quinquenal	Pobreza extrema	Pobreza no-extrema	Pobreza total
0 a 4	18.9%	24.8%	43.7%
5 a 9	18.1%	25.6%	43.7%
10 a 14	15.8%	24.3%	40.2%
15 a 19	13.8%	20.4%	34.1%
20 a 24	9.7%	14.9%	24.6%

Fuente: IDH 2014.PNUD. Datos de Encuesta de Hogares. INEC. CGR-2012

Cuadro N°34. Tasa de desempleo total en la República, por sexo y área, según grupo de edad. Año 2013.

Grupo de edad (años)	Tasa de desempleo por sexo y área								
	Total			Hombre			Mujeres		
	Promedio	Urbana	Rural	Promedio	Urbana	Rural	Promedio	Urbana	Rural
Total	4.1	4.7	2.7	3.3	3.9	2.1	5.3	5.7	4
15-19	10.8	14.8	6.6	9.4	13.3	5.5	13.6	17.6	9
20-24	10.8	11.7	8.2	8.7	9.6	6.8	14	14.8	11.5
25-29	5.5	5.7	4.9	4.1	4	4.4	7.3	7.7	5.9
30-39	2.9	3.4	1.5	2	2.6	0.6	4.1	4.5	3.1
40-49	2.2	2.5	1.4	1.3	1.5	0.9	3.5	3.9	2.1
50-59	1.7	2	0.8	1.9	2.4	0.8	1.3	1.4	1.1
60-69	1.5	2.2	0.4	1.7	2.7	0.3	0.8	1	0.6
70 +	1.5	3.7	-	1.5	4.2	-	0.3	2.9	-

Fuente: Encuesta de Hogares 2013. INEC. CGR

Cuadro N°35. Porcentaje de población por provincia y de incidentes de violencia doméstica. Año 2012.

Provincia Comarca	Población (estimada)	% del total de la población	% de incidentes de violencia domestica
Panamá	1.990.042	51.68	32
Chiriquí	445.098	11.56	16.1
Colón	268.002	6.96	4.4
Coclé	252.233	6.55	8.4
Veraguas	242.539	6.3	9.4
Comarca Ngabe Bugle	187.824	4.88	-
Bocas Del Toro	147.571	3.83	9.1
Herrera	117.530	3.95	10
Los Santos	94.785	2.46	6.3
Darién	53.025	1.38	2.7
Comarca Guna Yala	40.733	1.06	-
Comarca Emberá-Wounaan	11.353	0.29	-

Fuente: IDH Panamá 2014-Censo Nacional y Sistema Integrado de Estadísticas Criminales. Año 2012.

Aspectos sobre Tabaco

En diciembre de 1998, la iniciativa "Liberarse del tabaco" de la Organización Mundial de la Salud (TFI/OMS) y la Oficina sobre Tabaco y Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (OSH/CDC) convocaron una reunión para abordar la necesidad de recopilar datos sobre el consumo de tabaco en adultos y adolescentes. No existían datos entre países de manera uniformes, tanto para adultos, como para adolescentes.

Muchos países tenían buenos sistemas de vigilancia implantados para los datos de los adultos, algunos países habían implantado sistemas para los datos de los adolescentes, pero solo estaban funcionando unos pocos sistemas inter países.

Los datos inter países referentes a los adolescentes eran una prioridad máxima. La OMS y los CDC apoyarían el desarrollo de un Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (GTSS por sus siglas en inglés – Global Tobacco Surveillance System) y lanzaron el primer componente del sistema, la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (EMTJ).

Las encuestas del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco incluirían un conjunto “básico” de preguntas, idéntica metodología de muestreo y procedimientos de campo y manejo de datos uniformes. En casi 15 años, el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco ha evolucionado para convertirse en un sistema de vigilancia de salud pública que proporciona datos sobre diversos indicadores importantes para el control del consumo de tabaco que ha sido implementado en 180 países del mundo.

La preocupación existente relacionada al consumo de tabaco va en constante ascenso. Es bien sabido que el tabaco es dañino para la salud, pues es causa de cáncer u otros males. “El tabaco es peligroso para la salud, no sólo porque su uso lleva con frecuencia a iniciar el consumo de otras drogas más fuertes, sino, lo que es más importante, porque el producto en sí pone en peligro la salud humana y su uso provoca una adicción a la nicotina, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y la muerte prematura de la mitad de los fumadores adultos.” El tabaco causa más víctimas que la tuberculosis, UVH/SIDA y el paludismo combinados.

El tabaquismo es la adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica, así como también un gran número de enfermedades respiratorias, cardíacas y además el cáncer. La nicotina genera adicción física y psíquica por lo cual el abandono del hábito genera síntomas de abstinencia física y psicológica muy desagradables.

Los fumadores pasivos son aquellas personas, que a pesar de no consumir tabaco, están en contacto directo con el humo del cigarrillo. A modo informativo, el humo de un cigarrillo emana dos veces más alquitrán y nicotina que lo inhalado por el fumador. Por ello el nivel de monóxido de carbono en la sangre de los no fumadores se eleva al compartir una habitación con fumadores.

Actualmente el panorama general en el mundo, uno de cada tres adultos fuma, se estima que la población mundial de fumadores alcanza cifras aproximadas de 1,100 millones de personas. El consumo de tabaco puede matar de tantas maneras que constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Actualmente el tabaco es responsable por la muerte de 6 millones de muertes en todo el mundo, siendo que 600,000 de estas muertes son atribuibles a la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA), OMS, 2008.

Las evidencias científicas identifican al consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA), como un problema de salud pública siendo esta la mayor pandemia que afecta a la humanidad. A menos que se adopten medidas urgentes la OMS estima que para el 2,030 habrá más de ocho millones de defunciones por año en el mundo.

Aproximadamente 500 millones de personas morirán por este importante problema de salud pública, 80% de las muertes ocurrirán en países de medio y bajo ingresos, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, la mitad de los fumadores mueren de causas relacionadas con el consumo del tabaco y tienen 3 veces más probabilidades de morir entre los 35 y 69 años que los no fumadores. (OMS, 1996 y 1998).

Es importante destacar que en Panamá, las tasas de mortalidad por causas asociadas al tabaquismo, muestran una tendencia al descenso.

Riesgos para la salud

Los estudios científicos han mostrado evidencia contundente de que todas las formas y presentaciones de los productos del tabaco causan problemas a la salud, resultando en muerte o incapacidades frecuentemente. Los fumadores han aumentado marcadamente su riesgo de padecer múltiples cánceres, particularmente el cáncer pulmonar, así como de padecer enfermedades del corazón, ataques, enfisema pulmonar y muchos otros problemas fatales y no fatales. El masticar tabaco incrementa el riesgo de cáncer labial, lingual y bucal.

Las mujeres sufren riesgos adicionales de salud, pues fumar durante el embarazo es peligroso, tanto al feto como a la madre, especialmente en los países pobres, donde las instalaciones de salud suelen ser inadecuadas. El daño del tabaquismo durante el embarazo no se limita al embarazo propiamente dicho, sino que tiene efectos negativos a largo plazo en el bebé luego de que éste nazca. La enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los diversos cánceres (de pulmón, labio, cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, páncreas, vejiga, riñón, entre otros.) forman parte de las enfermedades relacionadas con el tabaco.

Entre los efectos que se tienen sobre el sistema cardiovascular tenemos que los individuos que consumen tabaco tienen de 2 a 4 veces más probabilidad de manifestar enfermedades cardíacas coronarias que los individuos que no consumen tabaco, además de que en estas personas consumidoras se duplican las probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular o derrame cerebral. Además, ocurre una disminución del flujo sanguíneo al provocar el estrechamiento de los vasos sanguíneos (arterias), teniendo los fumadores 10 veces más probabilidad que los no fumadores de presentar enfermedad vascular periférica.

Igualmente tiene muchos efectos negativos en el aparato reproductor, en los fetos y recién nacidos, además de tener un mayor riesgo de infertilidad, nacimiento prematuro, nacimientos de bebés muertos, bajo peso del recién nacido y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). En las mujeres posmenopáusicas consumidoras de tabaco, hay una menor densidad ósea que las mujeres que nunca han fumado, por ende, tienen un mayor riesgo de fractura de cadera que aquellas que no consumen tabaco.

Consumo de Tabaco en Panamá

Entre los años 80's y 90's la prevalencia actual de consumo de tabaco, según diversos estudios oscilaban en torno al 25,0%, aunque los elementos documentales son poco precisos.

En el año 2007, dos años después de la implementación de algunas medidas atinentes a avanzar en la implementación del CMCT y que se recogen el Decreto 17, dos años después de su entrada en vigor, se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI), que aplica la metodología de encuesta de hogar y cuya muestra alcanzó 25,748 personas de 18 años y más de las áreas urbano, rural e indígena, donde se estimó una prevalencia de consumo de tabaco de 9.4% con un diferencial entre hombres y mujeres de 17.7% y 3.9%, respectivamente. En este estudio se identificó que la población residente en el área indígena tenía una prevalencia mayor al promedio nacional y alcanzaba el 13,5% (masculino: 24.8% - femenino: 5.0%).

Hoy día, la EMTA permite al país reconocer que el consumo de tabaco ha tenido un descenso porcentual de 8.72%, al comparar sus resultados con los de ENSCAVI, 2007 y que son los cigarrillos el producto de tabaco de mayor consumo, con un consumo marginal de productos de tabaco no fumados. También ha reflejado un consumo promedio de cigarrillos por día de 14.8 unidades y una edad promedio de inicio del consumo diario de 16.9 años.

En el año 2012, Panamá aplicó por tercera vez la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, encontrándose que a pesar de las disposiciones de control de tabaco existentes en el país, hubo un repunte de prevalencia actual de consumo de tabaco en comparación con las cifras estimadas para el 2008, situación que se reflejó tanto para chicos como para chicas. La prevalencia actual se situaba en un 8,3% en el 2008 y en 12,7% en el 2012. En el caso de los cigarrillos, la prevalencia de consumo en el 2008 fue de 4,3% (3,0 – 6,2) y en el 2012 en 5% (4.2 - 5.9), aunque se reporta un ligero incremento de la prevalencia, no se estimaron diferencias estadísticamente significativas, tanto para la prevalencia general, como por sexo.

Sin embargo, un nuevo problema está afectando el consumo de tabaco en jóvenes, los cuales han cambiado su práctica de consumo hacia otros productos fumados de tabaco que paso donde la prevalencia paso 5.8% en el 2008, a 9.3% en el 2012, estimándose diferencias estadísticamente significativas. Este comportamiento no se reflejó en la población adulta, objetivo de investigación de la EMTA.

Al revisar la prevalencia de consumo de tabaco en población adulta se observa que con los resultados de la EMTA Panamá pasa a ser el segundo país en el mundo con la menor prevalencia en adultos y el que ostenta la más baja prevalencia en la región de las Américas. Níger es el país con la prevalencia más baja en el mundo (WHO, 2013; PAHO 2013).

En Panamá no se produce productos de tabaco desde 1999 y la importación de cigarrillos desde el año 2000, presenta una tendencia descendente, en tanto que la de cigarros y otros productos de tabaco se mantiene estable. En el periodo de 2009 a 2011 las importaciones de cigarrillos tuvieron un descenso porcentual del 60%. Este descenso de las importaciones puede estar relacionado con la aplicación de medidas integrales de control del tabaco en Panamá, pues se acompaña del descenso progresivo de las prevalencias de consumo de productos de tabaco que se estiman a la fecha en 6.4% en la población de 15 años y más y en un 12% para los adolescentes de 13 a 15 años.

Durante el periodo 2005 a 2011, El comportamiento de la estimación de las importaciones de paquetes de cigarrillos de 20 unidades refleja un descenso del 33.8%. Las cajetillas declaradas en la Autoridad de Ingresos Públicos tuvieron un descenso de 41.9%.

La diferencia entre las cajetillas de importación estimadas y las declaradas en la Autoridad de Ingresos Públicos fue de 18.8% en el 2005 y de 48.1% en el 2011, lo que sugiere que la evasión fue 2.66 veces mayor y mostró durante todo el periodo un comportamiento ascendente.

Del 2009 al 2011, el valor CIF de las importaciones ha disminuido, en tanto que el valor CIF del contrabando alcanza su valor máximo en el 2010. El impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco fue 1.7 veces mayor después del incremento del impuesto. La incautación de cartones de cigarrillos de contrabando se incrementó luego de la aprobación de la Ley 13 de 2008, que establece la aplicación de medidas de control de contrabando en las zonas francas y duty free, alcanzando un valor máximo en el 2011. Durante este periodo se realizan operativos permanentes en Zona Libre de Colón para pesquisar cargamentos de contrabando.

Un estudio realizado en Panamá, proyecto para el 2011 que el consumo de cigarrillos fue 31 millones de paquetes, de los que el 56% dejó de pagar impuestos y no precisamente porque fueran cajetillas de contrabando. 25 millones de cajetillas se reportaron en aduanas y solo 13 millones en la Autoridad Nacional de Ingresos Públicos. Estas cifras sugieren que 11.5 millones de cajetillas no pagaron impuestos, es decir se dejaron de recaudar cerca de 28.6 millones de dólares, 10 millones de ellos se estiman fueron debido al contrabando y los 18.6 restantes a evasión de impuestos. Entre las conclusiones más importantes del estudio figuran las siguientes:

El mayor problema de Panamá no es el contrabando, es la evasión que realizan empresas establecidas y con vías de distribución legales y con marcas consideradas "legales". Esta evasión se estima en unos 18 millones de dólares. Estas empresas están evadiendo el ISC y probablemente no pagan el arancel porque hagan uso de acuerdos comerciales que Panamá tiene con países de la región y tal vez paguen el ITBMS.

Se está ante una interferencia de la industria tabacalera con la Política de Control de Tabaco. El contrabando existe y se sitúa entre el 19% y el 28% según como se realice la estimación. La encuesta GATS incluyó un conjunto de preguntas que dará información más precisa por tener cobertura nacional y un tamaño mayor. El contrabando es también un problema, pero uno menor respecto a la evasión de impuestos e interferencia de la industria tabacalera legalmente establecida en la Política de Control de Tabaco.

Entre los retos que el manejo integral de este tema plantea está el fortalecimiento del trabajo coordinado de la Autoridad Nacional de Ingresos Tributarios con la Autoridad Nacional de Aduanas para la eliminación del comercio ilícito y la defraudación fiscal, el desarrollo de procesos de vigilancia intersectorial de la aplicación del CMCT en torno al control del comercio ilícito de productos de tabaco, la vigilancia permanente para la detección del comercio ilícito e intercambiar información entre las autoridades competentes, es decir, Aduanas y la DGI y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia tributaria.

La atención de estos retos pasa por avanzar en procesos tales como la ratificación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, analizar en conjunto con el MICI y Cancillería los tratados y acuerdos comerciales para identificar y controlar sus contenidos preferenciales relacionados con la importación y exportación de productos de tabaco (aranceles y

otros), crear alianzas regionales para la implementación de los artículos 6 y 15 del CMCT y mantener una política de incremento sostenido de los impuestos relacionados con los productos de tabaco para lograr neutralizar el efecto asequibilidad (IVA, ISC, aranceles).

Evidencia científica producida en el país, desde hace más de 20 años, Panamá ha venido estudiando el problema del consumo de productos de tabaco. Entre los estudios realizados y a pesar de no ser comparables metodológicamente, se destacan:

Las encuestas de base poblacionales en adultos

La Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida del 2007 fue aplicada a 25,748 personas con 18 años y más permitió estimar una prevalencia actual de 9.4%, siendo la prevalencia en hombres de 17,7% y en mujeres de 3,9% con un consumo cerca de 2 veces mayor en las áreas indígenas que en las rurales y/o urbanas, con diferencias estadísticamente significativas. El estudio de prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares efectuada en el 2010 reflejó para las provincias de Panamá y Colón una prevalencia actual de 6.4%, la cual refleja un descenso en el consumo de tabaco en este grupo de población. La última encuesta aplicada en el país fue en el 2013 la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA – Global Adult Tobacco Survey – GATS) aplicada en población de 15 años y más con una prevalencia actual de consumo de tabaco 6,4% (9,7% hombres y 3,1% mujeres).

Las encuestas de base escolar en jóvenes de 13 a 15 años. En julio del año 2002, el Ministerio de Salud de Panamá, realizó la primera Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, la cual fue concebida debido a las preocupaciones que genera el aumento del consumo de tabaco entre nuestros niños y adolescentes. En el 2008, se repitió el estudio aplicando la misma metodología por lo cual sus resultados son comparables.

Tabla N° 1. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Panamá. 2002-2008. Muestra EMTJ: jóvenes entre 13–15 años, 2017 en el 2002 y 3000 en el 2008.

ENFASIS	2002	2008
		18.3% de los estudiantes encuestados consumen actualmente algún producto
Percepción del riesgo de la exposición al humo de tabaco EAT	Indica que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes viven en casas donde otros fuman en su presencia; que cerca de 5 a 10 se exponen al humo en lugares públicos y que, alrededor de 2 de cada 10 tienen padres que fuman.	Indica que aproximadamente 1 de cada 5 estudiantes viven en casas donde otros fuman en su presencia; que cerca de 4 a 10 se exponen al humo en lugares públicos y que, alrededor de 2 de cada 10 tienen padres que fuman.
el humo de otros	Cerca de 8 de cada 10 estudiantes consideran que es peligroso para ellos.	Cerca de 9 de cada 10 estudiantes consideran que es peligroso para ellos.
Fumar en lugares públicos	Alrededor de 8 de cada 10 estudiantes consideran que debe ser prohibido.	Alrededor de 9 de cada 10 estudiantes consideran que debe ser prohibido
Mensajes visuales o de audio	Cerca de 8 de cada 10 estudiantes vieron o escucharon mensajes en los medios relacionados con no fumar, en los pasados 30 días. Alrededor de 6 de cada 10 estudiantes vieron avisos a favor del cigarrillo, en los pasados 30 días.	Cerca de 8 de cada 10 estudiantes vieron o escucharon mensajes en los medios relacionados con no fumar, en los pasados 30 días. Alrededor de 6 de cada 10 estudiantes vieron avisos a favor del cigarrillo, en los pasados 30 días. Cerca de 7 de cada 10 vieron mensajes sobre los daños que ocasiona el fumar, en los puntos de venta, en los pasados 30 días Aproximadamente 7 de cada 10 vieron los pictogramas en los paquetes de cigarrillo en los últimos 30 días.
Deseo de dejar de fumar		Aproximadamente 7 de cada 10 jóvenes fumadores desean dejar de fumar.

Cuadro N° 36. Resultados de la Encuesta de Tabaco en estudiantes. Panamá, Años 2002-2008.

Datos en porcentaje	2002			2008		
PREVALENCIA	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas
Habían fumado cigarrillos alguna vez en su vida	32.2	36.2	27.7	17.1	21.7%	13.0%
Consumen en la actualidad algún producto del tabaco.	18.3	19.4	15.5%	8.3	10.4%	6.4%
fuman cigarrillos actualmente	13.2	14.7	11.1	4.3	5.9%	2.8%
usan algún otro producto de tabaco	9.8	11.0	7.8	5.8	7.1%	4.5%
nunca han fumado, pero probablemente inicien el consumo de productos del tabaco el próximo año	13.8	13.3	14.5	10.0	12.3%	8.3%
CONOCIMIENTO Y ACTITUDES		Chicos	Chicas		Chicos	Chicas
Piensan que quienes fuman tienen más amigos/amigas		20.9	18.9		16.2%	12.8% ¹
Asumen que quienes fuman lucen más atractivos. Chicos/Chicas		9.0	8.6		7.2%	5.4%
					6.4%	4.3%
ACCESO Y PREVALENCIA. FUMADORES ACTUALES	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas
Usualmente fuman en casa	14.0			19.5	16.3%	22.1%
compran cigarrillos en la tienda	51.5			32.5	32.4	33.0%
Compran cigarrillos en la tienda no se les rechaza la compra por causa de su edad.	76.0			56.6	47.0	71.3%
FUMADORES PASIVOS. (CONSUMO AMBIENTAL DE TABACO)	Total			Total		
viven en casas donde otros fuman en su presencia	30.9%			21.9%		
están alrededor de otros que fuman en lugares fuera de su casa	51.8%			40.3%		
piensan que fumar en lugares públicos debería ser prohibido	80.5%			89.9%		
piensan que definitivamente el humo de otros es peligroso para ellos	81.0%			87.6%		
tienen uno o dos padres que fuman	25.5%			15.3%		
tienen muchos o todos sus amigos que fuman	14.5%			6.1%		
CESACION– FUMADORES ACTUALES	Total			Total	Chicos	Chicas
Quieren dejar de fumar	54.3%			65.9%	68.6%	62.8%
Han tratado de dejar de fumar durante el año pasado	68.6%			75.0%	80.9%	63.6%

MEDIOS – ANUNCIOS	2002	2008
Han visto mensajes en los medios de comunicación en contra de fumar, en los últimos 30 días.	77.3%	82.5%
Han visto anuncios a favor del cigarrillo en las vallas publicitarias, en los últimos 30 días.	78.3%	56.7%
Han visto los anuncios a favor de los cigarrillos en periódicos y revistas, en los últimos 30 días.	67.4%	
Tienen un objeto con un logo de marca de cigarrillo	12.0%	6.4%
Le han ofrecido cigarrillos gratis, representantes de una compañía de tabaco.	8.1%	5.9%
Han visto mensajes sobre los daños que produce el fumar a la salud, en los últimos 30 días.		82.3%
Piensen que los mensajes sobre daños a la salud ocasionados por el fumar son exagerados.		3.2%
Han visto, en los puntos de venta, mensajes sobre los daños que produce el fumar a la salud, en los últimos 30 días.		68.3%
Han visto actores y/o actrices fumando en películas, en los últimos 30 días.		82.2%
EMPAQUETADO-ETIQUETADO		
Ha leído las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos, en los últimos 30 días		56%
Ha visto las imágenes o pictogramas en los paquetes de cigarrillo, en los últimos 30 días.		66.3%
ESCUELA		
Se le ha enseñado en clases, durante el año pasado, acerca de los peligros de fumar.	65.7%	65.8%
Ha discutido en clases, durante el año pasado, razones por la cual las personas a su edad fuman.	43.6%	47.7%
Se le ha enseñado en clases, durante el año pasado, los efectos del uso del tabaco	65.2%	69.3%
Opinan que la industria tabacalera patrocina algunos eventos en sus escuelas		16.5%

Fuente: Encuesta de Tabaco en estudiantes. Panamá 2008.

Panamá en atención a su política nacional de control de tabaco y a las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, mantiene un proceso de vigilancia de la epidemia de tabaquismo en Panamá, con particular énfasis en los jóvenes. Este proceso lo desarrolla como parte del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco y cuenta para este fin con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) y del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Este sistema provee un conjunto de datos sobre diversos indicadores importantes para el control del consumo de tabaco que además, permiten la comparabilidad de la epidemia entre los diferentes países del mundo. En el caso de los jóvenes de 13 a 15 años, se aplica la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (EMTJ).

Resultados y características de la muestra: de la muestra de 4,077 jóvenes entre 13 y 15 años de edad que cursaban estudios secundarios en escuelas públicas y privadas de todo el país, según selección aleatoria de las mismas, en total 1,831 eran chicos y 2,221 eran chicas, encontrándose 1.22 más chicas que chicos, es decir que el 54.7% eran chicas y el 46.3% chicos, con diferencias estadísticamente significativas por sexo. La composición por edad refleja que el 32.5% de la muestra estudiada tenía 13 años, 31.0% reportaron tener 14 años y 36.5% 15 años, a lo interno de los grupos de edad no se estimaron sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, pero si por edad cuando se trata de los jóvenes de 13 y de los de 15 años.

Consumo de Tabaco, un 11.62% de los varones, 7.5% de las mujeres, y un 9.5% del total fuman tabaco actualmente, en tanto que el 7.0% de los varones, 3.2% de las mujeres, y un 5.0% del total fuman cigarrillos en la actualidad. En cuanto al consumo de tabaco no fumado, el 4.8% de los varones, 4.2% de las mujeres, y el 4.6% del total de encuestados consumen actualmente tabaco sin humo y 15.1% de los varones, 10.2% de las mujeres, y un 12.7% del total consumieron productos de tabaco. Es de notar que el 12.3% de los entrevistados nunca consumieron tabaco pero podrían consumirlo en el futuro, el 14.1 de los chicos afirmó estar en esta condición y el 11.0% de la chicas, respondió afirmativamente.

Exposición al Humo de Tabaco Ajeno, el 17.5% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en el hogar, en tanto que cerca de 3 de 10 (35.2%) estuvo expuesto a humo de tabaco de segunda mano en espacios públicos cerrados.

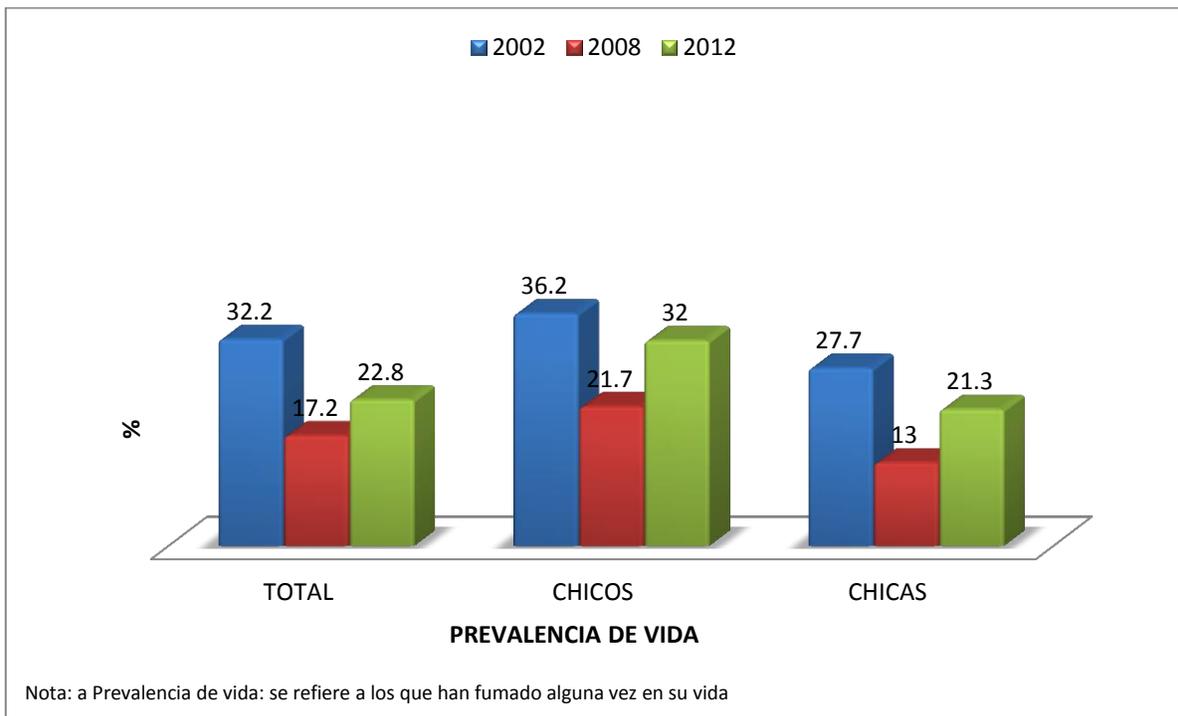
Cesación, desde la perspectiva de la cesación del consumo, el estudio reflejó que 7 de cada 10 fumadores actuales hicieron el intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses y que 4 de cada 10 fumadores actuales quieren dejar de fumar.

Advertencias Sanitarias, el 71.2% de los entrevistados indicó haber visto advertencias sanitarias o pictogramas en el empaquetado y etiquetado de cigarrillos y 4 de cada 10 fumadores actuales pensaron dejar de fumar como consecuencia de las advertencias sanitarias, sin diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas.

Medios de Comunicación, cerca de 5 de cada 10 estudiantes observaron mensajes anti-tabaco en los medios de comunicación, en tanto que cerca de 3 de cada 10 estudiantes observaron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta y 1 de cada 10 estudiantes posee algún elemento con la marca o el logo de una empresa tabacalera.

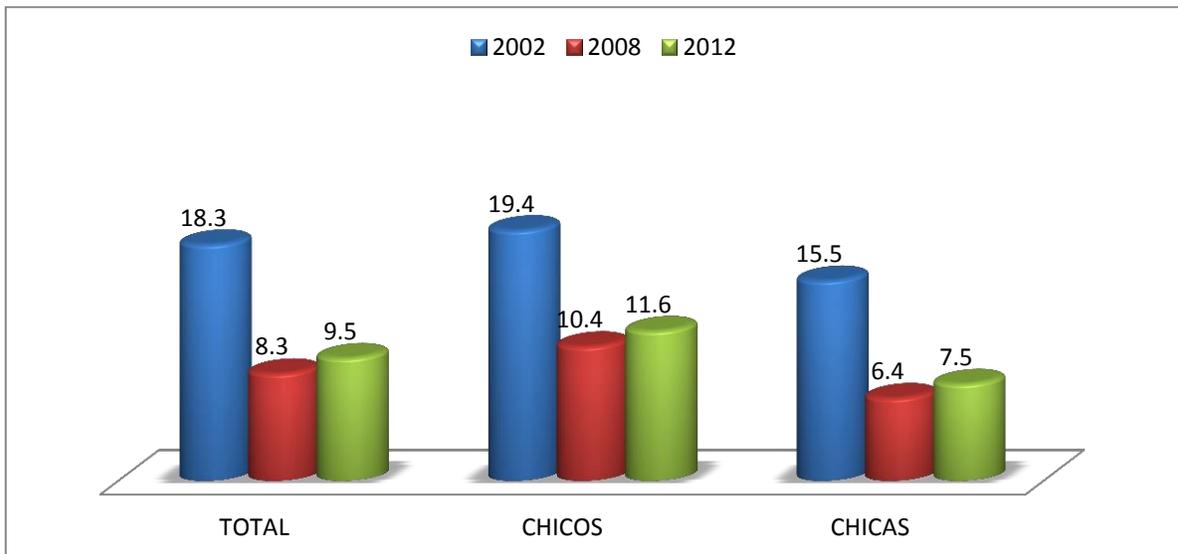
Conocimientos, actitudes y percepciones, cerca de 3 de cada 4 (73.4%) de los estudiantes piensa que el humo de tabaco de otras personas es perjudicial para ellos y cerca de 2 de cada 10 (21.6%) piensa que es difícil dejar de fumar tabaco una vez que se empieza. Por otro lado, cerca de 9 de cada 10 (88.6%) está a favor de la prohibición de fumar dentro de espacios públicos cerrados y el 85.5% están a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos abiertos., siendo más elevado este porcentaje entre las chicas con 87.9%.

Gráfica N°32. Prevalencia de vida de consumo de productos de tabaco en jóvenes entre 13 y 15 años. República de Panamá. Años: 2002, 2008 y 2012



Fuente: Encuesta de Tabaco en estudiantes y jóvenes. Panamá 2008 – 2012.

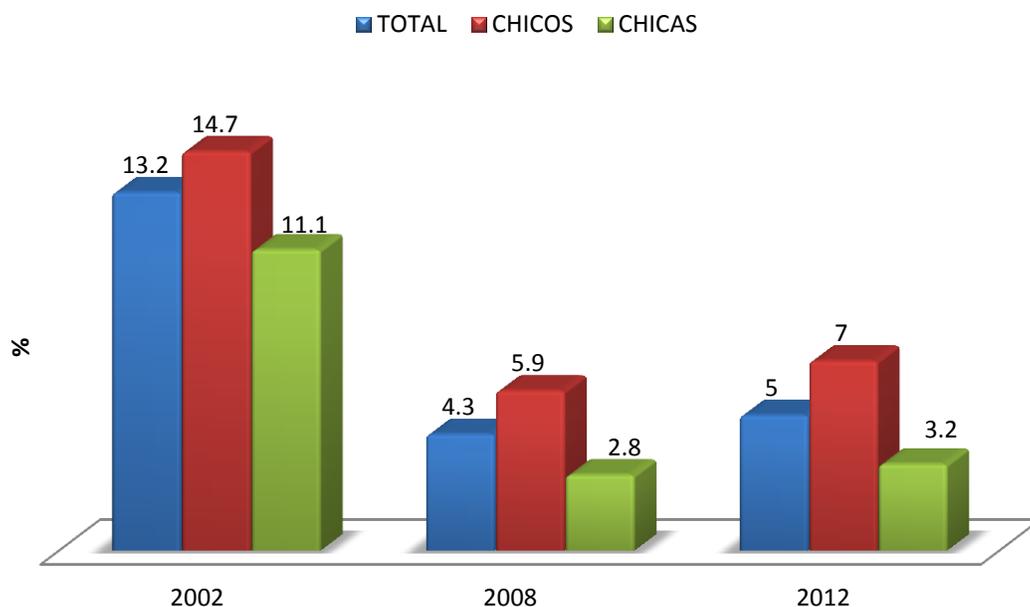
Gráfica N° 33. Prevalencia Actual De Consumo de Tabaco Fumado En Jóvenes De 13 A 15 Años. Panamá. Años: 2002, 2008 y 2012



Fuente: Encuesta de Tabaco en estudiantes y jóvenes. Panamá 2008 – 2012.

Una situación similar se refleja en la prevalencia de consumo de cigarrillos que en el 2008 se situaba en un 4.3% y en el 2012 en 5%.

Gráfica N°34. Prevalencia actual de consumo de cigarrillo ^aen jóvenes de 13 A 15 Años. Panamá. GYTS Años: 2002, 2008 y 2012



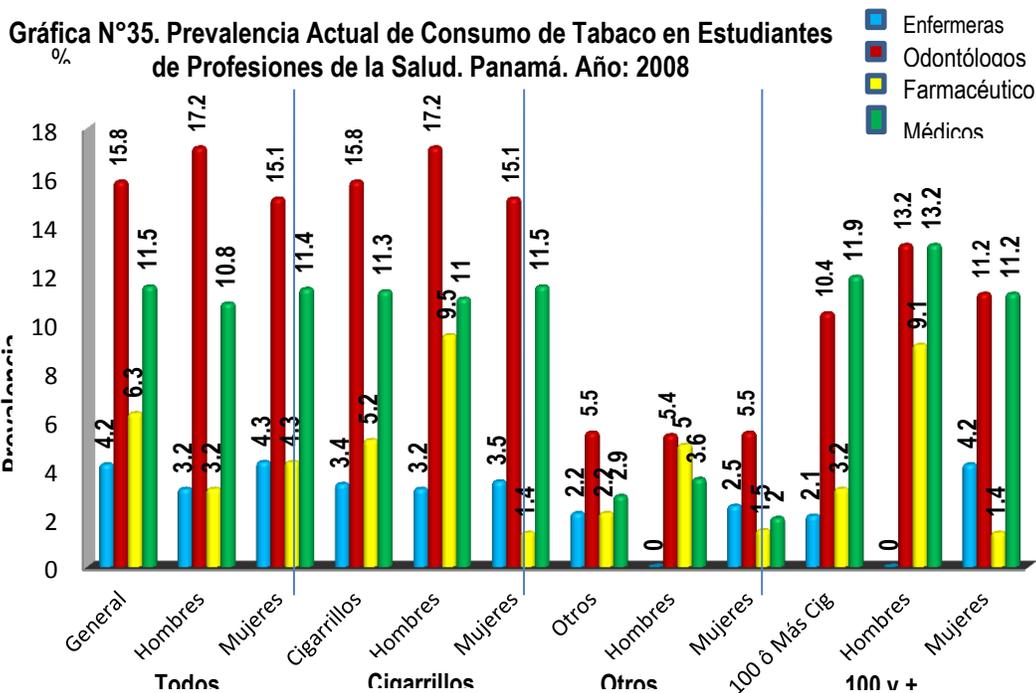
Fuente: Encuesta de Tabaco en estudiantes y jóvenes. Panamá 2008 – 2012.

Encuesta de base escolar sobre tabaquismo en estudiantes de profesiones de salud (Global Health Professional Students – GHPSS). Panamá, 2008.

La encuesta mundial de tabaco en estudiantes de profesiones de la salud, es un estudio multicéntrico, descriptivo que se aplicó a un total de 735 estudiantes de los terceros años de las carreras de medicina, odontología, enfermería y farmacia, incluidas las cuatro universidades nacionales, según criterios establecidos en su protocolo. Proporciona datos sobre la prevalencia de vida y de consumo de cigarrillo y de otros productos del tabaco, así como de la exposición al humo del tabaco de segunda mano (EHTSM); de los conocimientos y entrenamiento de los estudiantes sobre los efectos del uso de productos de tabaco para la salud, de sus actitudes en relación al tabaco y de la cesación del hábito de fumar cigarrillos. Aporta algunos elementos con respecto a la publicidad, la promoción y patrocinio del tabaco, elementos claves para el control de la epidemia de tabaquismo en cualquier grupo poblacional. Sus principales objetivos son generar conocimientos sobre la situación del tabaquismo y comparar el comportamiento de la epidemia de tabaquismo en estudiantes de profesiones de la salud en Panamá, con los resultados obtenidos en otros países del mundo. La información obtenida contribuirá al perfeccionamiento de las políticas de salud y al seguimiento de lo dispuesto en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, habiéndose aplicado en una sola ocasión en el país.

El diseño muestral incluye a estudiantes de V y VI semestre de la carrera de las ciencias de la salud antes seleccionadas en universidades públicas como privadas de todo el país.

Consideró la participación de todos los matriculados que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, por lo que todos los estudiantes de los diferentes salones de clase eran elegibles, lográndose una tasa de participación del 100% de las universidades y una tasa general de respuesta de estudiantes del 87.1% de los estudiantes de enfermería, del 80.6% de los de medicina, de 79.2% de los de odontología y del 77.2% de los de farmacia, por lo que en todos los casos los resultados de este estudio representan a la población objetivo, para todo el país, permitiendo con ello realizar importantes inferencias con respecto al riesgo del uso de tabaco en la población estudiada. La prevalencia de vida de consumo de tabaco fue reportada en todos los grupos por encima del 40% y una prevalencia actual que osciló entre el 4.2% y 15.8%, con valores mínimos en estudiantes de enfermería y máximos en los estudiantes de odontología, tanto en hombres como en mujeres. Los cigarrillos son los productos de tabaco de mayor consumo entre los estudiantes de las distintas profesiones de ciencias de la salud estudiadas. La exposición al humo de tabaco de segunda mano en casa osciló entre el 21% y el 31%, en tanto que entre el 50% y 57% de los estudiantes reportaron exposición en lugares públicos. El consumo de cigarrillos en cualquier área cerrada o abierta de la facultad durante el último año fue mayormente reportado por los estudiantes de odontología y medicina. En general, el conjunto de estudiantes entrevistados el 35% o menos ha recibido entrenamiento sobre técnicas para dejar de fumar a esta altura de su carrera.



Estudios de exposición al HTA

Sobre este tema se han efectuado dos estudios en el país:

Estudio de vigilancia de exposición al humo de tabaco en 2003 - Puede mencionarse que durante los meses de octubre y noviembre de 2003, se realizó en la Ciudad de Panamá el En el estudio de vigilancia de exposición al humo de tabaco, la muestra utilizada fue de conveniencia e incluyó un total de 15 establecimientos de interés público de los cuales el 66.7% se situaron en la categoría de restaurantes, bares y boleras; el 13.3% fueron colegios secundarios y el 20% restante estuvo integrado por un hospital, un municipio y Segundo estudio sobre exposición al humo de tabaco ajeno 2005 - fue efectuado del 15 de octubre al 13 de diciembre de 2005. Se trata de un estudio multicéntrico para medir la exposición al humo de tabaco de las mujeres no fumadoras y menores entre 3 meses y 10 años, en los hogares.

En el mismo participaron voluntariamente 40 familias seleccionadas mediante muestreo de conveniencia en instalaciones de salud de primer y tercer nivel de atención localizadas en la Ciudad de Panamá. Este estudio contó con la asesoría técnica y los auspicios del Instituto Mundial para el Control del Tabaco de la Universidad Johns Hopkins (JHU). De este estudio es importante mencionar que:

En las viviendas donde no residen fumadores el promedio de la concentración de nicotina ambiental estuvo en 0.0003 ug/mm³, en tanto que en los hogares con tres (3) fumadores fue de 0.0887 es decir, 259.7 veces mayor que donde no hay personas que fuman, situación que coloca en condición de riesgo a los residentes en dichos hogares, pues el valor permisible de cotinina ambiental es de cero. Comportamiento similar se evidencia al analizar la relación número de fumadores en el hogar y las concentraciones de nicotina en cabellos de mujeres y de menores no fumadores; las muestras de cabello de los niños y niñas panameñas reportaron mediciones de nicotina superiores que las mujeres no fumadoras. Algunas condiciones que pueden explicar estos resultados, además, de un mayor nivel de exposición de los menores al humo de tabaco de segunda, pueden ser: la interferencia de los tratamientos con químicos (tintes, mechas y alisados, entre otros) en los cabello, práctica muy frecuente (77.5%) en la muestra de mujeres no fumadoras estudiada y las características propias de la biogenética de los menores.

La relación concentración de cotinina – consumidores de productos de tabaco se reafirma cuando las mediciones de este metabolito de la nicotina en el ambiente y en cabellos de personas expuestas muestran un comportamiento incremental mientras mayor es el número de fumadores en los hogares.

Análisis de la demanda de Tabaco en Panamá y el control del efecto asequibilidad con medidas fiscales y control del contrabando. ICGES-IDRC. Panamá, 2012.

El proyecto “Análisis de la demanda de Tabaco en Panamá y el control del efecto asequibilidad con medidas fiscales y control del contrabando”, se desarrolló bajo el patrocinio del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), por sus siglas en inglés, y el auspicio del Instituto conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Entre sus productos fundamentales, además del Estudio de la demanda de tabaco en Panamá, la realización de dos encuestas, a saber: la “Encuesta de marcas de cigarrillos, aplicada a consumidores, y la “Encuesta de percepción de las medidas de control de tabaquismo” para

locales comerciales o establecimientos de atención al público, con la finalidad de medir la percepción del efecto de las medidas libres de humo en establecimientos de atención al público.

Encuesta de percepción de las medidas de control de tabaquismo: A dueños o administradores de los negocios. La misma fue aplicada a los dueños o a los encargados de los negocios seleccionados a fin de que respondieran cuestiones tales como: Percepción del flujo de clientes e ingresos, durante el último año, respecto de la aplicación de las medidas de control (espacios libres de humo), si los clientes que son o eran fumadores, han dejado de asistir a dichos establecimientos, si es fundamental para el negocio tener áreas restringidas para fumadores, si los clientes se sienten cómodos o son indiferentes a que se fume o no en el establecimiento y otros.

Contexto económico de la actividad comercial del Tabaco

Situación económica del país: El 61.7% de los informantes percibe una situación del país favorable, en razón de que sienten que la situación del país ha mejorado (23%) o que, al menos sigue igual (38.7%). En tanto, el 36% siente que la situación del país no les favorece, es decir, que ha empeorado. Situación económica de la empresa: El 80% tiene una buena percepción en términos de que ha mejorado (28.7%) o que sigue igual (49.2%). Por otro lado, uno de cada cinco (20%), manifiesta que la situación de la empresa en el último año ha empeorado.

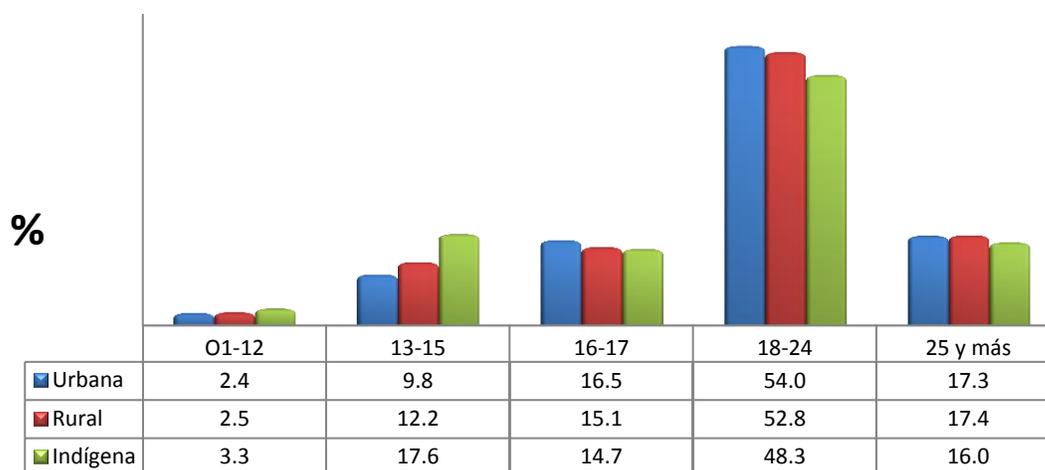
Otras farmacodependencias

Alcohol y Prevalencia de Vida

La Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007) de Panamá, revela que los hombres consumen licor a edades más tempranas que las mujeres. También detectó que en el consumo de alcohol, en todos los casos, es más constante en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, llama la atención que las mujeres tienen mayor prevalencia en las áreas urbanas versus las rurales.

La prevalencia de vida para las áreas urbanas fue de 63.4%, en tanto que uno de cada 2 entrevistados de las áreas rurales e indígenas (54.7% y 52.1%, respectivamente) consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Las zonas indígenas reflejaron la menor prevalencia de vida, aunque con valores cercanos a las áreas rurales. Las prevalencias estimadas por sexo fueron para las áreas urbanas de 84.5% y 50.9% para los hombres y mujeres, respectivamente; en las áreas rurales se estimó una prevalencia de vida de 84.2% y 32.2% en hombres y mujeres; y en las áreas indígenas las cifras estimadas fueron de 79.8% y 31.0% en hombres y mujeres, respectivamente.

Gráfica N°36. Población de 18 años y más por consumo de bebidas alcohólicas, según área y grupo de edad de inicio. República de Panamá. Año: 2007.
(N₁=15221)



Según la encuesta, la edad de inicio de los 15221 que consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, se concentró entre los 18 y 24 años (53.0%), seguida de los 16 a 17 años con el 15.9% y un 11.4% para el grupo de 13 a 15 años. Un 2.5% inicio con 12 años y menos y un 17.2% superado los 24 años. La edad promedio fue de 20.6 años, una mediana de 20.6 años y una moda de 18 años.

En las áreas urbanas aproximadamente 5 de cada 10 (54%) entrevistados, inició el consumo entre los 18 y 24 años de edad, seguido del grupo de 25 años y más con 17.3%. Un 28.7% del consumo se inició entre menores de edad, concentrándose en el grupo de 16 a 17 años con 16.5%, seguido del grupo de 13 a 15 y de menores de 12 años con 9.8% y 2.4%, respectivamente. De los 4424 hombres que consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, uno de cada 2 (51.6%) tenía entre 18 y 24 años al momento de iniciar el consumo; 4 de cada 10 (39.7%) eran menores de edad y 8.7% mayores de 24 años. En el caso de las mujeres de las 4496 entrevistadas, el 56.3% inició el consumo de bebidas alcohólicas entre los 18 y 24 años; 17.9% lo hizo siendo menor de edad y 1 de cada 4 con 25 años y más. La edad promedio de 20.7 años, una mediana de 20.7 años. El promedio en hombres fue de 19 y en mujeres de 22.4 años, en tanto que la mediana fue de 19.3 y 21.9 años para hombres y mujeres, respectivamente.

Un total de 4646 personas entrevistadas en las áreas rurales, manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, de los cuales cerca de 5 de cada 10 (52.8%) inició el consumo entre los 18 y 24 años de edad, seguido del grupo de 25 años y más con 17.4%. Un 29.9% del consumo se inició entre menores de edad, concentrándose en el grupo de 16 a 17 años con 15.1%, seguido del grupo de 13 a 15 y de menores de 12 años con 12.2% y 2.5%, respectivamente.

De los 1655 entrevistados en las áreas indígenas, manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, de los cuales cerca de 5 de cada 10 (48.3%) inició el consumo entre los 18 y 24 años de edad, seguido del grupo de 25 años y más con 16.0%. Un 35.6% del consumo se inició entre menores de edad, concentrándose en el grupo de 16 a 17 años con 14.7%, seguido del grupo de 13 a 15 y de menores de 12 años con 17.6% y 3.3%, respectivamente.

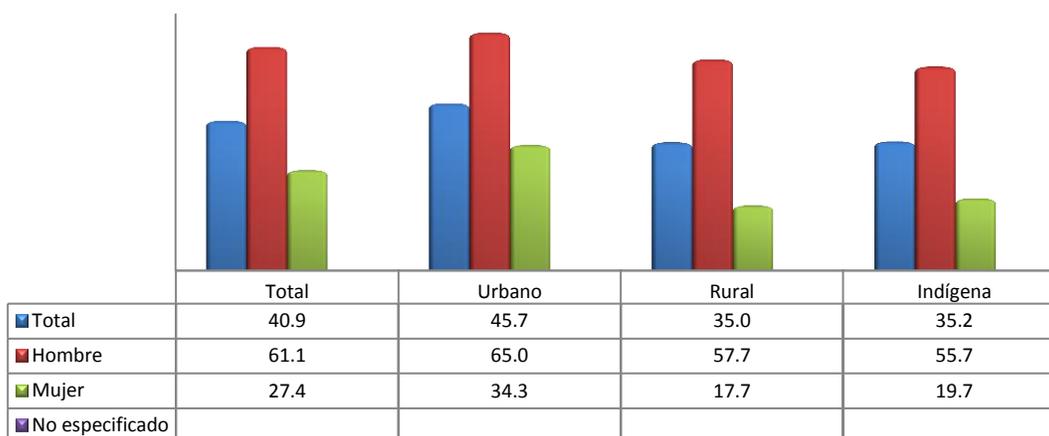
La edad de inicio del consumo de alcohol reflejó que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas, al comparar el grupo de edad de menores de 12 años con los grupos de 13 a 15 años. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la población de las áreas indígena-urbanas, al comparar los menores de 12 años con los de 16 a 17 años, con los de 18 a 24 años y con los de 25 años y más. Las comparaciones por grupos de edad de inicio del consumo de alcohol no reflejaron diferencias estadísticamente significativas para las áreas rural –urbano e indígena –rural.

Las pruebas de significancia estadística evidenciaron que ser mujer constituye un factor protector para no iniciar el consumo de alcohol antes de los 13 años, estimándose diferencias estadísticamente significativas.

Prevalencia

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

Gráfica N°37. Población de 18 años y más por prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas según área y sexo. República de Panamá. Año: 2007. (n=25748)

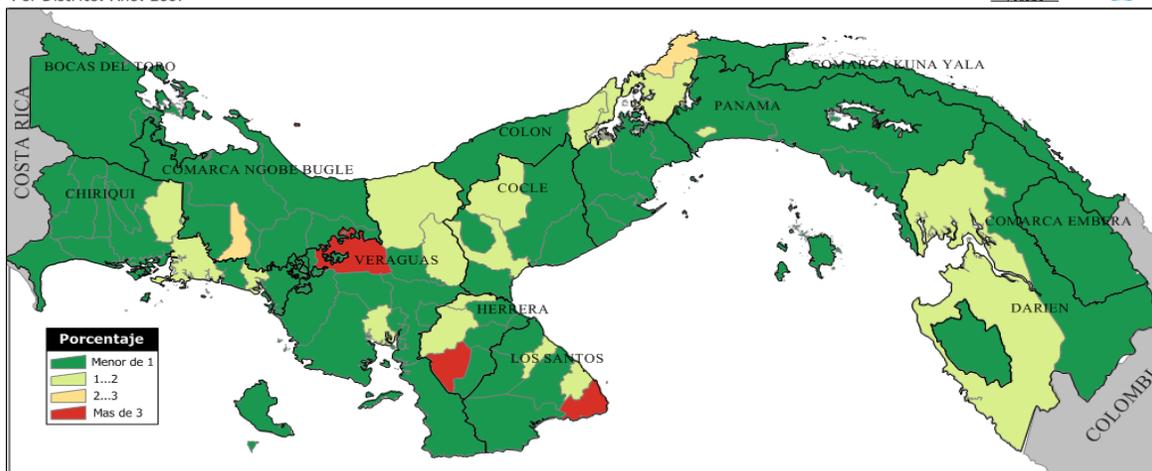


Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año: 2007.

La prevalencia en las áreas urbanas fue 1.3 mayor que en las rurales e indígenas. No hubo diferencias de prevalencia actual entre las áreas rurales e indígenas. El comportamiento por sexo indica que el mayor consumo se da entre los hombres, destacándose los del área urbana. Las mujeres del área urbana tienen una prevalencia 1.9 veces mayor que en la rural y 1.7 que en el área indígena. Las mujeres indígenas reflejaron una prevalencia mayor que las rurales.

Mapa N°12. Mapa consumo de alcohol, según cantidad de días y provincias. Panamá, Año 2007.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA
ACTUALMENTE CONSUME TODOS LOS DIAS BEBIDAS ALCOHOLICAS
Por Distrito. Año: 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año: 2007.

De los 10525 consumidores de bebidas alcohólicas entrevistados, el 1.3% lo hace todos los días, Tres de cada diez (30.9%) entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas.

Los consumidores de bebidas alcohólicas de las áreas urbanas, el 1.2% lo hace todos los días, 18.6% consume los fines de semana, cinco de cada diez lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.6% y 34.6% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. Cerca de tres de cada diez (27.9%) entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Los hombres consumidores actuales de bebidas alcohólicas sumaron 3401 en las áreas urbanas, de los que el 1.7% lo hace todos los días, 27.7% consume los fines de semana, cerca de 5 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.7% y 29.5% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 23.1% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Las mujeres consumidoras actuales de bebidas alcohólicas sumaron 3028 en las áreas urbanas, de los que el 0.7% lo hace todos los días, 9.7% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.4% y 39.6% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 32.7% de las entrevistadas nunca han consumido bebidas alcohólicas.

De los 2976 consumidores de bebidas alcohólicas de las áreas rurales, el 1.3% lo hace todos los días, 17.1% consume los fines de semana, cerca de 4 de cada 10 (44.7%) lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.5% y 28.2% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 35.9% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Los hombres consumidores actuales de bebidas alcohólicas sumaron 2121 en las áreas rurales, de los que el 1.6% lo hace todos los días, 22.2% consume los fines de semana, cerca de 4 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 17.6% y 25.7% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 31.5% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Las mujeres consumidoras actuales de bebidas alcohólicas sumaron 885, de los que el 0.7% lo hace todos los días, 6.8% consume los fines de semana, cerca

de 5 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 14.1% y 33.1% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 44.8% de las entrevistadas nunca han consumido bebidas alcohólicas.

De los 1120 consumidores de bebidas alcohólicas de las áreas indígenas, el 1.6% lo hace todos los días, 7.9% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 23% y 34.7% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. Cerca de uno de cada tres (32.3%) entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Los hombres consumidores actuales de bebidas alcohólicas sumaron 765 en las áreas indígenas, de los que el 1.9% lo hace todos los días, 10.3% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 25.4% y 31.4% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 30.2% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas.

Las mujeres consumidoras de bebidas alcohólicas sumaron 355, de los que el 0.9% lo hace todos los días, 3.0% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 18.2% y 41.3% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 36.5% de las entrevistadas nunca han consumido bebidas alcohólicas.

Situación actual, los residentes en las áreas rurales e indígenas presentan un menor consumo de alcohol, sin embargo en las áreas indígenas se visualiza de acuerdo a los valores de la encuesta, un mayor riesgo de consumo de bebidas alcohólicas con relación a las áreas rurales. El ser mujer constituye un factor protector para el consumo actual de alcohol. En todos los casos se reflejaron diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro N°37. Estimadores de riesgo, límites de confianza y prueba de significancia por área según consumo actual de alcohol. República de Panamá. Año: 2007.

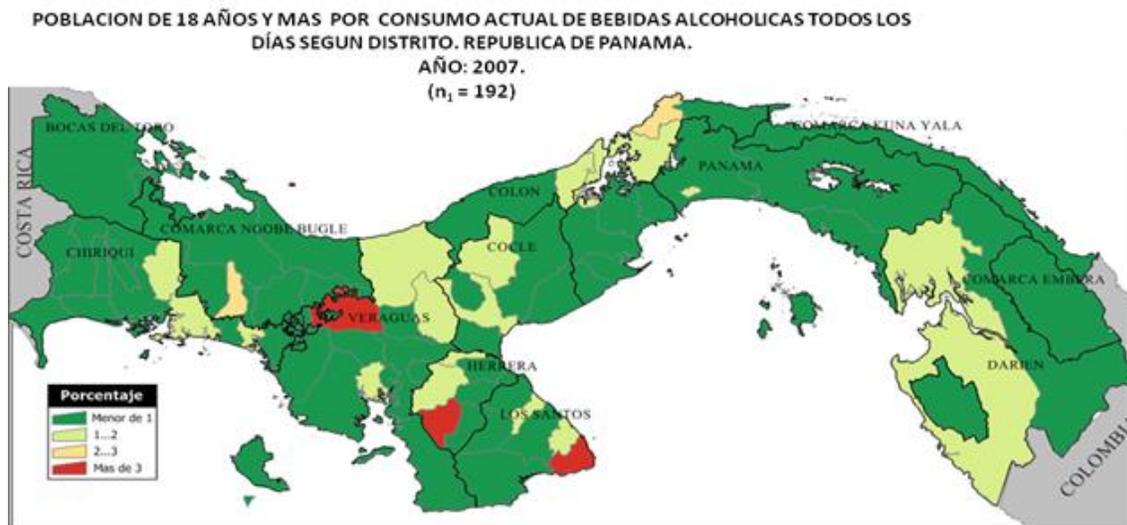
Variable	Área		Resultados		
	Rural	Urbano	OR	LC	p
Consumo actual de alcohol					
Sí	2965	6395	0.69	0.64 - 0.75	0.000
No	1670	2491			
Consumo actual de alcohol	Indígena	Urbano	OR	LC	p
Sí	1116	6395	0.81	0.72 - 0.91	0.0003491
No	535	2491			
Consumo actual de alcohol	Indígena	Rural	OR	LC	p
Sí	1116	2965	1.17	1.04 - 1.33	0.0087729
No	535	1670			

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año: 2007

Referencia: OR=0.66, LC=0.62-0.71, p=0.000.

Periodicidad del Consumo Actual de Bebidas Alcohólicas, de los 10525 consumidores actuales de bebidas alcohólicas, el 1.3% lo hace todos los días, 17.0% consume los fines de semana, cerca de 1 de cada 2 (49.9%) lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 17.2% y 32.7% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. Tres de cada diez (30.9%) entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas.

Mapa N°13. Mapa Población de 18 años y más por consumo actual de bebidas alcohólicas, según cantidad de días. Panamá. Año 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año 2007

Los distritos en que se reportó el mayor porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas todos los días fueron: Cañazas, Las Minas y Pedasí; con más del 3% de prevalencia.

De los 6429 consumidores actuales de bebidas alcohólicas de las áreas urbanas, el 1.2% lo hace todos los días, 18.6% consume los fines de semana, cinco de cada diez lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.6% y 34.6% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. Cerca de tres de cada diez (27.9%) entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Los hombres consumidores actuales de bebidas alcohólicas sumaron 3401 en las áreas urbanas, de los que el 1.7% lo hace todos los días, 27.7% consume los fines de semana, cerca de 5 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.7% y 29.5% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 23.1% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Las mujeres consumidoras actuales de bebidas alcohólicas sumaron 3028 en las áreas urbanas, de los que el 0.7% lo hace todos los días, 9.7% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.4% y 39.6% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 32.7% de las entrevistadas nunca han consumido bebidas alcohólicas.

De los 2976 consumidores actuales de bebidas alcohólicas de las áreas rurales, el 1.3% lo hace todos los días, 17.1% consume los fines de semana, cerca de 4 de cada 10 (44.7%) lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 16.5% y 28.2% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 35.9% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Los hombres consumidores actuales de bebidas alcohólicas sumaron 2121 en las áreas rurales, de los que el 1.6% lo hace todos los días, 22.2% consume los fines de semana, cerca de 4 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 17.6% y 25.7% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 31.5% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Las mujeres consumidoras actuales de bebidas alcohólicas sumaron 885, de los que el 0.7% lo hace todos los días, 6.8% consume los fines de semana, cerca

de 5 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 14.1% y 33.1% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 44.8% de las entrevistadas nunca han consumido bebidas alcohólicas.

De los 1120 consumidores actuales de bebidas alcohólicas de las áreas indígenas, el 1.6% lo hace todos los días, 7.9% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 23% y 34.7% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. Cerca de uno de cada tres (32.3%) entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Los hombres consumidores actuales de bebidas alcohólicas sumaron 765 en las áreas indígenas, de los que el 1.9% lo hace todos los días, 10.3% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 25.4% y 31.4% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 30.2% de los entrevistados nunca han consumido bebidas alcohólicas. Las mujeres consumidoras actuales de bebidas alcohólicas sumaron 355, de los que el 0.9% lo hace todos los días, 3.0% consume los fines de semana, cerca de 6 de cada 10 lo hace sólo en días festivos y en celebraciones, con un diferencial de 18.2% y 41.3% para los días festivos y celebraciones, respectivamente. El 36.5% de las entrevistadas nunca han consumido bebidas alcohólicas.

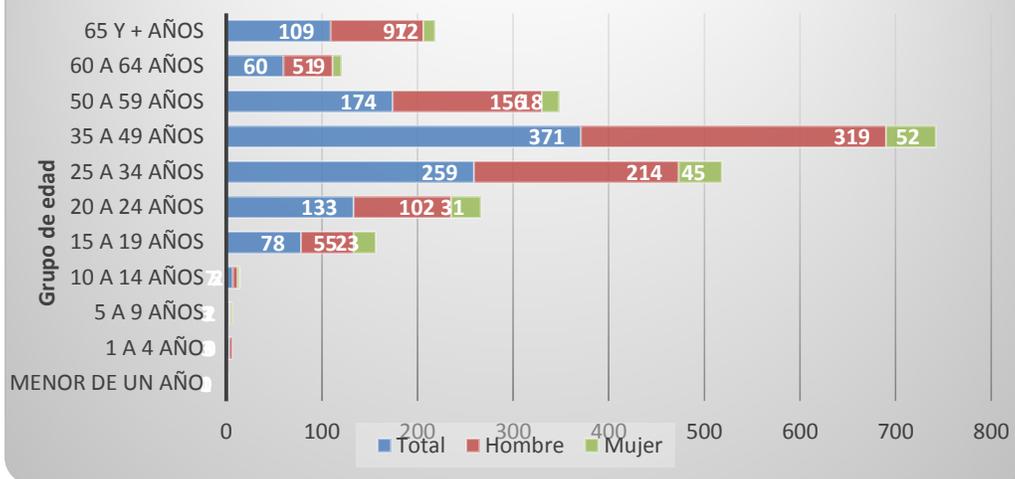
De acuerdo Sistema de Información de Estadísticas del Ministerio de Salud, la tasa de morbilidad por grupo de edad en el año 2013 fue del 3.1, representando el 50% de los registros a hombres y mujeres entre las edades de 15 a 24 años.

Cuadro N°38. Causas de morbilidad de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Alcohol por grupo de edad y sexo, en la República de Panamá. Año 2013

Grupo de edad	Total	Tasa	Hombre	Mujer
	1198	31.1	1004	194
Menor de un año	1		1	0
1 a 4 año	3		3	0
5 a 9 años	3		1	2
10 a 14 años	7		5	2
15 a 19 años	78		55	23
20 a 24 años	133		102	31
25 a 34 años	259		214	45
35 a 49 años	371		319	52
50 a 59 años	174		156	18
60 a 64 años	60		51	9
65 y + años	109		97	12

Fuente: Base de datos de morbilidad SIES. REGES. MINSA Tasa por 10000 habitantes

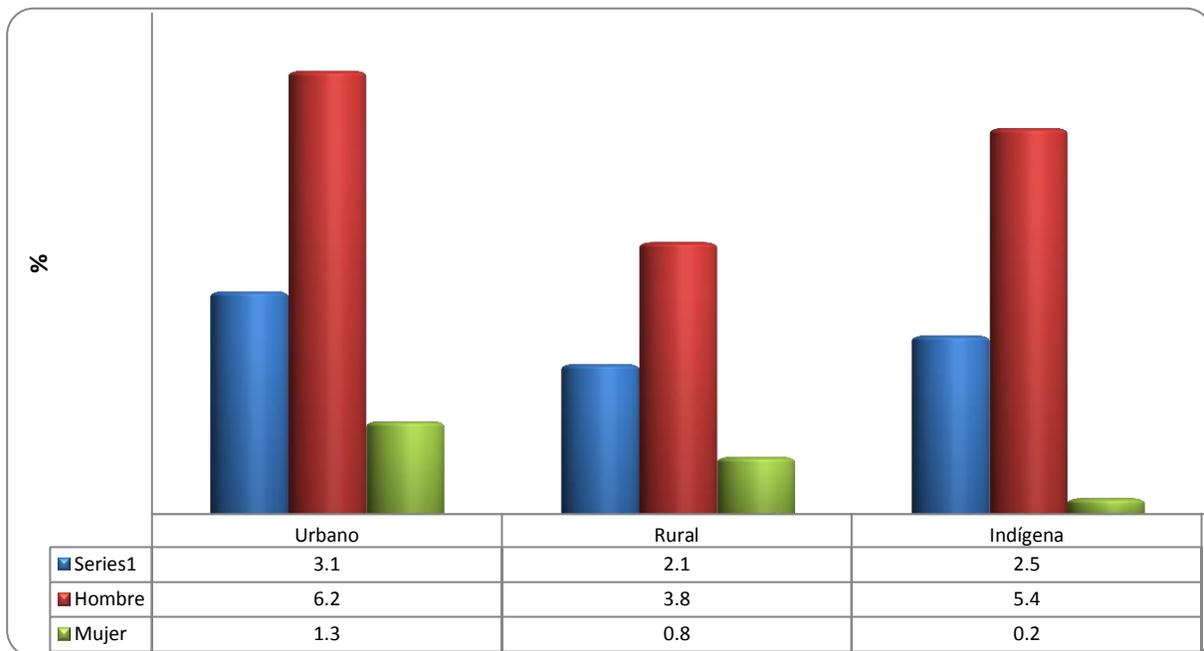
Gráfica N°38. Morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, por grupo de edad y sexo, en la República de Panamá- Año 2013



Fuente: Base de daos de morbilidad SIES. REGES. MINSA

Consumo de Drogas (lícitas e ilícitas)

Gráfica N°39. Población de 18 años y más por prevalencia de vida de consumo de drogas según área y sexo. República de Panamá. Año: 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año: 2007

Prevalencia de Vida

De los 25748 entrevistados, el 97.1% negó haber consumido drogas alguna vez en su vida, para una prevalencia de vida del 2.7% que representa a 696 entrevistados, con un diferencial para hombres de 5.2% de los 10287 hombres entrevistados y de 1% de las 15461 mujeres. La prevalencia de vida fue 5 veces mayor en hombres que en mujeres. En las áreas urbanas la prevalencia actual de consumo de drogas fue de 3.1% (6.2% para hombres y 1.3% para mujeres). Las áreas rurales reflejaron una prevalencia de 2.1% (3.8% para hombres y 0.8% para mujeres). En las áreas indígenas la prevalencia fue 2.5% (5.4% para hombres y 0.2% para mujeres).

Edad de Inicio

De los que habían consumido drogas alguna vez en la vida, la edad de inicio fue de 18 a 24 años en el 37.5%, seguido del grupo de 16 a 17 años con 18.2% y entre 13 a 15 años con el 15.5%. El inicio del consumo antes de los 13 años se reportó con un 5.2% y el 23.6% inició el consumo superado los 24 años. La edad promedio de 24.7 años, una mediana de 19.6 años y una moda de 18 años. Para los hombres el promedio fue de 21.4 y para las mujeres de 35.9; en tanto que la mediana fue de 19.2 y 19.9 años para los hombres y mujeres, respectivamente.

En las áreas urbanas de los 438 que consumieron alguna vez en su vida, uno de cada 3 (35.3%) inició el consumo entre los 18 y 24 años de edad, seguido del grupo de 25 años y más con 25.3%. Un 39.4% del consumo se inició entre menores de edad, concentrándose en el grupo de 16 a 17 años con 18%, seguido del grupo de 13 a 15 y de menores de 12 años con 15.5% y 5.9%, respectivamente. De los 324 hombres que consumieron drogas alguna vez en su vida, cerca de cuatro de cada 10 (37%) tenía entre 18 y 24 años al momento de iniciar el consumo; cerca de 5 de cada 10 (46%) eran menores de edad y 17% mayores de 24 años. En el caso de las mujeres, de las 114 indicaron en un 30.4% el inicio de consumo de drogas entre los 18 y 24 años; 48.7% lo hizo con 25 y más años y 20.9% lo hizo siendo menor de edad. La edad promedio de 25.8 años, una mediana de 19.6 años. El promedio en hombres fue de 22.2 y en mujeres de 35.8 años, en tanto que la mediana fue de 18.3 y 20.3 años para hombres y mujeres, respectivamente.

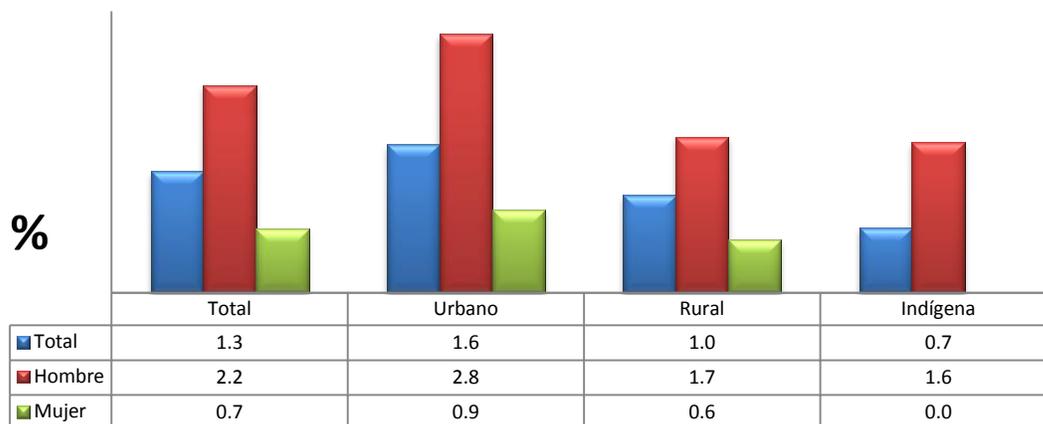
Un total de 179 personas entrevistadas en las áreas rurales, manifestaron haber consumido drogas alguna vez en su vida, de los cuales 4 de cada 10 (43.6%) inició el consumo entre los 18 y 24 años de edad, seguido del grupo de 25 años y más con 23.5%. Un 33% del consumo se inició entre menores de edad, concentrándose en el grupo de 16 a 17 años con 19.6%, seguido del grupo de 13 a 15 y de menores de 12 años con 11.2% y 2.2%, respectivamente. De los 140 hombres que consumieron drogas alguna vez en su vida, cerca de uno de cada 2 (49.3%) tenía entre 18 y 24 años al momento de iniciar el consumo; el 35% eran menores de edad y 15.7% mayores de 24 años. Un total de 39 (23.1%) mujeres manifestó haber iniciado el consumo de drogas entre los 18 y 24 años; 25.6% lo hizo siendo menor de edad y uno de cada dos (51.3%) con 25 años y más. La edad promedio de 24.4 años, una mediana de 19.6 años. El promedio en hombres fue de 21.3 y en mujeres de 35.7 años, en tanto que la mediana fue de 19.8 y 18 años para hombres y mujeres, respectivamente.

De los entrevistados en las áreas indígenas, 78 manifestaron haber consumido drogas alguna vez en su vida, de los cuales 1 de cada 2 (50%) eran menores de edad y cerca de 4 de cada 10 (35.9%) inició el consumo entre los 18 y 24 años de edad. Los de 25 años y más representaron el 14.1%.

Los menores de edad que iniciaron el consumo se concentraron en la edad de 13 a 15 años con un 25.6%, seguidos del grupo de 16 a 17 años con 16.7%. De los 74 hombres que consumieron drogas alguna vez en su vida, el 36.5% tenía entre 18 y 24 años al momento de iniciar el consumo; 1 de cada 2 (51.4%) eran menores de edad y 12.2% mayores de 24 años. En el grupo de menores de edad el mayor porcentaje se ubica entre los 13 y 15 años con un 27%. Un total de 4 mujeres manifestaron consumir drogas en la relación de 1:1 entre las de 16 a 17 años y las de 18 a 24 años, en tanto que una de cada dos señaló haberlo hecho con 25 años y más. La edad promedio de 19.3 años, una mediana de 18 años. El promedio en hombres fue de 18.1 y en mujeres de 41.3 años, en tanto que la mediana fue de 17.6 y 27.5 años para hombres y mujeres, respectivamente.

Prevalencia Actual, en cuanto a la prevalencia actual 332 personas reportaron consumir drogas en la actualidad, para una prevalencia actual de 1.3%, con un diferencial por sexo de 2.2% y 0.7% para hombres y mujeres, respectivamente. Al considerar los 14072 entrevistados de las áreas urbanas se estima una prevalencia actual de consumo de drogas del 1.6% (2.8% en hombres y 0.9% en mujeres). De los 8498 entrevistados de áreas rurales, el 1% se declaró consumidor de drogas (1.7% en hombres y 0.6% en mujeres). Un total de 3178 indígenas entrevistados arrojaron un prevalencia actual de consumo de drogas de 0.7% (1.6% en hombres y 0% en mujeres).

Gráfica N°40. Población de 18 años y más por prevalencia de vida de consumo de drogas según área y sexo. República de Panamá. Año: 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año: 2007

Cuadro N°39. Causas de morbilidad de trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas por grupo de edad y sexo, en la República de Panamá. Año 2013.

Grupo de edad	Total	Tasa	Hombre	Mujer
		1791	46.5	1451	340
Menor de un año	1		1	0
1 a 4 año	3		3	0
5 a 9 años	3		1	2
10 a 14 años	7		5	2
15 a 19 años	78		55	23
20 a 24 años	133		102	31
25 a 34 años	259		214	45
35 a 49 años	371		319	52
50 a 59 años	174		156	18
60 a 64 años	60		51	9
65 y + años	109		97	12

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. República de Panamá. Año: 2007.

Nutrición y salud

Prevalencia de desnutrición y sobrepeso en menores de 5 años, según el índice peso/edad
 En el estudio desarrollado en el año 2012 por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud sobre “Situación Alimentaria y Nutricional de la Población Panameña, basada en la Tercera encuesta de Niveles de Vida-2008”; se evaluó el estado nutricional de la población infantil y adolescente, utilizando los puntos de corte recomendados por la OMS 2006 para interpretar los valores Z de los índices descritos tal como se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro N°40. Puntos de corte para evaluar el estado nutricional de escolares y adolescentes con los índices talla/edad e IMC/Edad. Panamá, 2012

Índice antropométrico	Desviación Estándar	Interpretación
Talla/edad Puntaje Z	< -3.00 DE	Baja talla severa
	-3.00 a < -2.00 DE	Baja talla moderada
	>= -2.00 DE	Normal
IMC/edad Puntaje Z	< -2.00 DE	Bajo Peso
	-2.00 a +1.00 DE	Normal
	> +1.00 a +2.00 DE	Sobrepeso
	> +2.00 DE	Obesidad

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

De acuerdo al estudio, el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) ha disminuido de 5.6% en el año 1997 a 3.9% en el año 2008 a nivel Nacional. Al

analizar de los datos por área, se destaca en el periodo 2008 una disminución de 6.4 puntos porcentuales en el área indígena con relación al periodo 1997 y de 4.1 con relación al periodo 2003. Sin embargo, en el área urbana registra un aumento de 1.3 porcentual durante el periodo 2003 con referencia al periodo 1997, en el periodo 2008 disminuyó pero aun no alcanza el porcentaje de 1.8 obtenido en el periodo 1997.

Cuadro N°41. Prevalencia de desnutrición en pre – escolares según encuestas de niveles de vida. Años 1997, 2003 y 2008.

Desnutrición global (Bajo peso, moderado y severo) < de 5 años - Peso/ Edad			
Dominio	1997	2003	2008
Nacional	5,6	5,1	3,9
Urbana	1,8	3,1	2,4
Rural no indígena	6,1	4,1	3,2
Indígena	18,8	16,5	12,4
No pobre	1,6	1,7	1,7
Pobre no extremo	3,3	3,2	2,8
Pobre extremo	13,7	12,4	9,4

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

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

Cuadro N°42. Comparación de la prevalencia del estado nutricional en menores de 5 años, de acuerdo al índice IMC/edad, según área y niveles de pobreza, República Panamá años 2003 y 2008.

Prevalencia de desnutrición según área y niveles de pobreza	Población		Estado nutricional según IMC/edad										
	Muestra (n)		Emaciado Severo <-3DE %		Emaciado Moderado De -3DE a <-2DE %		Normal De -2DE a +2DE %		Sobrepeso De > +2DE a 3DE %		Obesidad >+ 3DE %		
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	
Total	2,962	2,515	0.4	0.5	1	1.1	86.1	87.1	6.6	8.5	5.9	2.8	
Área	Urbana	1,220	1,035	0.4	0.6	1	1.3	86.4	87.1	6.4	8.5	5.8	2.5
	Rural	1,050	1,000	0.4	0.4	0.5	0.7	89.3	91.5	4.8	5.2	5	2.2
	Indígena	492	480	0.2	0.1	2	1	77.2	77.8	12.1	15.9	8.5	5.2
Pobreza	No pobre	1,080	1,011	0.1	0.2	0.5	1.7	87.1	86.3	6.5	9.3	5.8	2.5
	No extrema	677	624	0.5	0.5	1.3	0.6	87	91.5	4.6	4.6	6.6	2.8
	Extrema	1005	877	0.7	0.8	1.4	0.6	84	84.7	8.5	10.6	5.4	3.3

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. 2008.

En el cuadro 42 se observa un leve deterioro en la desnutrición aguda según IMC/edad a nivel nacional, el cual ocurre en la población de menores de 5 años del área urbana y no pobre, mientras que se observa una mejoría en niños del área indígena y de pobreza extrema. Con relación al exceso de peso, se observa un incremento en el sobrepeso a nivel nacional, más evidenciado en el área indígena la cual casi dobla la prevalencia del nivel nacional; en cuanto a la obesidad hubo una leve disminución entre 2003 y 2008, reflejada en todas las áreas y niveles de pobreza, pero en el área indígena sigue siendo más elevada que la prevalencia nacional.

Para la edad de menores de 5 años, se observa un aumento en relación a la ENV del 1997 que fue de 16.7% a 19.1% en el año 2008. La mayor disminución está entre los menores de 5 años del área rural no indígena, que pasó de 18.1% a 17.3%, del 1997 al 2008 respectivamente. Sin embargo, hubo un aumento de la desnutrición crónica en el área indígena de 53.9% a 62.0% de 1997 al 2008 respectivamente.

La desnutrición crónica en al área urbana pasó de 6.2% a 10.1%, en el mismo período, lo que representa un aumento, aunque se redujo con relación al 2003 que fue de 15.7%. Al analizar la situación de desnutrición crónica para el 2008 según talla para edad a nivel de área geográfica, se observa que la mayor prevalencia de desnutrición crónica se presentó en las áreas indígenas con 62.0%; este valor es tres veces mayor que la prevalencia nacional (19.1%), cuatro (4) veces mayor que la prevalencia de las áreas rurales (17.3%) y seis (6) veces la prevalencia de las área urbanas (10.5%). En relación a baja talla para la edad, según niveles de pobreza, la prevalencia de desnutrición en los niños en extrema pobreza es dos veces la prevalencia nacional, y seis veces la prevalencia de los no pobres.

Cuadro N°43. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años según área y Pobreza. Panamá, 2008.

Prevalencia de desnutrición crónica según área y pobreza		Muestra n	Baja talla moderada y severa %	Baja talla severa %	Baja talla moderada %	Normal %
Total		2,515	19.1	7.2	11.9	80.9
Área	Urbana	1,035	10.5	2.6	7.9	89.5
	Rural	1,000	17.3	4.4	12.5	83.1
	Indígena	480	62	33.6	28.4	38
Pobreza	No pobre	1,011	6.8	1.7	5.1	93.2
	No extrema	624	16.1	4.3	11.9	83.8
	Extrema	877	46.2	20.5	25.2	54.3

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. 2008.

En cuanto a la desnutrición crónica en menores de 5 años según provincia (Cuadro 44); las comarcas indígenas son las que presentan mayor prevalencia (63.9%) seguida por las provincias de Bocas del Toro, Darién y Coclé, todas con valores superiores al promedio nacional. La representatividad muestral de “Comarcas indígenas” se refiere a los menores de 5 años indígenas que viven en las comarcas de Kuna Yala, Emberá y Ngabe Bugle exclusivamente.

Cuadro N°44. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, por provincias y comarcas, según el índice Talla/edad. Panamá, 2008.

Provincias Comarcas	/ Población	Prevalencia de		Estado		según
		desnutrición crónica		Talla/edad		
		Muestra	Baja talla (severa y moderada)	Baja talla severa	Baja talla moderada		Normal
n	%	%	%	%		
Total	2,515	19.1	7.2	11.9	80.9	
Bocas del Toro	361	38.2	13.8	24.4	61.8	
Coclé	143	21.7	2.9	18.8	78.3	
Colón	147	8.4	1.4	7	92.6	
Chiriquí	180	8.7	1.5	7.1	91.3	
Darién	172	21.8	6.4	15.4	78.2	
Herrera	109	10	1.7	8.2	90	
Los Santos	66	9	2,2	6.8	91	
Panamá	830	12.6	3.9	8.7	87.4	
Veraguas	125	13.4	2.2	11.3	86.5	
Comarcas indígenas	382	63.9	37.8	26.1	36.1	

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. 2008.

Los promedios de peso y talla en los niños fueron mayores que en las niñas. Los valores del puntaje Z del índice peso/edad presentaron una ligera diferencia negativa en relación al promedio del patrón de referencia de OMS y se incrementa esta diferencia negativa en el grupo de 36 a 59 meses. Los valores del puntaje Z del índice talla/edad estuvieron más alejados de la mediana en todos los grupos, llegando a -1.0 DE en el grupo de 36 a 59 meses.

Cuadro N°45. Promedios de peso, talla y del valor Z de los índices peso/edad y talla/edad en menores de 5 años según sexo y grupos de edad. Panamá, 2008.

Sexo/ grupo de edad	Población (n)	Peso				Talla			
		Peso (kg)		Valor Z de peso/edad		Talla (cm)		Valor Z de talla/edad	
		Media	EE	Media	EE	Media	EE	Media	EE
Total	2,515	12.7	0.09	-0.1	0.03	86.6	0.33	-0.9	0.03
Sexo masculino	1,324	12.9	0.12	-0.1	0.04	87.2	0.47	-0.9	0.05
Sexo femenino	1,191	12.4	0.13	-0.1	0.04	85.9	0.47	-0.8	0.05
Grupos de edad									
0 - 5 meses	199	6.2	0.12	0	0.11	59.9	0.43	-0.04	0.11
6 -35 meses	1,294	11.2	0.08	-0.1	0.04	81	0.27	-0.09	0.05
36 - 59 meses	1,022	15.8	0.09	-0.3	0.04	98.9	0.25	-1	0.04

Fuente: Encuestas de Niveles de Vida, 2003 y 2008

En el cuadro 46 se puede observar que el promedio de peso y talla a nivel nacional según sexo y edad, de los años 2003 y 2008, en menores de 5 años, se ha mantenido; lo mismo ocurre para el promedio del valor Z del índice de peso/edad y talla/edad, lo que evidencia que no hubo deterioro en estos grupos de población.

Cuadro N°46. Comparación de los promedio de peso, talla y valor Z de los índices de peso/edad y talla/edad, en menores de 5 años, según sexo y grupos de edad, República de Panamá, 2003 y 2008.

Año 2003-08	Población (n)	Peso/Edad							
		Peso (kg)		Valor Z de peso/edad		Talla (cm)		Valor Z de talla/edad	
	Muestra	Ā	EE	Ā	EE	Ā	EE	Ā	EE
2003									
Total	2893	12.5	0.09	-0.2	0.02	84.5	0.34	-1	0.03
Sexo									
Masculino	1,491	12.7	0.13	-0.2	0.04	84.6	0.47	-1.1	0.05
Femenino	1,402	12.3	0.13	-0.2	0.03	84.4	0.47	-0.9	0.05
Grupos de edad									
0 - 5 meses	303	6.2	0.19	-0.1	0.09	58.6	0.43	-0.5	0.12
6 -35 meses	1396	11.2	0.09	-0.1	0.04	79.4	0.29	-1	0.05
36 - 59 meses	1194	15.8	0.1	-0.3	0.04	97.6	0.28	-1.1	0.05
2008									
Total	2,515	12.7	0.09	-0.1	0.03	86.6	0.33	-0.9	0.03
Sexo									
Masculino	1,324	12.9	0.12	-0.1	0.04	87.2	0.47	-0.9	0.05
Femenino	1,191	12.4	0.13	-0.1	0.04	85.9	0.47	-0.8	0.05
Grupos de edad									
0 - 5 meses	199	6.2	0.12	0	0.11	59.9	0.43	-0.4	0.11
6 -35 meses	1,294	11.2	0.08	-0.1	0.04	81	0.27	-0.9	0.05
36 - 59 meses	1,022	15.8	0.09	-0.3	0.04	98.9	0.25	-1	0.04

Fuente: Encuestas de Niveles de Vida, 2003 y 2008

Cuadro N°47. Comparación de la prevalencia de bajo peso en menores de 5 años basado en el índice peso/edad, según área y niveles de pobreza, República de Panamá. Años 1997-2003-2008.

Grado de Nutrición, Según Área y Según Nivel de Pobreza		1997		2003		2008	
		Muestra (n)	Bajo Peso (moderado y severo)	Muestra (n)	Bajo Peso (moderado y severo)	Muestra (n)	Bajo Peso (moderado y severo)
			%		%		%
Total		2,249	5.6	2,692	5.1	2,515	3.9
Área	Urbana	857	1.8	1,203	3.1	1,035	2.4
	Rural	972	6.1	1,023	4.1	1,000	3.2
	Indígena	420	18.8	466	16.5	480	12.4
Pobreza	No pobre	884	1.6	1,064	1.7	1,011	1.7
	No extrema	418	3.3	657	3.2	624	2.8
	Extrema	847	13.7	971	12.4	877	9.4

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2003, 2008.

La prevalencia de bajo peso moderado y severo, según el índice peso/edad, en los menores de 5 años ha disminuido ligeramente de 5.6% en 1997 a 3.9 % en 2008. En niños del área urbana, la prevalencia de bajo peso tuvo un comportamiento oscilante, mientras que en las áreas rural e indígena disminuyeron; no obstante, persisten altas cifras en el área indígena (12.4%), siendo tres veces mayor que el promedio nacional para el año 2008. Según niveles de pobreza, los niños en pobreza extrema tuvieron una disminución de 13.7% en 1997 a 9.4% en 2008 (4.3 puntos porcentuales en 11 años).

Cuadro N°48. Comparación de la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años de acuerdo al índice talla/edad, según área y niveles de pobreza, República de Panamá. Años 1997-2003-2008.

Grado de Nutrición, Según Área y Según Nivel de Pobreza		1997		2003		2008	
		Muestra n	Baja Talla (moderada y severa)	Muestra n	Baja Talla (moderada y severa)	Muestra n	Baja Talla (moderada y severa)
			%		%		%
Total		2,249	16.7	2,692	22.2	2,515	19.1
Área	Urbana	857	6.2	1,203	15.7	1,035	10.5
	Rural	972	18.1	1,023	19.1	1,000	17.3
	Indígena	420	53.9	466	59.6	480	62
Pobreza	No pobre	884	5	1,064	11	1,011	6.8
	No extrema	418	12.5	657	19.5	624	16.1
	Extrema	847	38.4	971	43.3	877	46.2

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. 2008.

Al comparar los resultados de las encuestas se observa que los niveles de desnutrición crónica han disminuido a nivel nacional en un 3.1%, sin embargo al separarlos por áreas, se refleja en el área Indígena un aumento de 2.4% en el año 2008, en relación a la encuesta del 2003 y en la población que está en pobreza extrema en un 2.9 (cuadro 49).

Cuadro N°49. Categorías de educación del jefe de hogar de la población de escolares para análisis antropométricos. República de Panamá, 2008.

Categorías		Muestra		
		N°	Expandida	%
Total		2806	323062	100
Educación	Ninguno	1000	87625	27.3
	Primaria incompleta	575	70176	21.9
	Primaria completa	451	57165	17.8
	Secundaria incompleta	117	15495	4.8
	Secundaria completa	158	24564	7.7
	Superior	71	11085	3.5
	No sabe	416	54794	17.1
	Sin información	18		

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. 2008.

Cuadro N°50. Categorías de ocupación del jefe de hogar de la población de escolares para análisis antropométricos. República de Panamá, 2008.

Categorías		Muestra		
		N°	Expandida	%
Ocupación	Empleado / Asalariado	716	100931	31.5
	Jornalero	348	34593	10.8
	Dueño o patrón	27	3137	1
	Por su cuenta o independiente	418	52349	16.3
	Trabajador de su propia finca	1083	104879	32.7
	Empleado doméstico	6	1083	0.3
	Trabajador del hogar	41	4905	1.5
	Rentista	8	1749	0.5
	No sabe	141	17277	5.4
	Sin información	18		

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. 2008.

Otro dato que arroja la Encuesta y que es de suma importancia para evaluar el estado nutricional de los menores es la escolaridad de los padres o Jefes de hogares. En los cuadros 51 y 52 se describe la escolaridad y ocupación del jefe de hogar de los escolares encuestados. La deficiencia en educación causa que enfermedades transmisibles sigan figurando como principales causas de enfermedad y muerte principalmente en los menores de edad y en los adultos mayores.

Cuadro N°51. Categorías de educación del jefe de hogar de la población de adolescentes para análisis antropométricos. República de Panamá, 2008.

Categoría		Muestra		
		N°	Expandida	%
Total		4267	491587	100
Educación	Ninguno	1482	132965	27.3
	Primaria incompleta	858	100918	20.7
	Primaria completa	753	97335	20
	Secundaria incompleta	134	19531	4
	Secundaria completa	196	30061	6.2
	Superior	82	12726	2.6
	No sabe	726	93794	19.2
	Sin información	36		

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008

Cuadro N°52. Categorías de ocupación del jefe de hogar de la población de adolescentes para análisis antropométricos. República de Panamá, 2008.

Categoría		Muestra		
		N°	Expandida	%
Ocupación	Empleado / Asalariado	1021	147432	30.3
	Jornalero	527	54986	11.3
	Dueño o patrón	40	5226	1.1
	Por su cuenta o independiente	604	71432	14.7
	Trabajador de su propia finca	1702	169515	34.8
	Empleado doméstico	7	694.11303	0.1
	Trabajador del hogar	84	8850	1.8
	Rentista	7	1285	0.3
	No sabe	239	27909	5.7
	Sin información	36		

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008

Escolares

El Censo de Tallas en escolares es una media importante propuesta para evaluar el estado nutricional en este grupo poblacional y a la vez reconocer el ambiente en el cual se desarrolla; ya que la talla que ha alcanzado un escolar entre 6 y 9 años es el resultado de las interacciones de los factores genéticos, sociales y económicos que han caracterizado el ambiente en que se ha

desarrollado, desde su concepción. La baja talla en escolares está asociada con el consumo alimentario inadecuado y enfermedades infecciosas frecuentes, debido al acceso limitado a los alimentos, prácticas inapropiadas de atención materno- infantil y a servicios de agua y saneamiento ambiental deficientes en una comunidad.

Los seis censos de talla realizados en el país, han permitido monitorear el comportamiento de la desnutrición crónica a nivel nacional, por provincias, comarcas, distritos y corregimientos; lo que ha permitido una mejor focalización de los programas de alimentación y nutrición. Información que ha permitido también al Estado Panameño identificar las áreas geográficas de mayor riesgo y priorice las intervenciones en seguridad alimentaria y nutricional, tal como se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro N°53. Cobertura y Prevalencia de baja tallas según severidad. Censos 1982 -2007.

Censos de talla	Cobertura	Prevalencia baja talla*			Observaciones
		Nacional	Moderada	Severa	
Censo I (1982)	88.50%	23.10%	21.90%	5.30%	Menores prevalencias: Los Santos y Panamá. Más altas prevalencias: Bocas del Toro, Darién y Veraguas Comarca de Kuna Yala (3)
Censo II (1985)	71.10%	18.80%			Menores prevalencias: Los Santos y Panamá. Más altas prevalencias: Comarca de Kuna Yala y las Provincias de Bocas del Toro y Veraguas (5).
Censo III (1988)	91.30%	24.40%	18.60%	5.80%	Más altas prevalencias de baja talla: áreas rurales y en las áreas indígenas de Bocas del Toro, Darién y la Comarca de Kuna Yala (6).
Censo IV (1994)	92.90%	23.90%	17.70%	6.20%	Menores prevalencias: Los Santos y Panamá. Más altas prevalencia: Bocas del Toro, Darién y Comarca Kuna Yala.
Censo V (2000)	90.90%	21.90%	16%	5.90%	Menores prevalencias (<10.2%): Los Santos, Herrera, Panamá. Más altas prevalencias (>60%): Comarcas Ngabe Bugle, Kuna Yala y Emberá (8).
Censo VI (2007)	97%	21.20%	15.10%	6.10%	Menores prevalencias (<9.0%): Los Santos, Herrera y Panamá. Más altas prevalencias (>46.7%): Comarcas indígenas. De los 13 distritos que en el 2000 tenían la más altas prevalencias, ocho de ellos mejoraron
		22.40%	15.90%	6.50%	

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008

En el VII censo de talla de escolares de primer grado de las escuelas públicas realizado en el 2013 se consideró la edad de 7 años con 0 meses, que fue el grupo de edad con mayor participación en este censo. La talla promedio de los niños fue de 118.2 cm y la de las niñas 117.6 cm en este censo se encontró:

Que de los 54,897 escolares de primer grado evaluados, el 84.1% tiene una talla adecuada para la edad; la prevalencia de baja talla fue de 15.9%; de los cuales 12.5 % presentó talla baja moderada

y 3.4 % talla baja severa. De acuerdo a la clasificación internacional, la prevalencia de baja talla en Panamá es de tipo moderado, debido a que estamos por arriba del 2.3% del patrón de referencia de la OMS 2007. Se espera que en una población normal, el 97.7 % de los escolares tenga una talla adecuada. Comparada con los resultados de este Censo 2013 hay una diferencia del 13.3%.

La prevalencia de baja talla a nivel nacional fue de 15.9%, de la cual 12.5 % corresponde a baja talla moderada y 3.4 % a baja talla severa. La prevalencia de desnutrición crónica disminuyó significativamente de 22.1% en el 2007 a 15.9% en el 2013.

Las mayores prevalencias de desnutrición crónica se observaron en las comarcas Kuna Yala (61%), Ngäbe Buglé (53%) y Emberá Wounaán (31.0 %). La prevalencia de baja talla del área rural fue el doble que la urbana, mientras que la indígena fue ocho veces mayor. Con relación a las áreas urbana y rural la provincia de Bocas del Toro fue la que presentó las más altas prevalencias de baja talla. Los distritos con prevalencias adecuadas por debajo de 2.3%, según la OMS, fueron: Balboa, Guararé, Las Tablas, Pedasí, Ocú y Chitré. De los 76 distritos que conforman el país, 15 no presentaron baja talla severa: Santa Isabel, Alanje, Ocú, Los Pozos, Chitré, Las Tablas, Guararé, Pedasí, Pocrí, Tonosí, Balboa, San Carlos, Taboga, Rio de Jesús y Montijo.

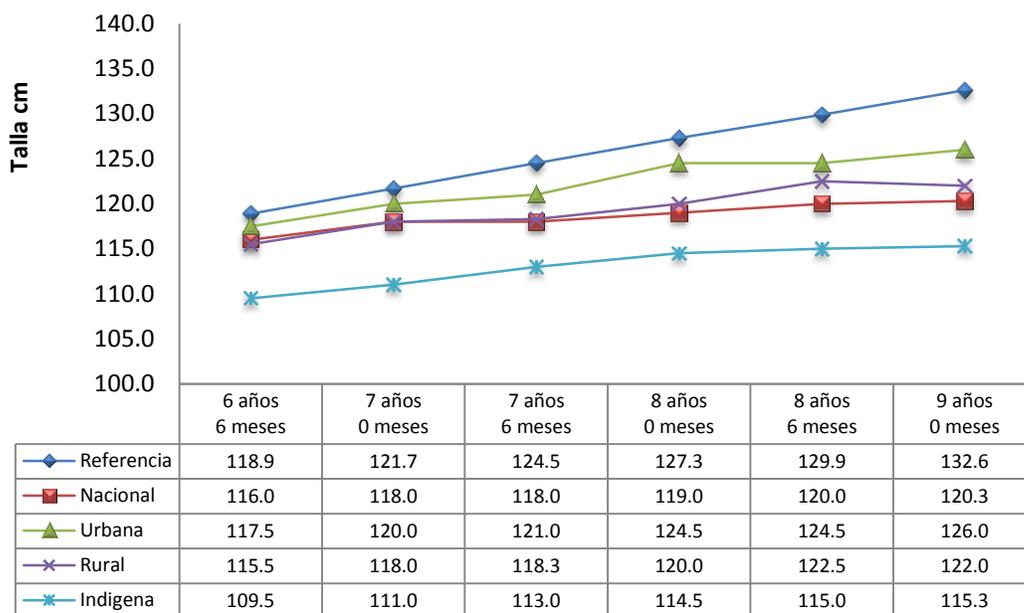
128 escolares con algún tipo de discapacidad, de las cuales las más frecuentes fueron: afectaciones del sistema óseo, deficiencias en el aprendizaje, retardo, parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, discapacidades visual y auditiva. Se incluyeron, para el análisis de los datos, la talla de los escolares con discapacidades que no afectaran la medición como dificultad en el aprendizaje, retardo mental, autismo, discapacidades visual y auditiva.

Cuadro N°54. Talla promedio y mediana por edad según sexo. VII censo nacional de talla, República de Panamá 2013.

Sexo	Edad	Población Total	Talla	
			Promedio	Mediana
Niños 	6 años 0 meses	51	118.9	119.0
	6 años 6 meses	1070	115.9	116.0
	7 años 0 meses	2370	118.2	118.0
	7 años 6 meses	681	117.9	118.0
	8 años 0 meses	254	119.4	119.0
	8 años 6 meses	129	120.6	120.0
	9 años 0 meses	68	120.7	120.3
	9 años 6 meses	37	123.4	122.5
	Niñas 	6 años 0 meses	40	116.4	115.8
6 años 6 meses		1081	115.5	115.5
7 años 0 meses		2233	117.6	117.5
7 años 6 meses		529	117.2	117.0
8 años 0 meses		176	118.8	119.0
8 años 6 meses		90	119.6	119.5
9 años 0 meses		51	123.0	122.0
9 años 6 meses		32	120.4	120.3

En la gráfica se comparan la mediana de la talla en niñas y niños del estándar de la OMS para cada grupo de edad, con las medianas de las tallas a nivel nacional y de las áreas urbana, rural e indígena. En ambos sexos, las tallas de los escolares del área urbana de 6 años con 6 meses y los de 7 años con 0 meses se acercan a los estándares de la OMS. En las niñas el acercamiento es más evidente, resaltando que a los 7 años la diferencia entre la mediana de la talla del área urbana frente al patrón de referencia antes mencionado, es de 1.7cm en los varones y 0.8 cm en las niñas. A pesar de que se presentó un alejamiento de la talla del estándar de la OMS en todos los grupos, se observa una tendencia ascendente de la talla a medida que aumenta la edad.

Gráfica N° 41. Mediana de la talla de niños en comparación con la mediana de la talla patrón de referencia de la OMS según grupo de edad.



Fuente: VII Censo Nacional de Talla, Panamá 2013

Al realizar las comparaciones entre ambos censos, se observa que la prevalencia nacional del 2007 fue de 22.1% mientras que la del 2013 fue de 15.9%, lo cual refleja una disminución de la desnutrición crónica de 6.2%; es importante resaltar que la prevalencia de baja talla severa disminuyó 2.8%, todas con significancia estadística.

Con relación a la talla promedio a los siete años con cero meses, se observa un aumento de 1.5 cm y 1.6 cm para sexo masculino y femenino respectivamente; diferencias estadísticamente significantes.

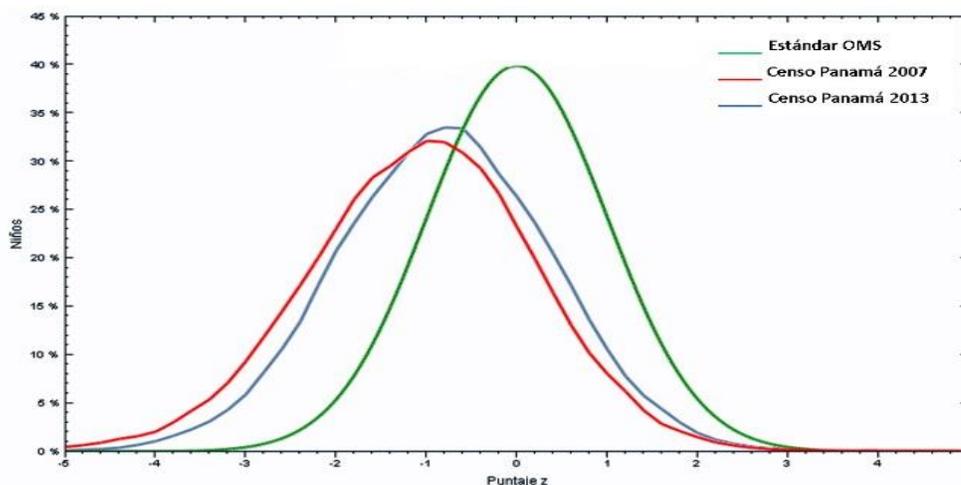
Cuadro N° 55. Estado nutricional según índice talla/edad, valores “z”, desviación estándar y tallas promedios en escolares de los censos 2007 – y 2013.

ASPECTO	2007	2013	DIFERENCIA
Población	64260	54897	-
Normal (%)	77.9	84.1	+ 6.2
Baja talla total (%)	22.1	15.9	- 6.2*
Baja talla moderada (%)	15.8	12.5	- 3.3*
Baja talla severa (%)	6.2	3.4	- 2.8*
Valor Z (promedio)	- 1.054	- 0.814	+0.24*
Desviación estándar (promedio)	1.26	1.20	-
Talla (cm) promedio masculino 7 a 0 m	116.7	118.2	+ 1.5*
Talla (cm) promedio femenino 7 a 0 m	116.0	117.6	+ 1.6*

Fuente: VII Censo Nacional de Talla, Panamá 2013

La gráfica 42, muestra la comparación entre los censos 2007 y 2013 de la distribución de todos los escolares según el valor Z para la talla, observándose un desplazamiento de la curva hacia la derecha en el 2013, acercándose esta última al estándar OMS. El valor Z promedio aumentó 0.24, el cual es estadísticamente significativo.

Gráfica N° 42. Comparación de los valores de puntajes z de talla* en escolares de los censos 2007 y 2013.



VII Censo de Talla de Escolares de Primer Grado de las Escuelas Oficiales Panamá 2013

El cuadro muestra que en todas las provincias y comarcas la prevalencia de baja talla disminuyó entre el 2007 y el 2013, siendo mayores las diferencias en la comarca Ngäbe Buglé con 17.7%, en la comarca Emberá 15.2% y en la provincia de Bocas del Toro donde la disminución fue de 11.1%.

El cambio porcentual de la prevalencia se refiere al porcentaje de la diferencias de las prevalencias entre censos, considerando como 100% la prevalencia del 2007; lo cual explica porcentualmente el cambio presentado dentro de cada provincia, comarca o distrito, siendo favorable si es positivo o desfavorable si es negativo. Se observa en el cuadro 56 que las provincias con cambios porcentuales favorables, por arriba del nacional (+28.1) fueron: Herrera, Coclé, Veraguas, Comarca Emberá, Los santos, Panamá y Bocas del Toro.

Cuadro N°56. Diferencia y cambio porcentual de las prevalencias de baja talla entre los censos 2007 y 2013, provincias y comarcas. Panamá 2013.

PROVINCIA Y COMARCA	PREVALENCIA DE BAJA TALLA			
	2007	2013	Diferencia	Cambio %
TOTAL	22.1	15.9	-6.2	+28.1
Bocas del Toro	38.8	27.7	-11.1	+28.6
Coclé	15.5	9.9	-5.6	+36.1
Colón	12	9.3	-2.7	+22.5
Chiriquí	14.9	11	-3.9	+26.2
Darién	26.3	22.2	-4.1	+15.6
Herrera	7.3	4	-3.3	+45.2
Los Santos	5	3.4	-1.6	+32.0
Panamá	9.2	6.6	-2.6	+28.3
Veraguas	22.2	14.5	-7.7	+34.7
Comarca Kuna Yala	69.3	61.4	-7.9	+11.4
Comarca Emberá	45.8	30.6	-15.2	+33.2
Comarca Ngabe - Bugle	71.1	53.4	-17.7	+24.9

Fuente: VII censo de talla de escolares de primer grado de las escuelas oficiales Panamá 2013.

En el cuadro 57 se muestra que la provincia de Bocas del Toro presentó mayor disminución de la desnutrición crónica en el área urbana y en la rural; y la provincia de Darién una menor disminución de la misma en el área rural e indígena. Con relación a los cambios observados en el área indígena la provincia de Chiriquí y Bocas del Toro fueron las que presentaron mayores disminuciones de la prevalencia de baja talla.

Cuadro N° 57. Prevalencia de baja talla por área, censos 2007 y 2013, según provincias y comarcas. Panamá.

Provincia y Comarca	Total		Urbana		Rural		Indígena	
	2007	2013	2007	2013	2007	2013	2007	2013
Bocas del Toro	38.8	27.7	20.8	15.4	38.8	28.5	55.7	38.6
Coclé	15.5	9.9	6.5	3.1	18.5	12.3	-	-
Colón	12	9.3	6.2	6	15.6	11.1	-	100
Chiriquí	14.9	11	9.9	6.7	17.2	12.7	61.5	33.7
Darién	26.3	22.2	-	5	16.4	14.5	53.7	53.6
Herrera	7.3	4	4	2	10.5	6.6	-	-
Los Santos	5	3.4	3.2	2.2	5.8	4.1	-	-
Panamá	9.2	6.6	7.4	5.9	11.7	7.9	42.4	31.8
Veraguas	22.2	14.5	6.8	4.7	26.7	17.2	-	-
Comarca Kuna Yala	69.3	61.4	-	-	-	-	69.3	61.4
Comarca Emberá	45.8	30.6	-	-	-	-	45.8	30.6
Comarca Ngäbe – Buglé	71.1	53.4	-	-	-	-	71.1	53.4

Fuente: VII censo de talla de escolares de primer grado de las escuelas oficiales Panamá 2013

En el análisis de la situación alimentaria desarrollada por la Dirección de Provisión de la Salud, la muestra de niños de 5 a 9 años se observó que los promedios de talla tienen el mismo valor en ambos sexos, no obstante los varones presentaron mayor deterioro, como se puede observar en el cuadro 58. Al analizar los resultados por área de residencia y por nivel de pobreza, los escolares indígenas y los de pobreza extrema presentaron los promedios de talla más bajos en relación al promedio nacional. En relación a los valores promedios de Z de la Talla/edad, los escolares de las áreas indígenas presentaron un valor de -2.40, lo que refleja la magnitud de las deficiencias de salud y nutrición a que estuvieron expuestos en los dos primeros años de vida.

Cuadro N°58. Promedio de talla y del valor Z de talla/edad en niños de 5 a 9 años según sexo, área y línea de pobreza. Panamá, 2008.

	Población (n)	Talla (cm)		Valor Z de talla/edad	
	Muestra	Ā	EE	Ā	EE
Total	2,806	120.2	0.25	-0.76	0.03
Sexo					
Masculino	1,437	120.1	0.34	-0.81	0.04
Femenino	1,369	120.2	0.36	-0.7	0.04
Área					
Urbana	1,182	122.3	0.35	-0.37	0.04
Rural	1,136	119.7	0.38	-0.83	0.04
Indígena	488	111	0.44	-2.4	0.04
Pobreza					
No pobre	1,227	122.8	0.36	-0.28	0.04
No extrema	715	119.5	0.48	-0.84	0.05
Extrema	864	114.6	0.42	-1.8	0.05

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008. * Según patrón de OMS 2007

La prevalencia de baja talla moderada y severa en escolares fue de 16.2% siendo mayor en el sexo masculino como se puede observar en el cuadro 59. Tanto la baja talla moderada como la baja talla severa tienen mayor prevalencia en los varones.

Cuadro N° 59. Estado nutricional según el índice talla/edad en niños y niñas de 5 a 9 años, según sexo. Panamá, 2008.

Sexo	Población	Baja talla (moderada y severa)	Estado nutricional según talla/edad		
			Baja talla severa	Baja talla moderada	Normal
	Muestra		%	%	%
	n	%	%	%	%
Total	2,806	16.2	4.9	11.2	83.8
Masculino	1,437	18	5.7	12.4	81.8
Femenino	1,369	14.1	4.1	10	85.9

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008. * Según patrón de OMS 2007

En el cuadro 60 se observa que el bajo peso según IMC/edad en el área indígena (1.5%) y en los pobres extremos (1.4%) son inferiores al promedio nacional. Las mayores proporciones de sobrepeso estuvieron entre los escolares del área indígena (32.6%) y de pobreza extrema (25.4%), situación que está influenciada por la talla baja que presentó la mayoría de estos escolares. Por

otro lado, la obesidad fue mayor entre los escolares del área urbana (11.6%) y no pobre (14.5%), cifras dos veces mayor que las máximas esperadas de obesidad a nivel mundial (5%).

Cuadro N°60. Estado nutricional, según el IMC/edad, de niños y niñas de 5 a 9 años según área. Panamá, 2008.

		Población	Estado Nutricional según IMC/edad (%)				
			Muestra n	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Total		2,806	2.1	70.9	17.5	9.4	26.9
Área	Urbana	1,182	2.8	70.5	15.1	11.6	26.7
	Rural	1,136	1.3	74.8	16.1	7.8	23.9
	Indígena	488	1.5	62.4	32.6	3.5	36.1
Pobreza	No pobre	1,227	2.8	67.2	15.5	14.5	30
	No extrema	715	1.5	80.1	14.8	3.7	18.5
	Extrema	864	1.4	69.2	25.4	3.9	29.3

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008

Según el análisis de IMC/edad por provincias, se detectó que los escolares de la provincia de Panamá presentaron las cifras más elevadas de bajo peso (3.3%) que el promedio nacional según datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008, cuadro 61. Las cifras de sobrepeso en escolares fueron superiores en las comarcas indígenas (33.2%) y Bocas del Toro (31.6%). La Obesidad en los escolares fue superior en las provincias de Panamá (13.1%) y Herrera (11.2 %).

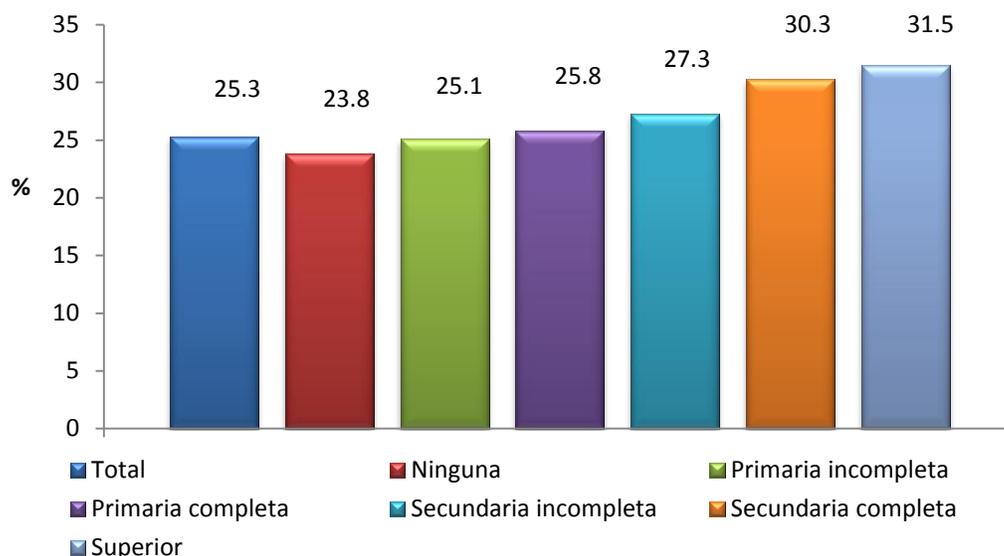
Cuadro N°61. Estado nutricional de niños y niñas de 5 a 9 años según IMC/edad por provincias y comarcas. Panamá 2008

Provincia o Comarca	Población	Estado nutricional según IMC/edad (%)				
		Muestra (n)	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso y obesidad
País	2,806	2.1	70.9	17.5	9.4	26.9
Bocas del Toro	380	0.8	61.1	31.6	6.4	38
Coclé	181	1.2	73.6	18.5	6.6	25.1
Colón	138	2.5	76.6	14.6	6.2	20.8
Chiriquí	184	0	74.3	18.6	7.1	25.7
Darién	185	1.1	87.4	10.1	1.4	11.5
Herrera	129	0.8	75.7	12.2	11.2	23.4
Los Santos	86	0.9	81.2	7.2	10.7	17.9
Panamá	972	3.3	69.4	14.1	13.1	27.2
Veraguas	159	1.2	78.7	15.7	4.3	20
Comarcas	392	1.7	61.1	33.2	4	37.2

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008

La educación del jefe de familia influyó en la talla alcanzada por los escolares de 5 a 9 años, lo que se vio reflejado en los resultados obtenidos con el índice talla/edad. La mayor prevalencia de baja talla moderada y severa (32.1%) estuvo entre los escolares cuyos padres no habían logrado ninguna educación.

Gráfica N°43. Prevalencia de baja talla moderada y severa en niños y niñas de 5 a 9 años, según educación del jefe de hogar. Panamá, 2008.



Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

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

Cuadro N°62. Comparación del estado nutricional según el IMC/edad de niños y niñas de 5 a 9 años, según área y niveles de pobreza, República de Panamá 2003 y 2008.

	Años	Muestra (n)		Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
		2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
	Total	2,935	2,806	4.4	2.1	75.6	70.9	11.2	17.5	8.8	9.4
Área	Urbana	1276	1,182	4.8	2.8	75.1	70.5	10.6	15.1	9.5	11.6
	Rural	1186	1,136	4.4	1.3	78.8	74.8	9.3	16.1	7.5	7.8
	Indígena	473	488	2.5	1.5	69.3	62.4	19.2	32.6	9	3.5
Pobreza	No pobre	1238	1,227	4.1	2.8	71.9	67.2	12.7	15.5	11.3	14.5
	No extrema	741	715	6	1.5	81.2	80.1	6.6	14.8	6.2	3.7
	Extrema	956	864	3.4	1.4	77.8	69.2	12.6	25.4	6.2	3.9

* Para el año 2003 se utilizó el patrón de NCHS mientras que para el 2008 el de OMS/2007.

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

Adolescentes

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

Cuadro N°63. Estado nutricional de adolescentes (10 a 17 años) de acuerdo a IMC/edad según área. Panamá, 2008.

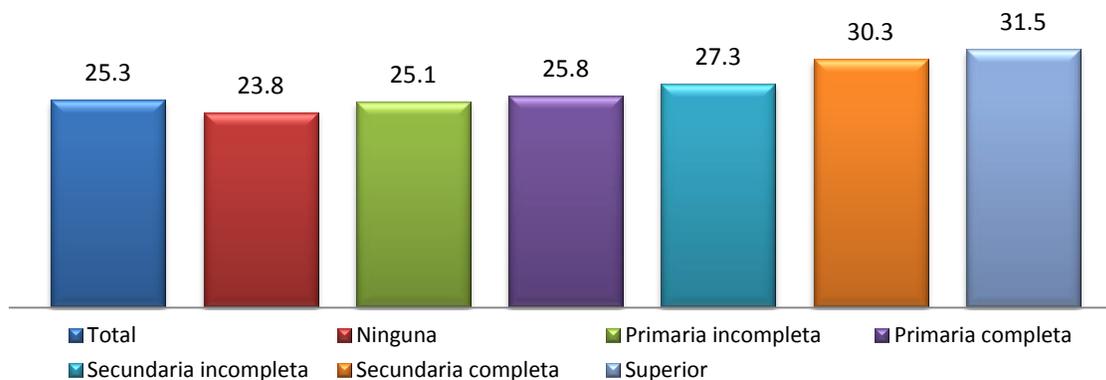
		Población	Estado Nutricional según IMC/edad, en porcentaje				Sobrepeso y Obesidad
			Muestra(n)	Bajo peso	Normal	Sobrepeso		Obesidad
Total		4,267	2.2	72.4	18.2	7.2	25.4
Área	Urbana	1,822	2.4	70.7	17.5	9.5	27
	Rural	1,834	2	74.1	19.1	4.8	23.9
	Indígena	611	1.4	76.6	19.9	2.1	22
Pobreza	No pobre	2,070	1.9	69.5	18.5	10	28.5
	No Extrema	1,042	3.2	75	16.9	4.8	21.7
	Extrema	1,155	1.6	77.4	19	2	21

* Según patrón de OMS 2007

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008

La agrupación de los adolescentes según provincia reveló que el bajo peso estuvo por arriba del promedio nacional en Los Santos (5%), Colón (4.1%) y Herrera (3.2%). El exceso de peso corporal de los adolescentes fue más prevalente en las provincias de Bocas del Toro (36.0%), Chiriquí (29.1%) y Panamá (27.9%), según IMC/edad. Con relación a la educación del jefe de familia y la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en los adolescentes, se observó que a medida que aumenta la escolaridad del jefe del hogar aumenta el exceso de peso.

Gráfica N°44. Prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo al IMC/edad en adolescentes de 10 a 17 años, según educación del jefe de hogar. Panamá, 2008.



Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

En los adolescentes, a pesar de que se utilizaron patrones de referencia diferentes entre una encuesta y la otra, la variación de los resultados es consistente, tanto por área como por tipo de pobreza. El bajo peso disminuyó a nivel nacional y en todas las áreas y niveles de pobreza, excepto en el área indígena. El sobrepeso y la obesidad se han incrementado en todas las áreas y niveles de pobreza. Llama la atención que la obesidad en los adolescente indígenas es muy baja en relación al nivel nacional.

Cuadro N°64. Comparación del estado nutricional según IMC/edad, de adolescentes (10 a 17 años), según área, años 2003 y 2008. Panamá.

		Población		Estado nutricional según IMC/edad, en %							
		Muestra (n)		Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
Año		2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Total		4285	4,267	4.5	2.2	76.5	72.4	12.1	18.2	6.9	7.2
Área	Urbana	1985	1,822	5.3	2.4	73	70.7	12.5	17.5	9.2	9.5
	Rural	1774	1,834	4	2	79.9	74.1	11.5	19.1	4.6	4.8
	Indígena	526	611	1.3	1.4	84.7	76.6	12.2	19.9	1.8	2.1
Pobreza	No pobre	2075	2,070	5.1	1.9	71.8	69.5	13	18.5	10.1	10
	No extrema	1054	1,042	3.9	3.2	81.4	75	11.2	16.9	3.5	4.8
	Extrema	1156	1,155	3.6	1.6	83.2	77.4	11	19	2.2	2

* Para el año 2003 se utilizó IMC del patrón de NCHS mientras que para el 2008 el de OMS/2007.

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2003 y 2008.

Adultos

En este estudio realizado por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud basado en los resultados del el estado nutricional de la población adulta encuestada durante la ejecución de la ENV 2008, se consideró como población adulta a los hombres y mujeres con edades de 18 o más años de edad. La edad promedio de los adultos encuestados, tanto hombres como mujeres, osciló alrededor de los 41 años de edad.

El adulto presentó un peso promedio de 68.6 kg, una talla promedio de 1.61 metros y el promedio de IMC fue de 26.3 kg/m². La comparación entre sexos reveló que los hombres tenían mayor peso y altura promedio que las mujeres, pero el IMC en estas últimas fue más elevado que el de los hombres, significa que el índice de obesidad en la mujer es mayor que en los hombres. Al comparar el estado nutricional según IMC de las personas de 18 años y más, en el 2008 hubo un aumento en las prevalencias de sobrepeso de 2.8% y en la obesidad de 2.1% en relación a las prevalencias del 2003. La misma tendencia se observa tanto en el sexo masculino como femenino.

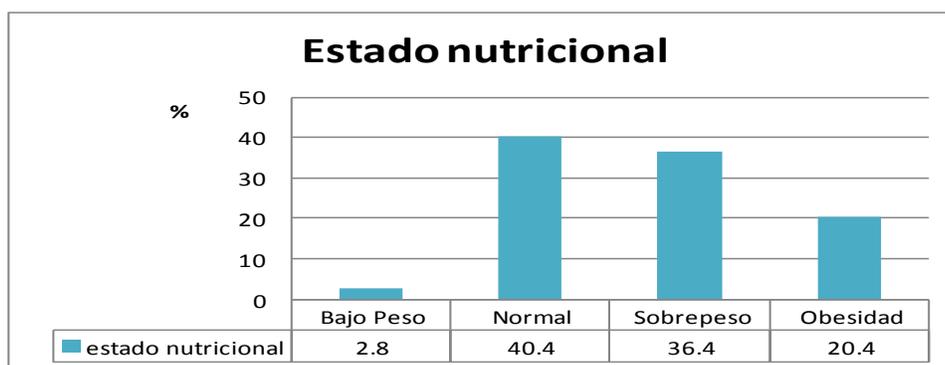
Cuadro N°65. Comparación del estado nutricional de la población adulta basado en el IMC, según sexo, años 2003 y 2008. Panamá.

Años	Población		Estado nutricional según IMC, en porcentaje							
	Muestra (n)		Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Total	14,486	15,484	3.1	2.8	45	40.4	33.6	36.4	18.3	20.4
Masculino	7,121	7,723	2.6	2	49.1	44	33.9	37.1	14.4	16.9
Femenino	7,365	7,761	3.6	3.6	41.2	36.8	33.3	35.6	21.8	23.8

Fuente: Encuestas de Niveles de Vida, 2003 y 2008.

En la gráfica 45 se puede observar el estado nutricional de las personas mayores de 18 años. El bajo peso en los adultos no pareció ser un problema serio ya que solamente 2.8 % de los encuestados se ubicaron en esta categoría de estado nutricional, sin embargo, más de la mitad de la población tenía exceso de peso, con una prevalencia de sobrepeso en 36.4% y de obesidad en 20.4%.

Gráfica N°45. Estado nutricional de la población adulta de acuerdo al IMC. Panamá, 2008.



Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

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

Cuadro N°66. Estado nutricional de la población adulta basado en el IMC, según sexo. Panamá, 2008.

Sexo	Población	Estado nutricional según IMC en %				
	Muestra N	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	sobrepeso y obesidad
Total	15,484	2.8	40.4	36.4	20.4	56.8
Masculino	7,723	2	44	37.1	16.9	54
Femenino	7,761	3.6	36.8	35.6	23.8	59.4

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

Los análisis por grupos de edad indicaron una mayor prevalencia de bajo peso en los grupos de 75 años y más (9.3%) y en los de 18 a 29 años (4.6%) como se puede observar en el cuadro 43. La distribución del sobrepeso y de la obesidad de acuerdo a categorías de edad, reveló que las tasas de prevalencia fueron más elevadas entre los adultos de mediana edad, con la mayor prevalencia de exceso de peso en el grupo de 50 a 59 años (69.0%). Los adultos de 50 a 59 años presentaron la más alta prevalencia de obesidad (27.2%). A partir de esta edad, se observó una tendencia a la disminución tanto en el sobrepeso como en la obesidad.

Cuadro N°67. Estado nutricional de la población adulta basado en el IMC, según edad. Panamá, 2008.

Total	Población	Estado Nutricional según IMC, en porcentaje				
	Muestra (n)	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	sobrepeso y obesidad
	15,484	2.8	40.4	36.4	20.4	56.8
18 – 29 años	4,386	4.6	56.6	27.6	11.1	38.7
30 – 39 años	3,338	1.8	34.1	40.4	23.6	64
40 – 49 años	3,006	1	31.3	41.9	25.7	67.6
50 – 59 años	2,078	1.4	29.5	41.8	27.2	69
60 – 64 años	842	2.1	32.1	39.6	26.2	65.8
65 – 74 años	1136	3.1	41.2	34.4	21.3	55.7
75+ años	698	9.3	45.9	31.9	12.9	44.8

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

Estado nutricional de Embarazadas

De acuerdo al Sistema de Información Estadística de Salud (SIES), para el años 2013 se registró un total de 59,569 embarazadas de las cuales el 4.2% reflejaron estar en bajo peso y el 2.3% estado de anemia.

Cuadro N°68. Embarazadas bajo peso por región de salud año 2013.

Región de Salud	Embarazadas		
	Nuevas en el año	Bajo Peso	%
Total de País	59569	2501	4.2
Bocas del Toro	2405	4	0.2
Coclé	5124	272	5.3
Colón	3305	167	5.1
Chiriquí	6923	39	0.6
Darién	1767	75	4.2
Herrera	1622	0	0.0
Los Santos	846	0	0.0
Panamá Este	1588	24	1.5
Panamá Oeste	5950	329	5.5
Panamá Metropolitana	9147	501	5.5
San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	8313	276	3.3
Veraguas	4091	314	7.7
Comarca Kuna Yala	1305	398	30.5
Comarca Ngobe Bugle	7183	102	1.4

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud- MINSA Informe de SIES - 2014

Nutrición en Personas con discapacidades

De acuerdo a informe de Situación de las personas con discapacidad en Panamá del Ministerio de Economía y Finanzas; las personas con discapacidad representaron el 2.9% de la población total, 1.1 puntos porcentuales más que hace diez años, cuando fue 1.8%, motivo por el cual debe continuarse con los programas y proyectos a fin de atender la situación de la discapacidad en el país.

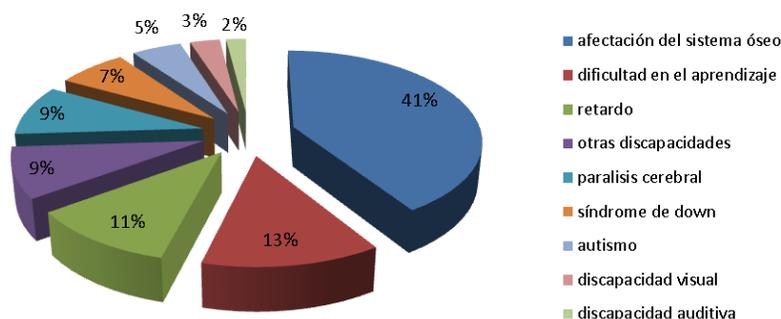
Se identificaron seis tipos de discapacidad principales: ceguera, sordera, retraso mental, parálisis cerebral, deficiencia física y problemas mentales. De estos, prevalecieron la deficiencia física (30.1%) y la ceguera (22.0%).

Cuadro N° 69. Distribución Porcentual, según tipo de discapacidad. Año 2013	
Tipo de discapacidad	Distribución porcentual
Total.....	100
Deficiencia física	30.1
Ceguera	22
Retraso mental	16
Sordera	15.6
Problemas mentales	8.4
Parálisis cerebral	3.8
Otra	4

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. INEC. 2013.

De acuerdo a informe del VII Censo de Talla de Escolares de las escuelas públicas, desarrollado en el 2013, de los 54957 escolares censados 128 tienen algún tipo de discapacidad, de las cuales las más frecuentes fueron: afectaciones del sistema óseo, deficiencias en el aprendizaje, retardo, parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, discapacidades visual y auditiva: como se puede observar en la gráfica 1. Se incluyeron, para el análisis de los datos, la talla de los escolares con discapacidades que no afectaran la medición como dificultad en el aprendizaje, retardo mental, autismo, discapacidades visual y auditiva.

Gráfica N°46. Porcentaje de discapacidad, según tipo. Año 2013.



Fuente: informe del VII Censo de Talla de Escolares. Panamá, Año 2013.

Cuadro N°70. Casos de Morbilidad por anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio, por grupo de edad, en la República de Panamá, según región de salud. Año 2013

Región	Total	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años
República	1355	16	385	445	415	94
Bocas del Toro	2	1	1	0	0	0
Coclé	56	1	18	22	11	4
Colon	9	0	3	2	3	1
Chiriquí	31	0	7	11	11	2
Darién	1	0	1	0	0	0
Panamá este	2	0	0	1	1	0
Panamá oeste	148	0	49	49	40	10
Panamá metro	516	10	155	159	158	34
San miguelito	383	3	101	139	120	20
Veraguas	56	0	14	23	13	6
Guna Yala	151	1	36	39	58	17

Fuente: Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES. MINSA 2013

Conductas y Prácticas Sexuales: Satisfacción con la Expresión de la Sexualidad

Según estudio realizado por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, se estima que un 3.1% de los hombres del país mantienen relaciones sexuales con otros hombres, mientras que un 0.04% de las mujeres del país son mujeres transgénero. Se estima que un 0.45% de las mujeres mayores de 18 años son trabajadoras sexuales. El informe de indicadores básicos de Salud de Panamá, 2014 refleja que en el año 2012 se registraron 721 casos de VIH/SIDA

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2012), en Panamá, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales de las personas que tenían entre 20 y 24 años en 2009 era de 16.8 años entre los hombres, y de 17.6 entre las mujeres. En las áreas indígenas, la edad entre los hombres de la comarca Emberá era de 14.1, y de 14.0 entre las mujeres, siendo de 15.7 y de 15.5 entre los hombres y mujeres de la comarca Ngabe Bugle, respectivamente. El informe de indicadores básicos de Salud de Panamá, 2014 refleja que en el año 2012 se registraron 721 casos de VIH/SIDA.

Se observa por lo tanto que las mujeres tienen su primera relación sexual a una edad más tardía que los hombres a nivel nacional, pero esta relación se invierte en las comarcas Emberá y Ngabe Bugle.

Se observa además que la primera relación sexual se mantiene a edad más temprana ahora que hace unos años, pues la edad mediana de las personas que en 2009 tenían entre 45 y 49 años de edad fue de 17 años en los hombres, y de 19.1 en las mujeres.

Tabla N°2. Diversos estudios epidemiológicos y datos relevantes.

Población/área geográfica	Prevalencia/tasa	Fuente
Mujeres trans	31.5%	Estudio epidemiología VIH del ICGES
Hombres que tienen sexo con hombres	23%	Estudio epidemiología VIH del ICGES
Trabajadoras sexuales independientes	1.4%	Estudio epidemiología VIH del ICGES
Población general	0.8%	Estimaciones y proyecciones VIH MINSA
Mujeres embarazadas	0.3%	Departamento de Epidemiología –MINSA
Mujeres de 15 a. y +	0.12%	Estudio VPH ICGES
< 15 a.	0.1%	Estimaciones y proyecciones VIH MINSA
Hombres adolescentes (15-19 a.)	0.4%	Estimaciones y proyecciones VIH MINSA
Mujeres adolescentes (15-19 a.)	<0.3%	Estimaciones y proyecciones VIH MINSA
Comarca Guna Yala	434.8 x 100,000	Departamento de Epidemiología –MINSA
Comarca Ngabe Bugle	68.8 x 100,000	Departamento de Epidemiología –MINSA

Planificación Familiar

De acuerdo a ENASSER 2009, el 95.6% de las mujeres conocen un método anticonceptivo moderno de planificación familiar, mientras un 64.4% conocen algún método tradicional. Los métodos más conocidos son los anticonceptivos orales, el condón masculino y las inyecciones (86.7%, 84.8%, 83.9%, respectivamente).

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es alta en todas las poblaciones, aunque con grandes diferencias entre unas y otras. Así, mientras este porcentaje es de 26.9 en el total de las mujeres casadas o unidas, asciende a 43.2 entre las adolescentes de la misma condición. Desciende un poco entre las residentes en las áreas urbanas (24.2), siendo mucho más alta en las áreas indígenas (70.4). La cifra más alta se encuentra en la comarca Ngabe Bugle (75.2), que es donde se concentra la mayor tasa de mortalidad materna.

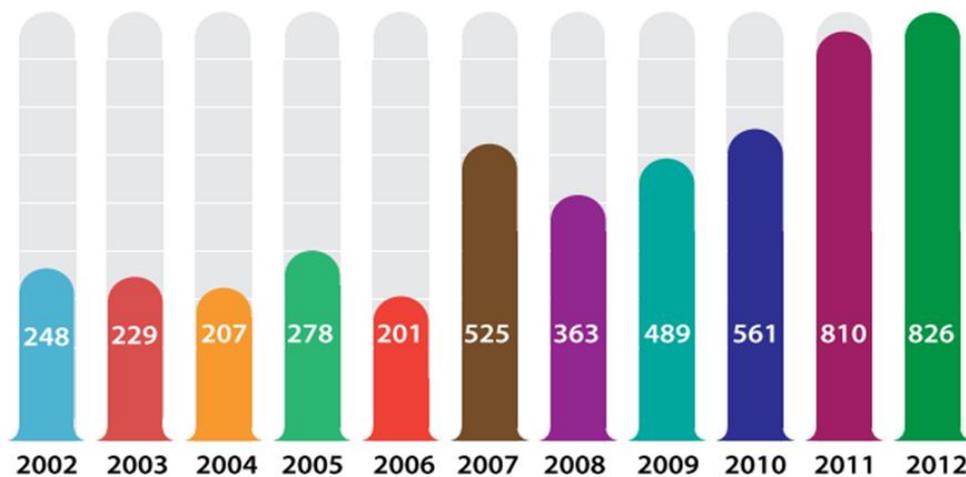
Básicamente, observamos un comportamiento casi igual de uso actual en las áreas urbana y rural (64.5% y 66.8%, respectivamente). En cuanto al área indígena se aprecia una diferencia substancial de 22.3%. Métodos como los condones masculinos y esterilización femenina están 10 veces por debajo de las otras regiones. Los anticonceptivos orales y el DIU, registran un uso de 3 a 4 veces menos. Sin embargo, cabe destacar que el uso de inyecciones es casi igual en las tres regiones (12.9%, 13.3% y 11.6%, sucesivamente)

Violencia

Según información del Observatorio Panameño contra Violencia de Género, la tasa de delitos de violencia doméstica denunciados en 2012 fue de 4.7 por mil habitantes (información suministrada por el Centro de Estadística del Ministerio Público al OPVG) y en 2010 se dieron 1.6 denuncias por maltrato a menores por cada mil habitantes en el país.

El Observatorio Panameño contra la Violencia de Género informa que en el año 2013 hubo 55 muertes violentas de mujeres, de las cuales 35 califican como femicidios según el nuevo tipo penal incluido en el Código Penal. En el 2013 se dieron 16,793 ingresos de expedientes para instrucción en el Ministerio Público. Según Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá, las denuncias por maltrato a niños, niñas y adolescentes, aumento de 248 en el 2002 a 826 en el 2012, con mayor prevalencia en las provincias de Panamá y Colón. El aumento ha sido constante desde el año 2008 que se reportaron a 383 y en el año 2012 826 denuncias.

Gráfica N°47. Denuncias de maltrato a menores. República de Panamá. Años 2002 – 2012.



Fuente: Sistema Integrado de estadísticas criminales (SIEC) de Panamá.

Según informe de Criminalidad del Ministerio de Seguridad Pública del 2009, en Panamá se registró 69,701 incidentes delictivos, con una tasa de 202.0 casos por cada diez mil habitantes. Mientras que para el año 2010 se finalizó con 71,997, registrando una tasa de 205.4 incidentes por cada diez mil habitantes, registrando un aumento en la tasa del 1.7.

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

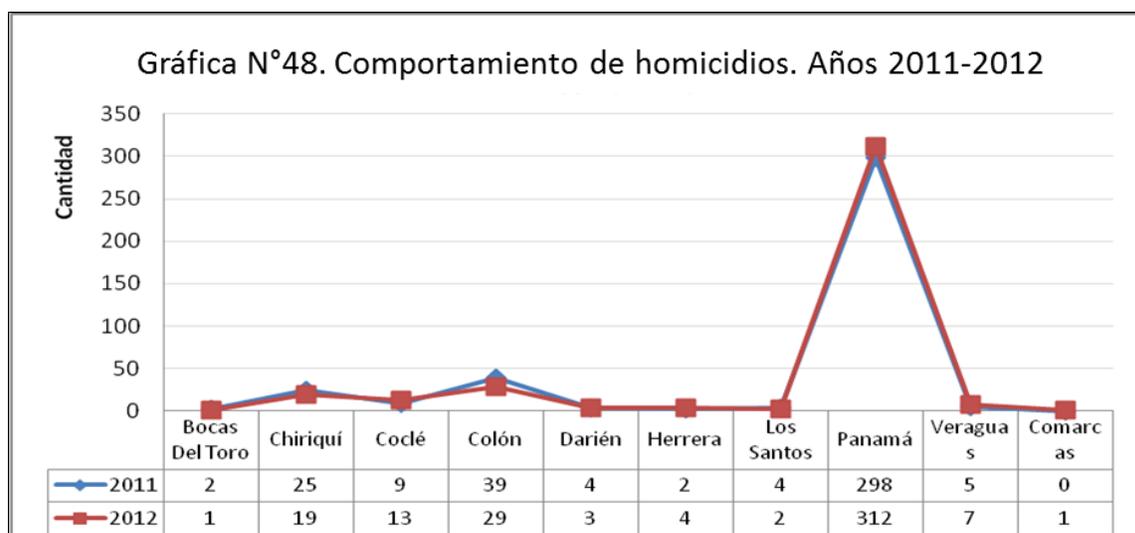
Los índices reflejados indican que estamos afrontando problemas de seguridad persistentes. En la Provincia de Panamá se concentra 72.3% de los Homicidios, seguido de Colón con 13.5%. Los niños y jóvenes de 0 a 19 años son afectados en un 19.9% y los de 20 a 29 años representan el 30.2%. Lo que significa que el 50.1% de los asesinatos son en jóvenes entre 0 y 29 años, reflejando un alto grado de violencia en los barrios, producto de las disputas entre pandillas y el consumo de drogas.

Esta última causa es el detonante principal de la violencia en los barrios. Según investigaciones realizada por el SIEC conjuntamente con el Centro de Custodia y Cumplimiento del Instituto Interdisciplinario, demuestran que existen niños consumiendo drogas desde los 9 años, lo que indica la pronta afectación del sistema cognitivo de los jóvenes.

Según reporte del comportamiento acumulado de homicidios en Panamá al año 2012, se mantiene concentrado un alto nivel en Panamá con el 76% de los homicidios, seguido de Colón con el 10%.

Según reporte del comportamiento acumulado de homicidios en Panamá al año 2012, se mantiene concentrado un alto nivel en Panamá con el 76% de los homicidios, seguido de Colón con el 10%. El 2% de las víctimas registradas en el 2012 fueron mujeres y el 98% hombres. El rango de edad de mayor prevalencia fue entre los 18 y 29 años.

Según el Ministerio de seguridad, el canal endémico del año 2012, muestra una mayor incidencia de homicidios en los meses de enero, mayo y diciembre.



Fuente: Sistema Integrado de estadísticas criminales (SIEC) de Panamá. Año 2012.



Fuente: Sistema Integrado de estadísticas criminales (SIEC) de Panamá.

Cuadro N°71. Número, tasa y porcentaje de incidentes policivos, registrados en la República de Panamá, según clase de incidente Años 2001-2010.

Incidentes	Año				Porcentaje de Cambio en la Tasa
	2009		2010		
	Número	Tasa por 10 mil habitantes	Número	Tasa por 10 mil habitantes	
TOTAL.....	69,701	202.0	71,997	205.4	1.7
Delitos	54,057	156.7	54,628	155.9	-0.5
Contra la Vida y la Integridad Personal	6,178	17.9	5,726	16.3	-8.8
Homicidio	818	2.4	759	2.2	-8.7
Intento de Homicidio	36	0.1	32	0.1	-12.5
Lesiones Personales	1,724	5.0	1,723	4.9	-1.6
Herido con Arma Blanca	1,199	3.5	1,069	3.1	-12.2
Herido con Arma de Fuego	2,003	5.8	1,785	5.1	-12.3
Herido con Objeto Contudente	276	0.8	277	0.8	-1.2
Abandono	10	0.0	2	0.0	-80.3
Aborto Provocado	112	0.3	79	0.2	-30.6
Contra la Libertad	598	1.7	452	1.3	-25.6
Violación de Domicilio	146	0.4	114	0.3	-23.1
Contra la Libertad Individual	444	1.3	336	1.0	-25.5
Contra la Inviolabilidad del Secreto	6	0.0	1	0.0	-83.6
Contra la Libertad de Culto	2	0.0	1	0.0	-50.8
Contra el Honor	222	0.6	279	0.8	23.7
Calumnia e Injurias	222	0.6	279	0.8	23.7
Contra el Patrimonio	31,444	91.1	31,614	90.2	-1.0
Hurto	13,909	40.3	14,715	42.0	4.1
Hurto a Local Comercial	1,686	4.9	1,440	4.1	-15.9
Hurto de Autos	925	2.7	907	2.6	-3.5
Hurto de Accesorios de Autos	1,113	3.2	741	2.1	-34.5
Hurto Pecuario	535	1.6	459	1.3	-15.5
Robo	1,865	5.4	2,040	5.8	7.7
Robo de Auto	76	0.2	19	0.1	-75.4
Robo con Arma	6,096	17.7	6,086	17.4	-1.7
Robo a Local Comercial con arma	1,434	4.2	1,100	3.1	-24.5
Robo a Mano Armada de Auto	421	1.2	261	0.7	-39.0
Estafa	1,587	4.6	2,027	5.8	25.7
Apropiación Indebida	697	2.0	647	1.8	-8.6
Daños a la Propiedad	869	2.5	892	2.5	1.1
Secuestro	38	0.1	38	0.1	-1.6
Extorsión	136	0.4	60	0.2	-56.6
Asociación Ilícita para Delinquir	0	0.0	0	0.0	..
Ret. Ind. de Cuota O. Patronal	7	0.0	144	0.4	1,925.2
Usurpación	50	0.1	38	0.1	-25.2
Contra el Orden Jurídico Familiar y el Estado Civil	5,781	16.8	5,335	15.2	-9.1
Incesto	5	0.0	0	0.0	-100.0
Violencia Doméstica	5,241	15.2	4,707	13.4	-11.6
Sustracción de Menores	17	0.0	9	0.0	-47.9
Incumplimiento Deberes Familiares	29	0.1	58	0.2	96.9
Maltrato al Menor	489	1.4	561	1.6	12.9
Contra el Pudor y La Libertad Sexual	1,801	5.2	2,091	6.0	14.3
Violación Carnal	809	2.3	996	2.8	21.2

Fuente: Sistema Integrado de estadísticas criminales (SIEC) de Panamá. Año 2012.

Situación de los servicios de Salud Bucal

El análisis de la situación de los servicios de salud bucal, supone más que el estado de salud, e incluye las medidas adoptadas para mejorar la salud, los recursos que se dedican a la salud, una apreciación de los problemas de salud concretos que requieren particular atención y el grado de conciencia existente respecto a la importancia de los mismos.

Los servicios de salud son uno de los elementos más importantes y valorados para el bienestar de la población. La definición adaptada que se utiliza para este documento de los servicios de salud bucal es: como el conjunto de servicios de salud, de naturaleza social, que incluye todo tipo de estrategias, actividades y acciones, centrada tanto en la provisión de servicios de salud bucal como en las funciones de rectoría, cuya primordial finalidad es proteger la salud bucal de la población.

Los servicios de salud bucal, muestran problemas importantes de fragmentación y de segmentación entre el MINSA y la Caja de Seguro Social (CSS), que se traduce en una gran inequidad. El grado de integración al interior de los dos sectores es bajo, en lo relativo a la atención, a la infraestructura y el recurso humano, a pesar de que existe una coordinación mediante convenios de prestación de servicios entre el MINSA y la CSS (compensación de costos), que debe permitir la atención de la población no asegurada y asegurada, según sea el caso, con base en los productos y servicios de salud definidos en la cartera de servicios establecida, a costos previamente convenidos en instalaciones de la red de servicios de ambas instituciones. Este mecanismo no es muy ágil ni eficiente, pues la red pública no puede identificar los afiliados a la CSS, y la recuperación es muy lenta. La normativa técnica sin embargo, es igual en ambas instituciones.

En Panamá la afiliación a la CSS es obligatoria para todos los trabajadores formales. El estado de afiliación o no a la CSS, conlleva también al sector salud a situaciones extremas, donde la población de escasos recursos económicos sin afiliación, sólo puede recurrir al sector público y en el otro extremo población de altos ingresos, también sin afiliación recurre al sector privado.

Sin embargo, la complementación entre el sector público y el privado es baja. La competencia comercial al interior del sector privado ha originado en un desarrollo de la atención de los servicios de salud bucal, basada en la inversión tecnológica y la alta especialización, en desmedro de los servicios de prevención y promoción en salud.

El estado posee una importante red de servicios en todo el territorio nacional, sin embargo la misma presenta algún grado de deterioro, debido al bajo gasto en mantenimiento e inversiones. La no percepción social de la salud bucal como parte de la salud general y, el desconocimiento de otras alteraciones que afectan el estado bucal de la población y su impacto en la salud general, han llevado a la falta de políticas públicas y lineamientos para lograr y mantener la salud bucal.

Por otro lado, la carencia de información actualizada sobre el comportamiento de las condiciones bucales en la población, el desconociendo del efecto de los determinantes sobre el desarrollo de las condiciones bucales y del real impacto de las acciones de promoción y prevención realizadas, han contribuido a concentrar los servicios de salud bucal, principalmente en acciones rehabilitadoras y de atención.

La concepción de la salud bucal no incorporada a la salud general, la limitada coordinación entre las acciones de promoción con el resto de los programas y de los otros actores del sector, el limitado presupuesto principalmente para las actividades preventivas y la no utilización de criterios de costos sanitarios para la planificación y asignación presupuestaria en los tres niveles de atención, limitados programas de formación dirigidos a recurso humano de atención primaria, limitado personal de apoyo al profesional de la salud bucal y equipos odontológicos de muchos años de uso se encuentra entre las principales debilidades de los servicios de salud bucal.

Epidemiología de la salud bucal

La salud y enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios de salud bucal, capacitación en conocimientos sobre problemas bucales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o atención periódica o sistemática a los servicios de salud bucal, etc.

Las patologías bucales son un problema importante en salud pública, la caries dental es la enfermedad oral más prevalente, seguido de la enfermedad gingival, que se mantienen dentro de las primeras causas de atención por consulta y figuran en los primeros diagnósticos de morbilidad atendida entre la población general.

Las principales referencias del estado de salud bucal, son los reportes de las actividades realizadas por los profesionales de la salud bucal de las clínicas de atención, generadas a través de los departamentos de registros y estadísticas de las diferentes instalaciones de salud y que son consolidadas a nivel nacional.

Según el Departamento de Registros y Estadísticas del MINSA, las cinco primeras causas de morbilidad dental para el año 2010 (CIE 10) son:

1. K02 Caries dental.
2. K03 Otras Enfermedades de los Tejidos duros de los dientes.
3. K05 Gingivitis y enfermedades periodontales.
4. K04 Enfermedades de la pulpa.
5. K07 Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión).

Así mismo, la cobertura de la población estimada al 1ero de julio de 2010, es de 15.1%, para un impacto del 30%. El otro referente importante de la situación de salud bucal de la población de Panamá, se encuentran en el Diagnostico Nacional de Salud Bucal en Panamá 2008 (DISABU), que representa el primer estudio epidemiológico nacional, que investigó el estado de salud bucal, en la población panameña de 5 a 75 años, con representatividad de todos los grupos de edad, área geográfica, sexo y Regiones de Salud, arrojó los siguientes puntos:

- Persisten modelos de atención curativos y demanda espontánea por morbilidad.
- Cobertura aceptable con muy bajo impacto y concentración y altos costos.
- Estancamiento en fase de crecimiento sin cambios en 10 años.
- Desigualdades en la entrega de los servicios de salud.
- Información oportuna insuficiente, que no permite tomar decisiones.

- Perfil de salud de rápida transformación impone retos al actual modelo de atención a la salud.
- La mayor proporción de la población tiene bajo nivel de escolaridad y bajo ingreso familiar.
- El 60,2% de la población examinada de 5 a 75 años no cuenta con seguro social.
- Inicio de la caries dental es desde temprana edad y su magnitud y severidad es directamente proporcional al aumento de la edad.
- La población entre 5 y 12 años, presentó un índice de caries dental moderado (más de 3 dientes comprometidos).
- El promedio más alto del índice de caries dental en la dentición decidua se presentó en el área indígena, seguida de la rural.
- El total de la población examinada de 6 a 75 años, presentó un índice de caries dental para dientes permanentes muy alto (más de 10 dientes comprometidos) y se observó que a partir de los 12 años hay un incremento del índice proporcionalmente con la edad.
- A la edad de 12 años, la población examinada del área rural, presentó el promedio más alto del índice CPOD afectados por caries.
- En los índices de ceod / CPOD no se dan diferencias con relación al sexo.
- Más del 90% de la población examinada de 5 a 75 años, ha tenido experiencia de caries dental.
- Del total de la población examinada, el mayor riesgo cariogénico identificado fue la presencia de dientes cariados con cavidades abiertas, seguido de dientes diagnosticados con surcos profundos.
- El 7.1% de 15 y más años de edad, está afectada con edentulismo.
- El 8% de la población examinada presentó buena salud dental y el 1% presentó buena salud bucodental.

Monitoreo del ion flúor en el agua de consumo humano: En el periodo que abarco 2010- 2012 se incrementó las intervenciones de eficacia comprobada mediante el mantenimiento y mejoramiento de los programas preventivo como el monitoreo del ion flúor según semana epidemiológica, se crea e implementa el formulario de informe epidemiológico de ion flúor en el agua de consumo humano, y se sistematiza la información que se recibe del Instituto Conmemorativo de Investigación del Gorgas, ICGES, para evitar los informes escritos, en apoyo al proyecto Panamá sin papel, ahorrando tiempo en el flujo de la información.

LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD

La morbilidad por grupo de edad y sexo

El presente análisis de la morbilidad para el año 2013, en la República de Panamá, por grupo de edad y sexo se hace según los capítulos y categorías de la CIE-10. En cada uno de los grupos etarios se realiza una descripción de las enfermedades más frecuentes en la población analizada. Las tasas para esta sección se calculan en función de las poblaciones por cada grupo etario.

Grupo <1 año

En el caso de los menores de 1 año, observamos que entre las 5 causas de morbilidad codificada en el registro diario de atención, ocupan el primer lugar la rinofaringitis aguda, con una consulta anual de 43536 casos en menores de un año. Lo que correspondería a una tasa de 58,291. La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso con una tasa de 17,547.9 (13106 consultas) y la influenza con manifestaciones respiratorias, virus no identificado con una tasa de 7,923.7 (5,918 consultas), ocupan el segundo y tercer lugar de morbilidad en menores de 1 año. El cuarto y quinto lugar de morbilidad atendida en este grupo de edad, corresponde a afecciones de la piel: piodermatitis y escabiasis con tasas de 7,705 y 5,619 casos por cada 100 000 menores de un año.

Grupo de 1 a 4 años

En el caso de los menores de 1-4 años observamos que los problemas asociados al sistema respiratorio tienen un sitio importante, las rinofaringitis aguda y la influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado ocupan el primer y tercer lugar entre las patologías más frecuentes, las tasas de 29,014 y 3,953 casos por 100 000 habitantes respectivamente. En segundo y quinto lugar lo ocupan enfermedades del tracto intestinal como la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las parasitosis intestinales con tasas de 11,928 y 4,413 por 100 000 habitantes, respectivamente. El tercer lugar de morbilidad atendida en este grupo es por problemas dérmicos (piodermatitis) cuya tasa es de 7678 casos por 100 000 habitantes.

Grupo de 5 a 9

Para el año 2013, en este grupo de edad se atendieron 184,755 personas, la morbilidad atendida fue similar en hombres (49.9 %) y en mujeres (50.1%). En primer lugar por causa de morbilidad, se encuentra la rinofaringitis aguda (resfriado común) con 37,147 casos lo que representa una tasa de 10,278 casos por 100000 habitantes. En un segundo lugar se presentan las Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con tasas de 3035 casos por 100000 habitantes. Las parasitosis intestinal, con una tasa de 3023 casos por 100000 habitantes ocupa el tercer lugar. Otras patologías frecuentes en éste grupo de edad son las infecciones de las vías respiratorias superiores agrupadas (influenza, infecciones agudas de sitios múltiples y la faringitis no especificada) y las piodermatitis con 18,477 casos y 9639 casos respectivamente.

Grupo de 10 a 14 años

En el grupo de adolescentes de 10 a 14 años la morbilidad anual fue de 113,937 personas 52.3 mujeres y 47.7 hombres. El patrón de enfermedades que afectan a este grupo es similar al grupo de 5-9 años, la rinofaringitis, las diarreas de presunto origen infeccioso y las parasitosis intestinales con tasas de 4,138, 1,588 y 1,398 por 100000 habitantes, respectivamente, sumando un 22% del total de la morbilidad en este grupo de edad. Las faringitis agudas y otras infecciones agudas de

sitios múltiples de vías respiratorias superiores suman cerca de 7,269 atenciones, es decir el 6.4% del total de enfermedades en adolescentes.

Grupo de 15 a 19 años

En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años encontramos las rinofaringitis aguda (resfriado común) ocupan el primer lugar con tasa de 2,562.5 por 100,000 habitantes. En un segundo lugar las enfermedades del sistema genitourinario con una tasa de 1,742 por 100,000 habitantes. La Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con una tasa de 1443.9 por 100,000 habitantes ocupan el tercer lugar. Desde el enfoque de género, es importante resaltar que en este grupo de edad el 68.3 % de la morbilidad atendida es en mujeres, las infecciones de vías urinarias y las enfermedades por causas ginecológicas y obstétricas ocupan un lugar importante: vaginitis aguda, amenorrea e infecciones de vías urinarias no especificadas y las infecciones de vías urinarias asociadas a embarazos suman cerca de 9,297 casos, lo que representa el 11.57 % de la morbilidad femenina. Por otro lado, el 76 % de las consultas por gastritis y el 75 % de las consultas por obesidad son en mujeres.

Grupo de 20 a 24 años

En este grupo de jóvenes empiezan a surgir patrones característicos de la edad, entre las morbilidades más frecuentes podemos mencionar la rinofaringitis aguda con 9,295 casos y tasa de 2,938.7. Las infecciones de vías urinarias con 7,549 casos reportados y una tasa de 2,386.7. El grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 6,946 casos y tasa de 2,196.0, seguidas de las gastritis con 3,647 casos y una tasa de 1,153 y en quinto lugar se ubica la obesidad con una tasa de 1,143.5 y 3,617 casos reportados.

Grupo de 25 a 34 años

En el grupo de adolescentes de 25 a 34 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 20 a 24 años, las enfermedades del sistema respiratorio. La rinofaringitis con 16,299 casos registrados y tasa de 2,727.5 representa la morbilidad de mayor incidencia. En segundo lugar se reportan las infecciones de vías urinarias con 13,605 casos reportados y tasa de 2,276.6. El grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 11,960 casos y una tasa de 2,001.4 ocupa la tercera posición. El cuarto lugar lo ocupan las gastritis con 9,428 casos reportados y una tasa de 1,577.7 y en el quinto lugar se ubica la obesidad con 8,853 casos reportados y una tasa de 1,481.4.

Grupo de 35 a 49 años

En el grupo de adultos de 35 a 49 años las rinofaringitis ocupa el primer lugar con 19,191 casos registrados y una tasa de 2,496.4. En segundo lugar se ubica la hipertensión con 18,712 casos y tasa de 2,434.13, seguida en tercer lugar de las lumbalgias no específica con 16,155 casos reportados y tasa de 2,101.50. En cuarto lugar se reportan las infecciones de vías urinarias con 14,844 casos y una tasa de 1,930.96. En quinto lugar la obesidad no específica con 13,536 casos y tasa de 1,760.8. Quedando en sexto lugar las diarreas y gastroenteritis con una tasa de 1,416.0 que corresponde a 10,886 casos reportados.

Grupo de 50 a 59 años

En el grupo de adultos de 50 a 59 años encontramos otro perfil de problemas característicos de las consecuencias naturales del envejecimiento. La hipertensión arterial se ubica en primer lugar con 18,663 casos y una tasa de 5,341.98; en segundo lugar se encuentra la rinofaringitis con 9,776 y una tasa de 2,798.22. En tercer lugar encontramos la lumbalgia no específica con 7,902 y tasa de

2,261.82; en cuarto lugar se ubica las infecciones de vías urinarias con 6,226 casos y tasa de 1,782.09; en quinto lugar se encuentra la obesidad no específica con 6.033 casos y tasa 1,726.85. En sexto lugar tenemos a la diarrea y gastroenteritis con 4,378 casos y una tasa de 1,253.1.

Adultos de 60 a 64 años

En este grupo de adultos de 60 a 64 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 50 a 59 años, la hipertensión arterial se ubica en primer lugar con 9,167 casos y una tasa de 7571.09, le sigue la rinofaringitis con 4,131 casos y tasa de 3,411.82. En tercer lugar se encuentra las lumbalgias no específicas con 2,861 casos y tasa de 2,362.92, en cuarto lugar las infecciones de vías urinarias con 2,454 casos registrados y tasa de 2,026.78. En quinto lugar se ubica la obesidad con 2,150 casos y una tasa de 1,757.70.

Adultos mayores de 65 años y más

En los grupos mayores de 65 años el perfil se presenta la hipertensión esencial (primaria) con 30,957 casos registrados y una tasa de 11,088.86, es la de mayor frecuencia en este grupo poblacional. En segundo lugar la rinofaringitis aguda con el 12,823 casos y tasa de 4,593.23, en tercer lugar están las infecciones de vías urinarias con 7,389 casos y una tasa de 2,646.76, en cuarto lugar las lumbalgias no específicas con 7,478 casos y tasa de 2,678.64, seguidas en quinto lugar por los dolores articulares con 6,800 casos y una tasa de 2,435.77 y en sexto lugar se ubica la diabetes mellitus con una tasa de 1,581.10 y una 4,414 casos registrados.

El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios). Estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud, lo cual obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo.

Los cambios progresivos en la estructura de la población plantean grandes retos para el sistema nacional de salud sobre todo por el incremento en la población mayor de 65 años, que trae consigo el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias de una población en proceso de envejecimiento.

Esta situación, además, se ve agravada por la iniquidad del desarrollo social y económico que se evidencia por la persistencia de una amplia brecha social, expresada en el comportamiento geográfico poblacional de los indicadores demográficos, en la expectativa de vida, en el índice de desarrollo humano y en el comportamiento de algunos riesgos y patologías prevenibles que están afectando a la población panameña.

Las emergentes y reemergentes como el dengue, la malaria, tuberculosis, hanta virus y el SIDA, entre otras; y las no transmisibles tal es el caso de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer, por mencionar algunas, están afectando a la

población panameña. Estos problemas se incrementan dada la prevalencia creciente de la obesidad, las dislipidemias y otras patologías vinculadas a la malnutrición.

De igual forma, la población se ve afectada por patologías de carácter social como las farmacodependencias, entre las que se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas ilegales; y la desnutrición, por mencionar algunas.

Cada vez más los problemas relativos a la salud mental ocupan un espacio importante, entre los ya múltiples problemas de salud que afectan a los panameños y panameñas. La depresión, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y de ansiedad se han constituido en las patologías psiquiátricas más prevalentes en el país.

El análisis de la situación de salud de población panameña inicia con la evaluación de los indicadores que miden el comportamiento de los daños a la salud, que se expresan en la valoración de la enfermedad y la muerte. Estas variables y principalmente la mortalidad, permiten identificar diferencias geográfico – poblacionales y establecer algunas relaciones de riesgo, así como el comportamiento y tendencias temporo espaciales que nos ayudan a orientar acciones preventivas y establecer prioridades en función de los actores sociales, en el proceso de reconocimiento integral de la condición de salud de la población panameña.

La transición demográfica y, en particular, el descenso de la mortalidad, han ido acompañados de un conjunto de procesos al que se le ha dado el nombre de “transición epidemiológica”. El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios). Estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud, lo cual obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo.

Los cambios progresivos en la estructura de la población plantean grandes retos para el sistema nacional de salud sobre todo por el incremento en la población mayor de 65 años, que trae consigo el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias de una población en proceso de envejecimiento.

Esta situación, además, se ve agravada por la iniquidad del desarrollo social y económico que se evidencia por la persistencia de una amplia brecha social, expresada en el comportamiento geográfico poblacional de los indicadores demográficos, en la expectativa de vida, en el índice de desarrollo humano y en el comportamiento de algunos riesgos y patologías prevenibles que están afectando a la población panameña.

Se suman a esto, los cambios en el perfil epidemiológico de la población, que evidencia un incremento en las causas de muertes por enfermedades crónicas y degenerativas principalmente de las crónicas no transmisibles; con un perfil de morbilidad en el que coinciden las enfermedades transmisibles endémicas en Panamá. La diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las

enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer, por mencionar algunas, están afectando cada día más, a la población panameña. Estos problemas se incrementan dada la prevalencia creciente de la obesidad, las dislipidemias y otras patologías vinculadas a la malnutrición. Aunado a esto las enfermedades emergentes y reemergentes como el dengue, la malaria, tuberculosis, hanta virus y el SIDA, vuelven a tener importante representación en estos indicadores. De igual forma, la población se ve afectada por patologías de carácter social como las farmacodependencias, entre las que se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas ilegales; y la desnutrición, por mencionar algunas.

Cada vez más los problemas relativos a la salud mental ocupan un espacio importante, entre los ya múltiples problemas de salud que afectan a los panameños y panameñas. La depresión, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y de ansiedad se han constituido en las patologías psiquiátricas más prevalentes en el país.

La tasa de mortalidad general, para 2012 fue de 4.6 muertes por 1,000 habitantes, presentando un ligero aumento en comparación con el 2010, cuya tasa fue de 4.5 muertes por 1,000 habitantes. La tasa de mortalidad para la población masculina fue de 5.3 muertes por 1,000 habitantes y la de la población femenina de 3.8 muertes por 1,000 habitantes. Las cinco primeras causas de muerte en la República fueron, en orden descendente, los Tumores Malignos, accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, las Enfermedades Isquémicas del Corazón, los Enfermedades cerebro vascular, y Diabetes Mellitus. Las Enfermedades Cerebro vasculares, las Enfermedades Isquémicas del Corazón y la Diabetes Mellitus, las cuales representan el 57.6% de todas las muertes ocurridas en el país durante el 2012.

Cuadro N°69. Principales Causas de Muerte en la República de Panamá. Año 2012

Causas de Muerte	Nº	Tasa
Total	17350	458.1
1. Tumores Malignos	2927	77.3
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1896	50.1
3. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1672	44.1
4. Enfermedad Cerebro vascular	1380	36.4
5. Diabetes Mellitus	1071	28.3
6. Otras enfermedades del corazón	1039	27.4
7 Neumonía	626	16.5
8. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	495	13.1
9. Enf. Por Virus Inmunodeficiencia Humana	478	12.6
10 Ciertas afecciones Perinatales	428	11.3
11. Demás causas	5338	140.9

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año: 2012

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

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

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

La tasa bruta de mortalidad a nivel provincial indica que la provincia de Los Santos, ostenta el primer lugar en el país, con 6.8 defunciones por cada mil habitantes en el 2010. Le siguen la Comarca Kuna Yala con 6.7 y Herrera con 5.8, mientras que las tasas más bajas se encuentran en la Comarca Emberá y la provincia de Darién. Del total de las defunciones en Panamá, un 7.3 por ciento corresponde a menores de 5 años, de estos, un 5.5 tenían menos de 1 año. Por otro lado, un 3.3 por ciento tenían edades entre los 5 a 19 años, con mayor incidencia de hombres que de mujeres, en particular en el grupo de 15 a 19 años. Un 16.9 por ciento de la mortalidad del país, están dentro del rango de 20 a 49 años, con más del 60 por ciento de ocurrencia, en hombres, en ese grupo de edad. Las defunciones en personas de 50 años y más, encierra un 72.2 por ciento, con un promedio de 58.9 por ciento en hombres y 41.1 por ciento en mujeres en ese rango.

La Mortalidad

La tasa de mortalidad general ha mostrado un comportamiento descendente hasta el año el año 1980, pues a partir de allí se ha mantenido alrededor de 4 defunciones por 100,000 habitantes, siendo el descenso de la mortalidad infantil uno de los factores que más impacto ha tenido en el descenso de la mortalidad general. La comparación de esta tasa, para los años 1970-2008 reflejó un descenso porcentual del 48.8%, sin embargo para la mortalidad infantil este descenso alcanzó un 62.5%, dado que las tasas fueron de 4046.0 muertes por 100,000 nacidos vivos y de 1243.8 muertes por 100,000 nacidos vivos para los años 1970 y 2008, respectivamente. A través del tiempo las tasas de mortalidad en la población de 60 años y más han ido incrementando su relación con respecto a la mortalidad infantil, siendo para 1970 de 1:1 y para el 2008 de 2:1.

Al analizar las 16,542 causas de muerte por sexo y grupos de edad registradas en el 2010, utilizando la Lista abreviada de 80 grupos de causas, los “Tumores (neoplasias) malignos” (72.1 por 100,000), ocupan la primera posición; en segundo lugar se ubican los “Accidentes, lesiones auto

infligidas, agresiones y otra violencia” (55.9 por 100,000), en el tercer lugar, las “Enfermedades isquémicas del corazón (52.8 por 100,000), en cuarto lugar aparecen las ” “Enfermedades cerebrovasculares” (36.4 por 100,000); y en la quinta posición, la “Diabetes mellitus” (24.9 por 100,000).

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

Cuadro N° 72. Mortalidad Por Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1970-1980-1990-2000-2012

		Años									
Edad (años)	1970		1980		1990		2000		2012		
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	
Total	10225	712.8	7959	410.5	9799	408.7	11841	414.6	17350	458.1	
> 1	2156	4046	1144	2174	1133	1891	1081	1670	1083	1456	
1 a 4	1417	762.9	515	164.2	323	134.9	354	146.6	297	101.8	
5 a 9	377	174.2	158	54.2	108	50.8	132	43.9	130	37.6	
10 a 14	173	99.2	107	45.1	109	41.3	103	35.3	130	38.8	
15-19	223	152.9	195	99.4	213	82.5	216	79.5	320	101.4	
20-29	450	197.3	406	131.7	582	130.7	636	126	849	144.5	
30-49	974	358.9	856	233.1	1087	204.3	1483	199	2082	210.1	
50-59	816	962.8	725	629.4	777	546.1	983	470.3	1521	471.4	
60 y más	3614	4454	3834	3480	5467	3144	6794	2939	10892	3001.8	
N. Esp.							59	..	46	..	

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012. (Tasas por 100,000 habitantes)

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

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

Las “Enfermedades isquémicas del corazón” comienzan a presentarse, en las personas de 35 a 44 años, en una cuarta posición, la cual sigue ocupando entre los 45 a 54 años, para alcanzar la

segunda posición entre los 55 a 64 y 65-74 años, y llegar a ocupar la primera posición, a partir de los 75 años. En cuanto a las “Enfermedades cardiovasculares”, ocupan el quinto lugar en el tramo de los 45 a 54 años, para llegar a la cuarta posición entre los 55 a 64 años y 65-74 años, y luego bajar al segundo lugar entre las personas de 75 y más.

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

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

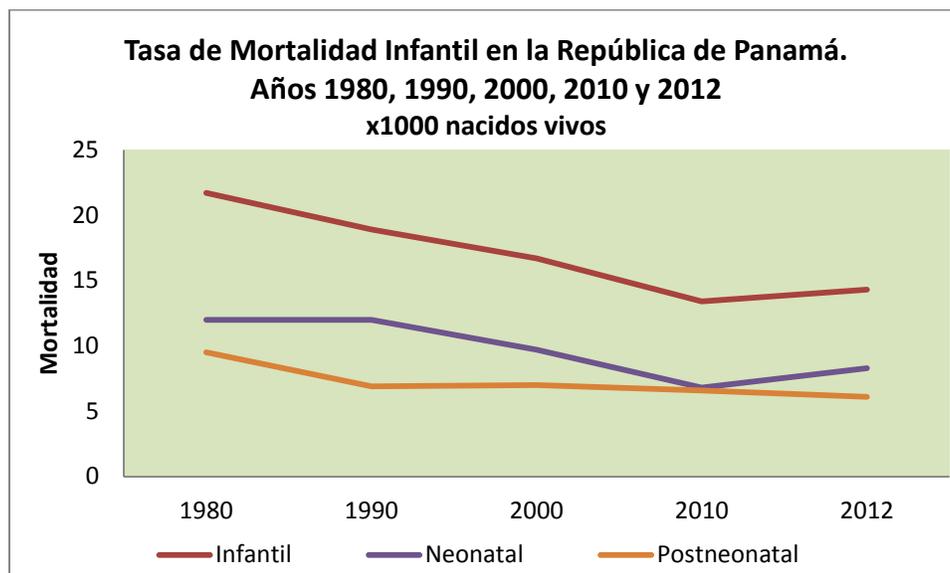
Se observan diferencias más pequeñas, por sexo, en la “Neumonía”, en las “Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores”, en las “Enfermedades cerebrovasculares” y en la “Diabetes mellitus”; sólo que en este último caso, las mujeres presentan tasas más elevadas que los hombres, 28.1 y 21.9 por 100,000 respectivamente.

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

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

Esta transformación tanto demográfica como epidemiológica ha incrementado el costo de los servicios y por ende el gasto total en salud, tanto público como privado.

Gráfica N°50. Tasa de Mortalidad en la República de Panamá. Años 1980, 1990, 2000 y 2012.



Fuente: Registro y Estadística de Salud, MINSA. 2014.

La mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal

Durante el periodo 1970-1980 se observa un descenso rápido de la mortalidad infantil, que se hace gradual desde la década del 80 hasta el año 2010. La tasa de mortalidad neonatal para el año 2012 evidencia un significativo aumento de 1.5 muertes por 1000 NV (6.8 a 8.3) mientras que la tasa de mortalidad postneonatal ha mantenido un descenso gradual hasta alcanzar el 6.1 en el 2012.

Mortalidad Infantil

A lo largo del desarrollo de la Salud Pública y de los Sistemas de Salud, la mortalidad infantil se ha constituido en un indicador ampliamente utilizado, toda vez que permite una aproximación a las condiciones socioeconómicas de la población, entre los cuales se cuentan las condiciones de acceso a los servicios de salud y a las políticas de salud, tales como la ampliación de la cobertura de los programas materno - infantil, de saneamiento ambiental e infraestructura básica (agua potable, alcantarillado y electrificación, por mencionar algunos), la expansión de la cobertura del sistema educativo y otros. Este indicador es utilizado, entre otras cosas para estimar el índice de desarrollo humano de una población y para evaluar el impacto de las políticas de salud y sociales en su conjunto.

En general las muertes de los menores de un año son causadas por factores relativos al embarazo y parto, tal es el caso de los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas; así como por enfermedades infecciosas como las neumonías, las diarreas y gastroenteritis.

Durante los años 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 y 2012, la provincia de Bocas del Toro registró tasas superiores a la nacional. Más específicamente puede decirse que, las provincias que reportaron

tasas más altas fueron: en 1970 Darién y Bocas del Toro(BDT), en 1980 Bocas del Toro y Coclé; en 1990 BDT y Colón en 2000 Darién, Guna Yala y Bocas del Toro; en 2010, Bocas del Toro, Guna Yala y la Comarca Emberá y en el 2012 Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Kuna Yala; y en el 2008 Bocas del Toro, Colón, Guna Yala, Darién y BDT.

Cuadro Nº 73. Tasa De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia. República de Panamá. Años 1970-1980-1990-2000-2010-2012

Año	País	Área		Provincias									Comarcas		
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngobé Buglé
1970	40.5	29.8	48.8	52	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	30.2	33.7	47.3	-	-	-
1980	21.7	19.4	23.9	37.3	26.3	20.5	26	12.4	23.2	14.2	19.7	16.8	-	-	-
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.6	10.6	9	17.1	16.5	32.6	-	-
2000	16.7	-	-	27.2	15.5	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	27.3	-	-
2010	13.4	11.2	16.9	27.7	10.4	13.6	15.4	11.6	11.0	5.8	10.9	11.6	24.3	23.4	19.3
2012	14.3	13.2	16.3	23.6	14.9	11.5	17.7	28.7	14	9.5	11.9	13.4	34.6	7.4	17.9

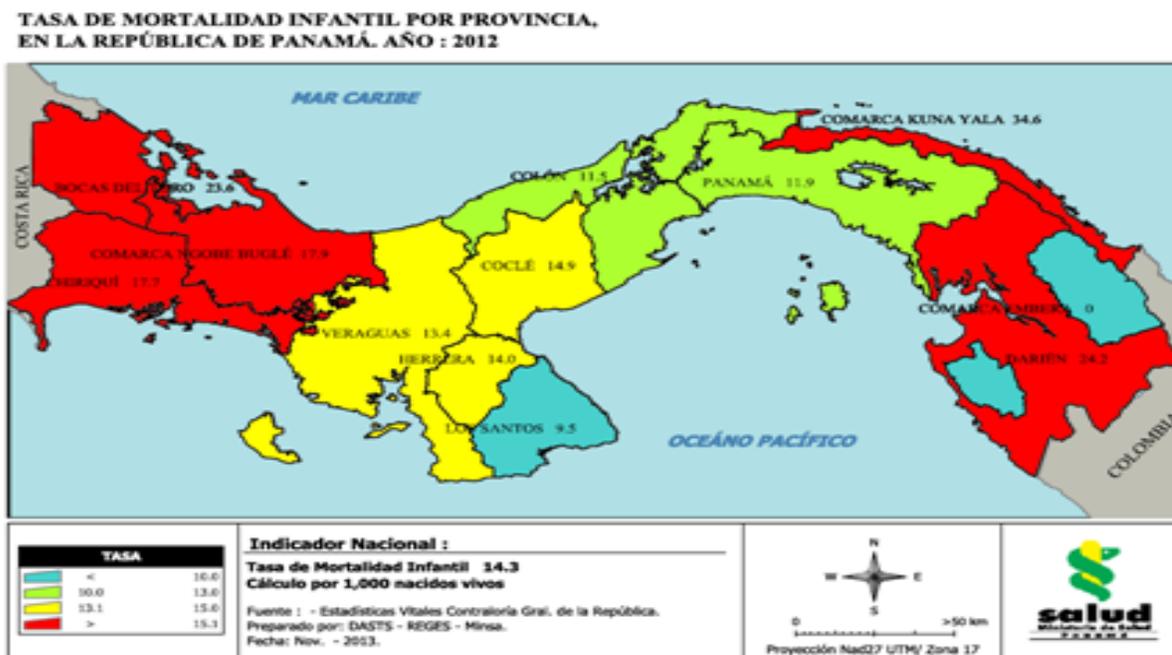
Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República.

Según cifras del 2008 al 2012, a nivel provincial, la tasa de mortalidad infantil más alta la ostenta la provincia de Bocas del Toro, Darién y las comarcas, cuyos menores de un año tienen un riesgo entre 1.2 a 2.4 veces mayor que la tasa nacional y 3.6 veces mayor que los menores de un año de la provincia de Los Santos (9.5x1000NV).

Se destaca que las esperanzas de vida más bajas se consignan para la población de Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala, y que estas presentaron los indicadores más deficientes de saneamiento básico (dotación de agua potable, disposición sanitaria de excretas y basura), los cuales, constituyen en factores de riesgo para la transmisión de enfermedades en el menor de un año. De igual forma, se concentra en ellas un elevado porcentaje de la población indígena cuyas costumbres y tradiciones favorecen la prevalencia de enfermedades respiratorias en el menor de un año.

Una mirada de este indicador por Distrito permite identificar al Distrito de Pedasí y Balboa como distritos con elevada mortalidad, a expensas de tener muy baja natalidad. Si excluimos las tasas de estos dos distritos con muy baja natalidad, ubicamos a Pinogana y Chepigana de Darién; Changuinola de Bocas del Toro, San Félix de la Comarca Ngabe Bugle y La comarca Guna Yala como los de mayor tasa de mortalidad infantil (entre 23-40 defunciones por 1,000 nacidos vivos).

Mapa N°14. Tasa de Mortalidad infantil por provincias. República de Panamá, año 2012.



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSAL, año: 2012

Cuadro N°74. Tasa de mortalidad infantil, según año de confluencia y provincias. Panamá años 1984 – 2012.

República De Panamá. Años: 1984-2012
(tasa por 1,000 nacidos vivos)

Año	Total	Area		Provincia										
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Ngabe Bugle	Kuna Yala
1984	20	19.7	20	26	20	27	21.2	18.7	14.3	17.9	18.2	20.1	...	24
1985	21.8	20.5	23	36.4	24	24.4	21.7	21.1	16.7	21.6	19.3	23.6	...	16
1986	19.4	18.1	21	33.7	23	22.8	21.1	26.9	14	17.6	16.4	17	...	15
1987	19.4	19.4	20	27.3	23	15.7	21	18.4	18.6	10.7	18.7	18.5	...	21
1988	18.6	18.9	18	31.2	20	15.1	20.4	18.7	12.3	7.8	18	16.7	...	26
1989	17.7	17.6	18	26.4	19	19.8	19.9	16.8	12	11.5	16.4	12.5	...	34
1990	18.9	17.9	20	33.9	20	25.5	17.6	17.8	10.6	9	17.1	16.5	...	33
1991	18	19.3	17	24.8	19	25.5	18.3	21.1	16.2	6.2	17.9	9.5	...	19
1992	17.2	18.8	16	17.9	20	21.9	15.9	15.7	11.9	10.5	17.4	16.3	...	16
1993	19.2	20.1	18	31.6	17	23.1	16.8	26.8	15	11	19.7	12.8	...	24
1994	18	18	18	28.3	17	25	18.9	14.9	9.9	10.3	17.1	14	...	30
1995	16.6	17.9	15	27	17	15	14.4	26.5	11.8	10.3	16.9	15.5	...	15
1996	16.1	16	16	20.8	14	18.5	17.4	21.1	14.9	14	15.3	12.1	...	33
1997	17.2	14.7	20	26	17	19.3	20	25.5	11.1	13.7	15.2	14	...	29
1998	16.8	15.2	18	32.2	16	13.9	18	18.2	11.9	8.6	16.8	8.8	...	26
1999	15.6	ND	ND	23.7	11	15.1	17.1	22.6	14.8	13.9	14.8	12.2	...	28
2000	16.7	ND	ND	27.2	16	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	...	27
2001	16.5	ND	ND	32.6	14	19.4	20.6	24	10.2	11.3	13.2	10.6	...	29
2002	14.4	ND	ND	28.2	11	14.2	17.7	21.1	11.3	8	12.4	8.6	...	25
2003	15.2	ND	ND	37.6	15	13.5	15.2	30.5	11.3	10.4	12.5	10.8	...	21
2004	14.9	ND	ND	26.6	17	14.4	16.2	17.5	10.6	15	13.3	13.2	...	15
2005	15.4	ND	ND	37.1	16	16.3	16	16.9	14.3	11.5	12.1	9.6	...	28
2006	14.8	12.2	19	30.5	13	16.4	16.2	20.5	14.8	10.5	10.8	12.2	...	35
2007	14.7	12.2	19	28.4	15	14.8	14.4	26.6	13.9	11.5	11.6	9.7	...	18
2008	12.8	16.2	15	32.6	11	12.9	13.7	12.5	12.8	8.4	10.1	9.8	17.6	16
2009	12.2	10.1	16	26.6	11	10.8	14.9	20.5	7.6	6.6	9.5	9.5	19.2	22
2010	13.4	11.2	17	27.7	10	13.6	15.4	11.6	11	5.8	10.9	11.6	19.3	24
2011	13.2	11	17	20.1	11	11.4	14.9	18.7	14.5	10.5	11.5	10.7	20.8	20
2012	14.3	13.2	16	23.6	15	11.5	17.7	28.7	14	9.5	11.9	13.4	17.9	35

ND: A partir de 1999 no se reportan estas cifras según área.

Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2012

Mapa N°15. Tasa de Mortalidad infantil por distrito. Panamá, año 2012.



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSa, año: 2012

El análisis de las cinco principales causas de muerte, en la estructura de la mortalidad infantil, indica que en los años 60 y 70 prevalecían, las enfermedades infectocontagiosas, (las prevenibles por vacuna, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias) con proporción alrededor del 60.0% de las muertes, respectivamente; en los años 80 y 90 se observa como parte del proceso de transición epidemiológica el incremento de las causas endógenas, con el 76.3% y el 84.7% de las muertes, respectivamente . Desde la década del 80 este panorama ha sido modificado, en gran parte a la disponibilidad creciente a las vacunas que el país ofrece. Para el año 2010 y 2012 las principales causas las ocupan las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, desplazando a las neumonías y las Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, a la tercera y quinta causa de muerte del menor de un año.

Cuadro N°75. Tasas de muerte en menores de 1 año, según principales causas. Años 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 y 2012. Tasa por 10,000 nacidos vivos.

Causas de Muerte	1970		1980		1990		2000		2010		2012	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2156	405	1144	217	1133	189	1081	167	910	134	1083	144
Enteritis y otras Enf. Diarreicas +	272	51					46	7.1	39	5.7	34	4.5
Tétanos	150	28.1										
Neumonía	254	47.7	77	14.6	42	7	51	7.9	104	15.3	75	9.9
Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un Año	218	40.9	490	93.1	550	91.8	463	71.4	284	41.8	428	56.7
Anomalías Congénitas	115	21.6	131	24.9	201	33.6	291	44.9	212	31.2	304	40.3
Bronquitis, Enfisema y Asma	75	14	29	5.5								
Sarampión	38	7.1			15	2.5						
Influenza	34	6.4										
Infección Intestinal Mal Definida			83	15.8	60	10						
Tosferina			33	6.2								
Meningitis			28	5.3	15	2.5						
Deficiencias de la Nutrición					35	5.8	54	8.3				
Accidentes, Suicidios, Lesiones Autoinfligidas, Agresiones y otras									49	7.2	25	3.3
Demás causas	1000	188	273	51.9	215	35.9	176	27.1	222	32.7	217	28.7

*Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal, **Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año
Se da cambio en la nomenclatura: Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2013

Cerca de 7 de cada 10 defunciones (67%) se relacionó con causas endógenas, identificándose, entre ellas las muerte ocasionadas por ciertas afecciones originadas en el menor de un año, denominación que incluye a las enfermedades de la madre que afectan al recién nacido, complicaciones obstétricas, crecimiento lento, desnutrición e inmadurez, traumatismos del nacimiento e hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido, por mencionar algunas; esta última representa entre el 30 y 50% de las muertes de esta categoría. Además se ubican las anomalías congénitas, denominación que incluye, entre otras, la espina bífida e hidrocefalia, Labio Leporino y Fisura del Paladar y Labio y Anomalías Congénitas del Corazón y Aparato Circulatorio, esta última responsable de entre el 34% y 45% de las muertes ocurridas y tipificadas en esta categoría.

En el año 1990, aparece las deficiencias nutricionales entre las principales causas de muerte en los menores de un año, con un incremento porcentual del 43.1% al comparar las tasas alcanzas en 1990 con respecto a las del 2000. En general, la tasa de mortalidad infantil es más elevada en hombres que en mujeres. (Cuadro N° 76).

Cuadro N° 76. Defunciones y Tasas De Mortalidad En Los Menores De Un Año Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2012.

Causas	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	1083	143.5	594	154.1	489	132.4
Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	428	56.7	264	68.5	164	44.4
Malformaciones Congénitas, deformidades y Anomalías cromosómicas	304	40.3	157	40.7	147	39.8
Neumonías	75	9.9	40	10.4	35	9.5
Diarreas y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	34	4.5	19	4.9	15	4.1
Accidentes, Suicidios, Lesiones Auto infligidas, Agresiones y otras violencias	25	3.3	13	3.4	12	3.2
Demás causas	217	28.7	101	26.2	116	31.4

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012 (tasa por 10000 nacidos vivos)

Como se describe en párrafos anteriores, son las causas endógenas las principales causas de muerte en este grupo de edad, ello implica la necesidad de desarrollar estrategias orientadas a mejorar el acceso, frecuencia y calidad de intervenciones relativas al control prenatal y a la consejería.

Mortalidad Neonatal y Pos neonatal

Un análisis del comportamiento de los últimos 28 años (2000-2012) de la mortalidad neonatal y post neonatal permite enunciar lo siguiente:

La mortalidad neonatal (menos de 28 días de nacido) ha presentado un comportamiento descendente con tasas cuyo rango ha oscilado entre 6.7 y 8.3 defunciones por 1,000 habitantes, ubicándose las tasas más elevadas en el año 2009. Durante el periodo 2000-2012 ocurrió una disminución porcentual del 14.4%, siendo el riesgo de morir de los neonatos 0.85 veces menor en 2012 que en el 2000.

La mortalidad postneonatal (28 días a 11 meses) también ha presentado un comportamiento descendente para un descenso porcentual de 35.8% durante el periodo. El rango de esta tasa fue de 9.7 a 5.3 defunciones por 1,000 habitantes, con la tasa más alta en 1981 y la más baja en 1992. El riesgo de morir durante el periodo postneonatal fue 1.5 veces mayor en 1980 que en el 2012.

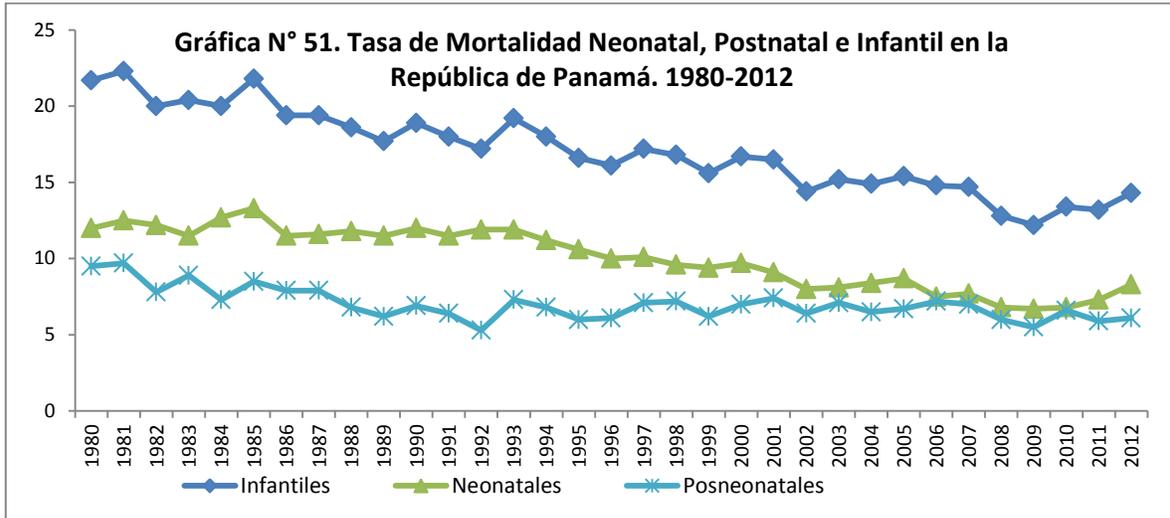
Para el año 2012, la mortalidad neonatal presentó las tasas más elevadas en la provincias de Bocas del Toro, Darién (excluidas las comarcas Emberá Wounan en Cémaco y Sambú) y la provincia de Chiriquí. Por otro lado, se identificó a la provincia de Bocas del Toro, Darién y a la Comarca Guna Yala, registraron las tasas más elevadas de mortalidad postneonatal; en tanto que Herrera y Los Santos reportaron las más baja.

Cuadro Nº 77. Defunciones y Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Pos neonatal. República de Panamá. Años: 1980- 2012. (Tasa por 1,000 nacidos vivos).

Años	Defunciones					
	Infantiles		Neonatales		Post neonatales	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
1980	1144	21.7	634	12	510	9.5
1981	1199	22.3	678	12.5	521	9.7
1982	1090	20	665	12.2	425	7.8
1983	1128	20.4	637	11.5	491	8.9
1984	1134	20	719	12.7	415	7.3
1985	1264	21.8	770	13.3	494	8.5
1986	1117	19.4	663	11.5	454	7.9
1987	1121	19.4	666	11.6	455	7.9
1988	1088	18.6	690	11.8	398	6.8
1989	1047	17.7	681	11.5	366	6.2
1990	1133	18.9	720	12	413	6.9
1991	1079	18	693	11.5	386	6.4
1992	1032	17.2	713	11.9	319	5.3
1993	1134	19.2	704	11.9	430	7.3
1994	1080	18	671	11.2	409	6.8
1995	1029	16.6	658	10.6	371	6
1996	1023	16.1	634	10	389	6.1
1997	1170	17.2	685	10.1	485	7.1
1998	1047	16.8	596	9.6	451	7.2
1999	1005	15.6	607	9.4	398	6.2
2000	1081	16.7	630	9.7	451	7
2001	1053	16.5	579	9.1	474	7.4
2002	885	14.4	492	8	393	6.4
2003	940	15.2	499	8.1	441	7.1
2004	932	14.9	524	8.4	408	6.5
2005	980	15.4	556	8.7	424	6.7
2006	971	14.8	496	7.5	475	7.2
2007	992	14.7	522	7.7	470	7.0
2008	877	12.8	467	6.8	410	6.0
2009	837	12.2	459	6.7	378	5.5
2010	910	13.4	460	6.8	450	6.6
2011	971	13.2	537	7.3	434	5.9
2012	1083	14.3	625	8.3	458	6.1

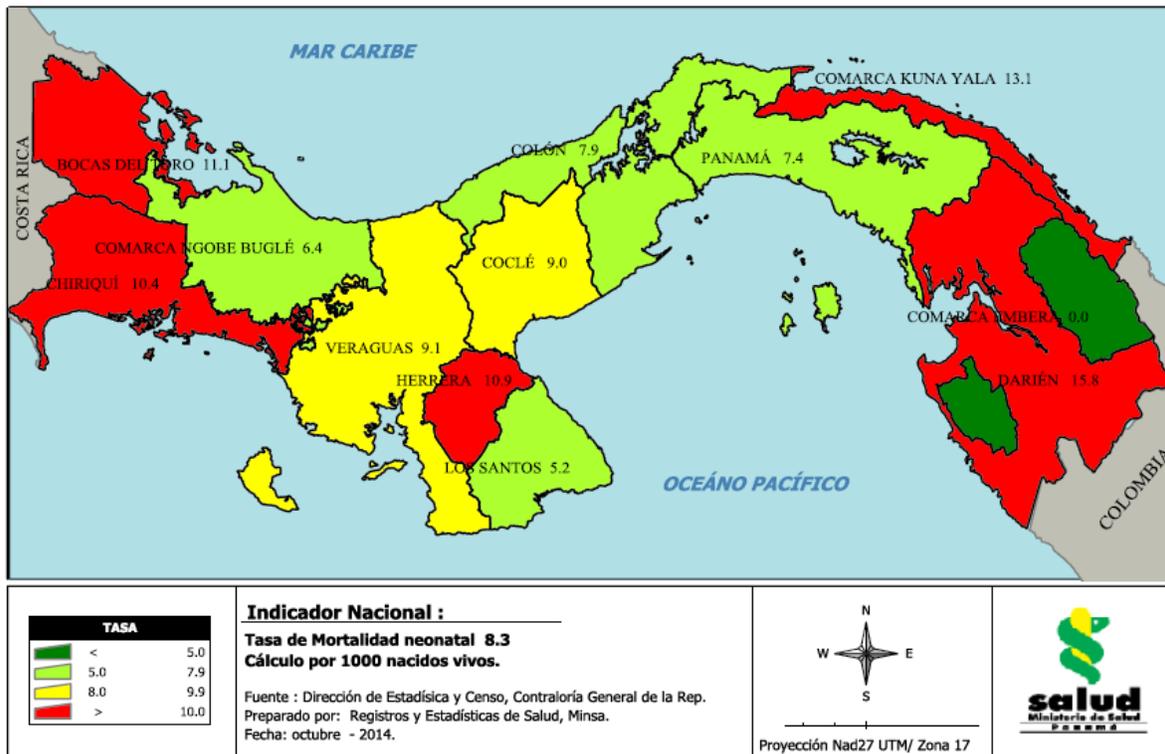
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012

Mapa N° 16. Tasa de mortalidad neonatal por provincias. Panamá. Año 2012.



Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República. Año: 2012

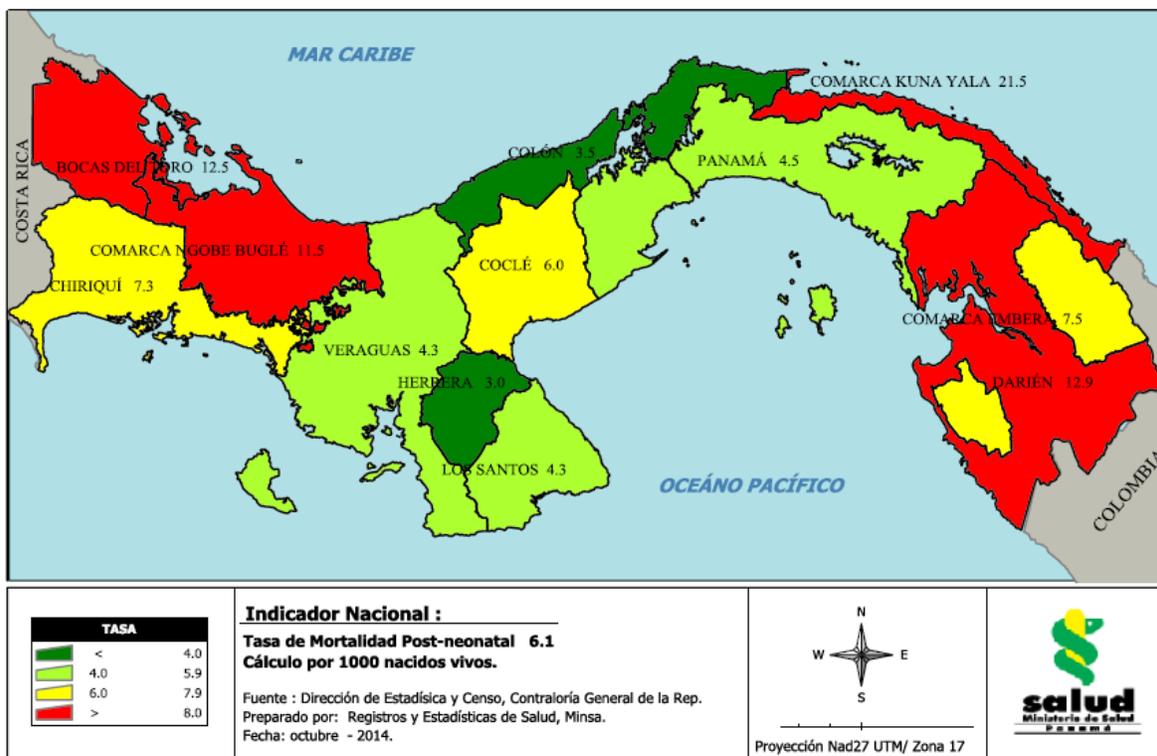
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR PROVINCIAS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ . AÑO : 2012



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSa, año: 2012

Mapa N° 17. Tasa de mortalidad neonatal por provincias. Panamá. Año 2012.

**TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL POR PROVINCIAS,
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ . AÑO : 2012**

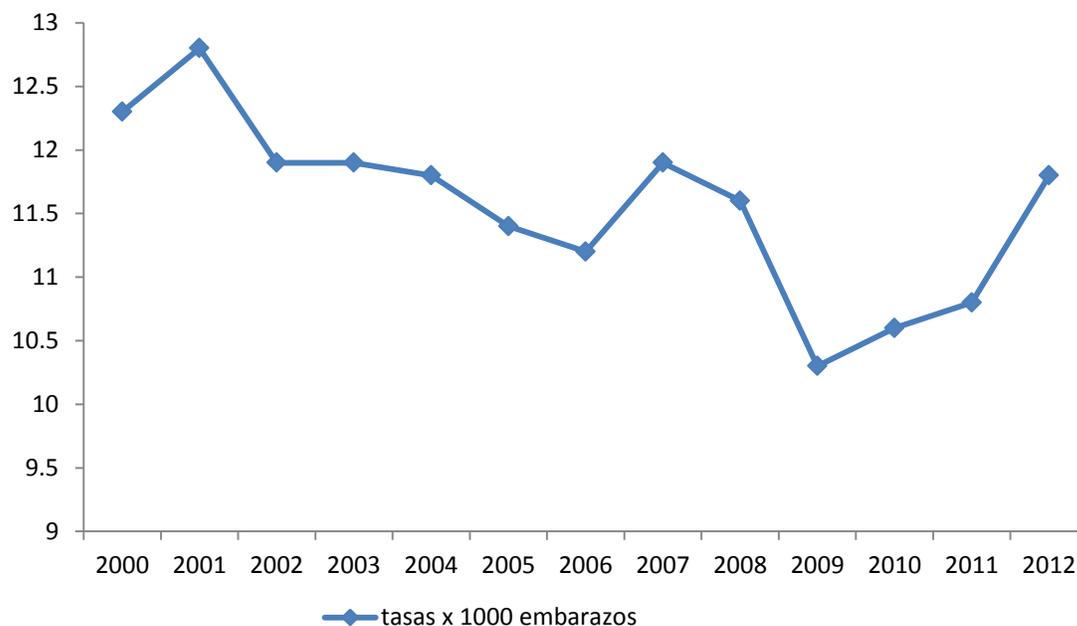


Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSa, año: 2012

La Mortalidad Perinatal

Durante el periodo de 2000 al 2012, la mortalidad perinatal que incluye la mortalidad fetal tardía, así como la muerte neonatal precoz, es decir la que ocurre durante los primeros siete días de nacido, ha mostrado una tendencia al descenso. Para el año 2000 las tasas nacionales fueron de 12.3 defunciones por 1,000 embarzadas esperadas, en tanto que para el 2012 la misma alcanzó 11.8 defunciones por 1,000 embarzadas, con un rango durante el periodo entre 10.3 y 12.8 defunciones por 1,000 embarzadas, registrándose el valor más elevado durante el año 2001. En el año 2000 el riesgo de ocurrencia de muerte en el periodo perinatal fue 0.5 veces mayor que en el 2012. Pese a las estrategias de gratuidad de los servicios brindados a las embarazadas y los esfuerzos en el cumplimiento de la meta de los ODM, la tasa de mortalidad perinatal ha frenado el descenso que se apreciaba en la última década del siglo pasado.

Gráfica N° 52. Tasa de Mortalidad Perinatal en la República de Panamá. Años 2000-2012.



Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República. Año: 2012

Las provincias de Bocas del Toro, Darién y La Comarca de Guna Yala han presentado desde el año 2000 hasta las 2012 tasas mayores al promedio nacional. En los últimos 5 años, las provincias de Los Santos, Veraguas y Panamá han aumentado las tasas de mortalidad perinatal aun cuando no han superado la tasa nacional.

Al 2012 la provincia de Bocas del Toro, Darién y la Comarca Guna Yala presentaron las tasas de mortalidad perinatal más elevadas de todo el país, seguidas de la provincia de Chiriquí, Veraguas y Coclé, en contraste con Los Santos, la comarca Emberá y la provincia de Panamá que han presentado las tasas ubicadas más bajas. Cabe destacar, que el rango de tasas por provincias se encuentra entre 22.1 y 3.7 defunciones perinatales por 1,000 embarazadas.

Cuadro N° 78. Tasas De Mortalidad Perinatal Por Año Según Provincia. República De Panamá. Años: 2000- 2012. (Tasas por 1,000 embarazos)

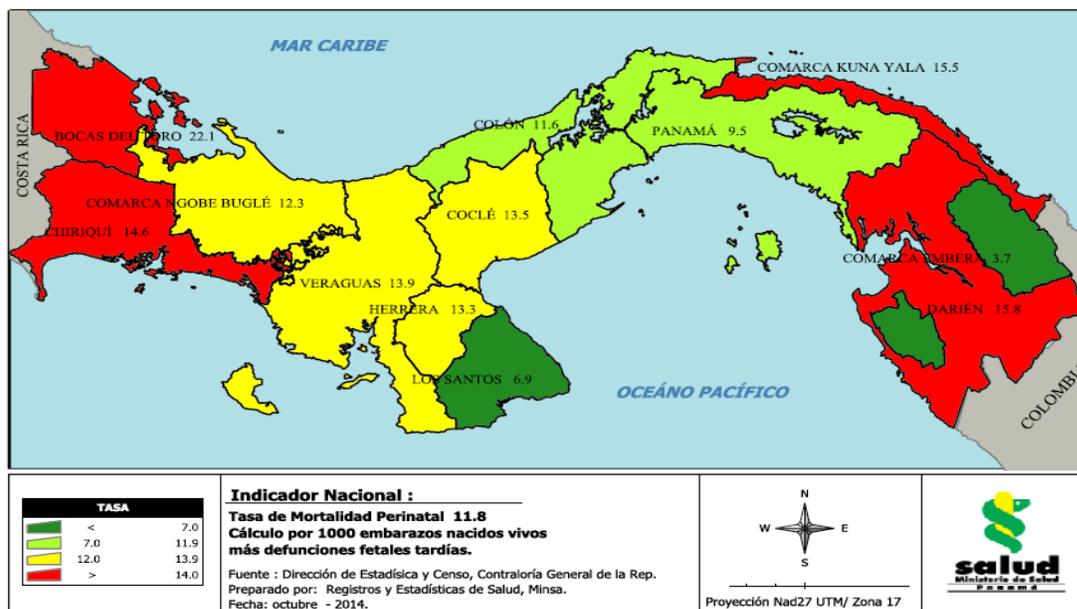
Año	Total	Provincia-Comarca											
		Bocas Del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngabe Bugle
2000	12.3	14.9	14.5	9.1	13	19.4	13.8	14.6	11.3	12.4	14.4		
2001	12.8	20.5	14.1	9.8	16.1	19.9	14.7	13.5	11.1	10.5	17.8		
2002	11.9	11.3	12	14.1	13.8	20	10.2	11.9	10.7	12	10.9		
2003	11.9	11.3	13.9	12.2	12	21.9	15.4	9.5	10.9	10.2	19.2	19.5	13.2
2004	11.8	20.7	16	9.5	14.8	12.6	13.4	15.7	10.1	12.8	8.7	-	7.7
2005	11.4	18	14	12.9	14.7	21.3	20	15.8	8.9	6	18.3	21.3	9.6
2006	11.2	19.7	13.9	13.6	13.8	22.1	17.1	13.3	8.2	9.8	18.3	4.4	10.2
2007	11.9	18.7	15.8	13.5	11.4	22.4	11.3	14.0	9.9	11.5	15.3	8.0	12.7
2008	11.6	23.2	10.6	9.7	12.0	10.3	16.7	13.9	10.2	10.4	20.3	10.8	12.4
2009	10.3	17.4	10.2	8.5	13.6	21.3	10.9	3.8	9.3	5.4	15.4	9.1	10.5
2010	10.6	15.0	8.3	10.1	13.6	10.5	13.8	7.7	9.7	7.3	14.9	15.6	11.5
2011	10.8	16.7	11.2	10.3	12.7	10.2	13.8	7.0	9.4	9.9	20.3	12.4	11.4
2012	11.8	22.1	13.5	11.6	14.6	15.8	13.3	6.9	9.5	13.9	15.5	3.7	12.3

Nota: Los datos se refieren a las defunciones fetales de 7 meses y más de gestación (feto viable) y a las muertes de niños de menos de 8 días de nacido.

Fuente: Contraloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales. Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud.

Mapa N° 18. Tasa de mortalidad perinatal por provincias. Panamá. Año 2012.

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL POR PROVINCIAS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ . AÑO : 2012



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

Los Niños y Niñas de Uno a Cuatro Años (1 a 4)

Durante el 2012 la población de 1-4 años registró una tasa de mortalidad de 101.8 muertes por 100,000 niños de 1-4 años, con un descenso porcentual del 30.5% con respecto al año 2000 (146.6 muertes por 100,000 niños de 1-4 años), la diferencia por sexo en este año no es significativa para la tasa total. Las principales causas de muerte, que afectaron a este grupo de población, en orden decreciente son: la neumonía con una tasa de 16.8 para las niñas y 11.4 para los niños, la segunda causa la ocupan los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias donde el fenómeno predomina en la afección de los niños sobre las niñas con tasas de 15 y 10.5 muertes por 100,000 habitantes, respectivamente. La diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con una tasa de 11.0 muertes por 100,000 habitantes sin diferencia significativa por sexo y en cuarto y quinto lugar, la desnutrición y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con tasas totales de 10.6 y 7.2 respectivamente, con predominio de las muertes en el sexo femenino para ambas causas.

Cuadro N° 79. Defunciones y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 1-4 Años Por Sexo, Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2012. (Tasas por 100,000 habitantes) 1 a 4

Causas	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	297	101.8	150	100.7	147	103.0
Neumonía	41	14.1	17	11.4	24	16.8
Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	38	13.0	23	15.4	15	10.5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32	11.0	17	11.4	15	10.5
Desnutrición	31	10.6	14	9.4	17	11.9
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	21	7.2	10	6.7	11	7.7
Demás Causas	134	45.9	69	46.3	65	45.5

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012

El informe sobre indicadores de salud del 1998, reveló que 22 de cada mil nacidos vivos murieron antes de cumplir los cinco años con un rango de 12.5 a 53.6 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, en tanto que para el 2002 se consignaron 19.3 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, para un rango de 9.6 a 51.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. En el 2008 fallecieron cerca de 17 menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos.

Para el año 2012, 18.3 defunciones en menores de 5 años, con un ligero aumento respecto al 2008, En el mismo sentido, el análisis diferencial por área geográfica, revela que en desde el año 1998, Bocas del Toro, la Comarca Ngabe Bugle y la Comarca de Guna Yala han mantenido las tasas más altas del país, duplicando y hasta triplicando la tasa nacional (29.3- 53.8). Las provincias de Los Santos, Veraguas y Herrera han reportado las menores cifras para este indicador a lo largo de

los 15 años evaluados. El rango de sus tasas 9.5 – 16.1 defunciones de menores de 5 años por cada 1000. La variación de este indicador en donde se manejan rangos tan amplios que van desde 9.5 y 53.8, evidencian la diferencia de acceso tanto cultural, socioeconómico y geográfico a la atención de los problemas de salud entre provincia.

Cuadro N° 80 .Tasa de Mortalidad En Menores de Cinco Años, Según Provincia. Panamá. Años: 1998, 2002, 2008 y 2012. (Tasas por 1,000 nacidos vivos)

Provincia	Años			
	1998	2002	2008	2012
Total	22.4	19.3	17	18.3
Bocas del Toro	53.6	50.1	47	37.8
Coclé	20.4	14.9	14	18.6
Colón	18.7	17.6	15.5	13.8
Chiriquí	24.1	20.9	18	21.9
Darién	29.8	30.7	20.8	34.7
Herrera	16.1	13.3	14.2	15.2
Los Santos	12.5	9.6	13.1	9.5
Panamá	19.9	14.8	11.9	13.8
Veraguas	13.4	13.3	12.7	16.1
Comarca Guna Yala	47.7	42	29.4	52.6
Comarca Emberá		37.2	16.2	18.6
Comarco Ngabe Bugle		51.7	31.5	29.3

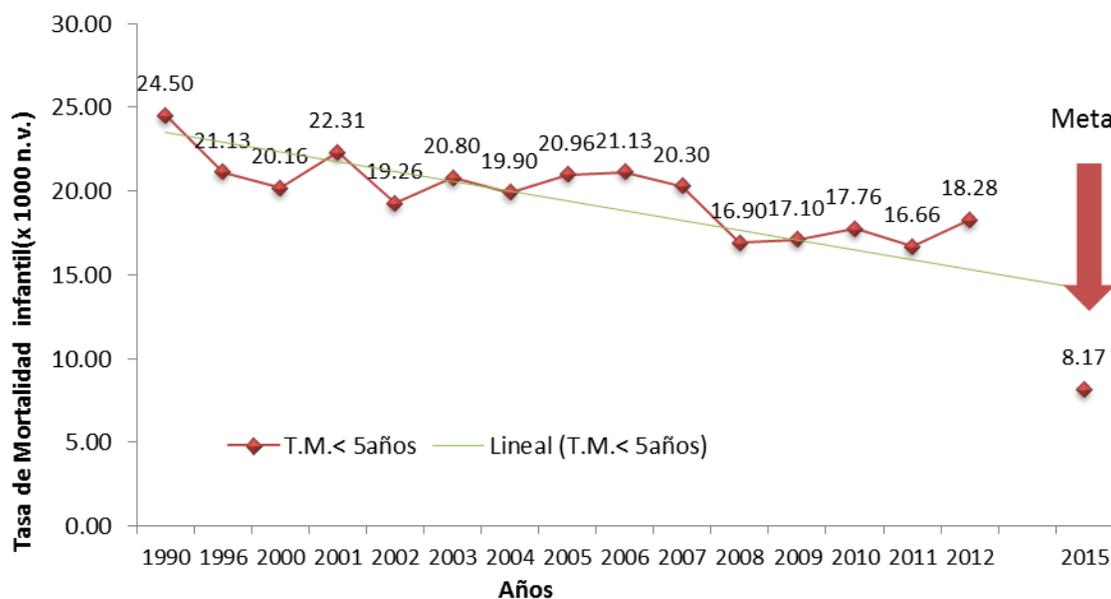
1/ Tasa Calculada por 1,000 Nacidos Vivos

Analizado de la Base de datos Proporcionado por INEC-Estadísticas Vitales.

Dirección de Planificación-Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

No obstante la meta del ODM 4 de reducir la mortalidad en menores de 5 años en dos terceras partes para el año 2015 respecto a los años 90, según las últimas proyecciones realizadas con datos hasta el año 2012 se habrá alcanzado la mitad de la meta.

Gráfica N° 53. Tasa de mortalidad infantil (< 5años) según año de ocurrencia en la República de Panamá. Año 1990,1996, 2000-2012. Meta del ODM para 2015.



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo,
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación de Salud, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.

Los Escolares y Adolescentes de Cinco a Catorce Años

Durante el periodo de 2000 – 2012 la población de 5-9 años presentó una disminución porcentual del 14.3% en el riesgo de morir, con tasas de 43.9 y 37.6 defunciones de escolares entre 5 y 9 años por 100,000 habitantes, respectivamente. Por su parte durante el mismo periodo, la población de 10-14 años tuvo un incremento porcentual de 9, con tasas de 35.3 y 38.8 defunciones de escolares entre 10 – 14 años por 100,000 habitantes, respectivamente.

En el año 2012 la tasa de mortalidad en la población de 5-14 años es de 38.2 defunciones por 100,000 habitantes y en el 2002 el riesgo de morir fue 31.4 defunciones por cada 100,000 habitantes, 6 de cada 10 defunciones corresponden al sexo masculino, superando tanto en la tasa total como la tasa por causas al sexo femenino. Se reportan entre las principales causas de muerte las causas externas, cuya tasa es 2.5 veces mayor en hombres que en mujeres. Como segunda causa de muerte, en este grupo, se consignaron los tumores malignos con una tasa de 7.3 defunciones en población de 5-14 años por 100,000 habitantes, Las enfermedades del sistema nervioso son la tercera causa de defunción en este grupo, afectando 2.55 veces más al sexo masculino. La neumonía y las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas ocuparon el 4to y 5to lugar con tasa entre 1.5 y 2 por 100,000 habitantes.

Cuadro N° 81. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 5-14 Años Por Sexo, Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2012.

Causas	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	260	38.2	164	47.2	96	28.8
Causas externas	72	10.6	52	15.0	20	6.0
Tumores malignos	50	7.3	31	8.9	19	5.7
Enfermedades del sistema nervioso	22	3.2	16	4.6	6	1.8
Neumonía	13	1.9	7	2.0	6	1.8
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	12	1.8	7	2.0	5	1.5
Demás Causas	91	13.4	51	14.7	40	12.0

(tasa por 100,000 habitantes)

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012

Los Adolescentes de Quince a Diecinueve Años

El grupo de 15 a 19 años ha presentado un descenso progresivo en sus tasas generales de mortalidad desde los años 70 al 2000, pues en 1970 la misma fue de 152.9 hasta alcanzar en el año 2000 una tasa de 79.5, sin embargo, en el 2008 el incremento de la tasa a 102.5 defunciones de persona entre 15 y 19 años por 100,000 habitantes, se vuelve cada día más preocupante. Cabe destacar que aun cuando en el año 2012 la tasa de mortalidad en este grupo ha disminuido respecto al 2002 a 101.4 defunciones por 100,000 hab., comparativamente con el año 2000 el incremento porcentual es de 21.6%.

Entre las principales causas de muerte, para el 2012, se cuentan las muertes por causas externas - accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias como principal causa de muerte en este grupo tanto en femeninos como masculino, sin embargo la diferencia entre sexo es de 1 mujer por cada 10 hombres. La segunda causa de defunción es este grupo de manera general son los tumores malignos con tasas de 7.0, mas, al analizar según sexo esta causa ocupa el tercer lugar para el sexo femenino con 4.9 muertes por 100000 hab., siendo que la muerte materna alcanza una tasa mayor 5.9 por 100000 hab. Las enfermedades del sistema nervioso ocupan la tercera causa de defunción total para este grupo, con una tasa de 3.9, afectando más al sexo masculino.

Cuadro N°82. Defunciones y Tasas de Mortalidad en el grupo de 15-19 años, por sexo, según las cinco primeras causas de muerte. República de Panamá, años 2012. Tasa por 100,000 habitantes.

Causas	Sexo					
	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino
Totales	320	96.9	248	147.4	72	44.4
Causas externas	204	61.8	184	109.4	20	12.3
Tumores Malignos	23	7	15	8.9	8	4.9
Enfermedades del sistema nervioso	13	3.9	8	4.8	5	3.1
Materna	9	2.7			9	5.6
Anemias	6	1.8	5	3	1	0.6
Demás causas	65	19.7	36	21.4	29	17.9

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República de Panamá. Año 2012

Los Adultos de Veinte a Cincuenta y Nueve Años

Durante el periodo 2002-2012 la tasa de mortalidad por grupo etarios muestra poca variación en estos 11 años, ocurrió un descenso porcentual del 47% siendo su tasa de 41.1 y 21.9 muertes por 10,000 habitantes, respectivamente. Sin embargo, habría que resaltar el ligero incremento porcentual (6%) que se presentó al comparar las cifras 90-97, toda vez que para este año la tasa fue de 23.2 muertes por 10,000 habitantes. Ya para los años 2007 una tasa de 22.0 y para el 2008 esta tasa es de 23.0 por 10,000 habitantes de 20-59 años.

En el año 2012, la tasa de mortalidad total en este grupo etario es de 22.3 por cada 10,000 habitantes con una tasa en hombres que duplica la tasa en mujeres (30.1 defunciones en hombres por cada 10,000 habitantes en contraste con 14.5 mujeres por 10,000 habitantes. Las Causas Externas fue la principal causa de muerte con una tasa total de 6.3 defunciones por cada 10,000 habitantes con un predominio de defunciones masculinas sobre las femeninas, a razón de 1 mujer por cada 11 hombres. Los Tumores Malignos ocuparon el segundo lugar, con tasas de 4 defunciones por 10,000 habitantes, afectando a más mujeres que hombres con tasas de 4.8 y 3.2 def. Por 10,000 hab. Respectivamente. La tercera causa de muerte, en este grupo de edad, lo ocupan las enfermedades por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) donde 2.1 de cada 10,000 personas de 20-59 fallecieron por esta causa, a razón de una mujer por cada 3 hombres.

La cuarta y quinta posición la ocupan enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus con tasas de 1.2 y 1.0 defunciones por 10,000 habitantes, respectivamente. Cabe hacer la diferencia por sexo para las defunciones por enfermedades isquémicas, donde los masculinos tienen 3 veces más riesgo de morir por estas enfermedades en este grupo de edad que las mujeres. La mortalidad por diabetes mellitus en este grupo no guarda una diferencia significativa entre sexos.

Cuadro N° 83. Defunciones y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 20-59 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2012 (tasa por 10,000 habitantes)

Causas	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	4452	22.3	3016	30.1	1436	14.5
Causas externas	1260	6.3	1155	11.5	105	1.1
Tumores malignos	804	4.0	331	3.3	473	4.8
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	418	2.1	316	3.2	102	1.0
Enfermedades Isquémicas del corazón	231	1.2	174	1.7	57	0.6
Diabetes Mellitus	204	1.0	110	1.1	94	0.9
Demás Causas	1535	7.7	930	9.3	605	6.1

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República de Panamá. Año: 2012

Adulto Mayor

Para el 2012 la tasa general de mortalidad en la población de 60 años y más es de 283.1 por cada 10,000 habitantes con un mayor riesgo de morir en la población masculina que en la femenina.

El análisis de las causas de muerte, en este grupo de edad y según el registro de defunciones de la Contraloría General de la República, para el año 2012, identificó los Tumores Malignos, a las Enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus y otras enfermedades del corazón, como las cinco principales causas de defunción en mayores de 60 años. Las tasas por sexo son mayores para los masculinos excepto en la diabetes, donde las femeninas ocupan superan al sexo masculino, con tasas de 255.3 vs 190.0 defunciones por 10,000 hab.

Cuadro N° 84. Defunciones y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 60 y más Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2012. Tasa por 10,000 habitantes.

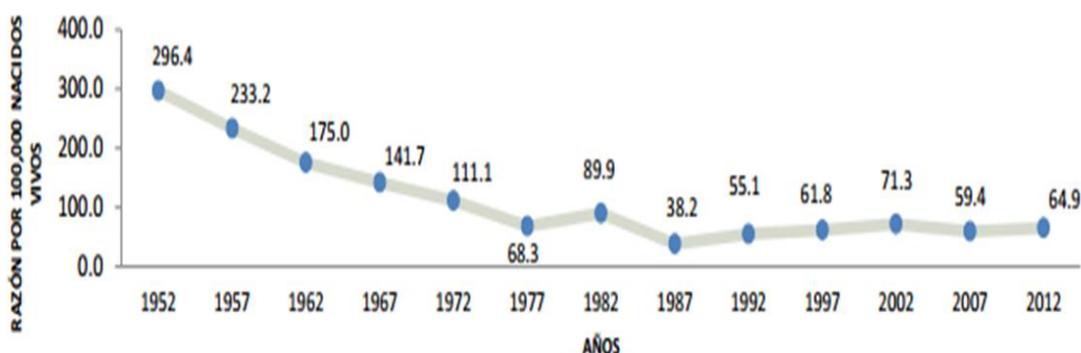
Causas	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Totales	10892	2831.0	5951	3258.0	4941	2445.0
Tumores malignos	2132	554.1	1265	692.6	867	429.0
Enfermedad Isquémicas del Corazón	1434	372.7	820	448.9	614	303.8
Enfermedades Cerebrovasculares	1214	315.5	644	352.6	570	282.1
Diabetes Mellitus	863	224.3	347	190.0	516	255.3
Otras Enfermedades del Corazón	812	211.0	422	231.0	390	193.0
Demás Causas	4437	1153.2	2453	1343.0	1984	981.8

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General la República de Panamá. Año: 2012

La Mortalidad Materna

Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto causan daños y muertes evitables a la población femenina en todo el mundo, por lo cual se ha priorizado la atención del embarazo, parto y puerperio. Esta situación ha permitido el uso de la mortalidad materna como un indicador de desarrollo y de disparidad y desigualdad social relacionada con el acceso de la mujer a los servicios de salud, a la nutrición y a otros factores socio – económicos.

Gráfica N°54. Razón de mortalidad materna en la República de Panamá. Años 1952-2012



Fuente: INEC
– 1 Por 100,000 nacidos vivos.

Razón de mortalidad materna, se refiere a la razón entre el número de mujeres fallecidas, por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, entre los nacimientos vivos ocurridos en el año de referencia, multiplicado por 100,000.

Cuadro N°85. Razón de mortalidad materna por 100,000 nacido vivos en la República de Panamá. Años 2008-2012

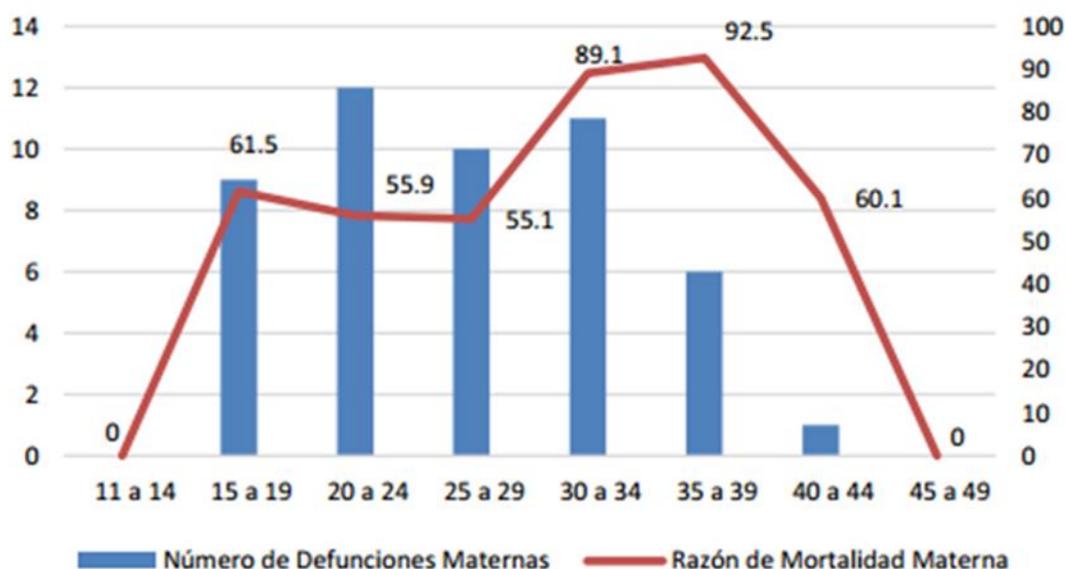
Año	País	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Guna Yala	Emberá	Ngäbe Buglé
2008	59.6	52.2	23.7	110.4	12.3	0.0	0.0	93.6	39.1	48.8	326.8	0.0	231.6
2009	42.4	54.8	73.2	55.6	38.5	102.5	137.6	0.0	14.8	48.8	0.0	0.0	163.0
2010	60.3	48.9	50.6	57.3	38.9	105.7	0.0	0.0	41.5	52.6	462.4	0.0	203.1
2011	80.5	158.0	92.0	66.9	57.4	93.5	0.0	0.0	44.8	47.4	542.3	0.0	300.5
2012	64.9	48.2	45.9	50.5	34.3	98.9	0.0	86.7	56.0	22.6	0.0	0.0	274.3

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General la República.

A través del tiempo la tasa de mortalidad materna ha tenido un comportamiento descendente. La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 1970-2012 por un descenso, siendo en de 1.4 muertes x 1,000 N.V. a cifras de 0.6, que reflejan una diferencia porcentual de 57%. Durante el periodo 1990 a 2012 mantuvo un rango entre 0.6 por 1000 nacidos vivos, es decir estable. Panamá está clasificado a nivel internacional en el grupo III de países con una tasa alta de Mortalidad Materna.

En el 2012, las muertes maternas representaron el 0.7% de las muertes ocurridas en mujeres y el 5.1% de las defunciones en la población femenina en edad fértil. Considerando el grupo etario de 15 a 34 años donde se concentra la mayor cantidad de embarazos, es importante evidenciar que 10.2% de las muertes en población femenina de este grupo, se debió a causas del embarazo, parto o puerperio.

Gráfica N°55. Número de defunciones maternas y razón de la mortalidad, por grupo de edad en la República de Panamá. Año 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de La República
RMM por 100 000 Nacidos vivos

En el año 2011 se reportaron en el país 59 defunciones (RMM de 80.5 por 100,000 nacidos vivos), en tanto que para el año 2012 se registraron 49 defunciones y RMM de 64.9 por 100,000 nacidos vivos. Lo descrito representa una reducción de 17% de las defunciones en el 2012 con relación al año 2011. Sin embargo, en las cifras de las defunciones reportadas por la comarca Ngabe Bugle se observa un aumento del 20%.

En el país se observan grandes disparidades al desagregar la información a nivel de provincias y comarcas, se evidencia que la comarca Guna Yala, comarca Ngabe Bugle presentan en los últimos años constantemente la RMM superiores al promedio nacional. En el año 2008 superan este valor la provincia de Colón y las Comarcas Kuna Yala y Ngabe Bugle con rangos de 1.1 a 3.3 muertes maternas por 1000 N.V, ocupando el rango inferior Colón y el superior la Comarca Kuna Yala. Estas regiones se caracterizan por su alto grado de dispersión de la población, inaccesibilidad geográfica, concentración de población indígena y además, población campesina, bajo nivel de escolaridad y alto índices de pobreza.

Cuadro N°86. Número de defunciones maternas, razón de mortalidad y porcentaje por causa básica. Años 2012 en la República de Panamá.

CAUSA	DEFUNCIONES MATERNAS	RMM	PORCENTAJE
TOTAL	49	64.9	100
Hemorragias postparto inmediatas	6	7.95	12.2
Aborto complicado con infección genital y pelviana	4	5.30	8.2
Preeclampsia en el puerperio	4	5.30	8.2
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	3	3.97	6.1
Embarazo ectópico	3	3.97	6.1
Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	3.97	6.1
Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	3.97	6.1
Sepsis puerperal	3	3.97	6.1
Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	2	2.65	4.1
Las demás causas	18	23.85	36.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de La República
RMM por 100 000 Nacidos vivos

En síntesis, se ubica a las provincias de Darién y Veraguas y a las Comarcas Guna Yala y Ngabe Bugle como las de más altas tasas de mortalidad materna durante los años 2000 y 2010. Es importante señalar que la comarca Guna Yala, no reporto defunciones para el año 2012.

Las principales causas de defunciones son: Hemorragia Obstétrica, Aborto complicado con infección genital y pélvica, Pre eclampsia, Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio, Embarazo ectópico.

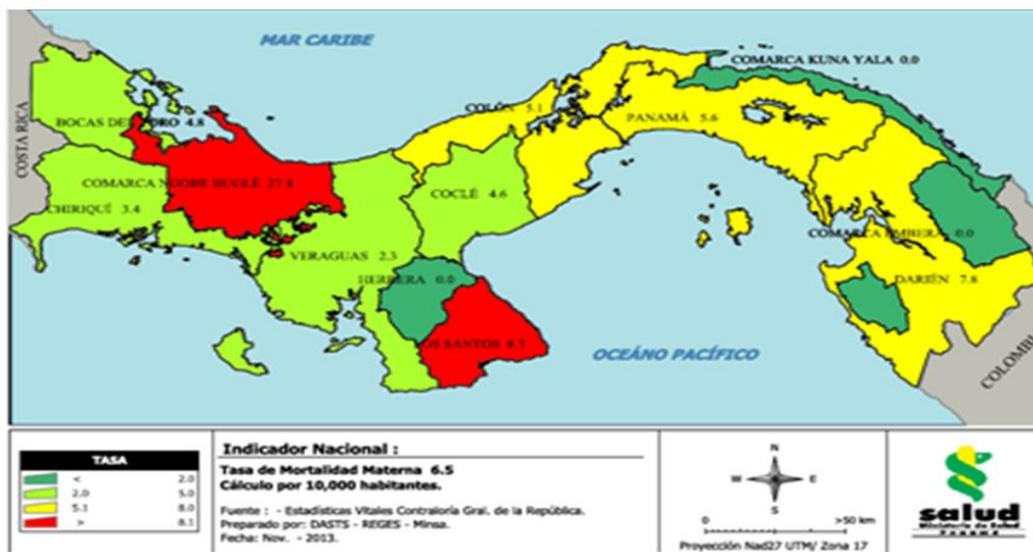
Cuadro N° 85. Defunciones y Razón de Mortalidad Materna por Provincia. República de Panamá. Años: 1970-1980-1990-2000-2010- 2012 (Razón por mil nacidos vivos)

Provincia	Años												
	1970		1980		1990		2000		2010		2012		
	N°	Razón											
Total	72	1.4	37	0.7	32	0.5	40	0.6	41	0.6	49	0.6	
Bocas del Toro	1	0.5	1	0.4	2	0.6	3	0.7	2	0.5	2	0.5	
Coclé	8	1.6	7	1.6	4	0.8	2	0.4	2	0.5	2	0.5	
Colón	8	1.6	6	1.2	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.5	
Chiriquí	17	1.9	4	0.5	8	0.9	5	0.5	3	0.4	3	0.3	
Darién	4	4.3	1	1.5	()	-	1	0.9	1	1.1	1	1.0	
Herrera	2	0.7	1	0.4	1	0.4	1	0.5	-	-	-	-	
Kuna Yala	-	-	-	-	1	1	6	5.1	4	4.6	-	-	
Los Santos	1	0.4	3	2	-	-	1	0.8	-	-	1	0.9	
Panamá	16	0.8	5	0.2	7	0.3	11	0.4	14	0.4	21	0.6	
Veraguas	15	2,5	9	1.6	6	1	7	1.3	2	0.5	1	0.2	
Ngabe Bugle									-	10	24.5	15	34.5

() Defunciones por complicaciones del embarazo, parto y estado puerperal. Darién: omisión del registro en 1990

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas. MINSA.

Mapa N°19. Tasa de mortalidad materna por provincia en la República de Panamá. Año 2012



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la República de Panamá

Las Enfermedades Crónicas, Transmisibles e Inmunoprevenibles

El perfil de salud – enfermedad de la población panameña refleja la persistencia de enfermedades prevenibles y transmisibles, como es el caso de las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales, entre otras; las cuales se hacen más presentes en los espacios geográfico poblacionales que concentran un conjunto de riesgos y donde los niveles de pobreza son mayores. Este perfil, también refleja el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del

corazón, por mencionar algunas. Este último grupo de patologías se caracteriza por una alta demanda de servicios de salud de alta tecnología, de larga estancia y altos costos; a lo que se suma la transición demográfica hacia una población que cada vez es más vieja, incrementándose por ende la proporción de población con 60 y más años.

Un análisis cronológico de las causas de muerte en Panamá, ubica a las enfermedades infecciosas en los primeros lugares durante la década de los sesenta; sin embargo, a la fecha estas posiciones son ocupadas por las enfermedades crónicas no transmisibles y a las causas externas, a excepción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que en los últimos 10 años se ha identificado entre las primeras 10 causas de muerte.

Desde la perspectiva de la morbilidad destaca el resurgimiento de la tuberculosis, de la malaria y del dengue; la emergencia del SIDA y del Hanta virus; el control del Cólera y la erradicación de la Poliomiélitis y del Sarampión, por mencionar algunos cambios importantes en el comportamiento de las enfermedades transmisibles. Por otro lado, se destaca el incremento de los tumores malignos, de las enfermedades del sistema circulatorio, de los trastornos de la salud mental, del incremento de la drogadicción y de las enfermedades sociales, como la desnutrición.

Las Enfermedades Crónicas.

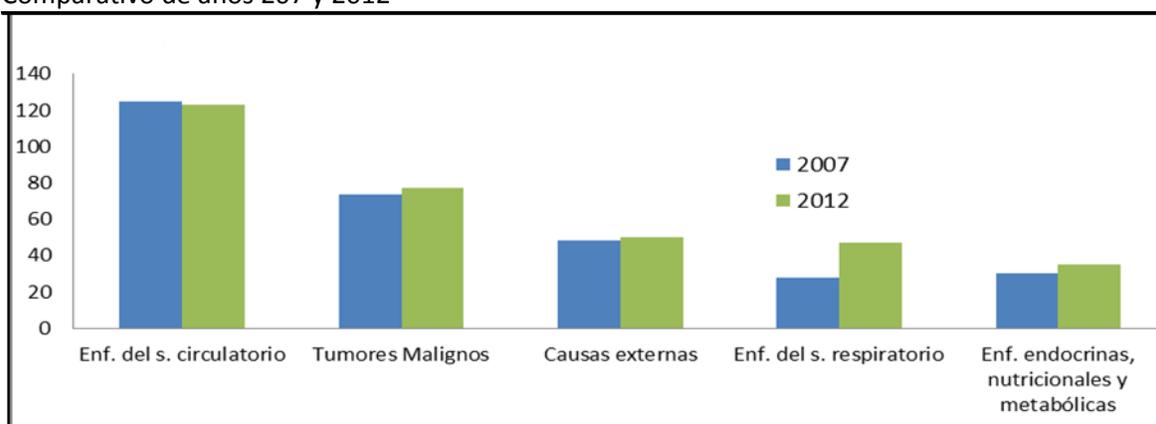
Las enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, ocupan un muy importante lugar tanto en la morbilidad general como en la mortalidad de nuestro país, principalmente en los adultos y adultos mayores, con los cambios en la estructura poblacional y considerando que estas enfermedades son multicausales y de etiología incierta, es apremiante reforzar la vigilancia de las enfermedades y de sus factores de riesgo, así como realizar intervenciones efectivas en los estilos de vida de la población panameña. Puesto que existe una sólida base de conocimientos sobre la fisiopatología, tratamiento y factores de riesgo (tabaquismo, inactividad física, malnutrición, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y la diabetes mellitus tipo 2.

En el año 2011, se realiza por primera vez en Panamá, una encuesta que evalúa los principales factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular en la población adulta de las provincias de Panamá y Colón, PREFREC, aporta evidencias científicas que determinan las causas que inciden en la ocurrencia de las enfermedades crónicas en la población panameña; Por otro lado, los datos aportados por la contraloría y por el Departamento de REGES del sistema de salud muestran como por las repercusiones y gran trascendencia que, en términos de la demanda – oferta de servicios y de los costos que representa la atención de las personas que padecen de este tipo de patologías significan para el Estado. Otro factor que las ubica como prioritarias, es la pérdida de capacidad productiva de la población que generan, pues este tipo de problemas afecta, principalmente, a la población adulta.

Las Enfermedades del Sistema Circulatorio.

Entre las crónicas con mayor relevancia en la República de Panamá, se encuentran las enfermedades Del Sistema Circulatorio, las cuales incluyen: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del corazón, enfermedades hipertensivas y Aterosclerosis. En el año 2012, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio representa el primer lugar de muerte a nivel de país, presentó una tasa agrupada de 123.2 defunciones por 100,000 habitantes afectando más a hombres que a mujeres, con tasas aproximadas de 141 y 112 por 100,000 hab., respectivamente.

Gráfica N°56. Cinco principales causas agrupadas de mortalidad en la República de Panamá. Comparativo de años 2007 y 2012



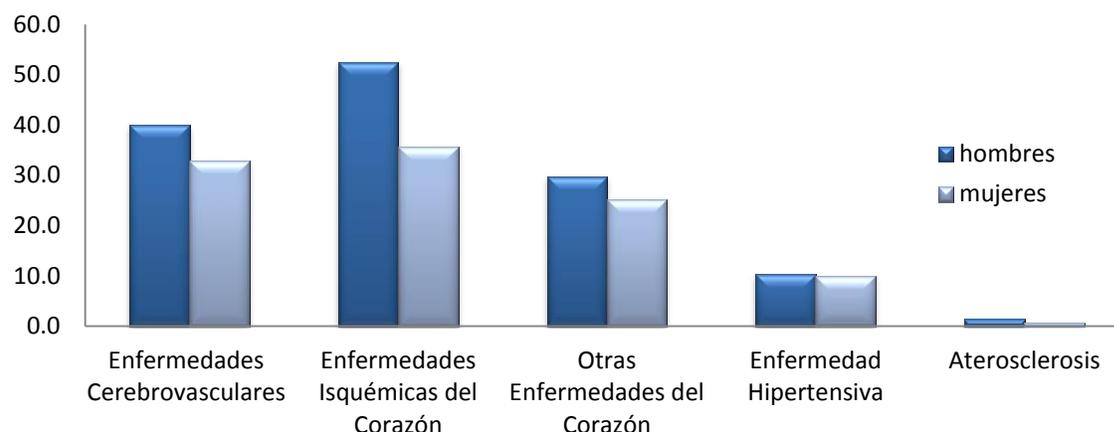
Fuente: Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la República de Panamá, Tasas por 10000 habitantes

Cuadro N° 86. Cinco Principales Causas de Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio. República de Panamá. Año: 2012

Causas (tasa por 100,000 habitantes)	Nº	Tasa
Total	4667	129.3
Enfermedades Cerebrovasculares	1380	38.2
Enfermedades Isquémicas del Corazón	1672	46.3
Otras Enfermedades del Corazón	1039	28.8
Enfermedad Hipertensiva	386	10.7
Aterosclerosis	42	1.2

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012

Grafica 57. Tasas de las cinco Principales Causas de Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio según sexo. República de Panamá. Año: 2012.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012.
Tasas por 100000 habitantes.

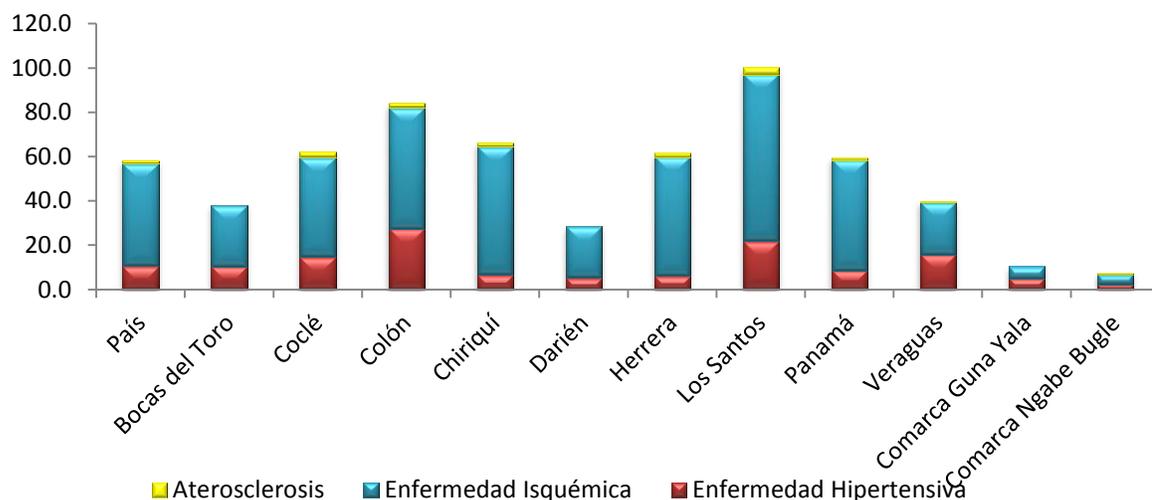
Otra de las enfermedades incluidas en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio incluye las enfermedades Cardiocerebrovascular, las cuales difieren entre provincias, afectando más, en cuanto a enfermedad isquémica, a las provincias de Los Santos, Chiriquí y Colón. Respecto a la tasa de enfermedad hipertensiva por provincia, las provincias de Colón, Los Santos y Veraguas ocupan los tres primeros lugares.

Cuadro N° 87. Tres Principales Causas de Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio por Provincia y Comarca. República de Panamá. Año: 2012

Provincia	Enfermedad Hipertensiva		Enfermedad Isquémica		Aterosclerosis	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	386	10.7	1672	46.3	42	1.2
Bocas del Toro	13	10.5	34	27.5	0	0.0
Coclé	36	14.8	109	44.9	6	2.5
Colón	71	27.5	141	54.6	5	1.9
Chiriquí	29	6.7	252	58.1	7	1.6
Darién	3	5.3	13	23.2	0	0.0
Herrera	7	6.2	61	53.8	2	1.8
Los Santos	20	21.8	69	75.4	3	3.3
Panamá	165	8.8	930	49.8	17	0.9
Veraguas	36	15.8	54	23.7	1	0.4
Comarca Guna Yala	2	5.3	2	5.3	0	0.0
Comarca Ngabe Bugle	4	2.5	7	4.4	1	0.6

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012.
República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

Gráfico N°58. Tasas de Enfermedad Hipertensiva, Isquémica y Aterosclerosis por provincia en la República de Panamá. Año 2012



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012
República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

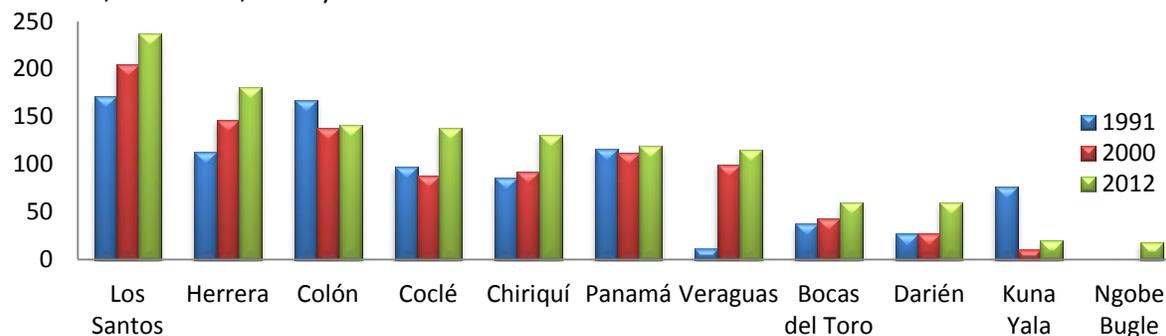
En un cuadro comparativo de las enfermedades cardio-cerebrovasculares de los años 1991-2000 y 2012 las tasas de la provincia de Colón han disminuido, en la provincia de Panamá se ha mantenido estable, mientras que en la provincia de Los Santos y Herrera ha incrementado en un 27% y un 37% respectivamente. En tanto que Colón, es la única provincia que presenta una tendencia a la disminución de 166.8 defunciones por 100,000 habitantes en 1991 a 141.5 en el 2012.

Cuadro N° 88. Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Cardio-Cerebro Vasculares. República De Panamá. Años: 1991-2000-2012

Provincia	Años					
	1991		2000		2012	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2575	105.7	3000	109.5	4496	118.7
Bocas del Toro	39	37.9	60	42.6	86	60.0
Coclé	176	97.5	176	88	343	137.3
Colón	296	166.8	275	137.4	373	141.5
Chiriquí	329	85.2	400	92.3	576	130.3
Darién	13	26.9	18	27.5	38	59.8
Herrera	120	112.4	152	146.1	212	180.9
Los Santos	136	171.2	163	205	224	236.9
Panamá	1300	116	1529	111.8	2324	119.2
Kuna Yala	162	76	4	10	8	20.0
Veraguas	4	11.2	223	99.4	279	115.5
Ngabe Bugle	-	-	-	-	33	18.0

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

Gráfico N° 59. Tasa de Mortalidad por enfermedad cardio cerebro vascular, por provincias. Panamá, años 1991, 2000 y 2012.

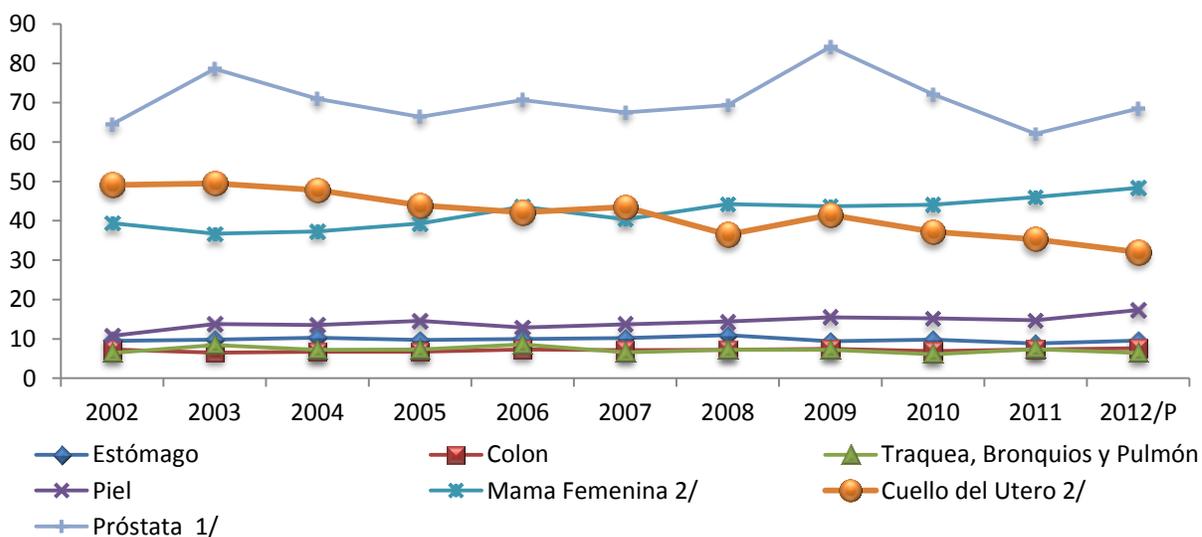


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes

Los Tumores Malignos

El análisis del comportamiento de los casos de cáncer en la República de Panamá, para el periodo comprendido entre 2002 y 2012, evidencia dentro de los 5 principales tumores malignos que afectan a la población panameña son los de cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago y tráquea, bronquios y pulmón.

Gráfico N° 60. Tasa de Incidencia de los principales tumores malignos. Panamá, años 2002- 2012



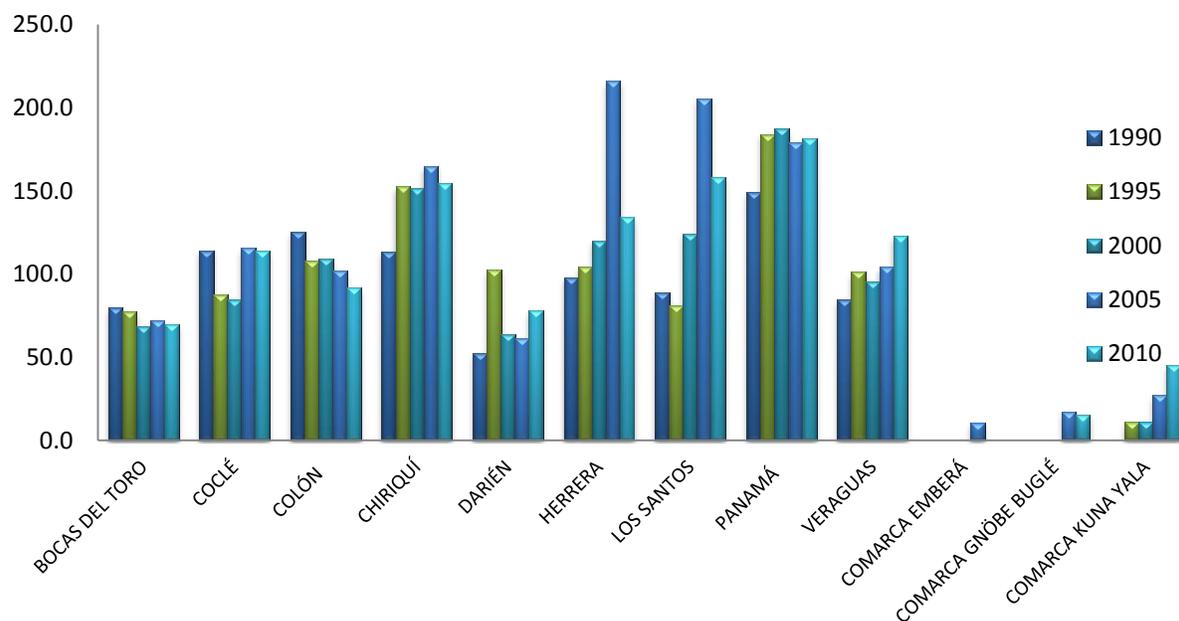
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012. * Datos 2012 estimados. Tasas por 100,000 habitantes

Entre los tres cánceres con mayor incidencia se encuentra el de próstata el cual, en los últimos años se ha pretendido aumentar su captación oportuna, al incluirlo en la campaña de prevención

que se realiza cada año. El cáncer de mama muestra una tendencia al aumento, mientras el cérvico uterino se aprecia un descenso gradual, además, cabe destacar que para el cáncer de piel se observa un leve aumento, mientras que para los de estómago, colon, pulmón, bronquios y tráquea la tendencia es a mantenerse estables.

Al comparar las tasas de incidencia de tumores malignos por provincias en los quinquenios 1990-2010 y 2012p se observa un aumento en las provincias de Herrera, Los Santos y Veraguas hasta el año 2010, otras provincias, como Chiriquí, Panamá, Coclé y Bocas Del Toro han mantenido cifras similares en ambas décadas. Colón es la única provincia con una leve tendencia a la disminución.

Gráfico N°61. Tasa de Incidencia de tumores malignos, según provincia. Panamá, quinquenios 1990 - 2010



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012.
* Datos 2012 estimados

Las proyecciones indican que el número de casos aumentara de 5,415 en el 2012 hasta 10,163 en el 2030, lo que representa un aumento de 5,048 casos nuevos para los próximos 17 años.

Cuadro N° 89. Cinco principales causas de tumores malignos. Panamá, años 2002 - 2012

SITIO ANATOMICO	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012 /P	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	4371	142.8	4766	152.9	4754	149.9	4854	150.4	4981	151.7	5035	150.8	5001	147.3	5432	157.4	5160	147.2	5506	147.9	4097	108.2
Estómago	291	9.5	306	9.8	326	10.3	312	9.7	330	10	340	10.2	370	10.9	323	9.4	342	9.8	329	8.8	248	6.5
Tráquea, Bronquios y Pulmón	196	6.4	262	8.4	228	7.2	236	7.3	282	8.6	221	6.6	244	7.2	247	7.2	215	6.1	277	7.4	151	4
Piel	329	10.8	429	13.8	429	13.5	471	14.6	424	12.9	456	13.7	480	14.4	535	15.5	532	15.2	548	14.7	657	17.3
Próstata 1/	681	64.5	849	78.6	784	71	749	66.4	814	70.7	793	67.5	831	69.4	1028	84.2	897	72.1	823	62.1	579	42.8
Cuello del Utero 2/	514	49.1	530	49.5	524	47.8	491	43.9	481	42.1	507	43.5	434	36.5	504	41.5	461	37.2	468	35.3	297	21.9
Mama Femenina 2/	412	39.4	393	36.7	409	37.3	440	39.3	499	43.7	480	20.5	532	22.3	535	15.5	552	15.8	626	16.8	326	9.6

A partir del 2000, se cambian algunos títulos de acuerdo a la CIE-X R/ Cifras Revisadas

1/ Tasa Específica por 100,000 habitantes masculinos de 15 años y más. Estimación al 1º de julio

2/ Tasa específica por 100,000 habitantes femeninos de 15 años y más. Estimación al 1º de julio

Fuente Documental: Base de Datos del Registro Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud

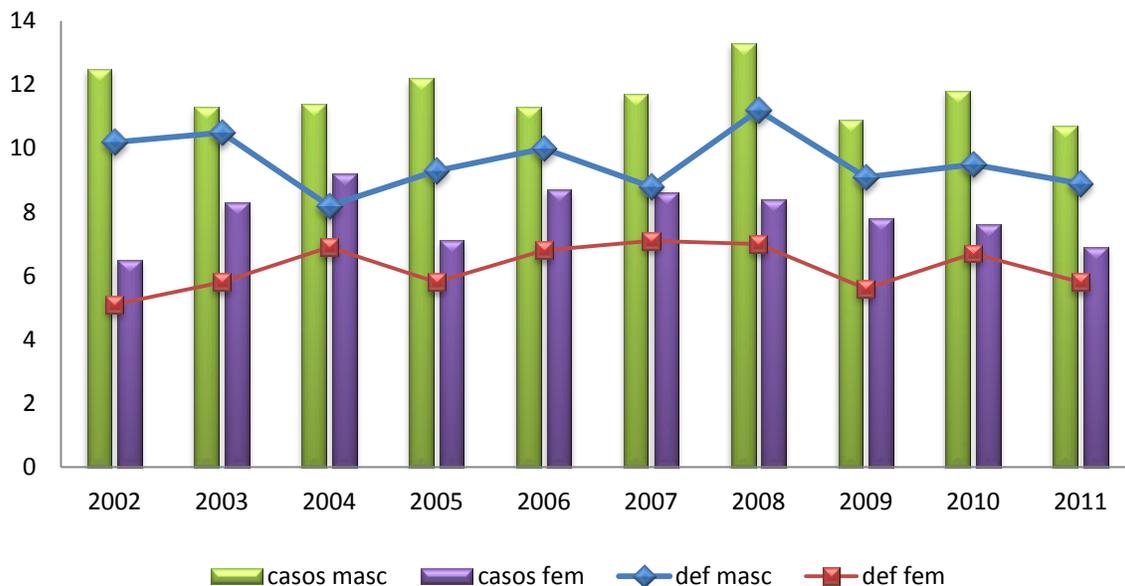
Fuente Institucional: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, MINSA

En Panamá, la incidencia de cáncer para el año 2011 es de 5,506 casos en todo el territorio nacional, lo que represento una tasa de incidencia estandarizada por todos los tipos de cáncer de 149.6 por 100.000 habitantes para ambos sexos. Estas neoplasias malignas en su conjunto constituyen la segunda causa (16.1%) de muerte en Panamá y en 2011 produjeron 2,629 defunciones, de ellas 1,364 en hombres y 1,265 en mujeres, lo cual representa una mortalidad de cerca de 5 defunciones de cada 10 casos.

Análisis por los principales tipos de tumores

Durante el año 2011, la tasa de incidencia por cáncer de estómago es de 1.55 hombres por cada mujer y la mortalidad por este cáncer es de 84% en género femenino y 83% en el masculino. Es importante resaltar que los datos analizados de incidencia del cáncer pueden reflejar subregistros, lo cual nos dificulta realizar conclusiones, aun cuando los datos de mortalidad proporcionados por la Contraloría de la República son confiables.

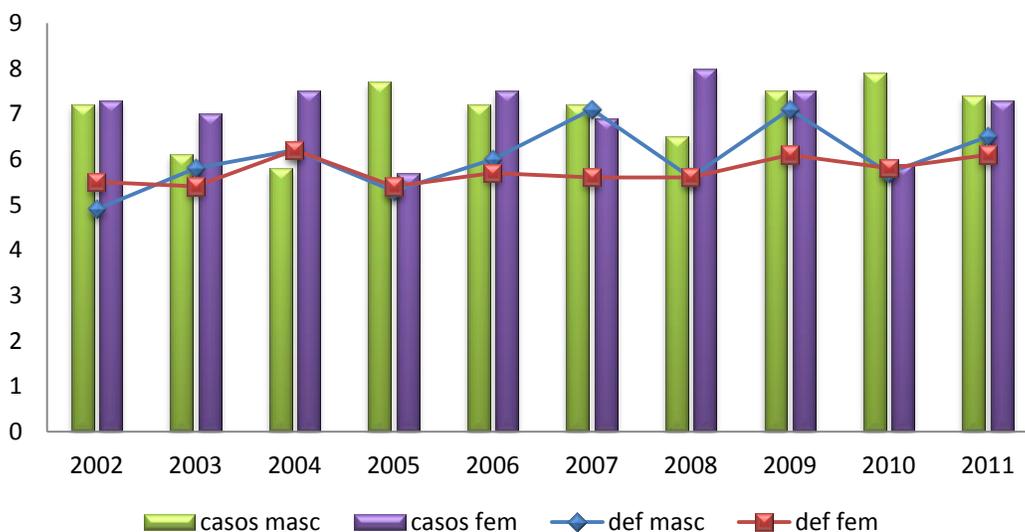
Gráfica N°62. Incidencia y defunción por Cáncer de Estomago en la República de Panamá, según sexo. Años 2002-2011



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

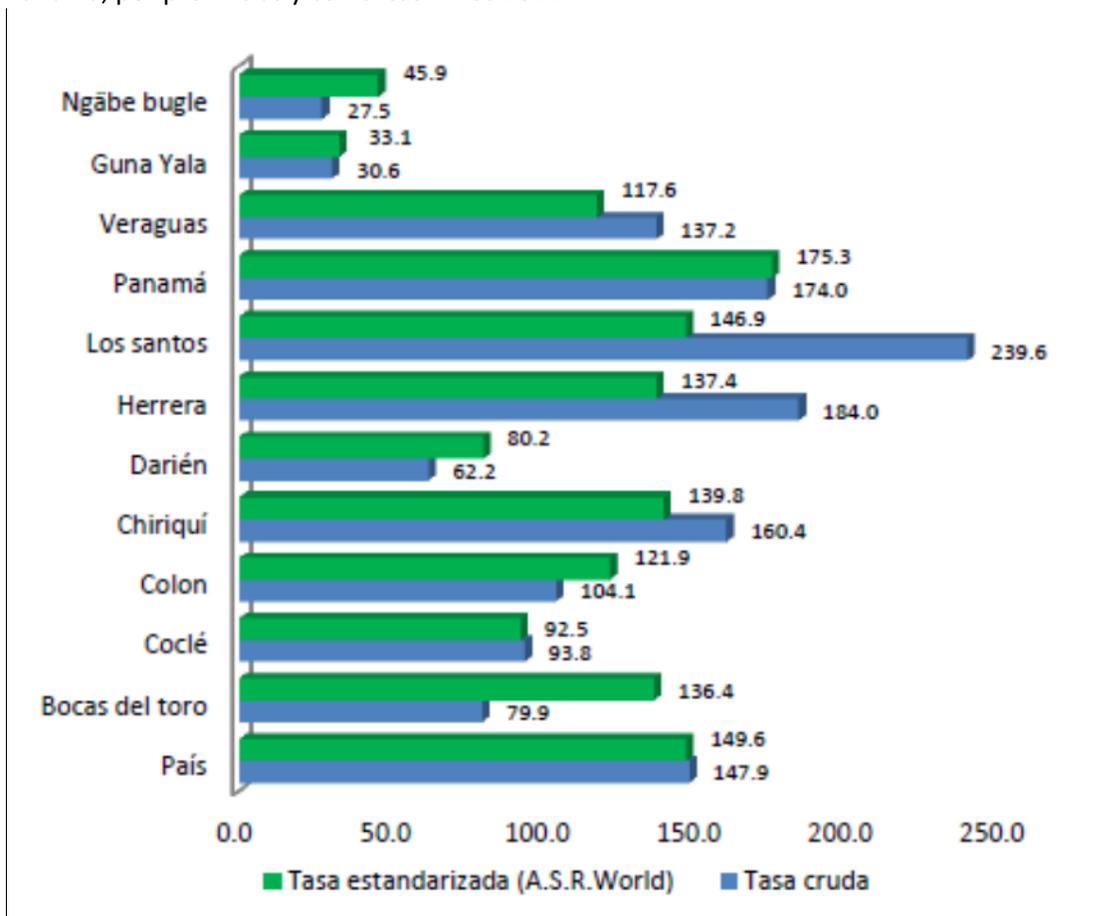
Otro de los canceres que más afectan a la población panameña, es el cáncer de colon, el cual no presenta diferencia significativa entre sexos en el periodo evaluado del 2002 al 2011 y cuyas tasas de mortalidad anuales oscila entre 4.9 y 7.1 por 100000 hombres y 5.4 y 6.8 por 100,000 mujeres.

Gráfica N°63. Incidencia y defunción por Cáncer de Colon en la República de Panamá, según sexo. Años 2002-2011



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

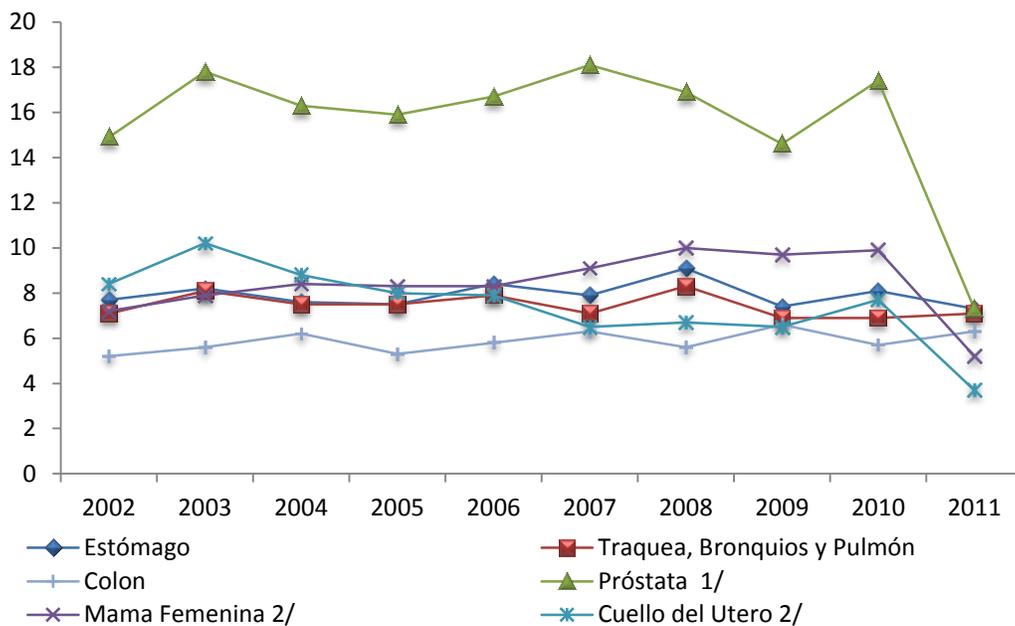
Gráfica N°64. Tasa de Incidencia cruda y estandarizada en registros de Cáncer en la República de Panamá, por provincias y comarcas. Años 2011



Fuente: Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud

El mayor número de defunciones por cáncer, durante el periodo 2002-2011 se debió a los cánceres de próstata, cuello del útero, mamas, estómago, colon, tráquea, bronquios y pulmón. Cuando se analizan de manera específica los cánceres en esta década, poca es la variación perceptible gráficamente, sin embargo, la tendencia en los últimos 20 años es al aumento, al igual que las enfermedades no transmisibles, reflejando problemas de salud de poblaciones en transición demográfica.

Gráfica N°65. Principales causas de defunción por tumores malignos de la República de Panamá. Años 2002-2011



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

Analizando los datos registrados en el Departamento de Estadísticas y Registros de Salud para el año 2011 por grupo de edad en general afectan a población en todos los grupos de edad pero aumentan proporcionalmente con la edad. De los 5506 casos ocurridos en este año 151 correspondieron a menores de 20 años, lo que representa un 2.7 %, 1929 casos se dieron en el grupo de 20 a 59 años ocupando el 35% de los cánceres registrados en dicho año causando de manera indirecta un sin número de problemas sociales y económicos para el país, considerando el impacto que conlleva esta patología en la población económicamente productiva. Cabe destacar que más del 60 % de la población afectada por este mal está en el grupo de 60 años y más, la cual sumada a las enfermedades crónicas no transmisibles requiere mayor enfoque de prevención y de diagnóstico oportuno para lograr cambios a largo plazo en estas proyecciones.

En el caso del cuello de útero una tendencia estable. Cuando el análisis se efectúa al ajustar la tasa por edad, la población más afectada es la de 30 a 60 años, aunque el rango de edades es desde 15 en adelante. En cuanto al cáncer de mama el rango de afectación es desde 15 años en adelante

Cuadro N°90. Tasa de Incidencia cruda y estandarizada en registros de Cáncer en Panamá, según provincia y comarca. Año 2011

Provincia y Comarca	Ambos sexos		
	N° de casos	Tasa cruda	Tasa estandarizada (A.S.R.World)
País	5,506	147.9	149.6
Bocas del toro	111	79.9	136.4
Coclé	232	93.77	92.51
Colón	270	104.1	121.9
Chiriquí	704	160.4	139.8
Darién	39	62.2	80.2
Herrera	215	184.0	137.4
Los santos	226	239.6	146.9
Panamá	3318	174.0	175.3
Veraguas	330	137.2	117.6
Guna Yala	12	30.6	33.1
Ngäbe bugle	49	27.51	45.94

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012

Los tumores malignos de próstata, cuello uterino, mama, estómago y de tráquea, bronquios y pulmón presentaron las tasas de mortalidad más elevadas durante el año 2003 y se distribuyen geográficamente en todo el territorio nacional, los adelantos de la tecnología médica han logrado el control de algunos tipos de tumores malignos, sin embargo la letalidad por cáncer es alta en, sino todos, la mayoría de los tumores malignos de mayor ocurrencia en nuestro país. Esta situación se relaciona con la oportunidad diagnóstica y terapéutica y no sólo con el tipo y agresividad del tumor.

Pese a que los tumores de piel presentan una alta frecuencia de casos, la tendencia de su letalidad se marca hacia el descenso, siendo inferior al 4% durante los quinquenios en estudio.

Se destaca la alta letalidad de los tumores malignos de pulmón, tráquea y bronquios, donde alrededor de 5 de cada 6 casos mueren; aunque se proyecta una letalidad menor para 2005, cuando se estima que alrededor de 4 de cada 6 casos fallezcan. De entre los principales tumores malignos que padecen los panameños (as), estos tumores presentan las mayores tasas de letalidad, que durante el periodo en estudio alcanzó valores mínimos del 70% y máximos de 85%.

Un comportamiento similar se observa en los tumores de estómago y colón donde en promedio, cerca de 5 de cada 8 casos fallecieron (Quinquenios: 1990 a 2005). Para el 2005, se proyecta un descenso de la letalidad por estas causas; cerca de 1 de cada 2 casos morirán.

Cuadro N° 91. Tasa De Letalidad De Los Principales Tumores Malignos, República De Panamá. Quinquenios: 1990 a 2005. En porcentaje

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS			
	1990	1995	1999	2005*
CUELLO DEL ÚTERO	17.5	14.5	18.9	17.6
PIEL	3.9	1.5	1.0	2.2
GLANDULA PROSTATICA	68.0	45.5	37.3	37.2
MAMA FEMENINA	36.2	26.6	31.3	27.0
ESTOMAGO	64.0	69.9	70.8	56.3
COLÓN	63.3	65.6	70.7	51.2
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	80.7	83.2	85.0	70.0
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	56.3	55.8	50.9	44.4

República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012.

Las Causas Externas

Las causas externas desde hace varias décadas figuran entre las principales causas de muerte, alternando con los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular, las primeras posiciones como causa muerte. Entre ellas se incluyen los accidentes de tránsito, homicidios suicidios, y otras violencias, que afectan a la población panameña de todas las edades, pero principalmente a los jóvenes y adultos en edad productiva. Este comportamiento hace de las causas externas un problema de salud pública de alta magnitud, gravedad y trascendencia social, con importantes implicaciones para los servicios de salud, pero principalmente para la unidad familiar y para la capacidad laboral y productiva de la sociedad panameña. Como problema de salud pública y por su complejidad y la de los factores determinantes y condicionantes de su presencia, es fundamental caracterizarlo con mayor profundidad, con la finalidad de lograr el desarrollo de estrategias de control costo efectivas que abarcan diferentes actores sociales. En las diferentes décadas estudiadas, las tasas de mortalidad por causas externas se han mantenido en un rango entre 46.8 a 55.9 defunciones por 100,000 habitantes; sin embargo dentro de la mortalidad total ocupan cerca de un 11 % del total con una ligera disminución porcentual en los últimos años.

Cuadro N° 92. Importancia de las Causas Externas en la Mortalidad General. República De Panamá. Años: 1980-1990-2000-2010-2012.

Año	Nº de muertes Totales	Muertes por Causas Externas		Posición de Causa	% de Muertes Por C.E
		Nº	Tasas		
1980	7959	1035	53.4	1	13
1990	9799	1232	51	2	12.5
2000	11841	1337	46.8	2	11.3
2010	16542	1959	55.9	2	11.8
2012	17350	1896	52.5	2	10.9

Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General. República de Panamá. Año: 2012. Tasas por 100000 habitantes

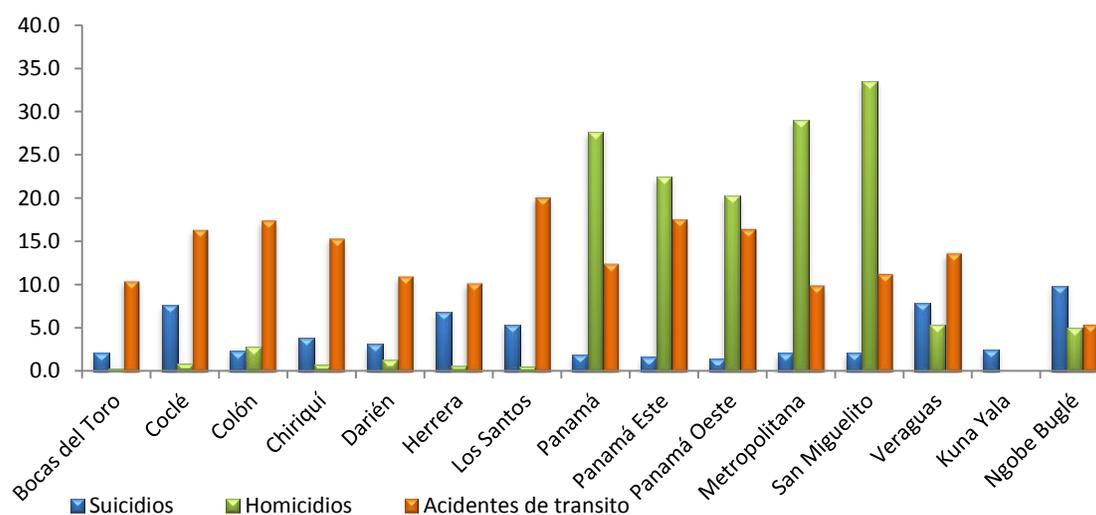
En el 2012 ocurrieron 1896 muertes debido a causas externas, con un promedio mensual de 158 defunciones. Cada día fallecen 5.2 personas por esta causa en general. Ocurren dos homicidios por día, 6 suicidios por quincena y cerca de 10 muertes por accidentes de tránsito por semana. En el periodo comprendido en las décadas 1980, 1990, 2000 y 2012, se observa como el porcentaje de los homicidios, dentro de las causas de mortalidad externa, evoluciona de un 4% en 1980 a 20% y 21% en los años 1990 y 2000 respectivamente hasta alcanzar un 38% del total de las muertes por causas externas en el 2012. En el caso de los suicidios, el porcentaje ha variado entre 4-11% y en el caso de los accidentes la tendencia porcentual es a la disminución a expensas del aumento de los homicidios.

Cuadro N° 93. Promedio De Defunciones Anual, Mensual y Diario de Muertes Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 2012

Año	Causas Externas	Homicidios	Suicidios	Accidentes de Tránsito	Otros Accidentes
Total Anual	1896	712	135	494	555
Promedio Mensual	158.0	59.3	11.3	41.2	46.3
Promedio Diario	5.2	2.0	0.4	1.4	1.5

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2015.

Gráfica N° 66. Tasa de mortalidad por causas externas según provincia. Panamá, año 2012.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2015.

Un análisis del comportamiento de las causas externas por tipo de causa y año de ocurrencia de la muerte, indica que de 1980-2012 las tasas de mortalidad se han mantenido en un rango entre 43.5 a 59.7 muertes por cada 100 000 habitantes, siendo el año 1995 el que presenta la tasa más

elevada a expensas del aumento de los homicidios, cuyas tasas van en incremento desde mediados de los años 90.

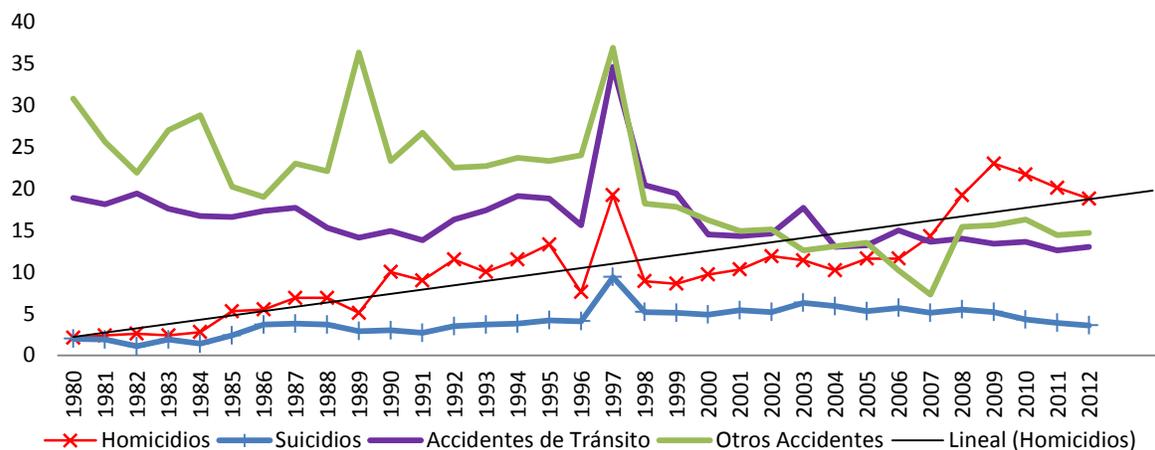
En el caso del suicidio, las tasas han mostrado un ligero incremento, presentando una tasa de 2 suicidios por cada 100 000 habitantes en el año 1980 y luego de 32 años la tasa a incrementado a 3.6 por 100 000 habitantes, logrando un incremento del 80 %. Es importante destacar que el rango de tasas ha oscilado entre 1.1 en 1982, alcanzando 9.4 en 1997. Año en que todas las tasas por causa externas aumentaron en el país. En cuanto a los accidentes de tránsito, en el periodo evaluado se reporta un descenso porcentual del 26.6 % con tasas que han oscilado en un rango de 34.6 a 12.6 defunciones por 100,000 habitantes. El valor máximo se alcanzó en 1997 y el mínimo en 2011. Por su parte, los homicidios presentan un comportamiento ascendente de sus tasas, pues alcanza valores de 23 defunciones por 100 000 habitantes en el 2009. En el 2012 la tasa sufrió un ligero descenso hasta 18.8 defunciones por 100 000 habitantes.

Cuadro N° 94. Tasa Anual De Muertes Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1980-2012

Año	Causas Externas			Homicidios			Suicidios			Accidentes de Tránsito			Otros Accidentes		
	N°	Tasa	%	N°	Tasa	%	N°	Tasa	%	N°	Tasa	%	N°	Tasa	%
1980	1035	52.9	100	41	2.1	4	39	2	3.8	364	18.9	35.2	591	30.8	57.1
1981	949	49.5	100	48	2.4	5.1	37	1.9	3.9	361	18.1	38	503	25.6	53
1982	901	49.6	100	41	2.6	4.6	23	1.1	2.6	397	19.4	44.1	440	21.9	48.8
1983	1011	48.4	100	50	2.4	4.9	39	1.9	3.9	368	17.6	36.4	554	27	54.8
1984	1049	49.2	100	59	2.8	5.6	29	1.4	2.8	357	16.7	34	604	28.8	57.6
1985	956	49.2	100	109	5.3	11.4	53	2.4	5.5	362	16.6	37.9	432	20.2	45.2
1986	991	48.8	100	116	5.5	11.7	74	3.7	7.5	385	17.3	38.8	416	19	42
1987	1157	50.9	100	156	6.9	13.5	86	3.8	7.4	402	17.7	34.7	513	23	44.3
1988	1107	47.7	100	160	6.9	14.5	87	3.7	7.9	355	15.3	32.1	505	22.1	45.6
1989	1373	57.9	100	123	5.1	9	70	2.9	5.1	334	14.1	24.3	846	36.3	61.6
1990	1232	51.3	100	241	10	19.6	74	3	6	358	14.9	29.1	559	23.3	45.4
1991	1279	52.3	100	220	9	17.2	68	2.7	5.3	339	13.8	26.5	652	26.7	51
1992	1345	54	100	287	11.5	21.3	89	3.5	6.6	408	16.3	30.3	561	22.5	41.7
1993	1368	53.9	100	255	10	18.6	96	3.7	7	442	17.4	32.3	575	22.7	42
1994	1506	58.3	100	299	11.5	19.9	100	3.8	6.6	495	19.1	32.9	612	23.7	40.6
1995	1571	59.7	100	351	13.3	22.3	111	4.2	7.1	495	18.8	31.5	614	23.3	39.1
1996	1375	51.4	100	205	7.6	14.9	112	4.1	8.1	417	15.6	30.3	641	24	46.6
1997	1524	56.1	100	292	19.2	19.2	143	9.4	9.4	527	34.6	34.6	562	36.9	36.9
1998	1458	52.8	100	246	8.9	16.9	145	5.2	9.9	563	20.4	38.6	504	18.2	34.6
1999	1430	50.9	100	243	8.6	17	143	5.1	10	544	19.4	38	500	17.8	35
2000	1337	45.4	100	286	9.7	21.4	144	4.9	10.8	428	14.5	32	479	16.2	35.8
2001	1348	44.9	100	308	10.3	22.8	162	5.4	12	431	14.3	32	447	14.9	33.2
2002	1434	46.9	100	365	11.9	25.5	160	5.2	11.2	448	14.6	31.2	461	15.1	32.1
2003	1492	47.9	100	356	11.4	23.9	195	6.3	13.1	550	17.7	36.9	391	12.6	26.2
2004	1382	43.5	100	322	10.2	23.3	187	5.9	13.5	412	13	29.8	415	13.1	30
2005	1442	44.7	100	376	11.6	26.1	172	5.3	11.9	426	13.2	29.5	437	13.5	30.3
2006	1703	51.9	100	380	11.6	22.3	186	5.7	10.9	494	15	29	336	10.2	19.7
2007	1613	48.3	100	476	14.3	29.5	170	5.1	10.5	453	13.6	28.1	243	7.3	15.1
2008	1837	54.1	100	652	19.2	35.5	186	5.5	10.1	476	14.0	25.9	523	15.4	28.5
2009	1975	57.2	100	795	23.0	40.3	178	5.2	9.0	463	13.4	23.4	539	15.6	27.3
2010	1959	55.9	100	760	21.7	38.8	152	4.3	7.8	477	13.6	24.3	570	16.3	29.1
2011	1901	51.0	100	750	20.1	39.5	144	3.9	7.6	469	12.6	24.7	1901	14.4	28.3
2012	1896	50.1	100	712	18.8	37.6	135	3.6	7.1	494	13.0	26.1	555	14.7	29.3

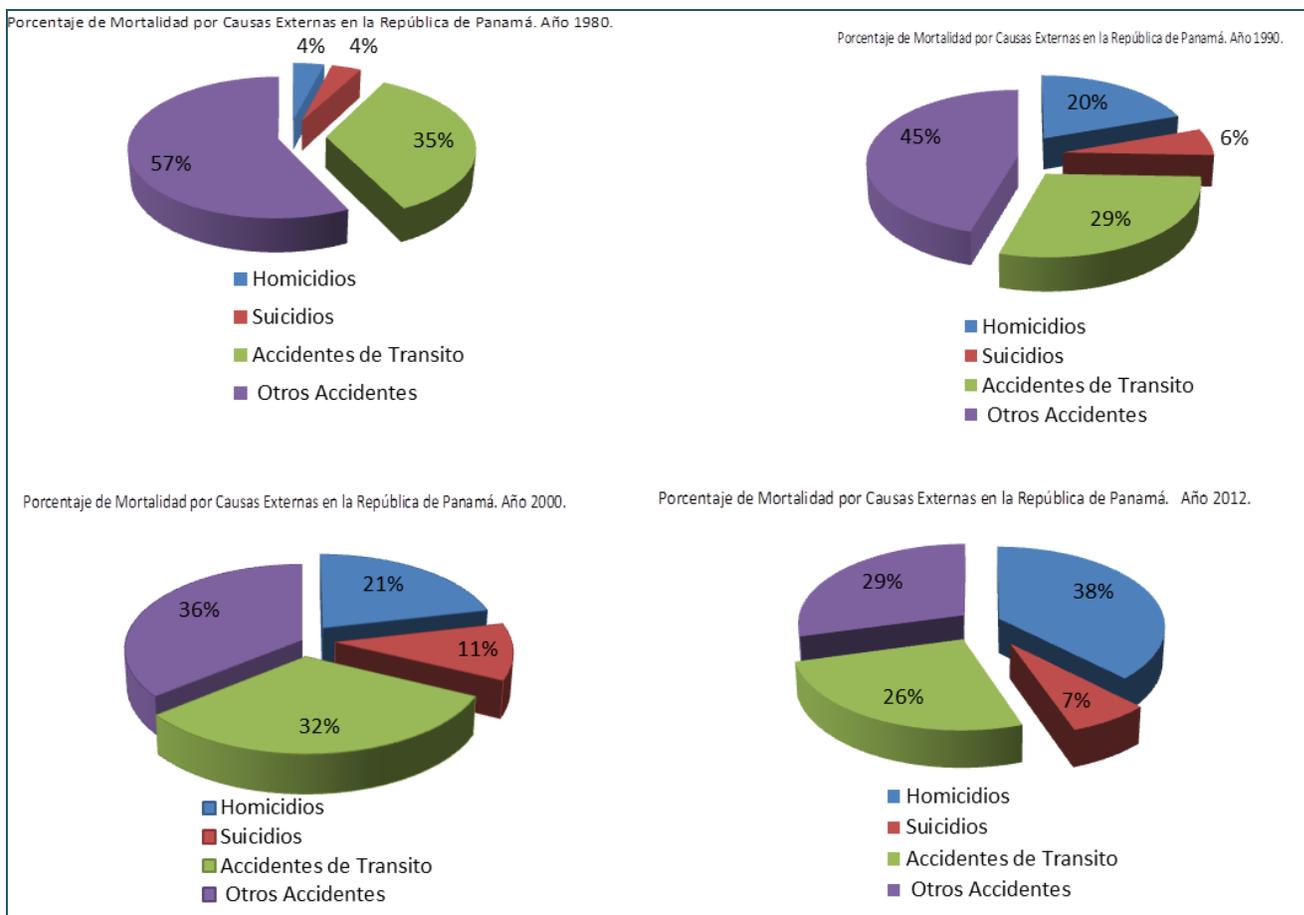
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2015.
(Tasa por 100,000 habitantes)

Gráfica N° 67. Tasa de mortalidad por causas externas por años. Panamá, años 1980 - 2012.



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2012

Gráficas 68, 69, 70, 71. Porcentaje de Mortalidad por Causas Externas en la República de Panamá. Años 1980-2012



Fuente: Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud.

Un análisis quinquenal da evidencia de que en años 80, 85, 90, 95, 2000 y 2012 las causas externas han ocupado el primer lugar como causa de muerte en la población de 5 a 44 años. Tanto en el grupo de 1-4 años como el de 45 a 64 años ocupa el segundo lugar. En el resto de los grupos de edad se ha mantenido, por más de 30 años, dentro de las 8 primeras causas de muerte.

Cuadro N° 95. Posición de las Muertes por Causas Externas Según Grupo de Edad. República de Panamá. Quinquenios: 1980-1985-1990-1995-2000-2012

Grupo de Edad (años)	Años					
	1980	1985	1990	1995	2000	2012
Menor de un año	8	5	6	5	6	5
1-4	1	2	2	1	3	2
5-14	1	1	1	1	1	1
15-24	1	1	1	1	1	1
25-44	1	1	1	1	1	1
45-64	2	2	2	2	3	2
65-74	-	7	5	5	6	6
75 y Más	-	-	8	7	7	8

Fuente: Contraloría General de la República. INEC, año 2012

En el caso de la tercera edad, 65 a 74 años, las causas externas ocupan el sexto lugar en tanto que los primeros lugares son ocupados por las enfermedades crónicas y los tumores al igual que en el grupo de más de 75 años, donde las causas externas ocupan el octavo lugar. Esta mortalidad afecta mayormente a la población masculina en todas las edades.

Las Causas externas analizadas según Región de Salud, en el año 2012, nos ubica en un amplio panorama, evidenciando a la Región de Colón con la tasa agrupada más alta, seguido de San Miguelito, Panamá Este y la Región Metropolitana. Tres provincias concentran el 75.91% de todas las causas externas de la República de Panamá, la Provincia de Panamá con el 55.7% de la provincia de Chiriquí con el 10.9% y la de Colón con el 9.3%. Más al analizar por causa específica son otras las regiones que ocupan los primeros lugares: respecto a los accidentes de tránsito: Los Santos ocupa el primer lugar con una tasa de 20.1 muertes por 100 000 habitantes, Panamá Este y Colón ocupan el segundo y tercer lugar, con tasas de 17.6 y 17.4 muertes por 100 000 habitantes respectivamente. Coclé y Panamá Oeste ocupan el cuarto lugar con una tasa de 16.4 por 100 000 habitantes.

Considerando las muertes por homicidios por región de salud, San Miguelito mantiene el primer lugar con una tasa de mortalidad específica de 33.5 muertes por 100 000 habitantes, la región Metropolitana ocupa el segundo lugar con una tasa de 29 muertes por 100 000 habitantes y Panamá este y Oeste ocupan el tercer y cuarto lugar con tasas de 22.4 y 20.3 muertes por 100 000 habitantes respectivamente. Cabe destacar que estas regiones son las más urbanizadas y desarrolladas del país, concentrando más de un tercio de la población.

En el periodo analizado, la tasa de mortalidad específica por suicidio es de 3.6 muertes por 100 000 habitantes en la República de Panamá, más al analizar esta tasa según región de salud, el primer lugar lo ocupa la Comarca Ngabe Bugle con 9.8 muertes por 100 000 habitantes, la cual supera casi 3 veces la tasa nacional. El segundo y tercer lugar lo ocupan las provincias de Veraguas y Coclé con tasas de 7.9 y 7.6 muertes por 100 000 habitantes respectivamente.

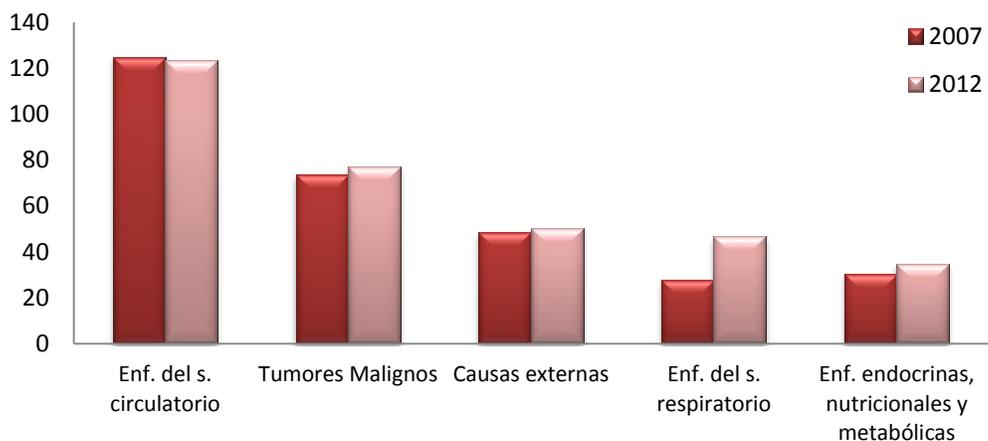
Cuadro N° 96. Defunciones y Tasas de Mortalidad por causas Externas Según Región De Salud. Panamá. Año: 2012.

República / Provincias	Causas Externas (tasas por 100,000 habitantes)							
	Todas las Causas Externas		Suicidios		Homicidios		Accidentes de Transporte	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
República	1896	50.1	135	3.6	712	18.8	494	13.0
Bocas del Toro	55	38.4	3	2.1	4	0.3	15	10.5
Coclé	105	42.0	19	7.6	22	0.9	41	16.4
Colón	177	67.1	6	2.3	73	2.8	46	17.4
Chiriquí	207	46.8	17	3.8	32	0.7	68	15.4
Darién	32	50.4	2	3.1	8	1.3	7	11.0
Herrera	35	29.9	8	6.8	7	0.6	12	10.2
Los Santos	44	46.5	5	5.3	5	0.5	19	20.1
Panamá	1056	54.2	37	1.9	539	27.7	243	12.5
Panamá Este	70	56.1	2	1.6	28	22.4	22	17.6
Panamá Oeste	251	50.9	7	1.4	100	20.3	81	16.4
Metropolitana	406	52.5	16	2.1	224	29.0	77	10.0
San Miguelito	329	58.9	12	2.1	187	33.5	63	11.3
Veraguas	107	44.3	19	7.9	13	5.4	33	13.7
Kuna Yala	6	15.0	1	2.5	0	0.0	0	0.0
Ngabe Bugle	72	39.4	18	9.8	9	4.9	10	5.5

Fuente: Contraloría General de la República. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes. Año: 2015.

Al analizar el comportamiento de las causas externas dentro de las cinco principales causas de muerte se observa que durante los años 2007-2012, esta ha ocupado el tercer lugar de causas agrupadas.

Gráfica N° 72. Cinco principales causas agrupadas de mortalidad en la República de Panamá. Comparativo Año 2007 y 2012.

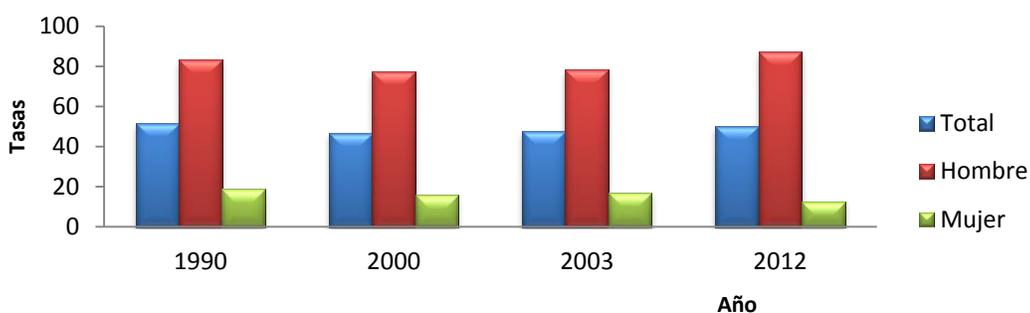


Fuente: Contraloría General de la República. República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes. Año: 2015

La distribución por sexo de la mortalidad general en Panamá, da evidencia de la existencia de un riesgo 1.3 veces mayor de morir de los hombres en relación con las mujeres. En el caso particular de las causas externas el riesgo de morir es cerca de 7 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Aunque a simple vista este grafico de tasas por causas externas según sexo, impresiona no haber sufrido modificaciones en los últimos 22 años, recordemos que este valor lo componen: los homicidios, los suicidios y los accidentes de tránsito, y estos valores si han variado por año su proporción.

Gráfica N°73. Tasas s de mortalidad en la República de Panamá por sexo, año seleccionado (1990-2012).



Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Depto. de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Años. 1990-2000-2003-2012

En el 2012, los accidentes de tránsito ocurren 5 veces más en la población masculina que en la femenina en todas las edades excepto entre los 10-14 años, que el riesgo es ligeramente mayor en las mujeres. La tasa en población de 20 a 59 años duplica a la del grupo de 15-19 y en la de 60 y más, aumenta 2.25 veces riesgo de morir por esta causa.

Cuadro N° 97. Tasa de Mortalidad por Accidentes de Tránsito y Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2012.

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	494	13.0	412	21.6	82	4.4
< de 1 año	3	4.0	2	5.3	1	2.7
1 a 4	11	3.8	6	4.0	5	3.5
5 a 9	9	2.5	6	3.3	3	1.7
10 a 14	10	2.8	5	2.8	5	2.9
15 a 19	31	9.4	24	14.3	7	4.3
20 a 59	352	17.6	308	30.7	44	4.4
60 y más	76	19.8	59	32.3	17	8.4
No Especificado	2		2		0	

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General. República de Panamá. Año: 2012

Los homicidios como componente de la mortalidad por causas externas, reportó en el 2012, un riesgo 16 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Fallecieron por esta causa 16 niños (uno de 1-4 años, 3 de 5 a 9 años y 12 en el grupo de 10 a 14 años y 3 niñas (una menor de un año, 2 en el grupo de 1ª a 4 años). En los grupos de 15 a 19 años ocurren 8 veces más muertes en la población masculina que en la femenina y tres de cada 4 defunciones por homicidios ocurrió en la población de 20 a 59 años, donde, existe un riesgo 11 veces más alto de morir asesinado para el hombre que para las mujeres.

Cuadro N° 97. Mortalidad Por Homicidios Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2012.
(Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	712	18.8	671	35.3	41	2.2
< de 1 año	1	1.3		0.0	1	2.7
1 a 4	3	1.0	1	0.3	2	1.4
5 a 9	3	0.8	3	0.8		0.0
10 a 14	12	3.4	12	3.4		0.0
15 a 19	125	37.8	118	35.7	7	4.3
20 a 59	533	26.7	509	25.5	24	2.4
60 y más	28	7.3	21	5.5	7	3.5
N. E	7		7			

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012

El riesgo de morir a causa de un suicidio, en el año 2012, es de 8 veces más en los hombres que en mujeres. No se dieron casos de suicidios en menores de 9 años y ocurrió una muerte por esta causa en un joven en el grupo de 10 a 14 años. El riesgo de cometer suicidio es 2.6 veces más en hombres que en mujeres para el grupo de edad de 15-19 años, en el grupo de 20 a 59 años el riesgo aumenta a 6.2 veces más en hombres y para el grupo de mayores de 60 años, donde prácticamente no ocurren suicidios en mujeres (uno suicidio), la tasa en hombres es la más alta por grupo de edad y es 26 veces mayor que en las mujeres. El 70% de los suicidios se reportó en población entre los 20 a 59 años, 11% en población de 15 a 19 años, 18.5% en población de 60 años y más.

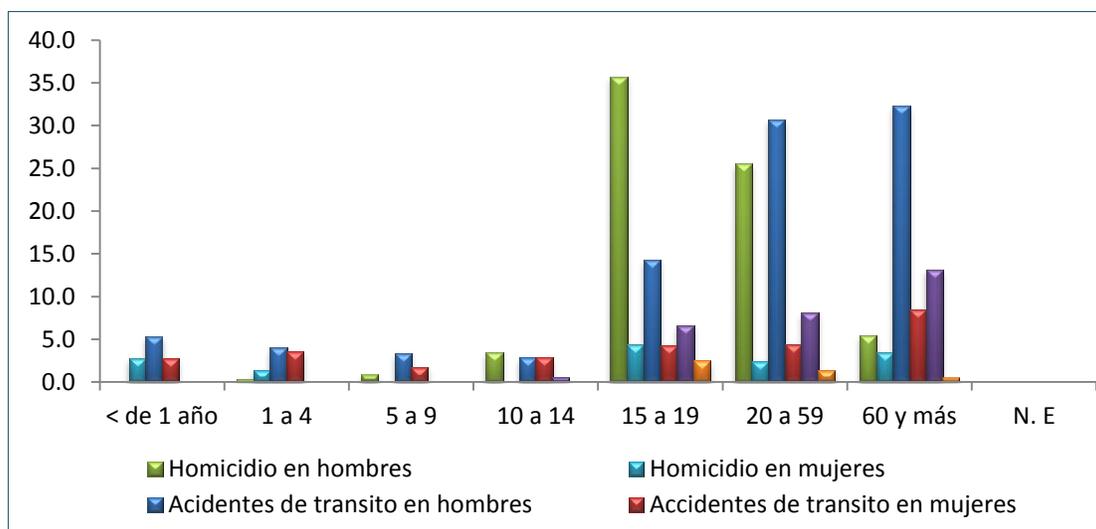
Cuadro N° 98. Mortalidad Por Suicidio Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2012. (Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	135	3.6	117	6.1	18	1.0
< de 1 año						
1 a 4						
5 a 9						
10 a 14	1	0.3	1	0.6		
15 a 19	15	4.5	11	6.5	4	2.5
20 a 59	94	4.7	81	8.1	13	1.3
60 y más	25	6.5	24	13.1	1	0.5

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2012

En resumen, en el año 2012, las tasas de homicidios, suicidios y accidentes de tránsito son mayores en hombres que en mujeres. En el grupo de 15-19 son mayores las muertes por homicidios y en los grupos de 20 a 59 años y de 60 y más los accidentes de tránsito ocupan las tasas más elevadas.

Gráfica N° 74. Tasa de Homicidio, Suicidio y Accidentes de tránsito según sexo por grupo de edad en la República de Panamá. Año 2012.



Fuente: Contraloría General de la República. INEC - Año: 2012

La evolución de la razón de años de vida productiva perdidos a causa de las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, ha presentado un incremento importante, en términos absolutos, cuando se comparan los años 90 y 95 y 90 y 2007. Este es más evidente cuando se analiza su incremento porcentual de los AVPPP, toda vez que ha alcanzado valores del 14.9% y de 33.5%.

Cuadro N° 99. Evolución De La Razón De Años De Vida Productiva Perdidos Prematuramente 1 Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1990-1995.

Indicador	Años				
	1990	1995	2002	2007	2012
Total de Muertes	1232	1571	1434	1613	1896
Tasa de Mortalidad	51.3	59.7	46.9	51.9	50.1
Razón de AVPPP 1	1428.9	1641.8	1763	1872	
Incremento % 90-95		16.4			
Incremento % 90-2007		1.17			

Fuente: Contraloría General de la República. Años: 1990-1995-2002-2007

Enfermedades Transmisibles

Las Enfermedades Inmunoprevenibles

Las enfermedades prevenibles por vacunas son objeto de vigilancia permanente en todo el país para lograr su control, eliminación o erradicación, según sea el comportamiento y tendencias en los diferentes espacios geográfico – poblacionales del país. La vacunación es la estrategia de salud pública más costo – efectiva para la disminución de la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y se viene aplicando en el país desde hace varias décadas atrás. El impacto de esta medida se hace notar en los cambios del perfil de mortalidad de la población panameña, pues en el 60 figuraba entre las principales causas de muerte la tosferina, en el 70 el sarampión y desde la década del 80, estas enfermedades no se cuentan entre las principales causas de muerte.

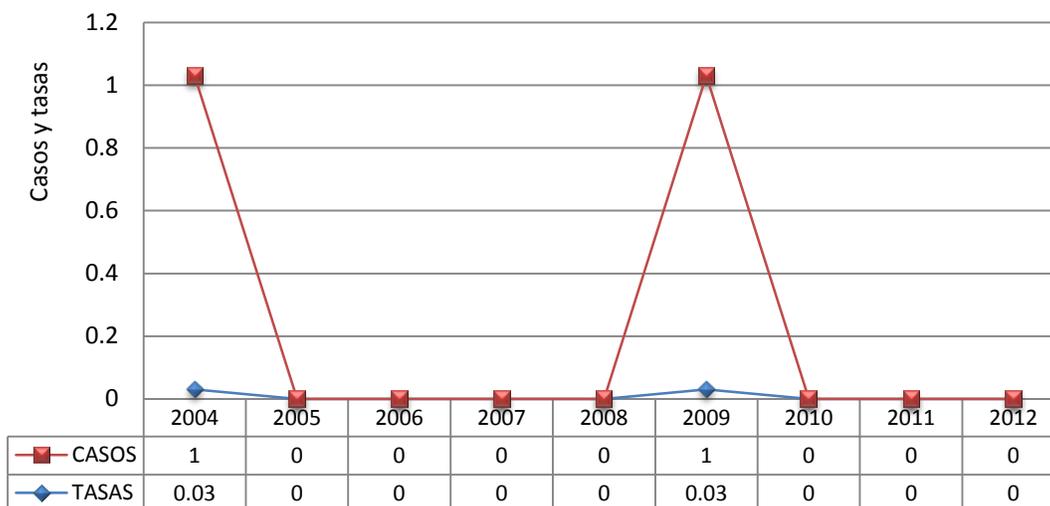
En el grupo de menores de un año, las enfermedades inmunoprevenibles, han persistido entre las principales causas de muerte hasta 1990, siendo la tosferina, el sarampión y el tétanos las patologías consignadas en la estructura de mortalidad del menor de un año.

En el año 1972, se erradicó la Poliomielitis, al igual que la Difteria. Desde la época de la construcción del Canal, la Fiebre Amarilla ha disminuido en el país, presentándose el último caso de fiebre amarilla urbano en 1905, con casos de fiebre amarilla selvática en 1974. Sin embargo, el sistema de vigilancia se mantiene alerta y en el caso particular de la Polio, el objeto de vigilancia es la Parálisis Flácida, para el año 2011 se reportaron 9 casos de Parálisis Flácida. De igual forma, se efectúa la vigilancia de los monos centinelas (muertos o enfermos), como parte del sistema de vigilancia de la Fiebre Amarilla, en las áreas de alto riesgo, donde además se mantiene la vacunación de susceptibles. Desde los años 70, la Viruela ha sido erradicada no sólo de nuestro país, sino del Mundo.

Se destaca, también, que los últimos 14 casos de Sarampión fueron reportados en el año 1995, siendo la Región de Salud de San Miguelito la que consignó el mayor número de casos (10); los cuatro casos restantes se reportaron en Chiriquí, Panamá Oeste y Veraguas. Se considera eliminado el Sarampión en el país.

En el periodo 2003-2012 han ocurrido 2 casos de tétano neonatal, reportados en los años 2004 y 2009. Durante 2003, 2005, 2007, 2008, 2010, 20011 Y 20012 la tasa de Tétanos Neonatal fue de cero (0). Los casos se reportaron en las regiones sanitarias de Colón y Kuna Yala a lo largo del periodo.

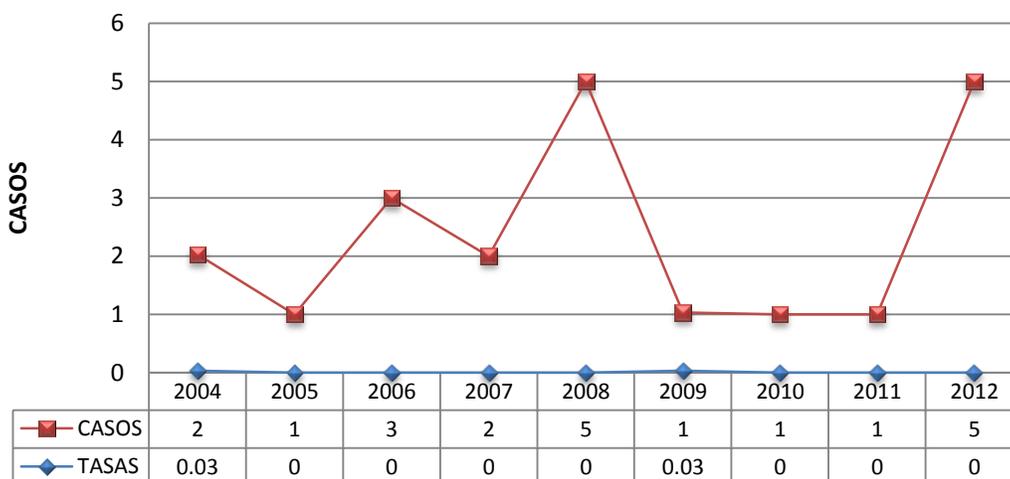
Gráfica N° 75. Casos y Tasas de Tétano Neonatal en Panamá. Años 2004-2012



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012.

Por otro lado, el tétano adquirido ha tenido un descenso porcentual de su tasa del orden del 70% durante el periodo 2003-2012, con tasas de 0.1 y 0.03 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. El rango de las tasas de incidencia para este periodo fue de 0.03 a 0.1 casos por 100,000 habitantes y un total de 21 casos, de los cuales un 23.84% se presentaron en 2008 y otro 23.84% ocurrió en el 2012. Las tasas más elevada (alrededor del 2.6 casos por 100,000 habitantes) se presentó en Kuna Yala en el año 2011, seguida de Los Santos con (alrededor del 1.1 casos por 100,000 habitantes) en el año 2005.

Gráfica N° 76. Casos y Tasas de Tétano Adquirido en La República de Panamá. Años 2004-2012



Fuente: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud. Año: 2012

En 1986 se incluye como parte de las Normas de Vacunación del PAI, la vacunación Anti-Rubéola. Los últimos brotes epidémicos se registraron en 1986 y en 1993. El comportamiento de la Rubéola

evidencia una tendencia al descenso de casos y tasas desde 1993 al 2003, que se refleja en un descenso porcentual de 99.9% hasta el 2002, ya que desde el 2003 hasta la fecha no se registraron casos de esta patología. Las regiones más afectadas, en 1993, por este problema de salud pública fueron Chiriquí, Azuero, Panamá Oeste y Metropolitana con un rango de sus tasas de 484.6 a 381.8 casos por 100,000 y una tasa nacional de 346.3 casos por 100,000 habitantes. Para el 2002 los 20 casos reportados se reportaron en Coclé (2), Colón (1), Chiriquí (2), Metropolitana (4) y San Miguelito (1).

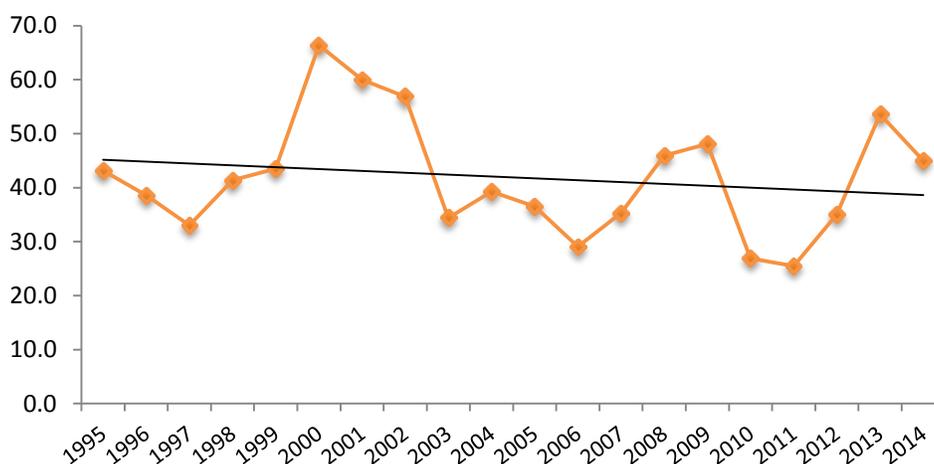
Enfermedades Transmitidas por los Alimentos, Panamá, Años 1995-2014

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), y más específicamente las enfermedades diarreicas representan un significativo problema de Salud Pública en Panamá, nuestro país, por su clima húmedo tropical, ofrece condiciones favorables a la supervivencia y multiplicación de una amplia gama de agentes microbianos y parasitarios que pueden comprometer, contaminar los alimentos y ocasionar daños a la salud de los consumidores.

Las ETA no están debidamente caracterizadas debido a una serie de factores como: Deficiente diagnóstico, registro y notificación de casos y brotes, investigaciones de casos y brotes deficientes, limitada capacidad analítica de los laboratorios, limitada coordinación de los entes responsables de la vigilancia, desconocimiento de la comunidad de los problemas relacionados con la inocuidad de alimentos y ETA, lo cual constituye un reto para el sector salud.

Los principales agentes causantes de ETA encontrados en la vigilancia han sido Salmonella spp, Shigella spp, E. coli enteropatógena y Staphylococcus aureus (toxina). Los cuales han estado contenidos en alimentos mixtos y de origen animal como las carnes, los lácteos y el pescado principalmente. Estos productos son elaborados y servidos en los hogares, vía pública (venta callejeras) y cocinas institucionales (escuelas, internados), causando así las ETA. El número de casos de enfermedad diarreica así como las intoxicaciones alimentarias registra un incremento en los últimos años, lo cual puede estar asociado a problemas de saneamiento básico, deficiencia en la provisión de agua segura, proliferación de establecimientos de venta de alimentos en la calle sin condiciones higiénicas sanitarias.

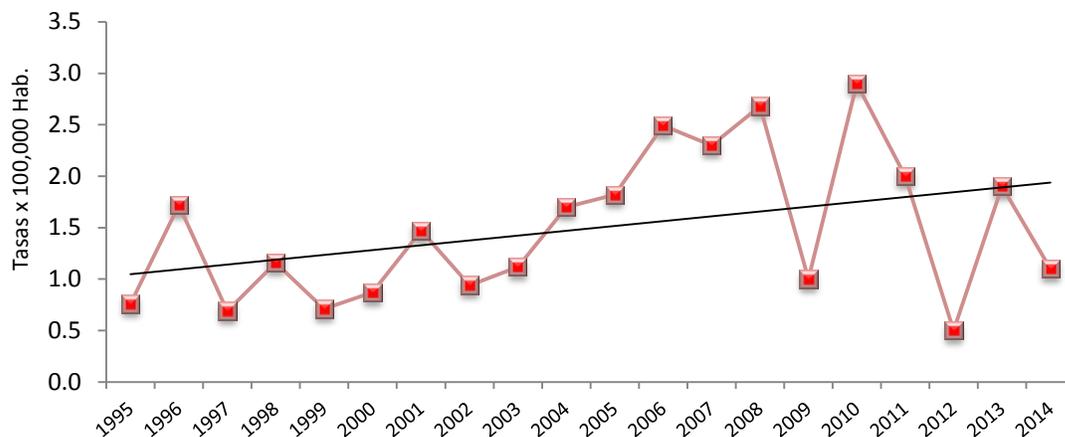
Gráfica N° 77. Tasa de Incidencia de Intoxicación Alimentaria, República de Panamá, Años: 1995 - 2014. Tasa por 100,000 habitantes



Fuente: Departamento de Epidemiología/Sección de Estadística. MINSA - 2014

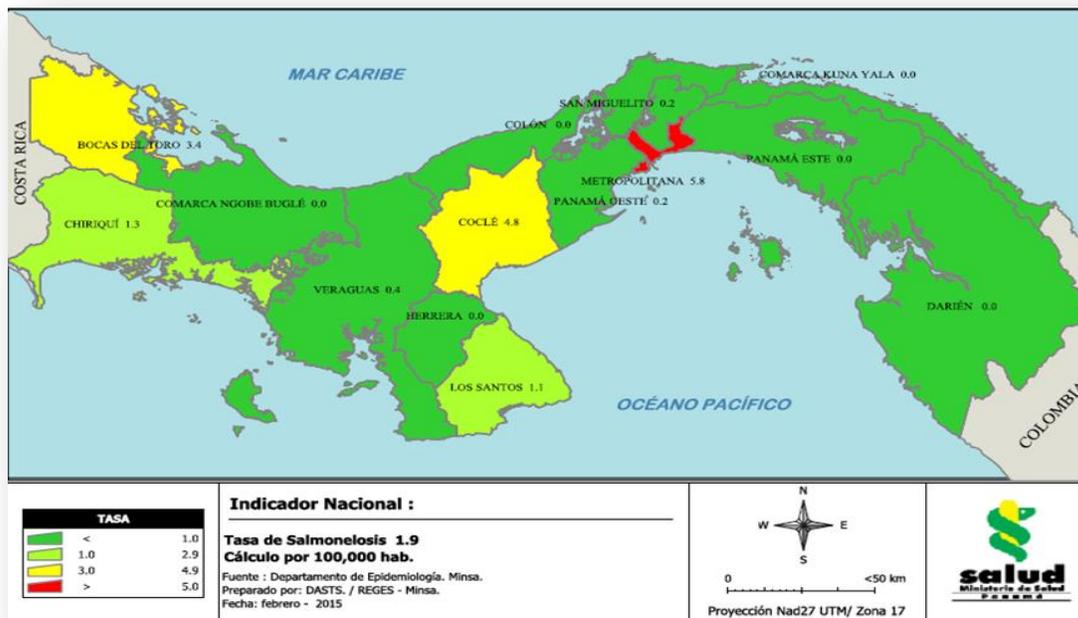
En Panamá se registran en promedio en los últimos 10 años (periodo 2005-2014) de 79.3 casos de Salmonelosis, con tasas variables por año entre 0.5 y 2.9 casos por 100,000 habitantes, mostrando una tendencia al aumento. En el año 2014 se presentó en el área de Coclé un brote de esta enfermedad. En el año 2013, las regiones que presentaron la tasa más elevada fueron la Metropolitana, Coclé y Bocas del Toro.

Gráfica N° 78. Tasa de Incidencia de Salmonelosis. República de Panamá, Años: 1995 – 2014. Tasa por 100,000 habitantes.



Fuente: Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadística. MINSA – 2014

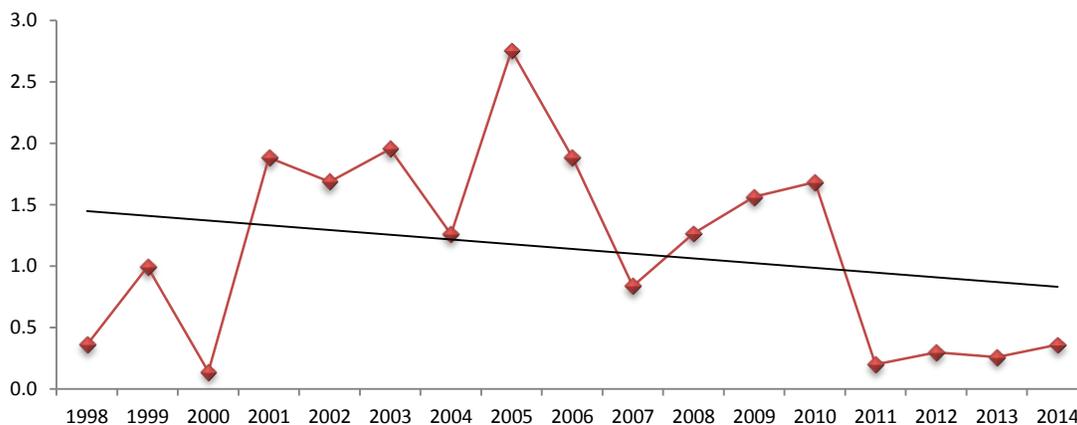
Mapa N° 20. Tasa de Salmonelosis, por región de salud en la República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Departamento de Estadísticas y Registros de Salud. MINSA – 2013

Las tasas de incidencia de Shigelosis oscilan entre 0.2 y 2.8 en el periodo 2005 -2014 con un promedio anual de 38.7 casos por año en el mismo periodo. En el año 2014 se reportaron 14 casos al sistema de vigilancia epidemiológica.

Gráfica N°80. Tasa de Incidencia de Shigelosis. República De Panamá, Años: 1998 – 2014. Tasa por 100,000 HAB.

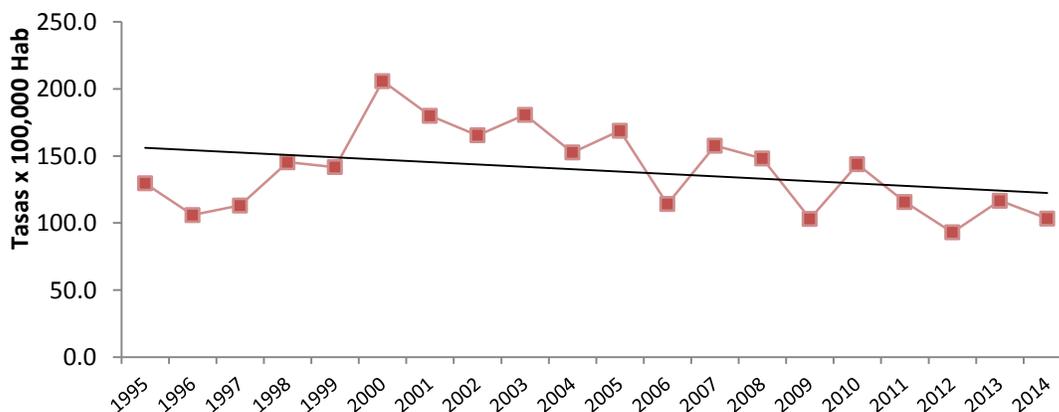


Fuente: Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadística. MINSA - 2014

Amebiasis y Hepatitis

La **amebiasis** durante el periodo 2005 – 2014 registro un total de 48,701 casos con un promedio anual de 4,870.1 casos y de 405.8 casos mensuales. En el 2014 tuvo una tasa de incidencia nacional de 103.4 casos por 100,000 habitantes, según el sistema de vigilancia las regiones más afectadas por esta patología, en el Año 2013, son las de Bocas del Toro, Panamá Este y Los Santos con tasas de 833, 773.3 y 297.1 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. A nivel de regiones de salud, las tasas de incidencia fluctúan entre 833 y 16.2 100,000 habitantes, siendo la más alta para Bocas Del Toro y la más baja para Herrera.

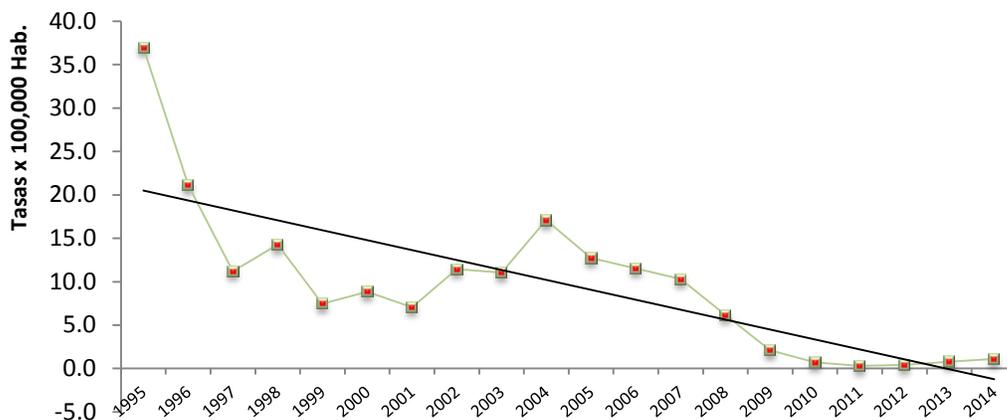
Gráfica N° 79. Tasa de Incidencia de las Amebiasis. República de Panamá, Años: 1995 – 2014.



Fuente: Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadística. MINSA - 2014

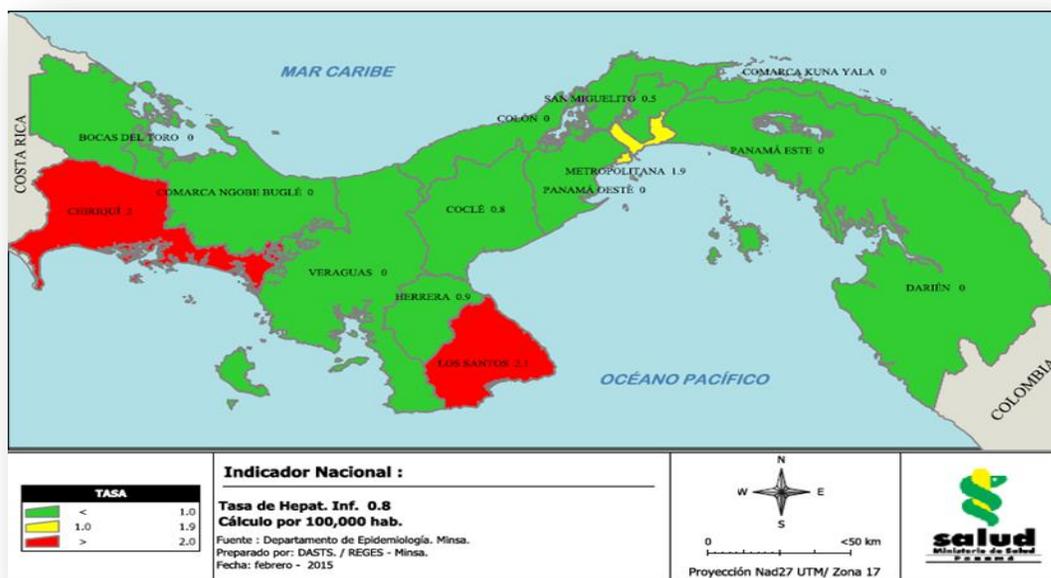
En tanto que se reportaron 1551 casos de **Hepatitis Infecciosa** con un promedio anual de 155.1 casos y mensual de 12.95 casos. Esta enfermedad ha tenido un comportamiento descendente en cuanto al número de casos registrados en el sistema de vigilancia. Mostrando un rango de país inferior a 1.5 casos por 100,000 habitantes desde el año 2010. Las regiones de Los Santos, Chiriquí y Metropolitana reportaron las tasas más elevadas en el 2013 (2.1, 2.0 y 1.9 casos por 100,000 habitantes, respectivamente) algunas regiones no reportaron ningún caso.

Gráfica N° 81. Tasa de Incidencia De Hepatitis Infecciosa. República De Panamá, Años: 1995 - 2014



Fuente: Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadística. MINSA - 2014

Mapa N° 21. Tasa de Hepatitis infecciosa por Región de Salud, Panamá. Año 2013.

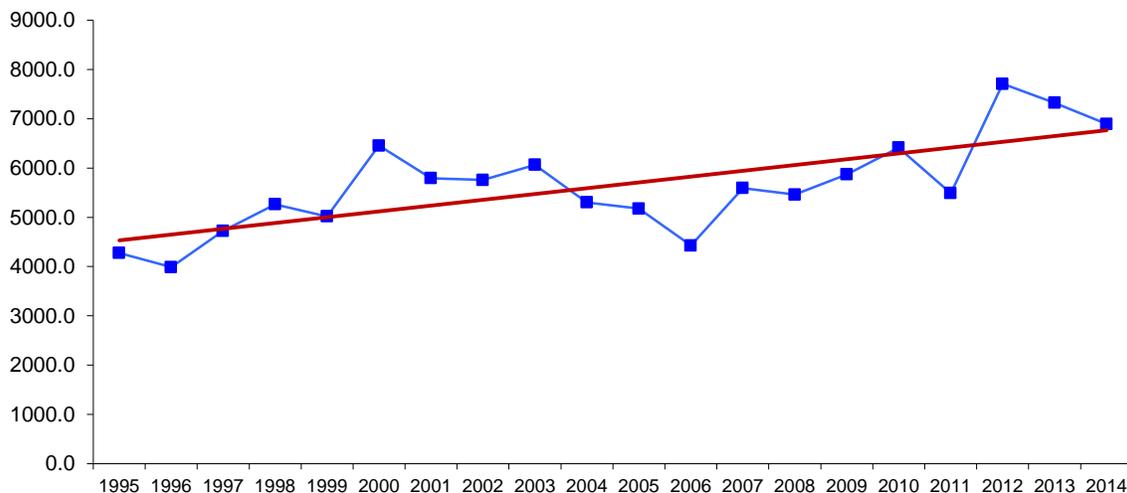


Fuente: Departamento de Estadísticas y Registros de Salud. MINSA – 2013

Enfermedades Diarreicas

Las Diarreas muestran una tendencia ascendente en los últimos 10 años, con más de dos millones de casos acumulados, un promedio anual de 216,343.4 casos y promedio mensual de 18,028 casos mensuales (2005-2014). Para el año 2014 se reporta una tasa de 6895 casos por 100,000 habitantes, con una diferencia en la tasa de 427.8 menos respecto al año 2013.

Gráfica N° 82. Tasa de Incidencia de las Enfermedades Diarreicas. República de Panamá, Años 1995 – 2014. Tasa por 100,000 HAb



Fuente: Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadística. MINSA – 2014.

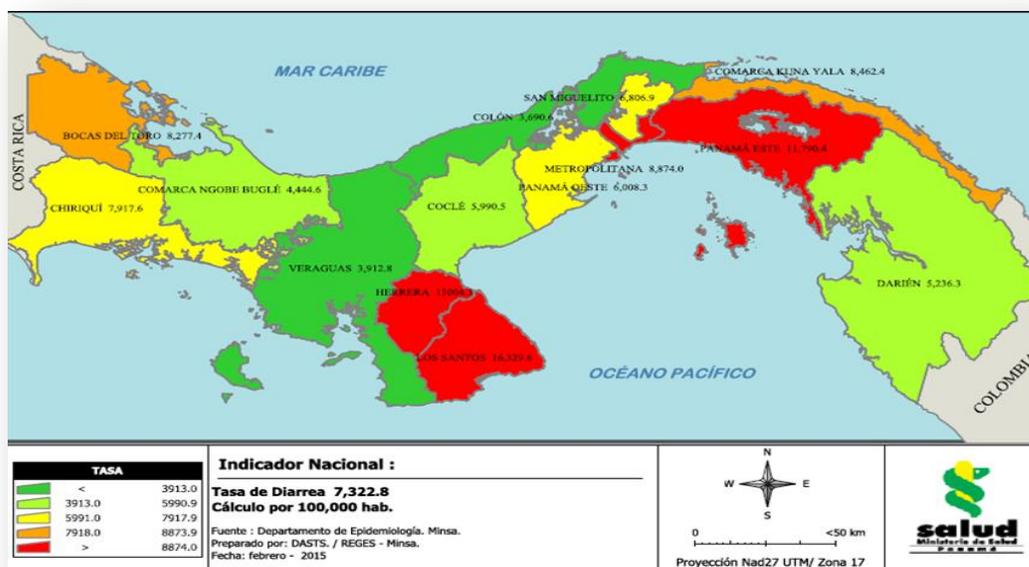
Según datos proporcionados por el Departamento de Registros y Estadísticas, en el año 2013 las Regiones de Salud de Los Santos, Herrera y Panamá Este presentaron las tasas de enfermedad diarreica más alta del país, Cabe destacar que en años anteriores que entre las regiones más afectadas se encontraban Veraguas, Bocas del Toro y Darién.

Cuadro N° 100. Tasa de Enfermedades diarreicas por año, según provincia. Panamá, años 2010 – 2013.

Región de Salud	Años			
	2010		2013	
	N°	Tasas	N°	Tasas
Total Nacional	227577	6493.9	281981	7322.8
Bocas del Toro	15757	13307.7	12215	8277.4
Coclé	18047	7587.9	15110	5990.5
Colón	5572	2221.7	9891	3690.6
Chiriquí	41903	9818.2	35241	7917.6
Darién	7194	12960.3	3371	5236.3
Herrera	9128	8111	15284	13004.3
Kuna Yala	3327	3656.7	3447	8462.4
Los Santos	6511	6875.4	15478	16329.6
Panamá Este	11198	2490.5	15005	11790.4
Panamá Oeste	77734	11232.3	30373	6008.3
Metropolitana	10507	1875.3	70151	8874.0
San Miguelito	8104	3572.5	38577	6806.9
Veraguas	5454	14526.6	9490	3912.8
Ngabe Bugle	7141	4743.3	8348	4444.6

Fuente: Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadística. MISA - 2013

Mapa N° 22. Tasa de Diarrea por provincia. Panamá 2013



Fuente: Departamento de Estadísticas y Registros de Salud. MINSA – 2013

Otras Enfermedades Transmisibles

Según datos de ONUSIDA a fines de 2012, aproximadamente 35.3 millones de personas [32.2 millones–38.8 millones] vivían con el VIH en todo el mundo.

Tabla N° 4. Datos de VIH.

Países	VIH-SIDA Acumulado hasta 2013a	Nuevas Infecciones VIH 2012	Defunciones 2012	Personas en TAR 2012	Defunciones Acumuladas
Belice	2,870	249	88	1,261	1,279
Guatemala	33,382	1,537	104	15,136	2,664b
El Salvador	32,443	1,475	253	6,643	3,767c
Honduras	32,114	457	165	8,970	22,075d
Nicaragua	7,875	1,011	78	2,190	941
Costa Rica	8,247	684	142	3,616	2,849
Panamá	20,569	834	463	6,411	8,731
Rep. Dom.	22,328	321	N/D	N/D	N/D
	159,828	6,568	1,293	44,227	42,306

Fuente: I Boletín Epidemiológico Regional VIH, SE COMISCA, diciembre 2013

- a. Datos preliminares
- b. Datos a partir de 2001
- c. Datos a partir de 2002
- d. Datos desde inicios de la epidemia

Cuando comparamos la República de Panamá con los demás países de la región, observamos que estamos en el quinto lugar con 20,569 casos de VIH/SIDA acumulados, siendo superados por Guatemala (33,382 casos), El Salvador (32,443), Honduras (32,114 casos), República Dominicana (22,328 casos) acumulados.

En la República de Panamá la prevalencia estimada de personas de 15 a 49 años es de 0.65% (2013), Las personas vulnerables para adquirir el VIH en la República de Panamá son los hombres que tienen sexo con otros hombres y las Trabajadoras sexuales.

Según estudio realizado en el año 2010, dirigido por el ICGES, la prevalencia de VIH en las trabajadoras sexuales ambulantes fue de 1.6% (6/379) y estudio realizado en la población de hombres que tiene sexo con otros hombres en tres ciudades de la República de Panamá años 2011 y 2012, se encontraron las siguientes seroprevalencias: ciudad de David 6.6% (2.2.-11.4%), Panamá 29.4% (19.7-39.7%) y Colón 32.6% (18.0 – 47.8%).

Según el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) predominante en circulación en Panamá es VIH-1 sub tipo B. **El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud inicia la vigilancia epidemiológica del SIDA en el año de 1983 y en septiembre del año 1984 en la ciudad de Panamá se reporta el primer caso de SIDA.**

En el país, de septiembre de 1984 a septiembre de 2014, se han registrado un total de 14,022 casos de SIDA, de los cuales, 440 casos son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 9,225 defunciones, esta información puede ser superior si se tiene en cuenta las características del sistema de información que conlleva cierto retraso y además del sub-registro existente y propio de todo sistema de vigilancia epidemiológica. El 69.2% del total de los casos de SIDA se presenta en personas con edades de 25 a 49 años.

Tres de cada cuatro casos de SIDA corresponden a hombres (75.0%). Las tasas específicas por 100,000 habitantes, en mujeres han elevado de 2.4 en el año 1993 a 8.0 en el año 2013, lo que indica que la infección del VIH está aumentando en este sexo.

Las tasas acumuladas de SIDA por 100,000 habitantes para el año 2013 correspondientes a las regiones de salud son: Colón (1111.9), Metropolitana (999.4); Panamá Oeste (614.7), San Miguelito (598.6), Panamá Este (302.7), Guna Yala (293.5), Chiriquí (145.1), Coclé (134.8), Los Santos (131.8), Bocas del Toro (113.4), Herrera (112.7), Veraguas (76.9), Darién (58.6) y Ngobe Bugle (34.5). La tasa acumulada nacional es de 496.05

En el año 2001, el Departamento de Epidemiología inicia la vigilancia de los casos reportados en la fase VIH, los casos asintomáticos, que no han desarrollado enfermedad oportunista, hasta septiembre de 2014, se han reportado 8509 personas, siendo 5.180 del sexo masculino y 3329 del sexo femenino para una relación hombre mujer de 1.6/1. El grupo de edad donde se reporta el mayor porcentaje de casos es el de 20-49 años de edad con el 58.2% de los casos reportados. Las regiones de salud más afectadas son: Colón (478.7), Guna Yala (434.8), Metropolitana (358.7) y Panamá Oeste con una tasa de 286.8 por 100,000 habitantes respectivamente. Según los casos reportados viven con el VIH/SIDA en la República de Panamá, Un total de 13,306 personas.

Cuadro N° 101. VIH y Sida, según sexo. República de Panamá. Año: 1984 a 2013.

Clasificación del Caso	Hombres	Mujeres	Total
VIH	4,919	3,245	8,164
Sida	10,208	3,501	13,709
Defunción	6,915	2,238	9,153
Total de personas vivas con VIH/SIDA	8,212	4,508	12,720

Fuente: Sección de Estadísticas. Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA. Departamento de Epidemiología. Dirección General de Salud. MINSA.

De acuerdo a la información, podemos concluir que el VIH/SIDA en Panamá es una epidemia de tipo concentrada, con gran número de casos en la población de edad productiva y reproductiva, con tendencia a la feminización. Hay una tendencia a la disminución de los casos y defunciones por SIDA y una tendencia al ascenso del número de personas en estado de infección asintomática por el virus (VIH). El principal mecanismo de transmisión es la vía sexual.

El sector salud apoyado por la sociedad civil realiza ingentes esfuerzos para prevenir que se infecten más personas con el virus de la inmunodeficiencia humana en la población panameña y proporciona tratamiento a los infectados que cumplen los requisitos para recibirlo.

El riesgo de infectarse con el virus de la inmunodeficiencia adquirida es real, la única forma de poder contener la epidemia es por medio de una movilización social a todos los niveles, cada persona debe participar adoptando y ayudando a que otras personas adopten comportamientos sexuales seguros, dado que la vía más importante de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana sigue siendo la sexual.

Es necesario mantener el VIH/SIDA como una prioridad de estado y de interés nacional por sus graves repercusiones a la salud, a la sociedad y a la economía nacional.

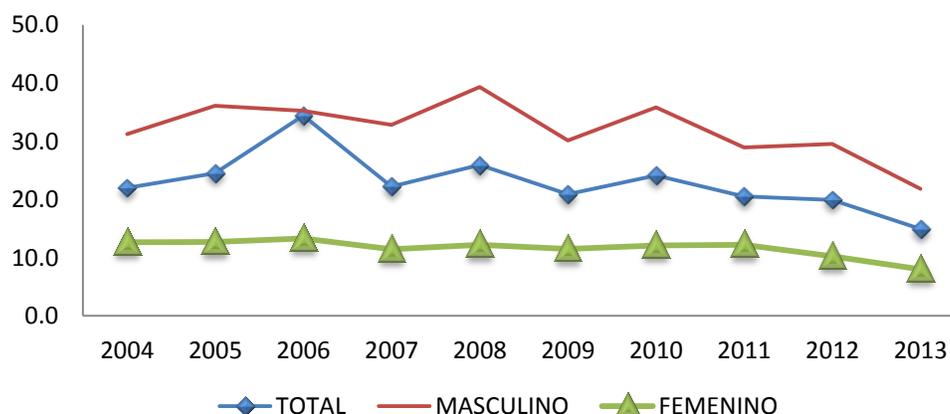
El Departamento de Epidemiología y las coordinaciones de epidemiología regionales y de hospitales tratan continuamente de mejorar la calidad de la información, a fin de poder analizar y proporcionar un mejor perfil de la epidemia en cada informe, el cual será de gran utilidad para la toma de decisiones.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

En el 2013, el sistema de vigilancia registró 574 casos nuevos de SIDA, para un total de casos acumulados de 13079 durante el periodo septiembre de 1984 - diciembre de 2013. Para la definición de caso se aplican los criterios del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta de 1993.

La tasa de incidencia anual de SIDA ha presentado una tendencia al descenso en los últimos 10 años (2004-2013). El comportamiento es similar tanto para hombres como para mujeres, en el año 2004, la tasa de incidencia anual masculina con un valor de 31.2 y la femenina de 12.4, han bajado significativamente cerca de 10 casos menos por 100,000 habitantes para el sexo masculino y 4 casos menos por 100,000 para el sexo femenino. Lo cierto es que son muchas las estrategias que han influenciado sobre este resultado, entre ellas el diagnóstico de la infección por VIH en fase latente y el inicio de la terapia antirretroviral en estadios previos a los signos y síntomas asociados a la enfermedad.

Gráfica N° 83. Tasa de incidencia del SIDA por sexo en la República de Panamá Años 2004-2013



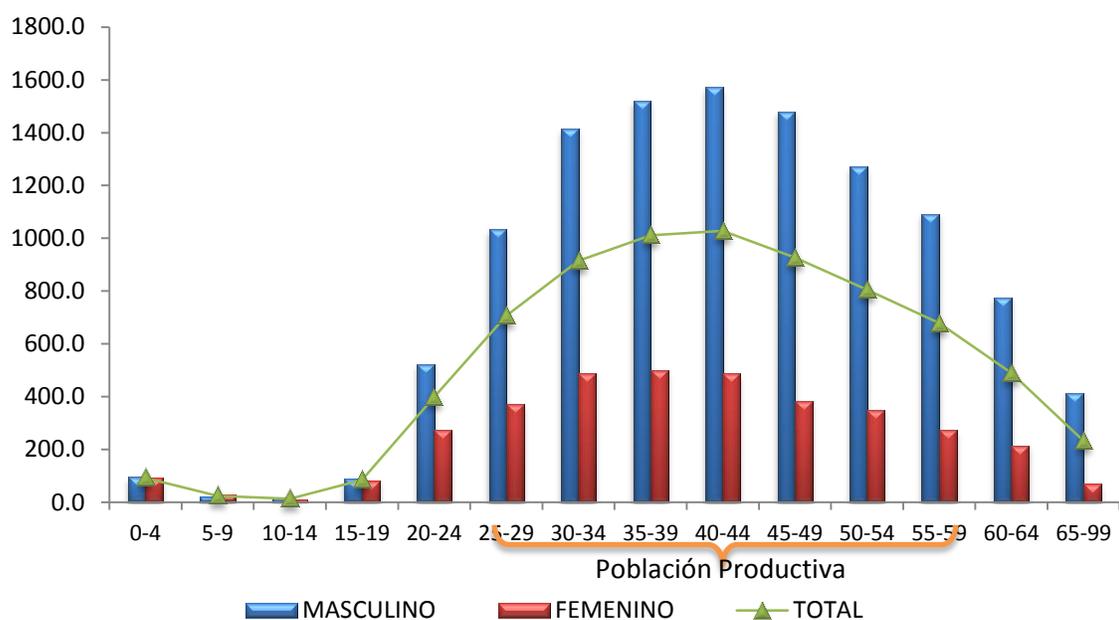
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2013

Distribución por sexo y grupo de edad

Desde el inicio de la epidemia la mayor proporción de casos se ha presentado en los hombres, donde han ocurrido el 75. % de los casos de SIDA.

La razón hombre-mujer de SIDA por grupo de edad es similar en los grupos de 0-19 años, prácticamente se duplica la tasa en el grupo de 20-24 años y en los grupos de 25-44 años se triplica. En los grupos mayores de 45 años la razón hombre mujer va en aumento, hasta alcanzar 6 hombres por cada mujer en el grupo de mayores de 65 años. La razón hombre/mujer en el ámbito nacional ha sido de 3:1 en los últimos 10 años. El comportamiento de este indicador, desde el inicio de la epidemia a estas fechas es uno de los que más variación ha tenido, pues al inicio de la epidemia la diferencia llegó a ser más marcada; siendo que para el año de 1986, se presentó una relación casos de 17 hombres por cada mujer.

Gráfica N° 84. Tasa de Incidencia acumulada de SIDA por sexo y grupo de edad. República de Panamá. 1984-2013



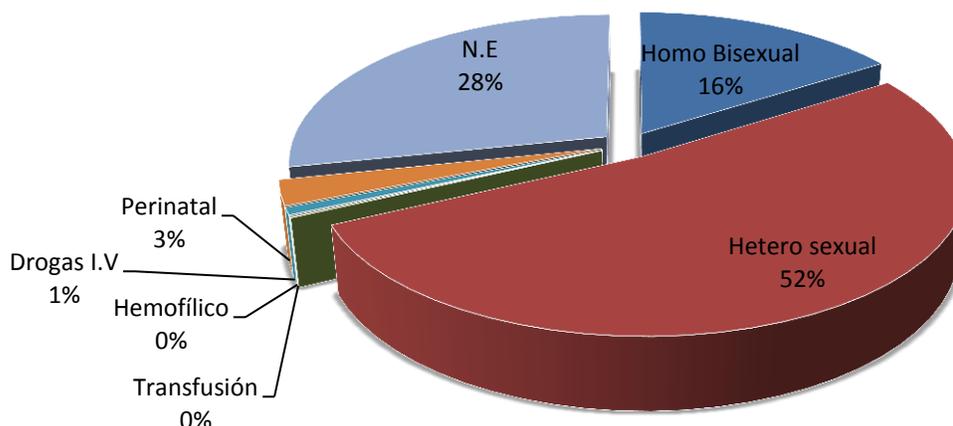
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2013

Los grupos de edad más afectados desde el registro del primer caso en el año 1984 hasta diciembre de 2013, han sido los de 40 a 44 años, con tasas de incidencia acumulada alrededor de 1028 casos por 100,000 habitantes; en tanto que para el grupo de 35 a 39 años de edad la tasa acumulada fue de 1012 casos por 100,000 habitantes.

En relación a los mecanismos de transmisión, en Panamá el 68 % de los casos se deben a la transmisión sexual, 3 % a transmisión madre-hijo (peri natal), 1% a transmisión sanguínea (Droga IV, hemofílico, transfusión sanguínea) y el 28.0% restante se desconoce el factor de riesgo. Actualmente, se ha mejorado el registro de estos datos y al analizarlos por año, se evidencian muy pocos casos en los que se desconoce el modo de transmisión sin embargo, un alto porcentaje de los casos sin factor

de riesgo especificado han sido captados a través de los certificados de defunción, donde no se consigna este tipo de información.

Gráfica N° 85. Casos Acumulados de SIDA según Vía de Transmisión. República de Panamá. 1984 - 2013.



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2013

En cuanto a los factores identificados como de alto riesgo de transmisión del Sida, en Panamá, la epidemia afecta cada día más a población joven que no adopta las medidas de sexo seguro al poseer una falsa percepción de inmunidad ante este flagelo, Los esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales del país se centran en la prevención de la transmisión vertical, el diagnóstico temprano de la infección, el tratamiento oportuno de enfermedades oportunistas, terapia antirretroviral y la prevención de la infección en grupos vulnerables y de muy alto riesgo como lo son los homosexuales, bisexuales, población indígena, entre otros.

A partir del año 1992, patrón epidemiológico predominante ha cambiado hacia la transmisión heterosexual. Pese a que el patrón actual ubica en segundo plano la transmisión homosexual, relativa al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, los estudios de seroprevalencia efectuados sugieren que la infección por VIH permanece oculta en este grupo.

A partir de 1985, en Panamá, se efectúa el tamizaje de toda sangre donada para la detección de anticuerpos anti VIH. En 1998 se efectuó la última notificación de casos de SIDA en pacientes hemofílicos, todos con historia de ser portadores desde años anteriores, ninguno con historia reciente de infección. En la actualidad, los Bancos de Sangre cuentan con todos los mecanismos necesarios para garantizar transfusión de sangre segura a nivel nacional. Aun cuando hasta la fecha, el uso de drogas intravenosas no represente un gran número dentro del total de casos registrados 96 masculinos y 10 femeninos para un total de 106 casos acumulados (0.8%), la posición geográfica de nuestro país y el movimiento migratorio, aunado a la influencia del Internet y las redes sociales no dejan de ser motivo de vigilancia para la transmisión del virus. La transmisión sexual asociada al uso indebido de drogas, sobre todo de cocaína y alcohol es cada vez es más frecuente.

Cuadro N°102. Casos Acumulados de SIDA según Vía de Transmisión por Región de Salud. Panamá. Años: 1984-2013

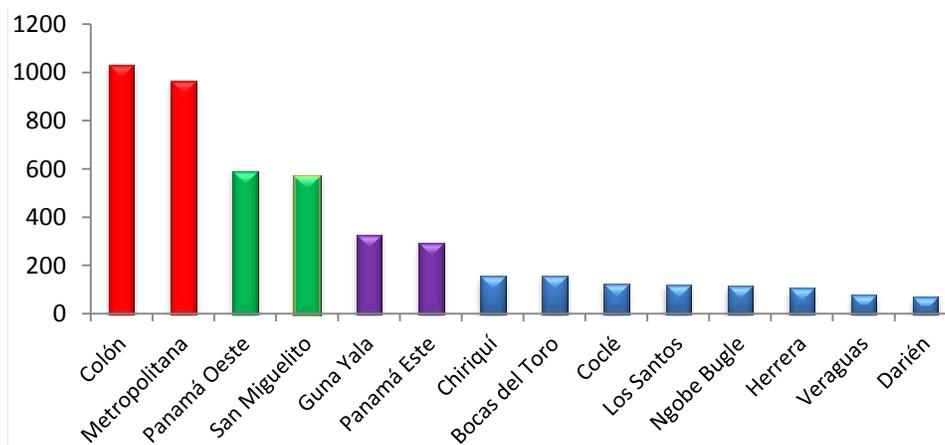
Región	Total	Homo Bisexual	Hetero sexual	Transfusión	Hemofílico	Drogas I.V	Perinatal	N.E
Total	13709	2185	7136	18	17	106	370	3877
B. del Toro	150	23	64	0	0	0	4	59
Coclé	264	25	128	0	0	0	7	104
Colón	2173	198	1380	5	1	11	68	510
Chiriquí	614	149	323	0	0	5	22	115
Darién	36	3	22	1	0	0	3	7
Herrera	116	29	28	0	1	1	1	56
Los Santos	105	39	20	0	0	0	0	46
Panamá	9805	1660	4999	11	15	88	250	2782
Veraguas	171	22	76	1	0	1	7	64
Guna Yala	115	16	19	0	0	0	6	74
N. Buglé	146	21	74	0	0	0	2	49
N.E	14	0	3	0	0	0	0	11

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. MINSA Año: 2013

Distribución geográfica

Los casos de SIDA son un problema de salud pública, que afectan a la población residente de todo el país y han tenido un comportamiento ascendente en todas las Regiones sanitarias, aunque en algunas de ellas se concentra un gran número de casos. La variación de las tasas acumuladas entre las Regiones oscilan entre 69.6 y 1031.2 casos por 100,000 habitantes, para una tasa acumulada nacional de 450.8 casos por cada 100,000 habitantes. La epidemia en Panamá está concentrada en los grandes conglomerados urbanos, las tasas de incidencia acumulada, según región fueron, en orden descendente Colón, la Metropolitana, Panamá Oeste y San Miguelito.

Gráfica N° 86. Tasa de Incidencia acumulada de SIDA por Región de Salud en la República de Panamá. Periodo 1984-2013. Casos por 100,00 hab.



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. MINSA -Año: 2013

Cuadro N°103. Tasa de Incidencia Acumulada por Región de Salud. Panamá. Año: 1984-2013

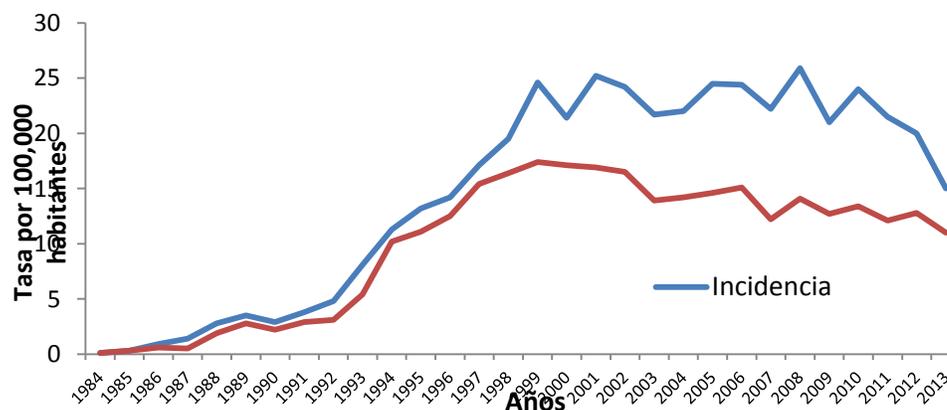
Región	Tasa de Incidencia Acumulada (Casos por 100,00 hab)
Total	450.8
Colón	1031.2
Metropolitana	965.4
Panamá Oeste	589.2
San Miguelito	569.2
Guna Yala	327.2
Panamá Este	293.4
Chiriquí	156
Bocas del Toro	155.4
Coclé	123.1
Los Santos	118.2
Ngobe Bugle	115.4
Herrera	106.9
Veraguas	77.0
Darién	69.6

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2013

Mortalidad por SIDA

El SIDA se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en la República de Panamá, y un índice de APMP (Años perdidos por muerte prematura) aproximado de una tasa 44.7 por 100,000 habitantes. El porcentaje de letalidad por SIDA en Panamá es de 0.66, tomando en cuenta los casos acumulados desde el inicio de la epidemia en 1984. Han fallecido cerca de 9225 personas con diagnóstico de SIDA (6971 masculinos y 2254 femeninos). Afectando a todos los grupos etarios aunque la mayor cantidad de muertes ocurre en personas entre 25 y 44 años.

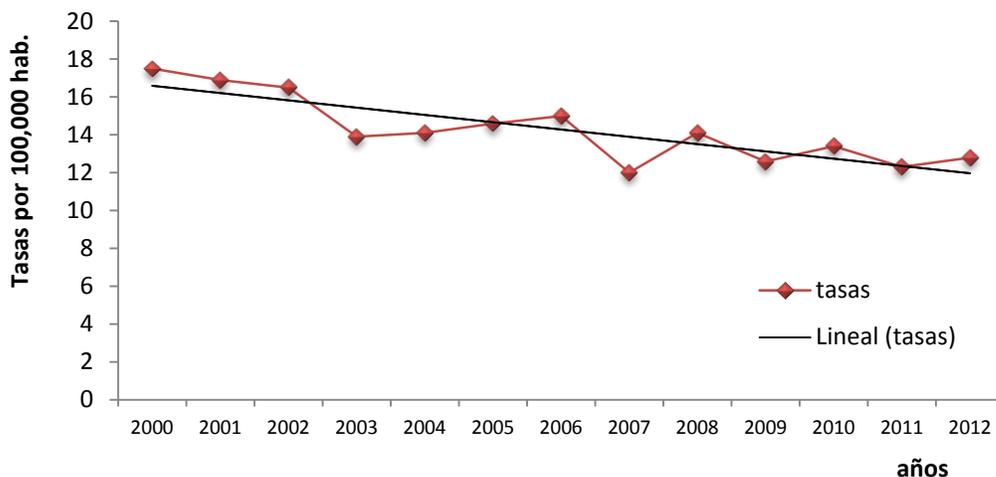
Gráfica N° 87. Tasas de incidencia y mortalidad por SIDA. República de Panamá. 1984 - 2013



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2013

La mortalidad por año, para 1984 fue 0.09 defunciones por 100,000 habitantes, la misma fue en ascenso, hasta el año de 1999 con 17.5, a partir de ese año, con la introducción de la terapia antirretroviral de manera gratuita a todos los pacientes, observamos una clara tendencia a la disminución de las tasas de 17.5 en el año 2002 a 12.8 en el año 2012.

Gráfica N° 88. Tasas de mortalidad anual por SIDA. República de Panamá. Años: 2000-2012



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2013

Panamá sigue siendo uno de los países de la región centroamericana más afectada por el virus del VIH. Pese a las tendencias positivas, en el año 2013 todavía se produjeron 1,420 casos nuevos de VIH/SIDA y un total de 415 personas fallecieron de enfermedades relacionadas con el sida.

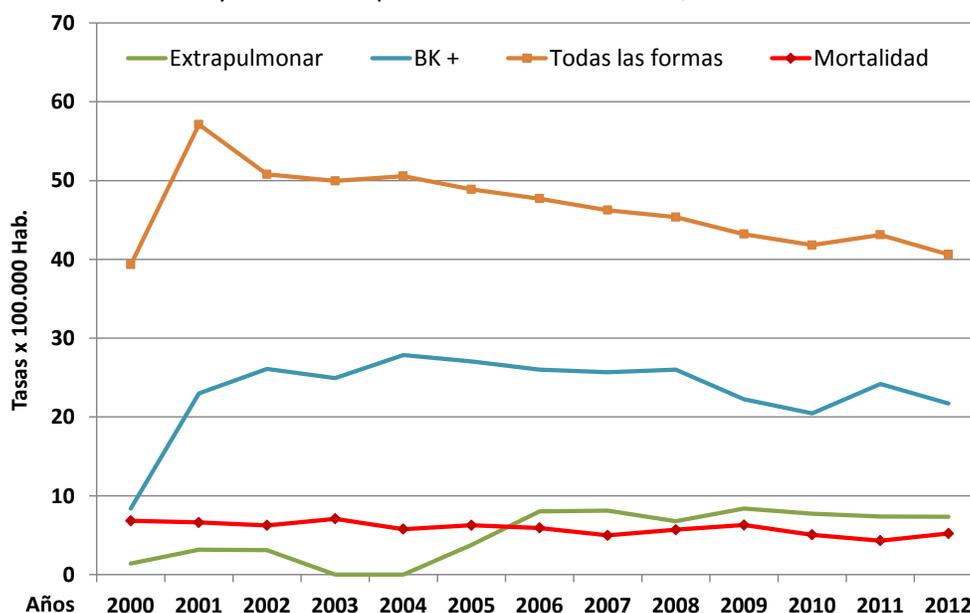
Llegar a cero puede parecer difícil, pero se están haciendo progresos importantes, los elementos claves de la respuesta son principalmente: Promover acciones de prevención y promoción en temas de ITS/VIH/Sida, la ampliación del acceso al tratamiento del VIH, búsqueda de VIH en las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión materno infantil y aumento de la oferta para la realización de la prueba de VIH en áreas de poca accesibilidad, entre otras.

El lema de la campaña, “ **Cero nuevas Infecciones por el VIH, Cero discriminación, Cero muertes relacionadas con el sida**” nos obliga a reflexionar sobre múltiples aspectos relevantes, de responsabilidad y compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA entre ellos: Incrementar la solidaridad dentro de la respuesta nacional a través de un esfuerzo unificado y promover una movilización de la sociedad civil hacia el tema del VIH/sida, desde la perspectiva de los derechos humanos y contra la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA, conociendo y respetando sus derechos. Desarrollar una estrategia de comunicación para el desarrollo dentro de los medios de comunicación locales, para incluir las acciones en la lucha contra el VIH/SIDA e informaciones de prevención y generar un cambio de comportamiento y estilos de vida saludables en la población general. Mejorar la conciencia pública y la implicación de las personas en cuanto al problema del VIH.

Tuberculosis

La tendencia de TB en todas sus formas y la pulmonar bacilífera, ha sido ligeramente descendente pero, más lenta en los últimos años. La tasa de incidencia de TB en la última década ha oscilado entre 40 y 50 casos por 100.000 habitantes. La tuberculosis extrapulmonar ha mostrado una tendencia al aumento lo que puede estar relacionado a un mejor registro y clasificación de los casos.

Gráfica N° 89. Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2000-2012



Fuente: Contraloría General de la República - INEC – 2013.

Tabla N° 5. Morbilidad según formas y Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2000-2012

Años	Todos los casos		TB Pulmonar		TB Extra pulmonar		Muertes		Nuevos (Todas las formas)		Nuevos BK +	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2000	1.575	55,2	1.535	53,8	40	1,4	195	6,8	1.123	39,3	239	8,4
2001	1.327	45,5	1.235	42,3	92	3,2	193	6,6	1.667	57,1	671	23,0
2002	1.485	50,1	1.393	47,0	92	3,1	185	6,2	1.505	50,8	773	26,1
2003	1.427	45,7	1.427	45,7	0	0,0	221	7,1	1.559	50,0	778	24,9
2004	1.544	48,7	1.544	48,7	0	0,0	183	5,8	1.604	50,6	884	27,9
2005	1.623	50,3	1.502	46,5	121	3,7	202	6,3	1.578	48,9	873	27,0
2006	1.605	48,9	1.342	40,9	263	8,0	194	5,9	1.566	47,7	854	26,0
2007	1.567	46,9	1.296	38,8	271	8,1	166	5,0	1.544	46,2	858	25,7
2008	1.579	46,5	1.349	39,7	230	6,8	193	5,7	1.540	45,4	883	26,0
2009	1.492	43,2	1.203	34,9	289	8,4	217	6,3	1.491	43,2	768	22,3
2010	1.618	46,2	1.347	38,4	271	7,7	177	5,1	1.465	41,8	717	20,5
2011	1.617	45,5	1.355	38,1	262	7,4	153	4,3	1.533	43,1	861	24,2
2012	1.692	46,9	1.427	39,5	265	7,3	188	5,2	1.467	40,6	783	21,7

Fuente: MINSA - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Año 2013.

Por Regiones, se observa gran variación entre las mismas y las comarcas del país. En el último quinquenio, incluyendo el año 2012, Guna Yala, Ngäbe Buglé y Bocas del Toro evidenciaron ser las que tuvieron el mayor riesgo de enfermar por TB con tasas que duplicaron o triplicaron el promedio nacional.

Estas áreas se caracterizan por ser rurales, con una alta población indígena, elevados niveles de pobreza y pobreza extrema, así como un difícil acceso geográfico, con alta movilidad de sus habitantes y limitado acceso a servicios de salud.

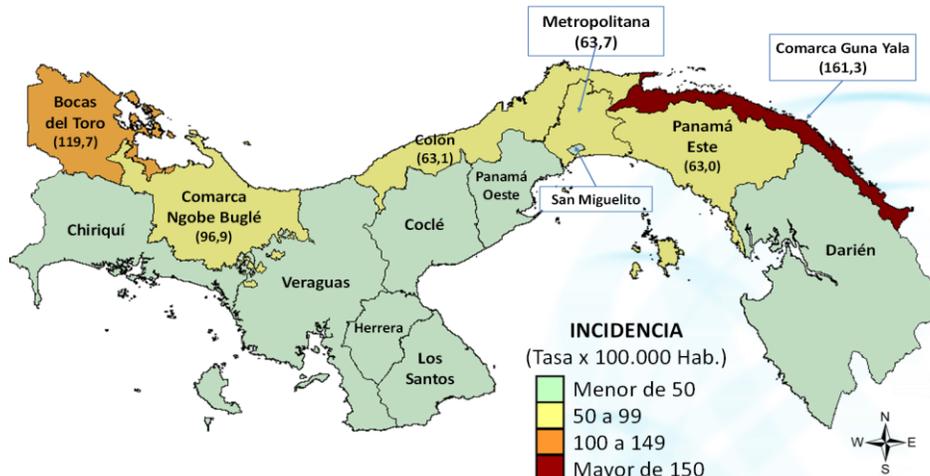
En cuanto a la carga de TB, los mayores aportes (cerca del 75%) corresponden a las Regiones: Metropolitana, Ngäbe Buglé, Colón, Boca del Toro y San Miguelito.

Tabla N° 6. Incidencia de tuberculosis en todas sus formas según región. Panamá, 2007-2012

Región	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
B. del Toro	119	107,6	154	136,1	129	111,4	181	152,9	142	117,3	158	127,8
Chiriquí	75	18,1	79	18,9	68	16,1	101	23,7	127	29,5	67	15,4
Guna Yala	50	135,0	76	204,2	54	144,4	114	303,6	68	180,4	74	195,6
Ngäbe Bugle	245	175,6	169	118,0	196	133,4	207	137,5	170	110,3	158	100,1
Coclé	30	13,1	27	11,6	35	14,9	40	16,8	31	12,9	28	11,5
Colón	171	71,5	176	72,4	227	91,9	187	74,6	193	75,8	182	70,5
Darién	18	33,1	22	40,2	12	21,8	12	21,6	8	14,3	13	23,2
Herrera	8	7,2	7	6,3	6	5,4	7	6,2	9	8,0	10	8,8
Los Santos	12	13,4	8	8,9	10	11,0	8	8,8	9	9,9	16	17,5
Metro	454	66,5	406	60,5	366	53,7	380	54,9	432	63,7	516	72,3
P. Este	49	61,4	72	80,2	45	48,8	63	66,5	53	54,9	71	72,1
P. Oeste	110	26,4	117	27,3	132	30,1	122	27,1	115	23,7	144	30,6
San Miguelito	181	35,4	211	39,3	167	30,4	164	29,3	213	37,2	216	37,0
Veraguas	45	20,0	55	24,4	45	19,9	32	14,1	47	20,7	39	17,1
TOTAL	1.567	46,9	1.579	46,5	1.492	43,2	1.618	46,2	1.617	45,5	1.692	46,9

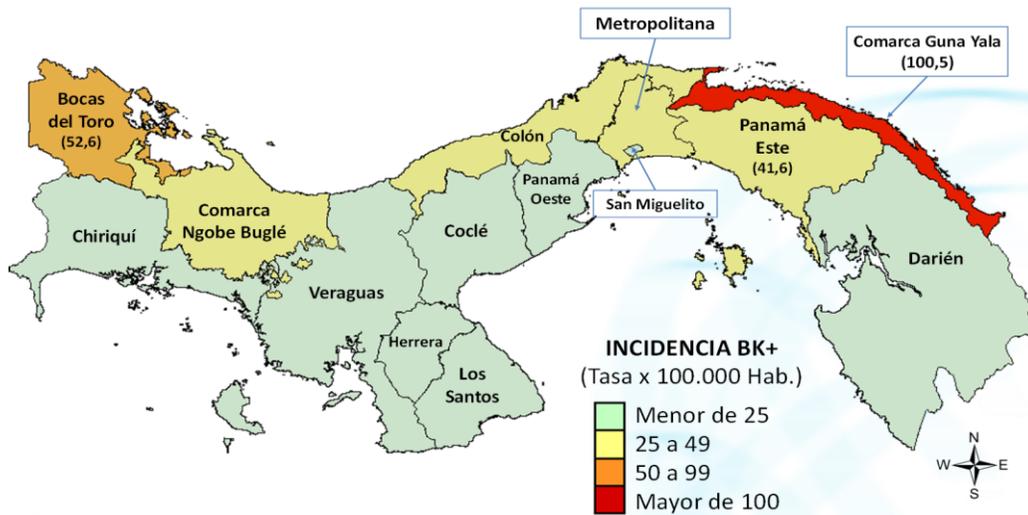
Fuente: MINSA. PNT y Departamento de Epidemiología. Base de Datos de EPI INFO

Mapa N° 23. Incidencia de Tuberculosis Todas las Formas, según Regiones de Salud. Panamá, 2012.



Fuente: MINSA - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Año 2012.

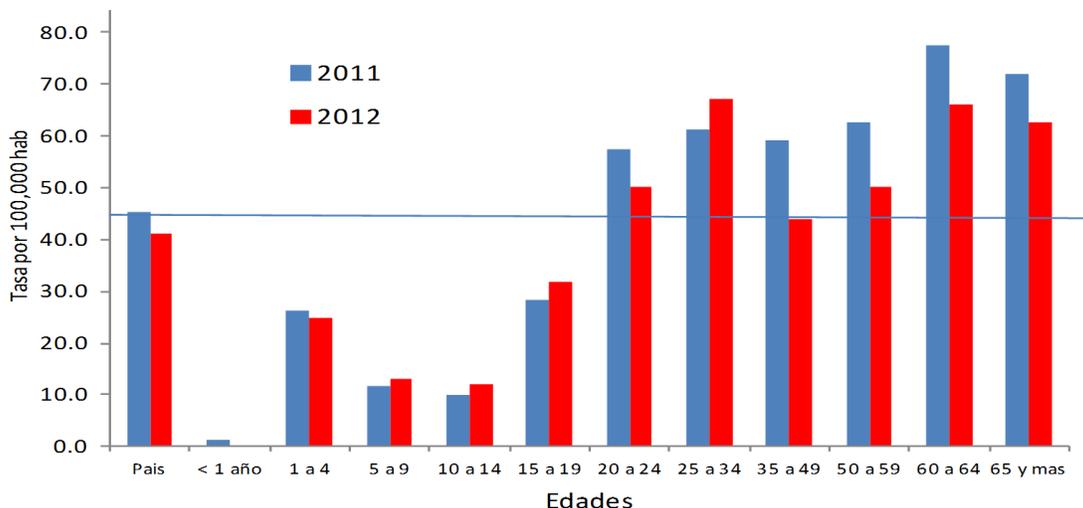
Mapa N° 23. Incidencia de Tuberculosis BK Positiva, según Regiones de Salud. Panamá, 2012.



Fuente: MINSa - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Año 2012.

Según edades la distribución de los casos notificados muestra en los años 2011 y 2012 las tasas de notificación más elevadas en el grupo de mayores de 60 años, por ser una población más reducida con alto riesgo para TB. Sin embargo, se observa que en el grupo de 20 a 49 años, que constituye la población económicamente activa, las tasas y el número de enfermos tienen un alto peso en el país. La existencia no despreciable de casos, en los menores de 15 años demuestra la existencia de transmisión activa de la enfermedad dentro de la población.

Gráfica N° 91. Incidencia de TB (todas las formas), según grupos de edad. Panamá, 2011-2012.

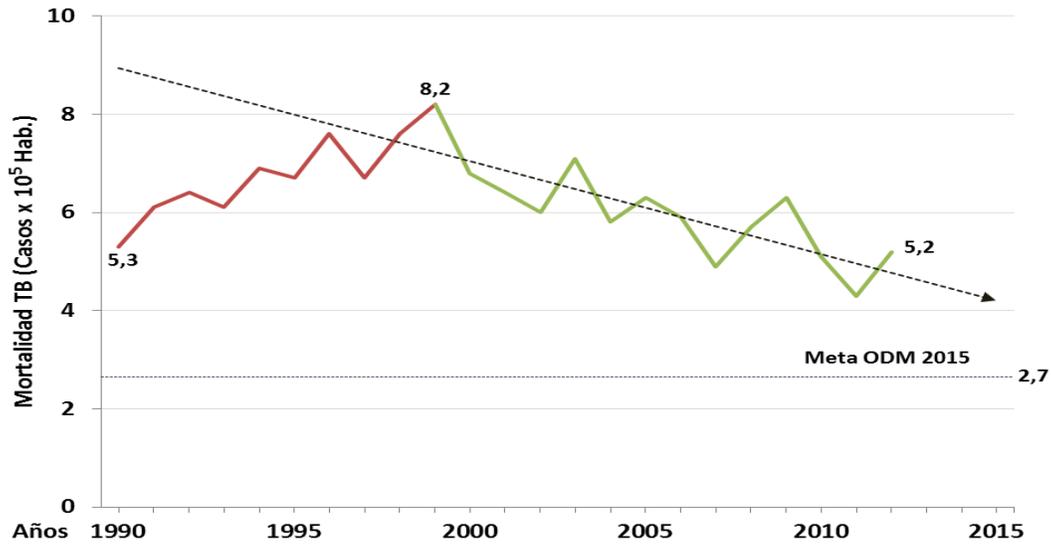


Fuente: MINSa - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Año 2012.

La mortalidad por tuberculosis ha presentado una tendencia descendente aunque bastante irregular a partir de 1999 cuando presentó un valor pico de 8,2 casos por 100.000 habitantes, llegando a 5,2 en el 2012. La tasa reportada para 2012 es similar a la que tenía el país en 1990 y a

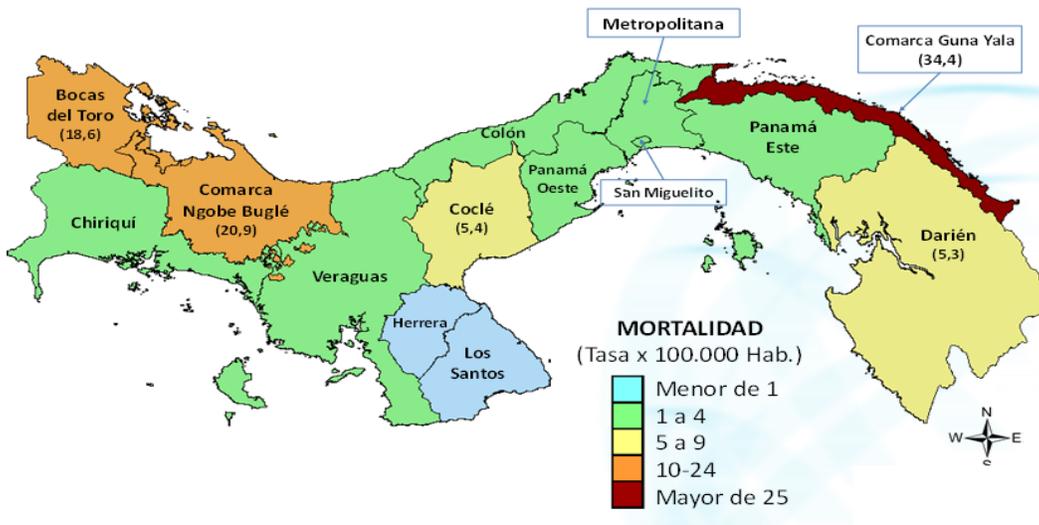
pesar del descenso en los últimos años, el país no podrá alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Por áreas del país, la Comarca Guna Yala es la que presenta mayor mortalidad por Tuberculosis con una tasa de 34,4 por 100.000 habitantes, seguida de la Comarca Ngäbe Bugle y Bocas del Toro.

Gráfica N° 90. Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 1990-2012



Fuente: Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República - 2012

Mapa N° 24. Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2012

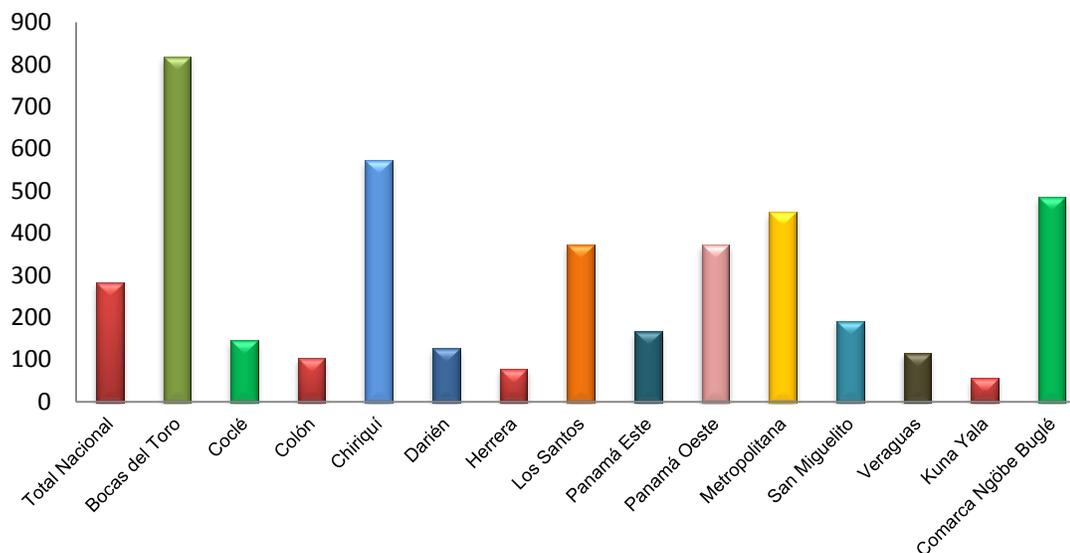


Fuente: MINSA - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Año 2012.

Neumonías y Bronconeumonías

En el año 2013, el comportamiento de la Neumonía y las Bronconeumonías, según su tasa por 100 000 habitantes es de 281 para el país, con una variación por región que va en un rango de 56.1 a 819. Comarca Guna Yala, Herrera, Colón y Veraguas con las tasas más bajas y Bocas del Toro, Chiriquí, La Comarca Ngäbe Bugle y la Metropolitana con las tasas más altas.

Gráfica N° 92. Tasa de Neumonía y Bronconeumonía en la República de Panamá. Año 2013. (100,000 habitantes).

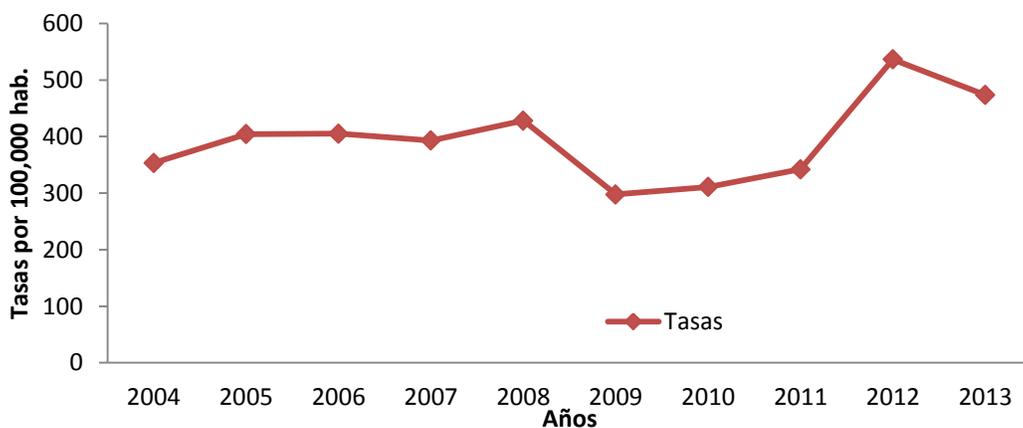


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2015.

Neumonía en menores de 5 años

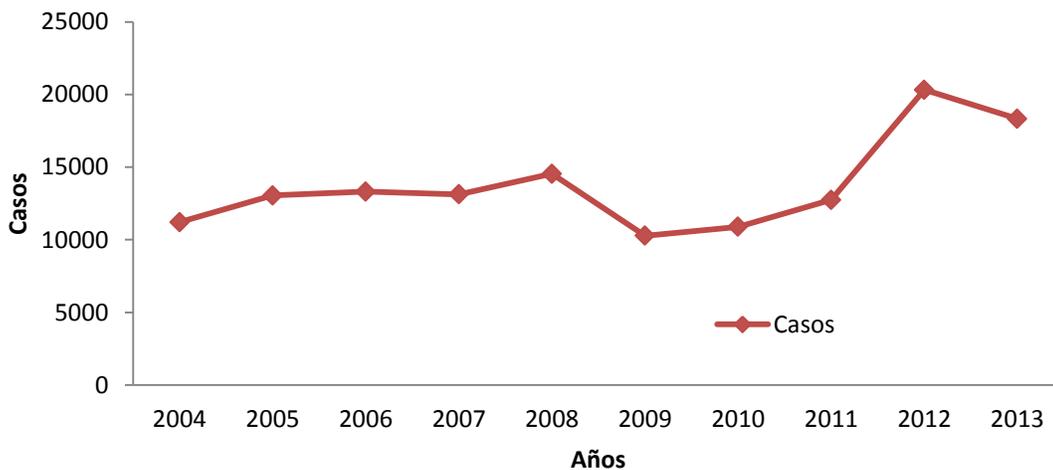
La tasa de incidencia de Neumonías – Bronconeumonías en los menores de 5 años, en el periodo 2004-2008 la tendencia al ascenso progresivo apenas perceptible gráficamente, en los años 2009 y 2010 se aprecia una notable disminución, para luego continuar con la tendencia anterior. Cabe destacar que el año 2009 fue el año de la Pandemia de Influenza AH1N1, con lo cual se afinó el diagnóstico de cuadros respiratorios. En infantes de 1 a 4 años ha presentado un comportamiento estable desde el año 2004 al 2010, luego en el año 2011 prácticamente se duplica la tasa, actualmente se mantiene una tendencia a la disminución. El grupo de menores de un año, es el más afectado pues la tasa de incidencia en este grupo duplicaba la tasa total durante todo el periodo.

Gráfica N° 93. Tasa de Neumonía y Bronconeumonía en la República de Panamá por año 2004-2013.



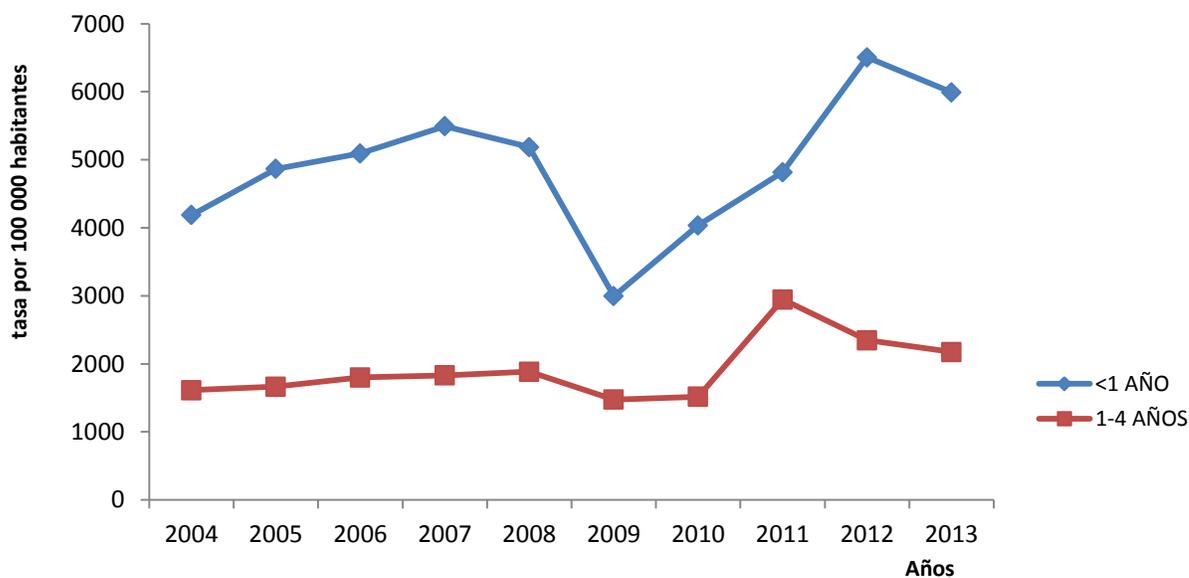
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2015.

Gráfica N° 94. Casos de Neumonía y Bronconeumonía en la República de Panamá . Por año 2004-2013



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2015.

Gráfica N° 95. Morbilidad Por Neumonía y Bronconeumonía en menores de cinco años. En la República de Panamá. 2004-2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2015.

Cuadro N° 104. Morbilidad Por Neumonía En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 2004 – 2013. (100,000 hab.)

Años	Total		Menor de Un Año		1 - 4 Años	
	N°	Tasas	N°	Tasas	N°	Tasas
2004	7282	2137.9	2906	4187.9	4376	1613.5
2005	7945	2316.7	3393	4865.6	4552	1666.1
2006	8521	2469.3	3566	5094.1	4955	1801.3
2007	8931	2572.2	3860	5492.9	5071	1831.1
2008	8912	2552.9	3658	5187.8	5254	1886.0
2009	6246	1781.9	2118	2996.4	4128	1475.1
2010	7109	2024.1	2854	4036.1	4255	1516.9
2011	12129	3325	3551	4817.2	8578	2947.1
2012	11688	3192.5	4839	6505.0	6849	2347.8
2013	10847	2950.6	4475	5991.7	6372	2175.2

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2015.

Enfermedades transmitidas por vectores.

Malaria

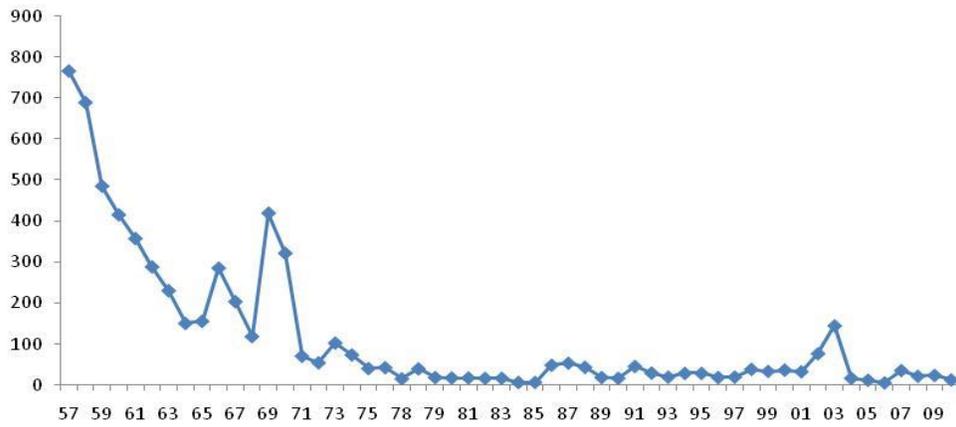
Desde el inicio del programa antimalárico en 1956, cuando la malaria en Panamá era generalizada o cubría casi todo el país, se inició un descenso de la cantidad de casos de malaria registrado por año. Esta disminución continua de los casos se puede considerar que es el resultado de las diferentes medidas de intervención desarrolladas con la finalidad de controlar la enfermedad y el vector. La malaria desde hace más de 30 años en Panamá, ha estado focalizada en tres regiones endémicas del país: la provincia de Bocas del Toro localizada al noreste y fronteriza con la República de Costa Rica, la provincia del Darién y la Comarca de San Blas ubicadas al este y fronterizas con la República de Colombia; sin embargo la malaria hace apariciones de casos y brotes frecuentes en áreas no maláricas debido a la migración de la población humana de áreas endémicas a centros urbanos.

Es importante resaltar que durante los últimos 10 años la malaria ha mostrado un comportamiento variable en nuestro país, entre 1994 y 1997 esta enfermedad tenía un comportamiento estable entre 735 a 476 casos de malaria diagnosticados. Durante ocho años sin presentarse la enfermedad como un problema de salud; se ha incrementado los casos desde el 2001 (931), 2002 (2244) y en 2003 con 4490 casos, duplicando la cifra del año anterior. Las regiones más afectadas en este último año con 2364 casos (52,6%) del total, Kuna Yala con 698 casos (15,5%), Veraguas 391 (8,7%) y Bocas del Toro 387 casos (8,6%). Estas regiones concentraron el 85,4% de los casos malaria de todo el país. El grupo de edad más afectado son los menores de 15 años y la relación hombre mujer es de 1,2 a 1.

A partir del 2002, al incrementarse los casos de malaria de forma significativa, se convirtió en la enfermedad re-emergente más importante del país, con una tasa de incidencia de 75.7 por 100,000 habitantes. Esta cifra representa un aumento de 2.4 veces en el riesgo cuando se compara con la tasa de incidencia del 2001. Además, es la tasa de incidencia más alta registrada en los últimos 27 años, solo comparable con la incidencia de 1974 que fue de 73.2 por 100,000 habitantes. Con la transmisión autóctona de la malaria por *P. falciparum* en la región de Kuna Yala a partir del 2002, en que se registraron tres defunciones por complicaciones por *P. falciparum*, el 2003 registró un total de cinco defunciones y en el 2004 se originó sola una muerte en un menor de cinco años.

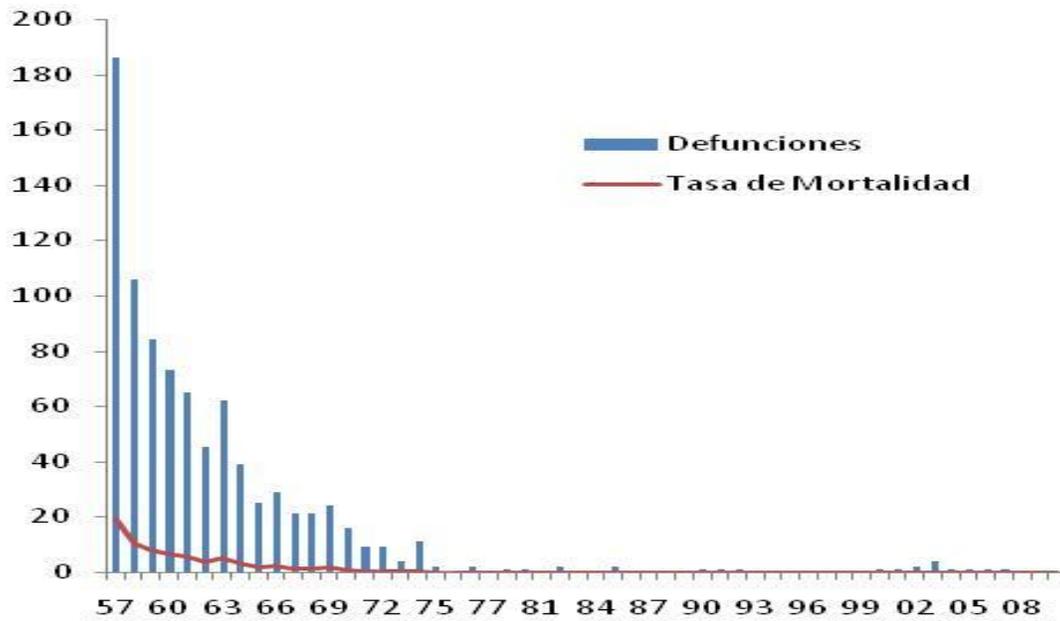
En la región de salud de Panamá Este en los años 2004 y 2005 se registraron 563 y 417 casos de *P. falciparum* respectivamente. En el 2010 se registraron 418 casos con una tasa de incidencia de 12 por 100,000 habitantes de los cuales el 95.2% fue por *P. vivax*, la región de salud más afectada fue la de Darién con una tasa 265 casos por 100,00 habitantes (126 casos) seguida de Kuna Yala con una tasa de incidencia de 112 casos por 100,000 habitantes (37 casos) y Panamá Este con una tasa de 109 por 100,000 habitantes (99 casos) el sexo más afectado fue el masculino con una tasa de 14.4 por 100,000 hombres, no se registró muerte por malaria.

Gráfica N° 96. Tasa de Incidencia de Paludismo en Panamá por Año. 1957-2010.



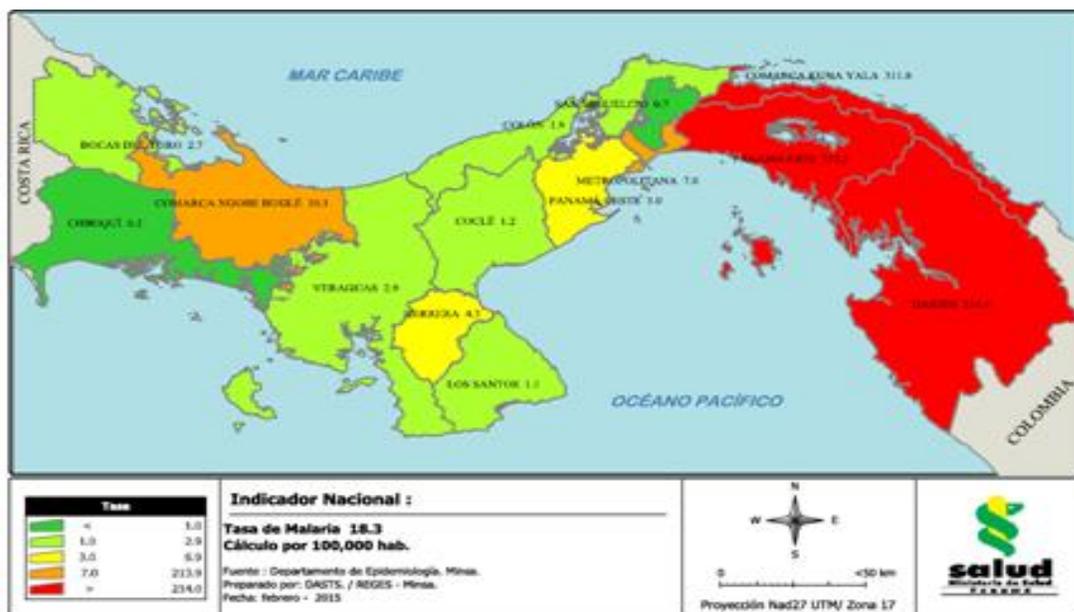
Fuente: Contraloría de Panamá - INEC. Año 2012.

Gráfica N° 97. Defunciones y Tasa de Mortalidad en Panamá por Año. 1957-2010



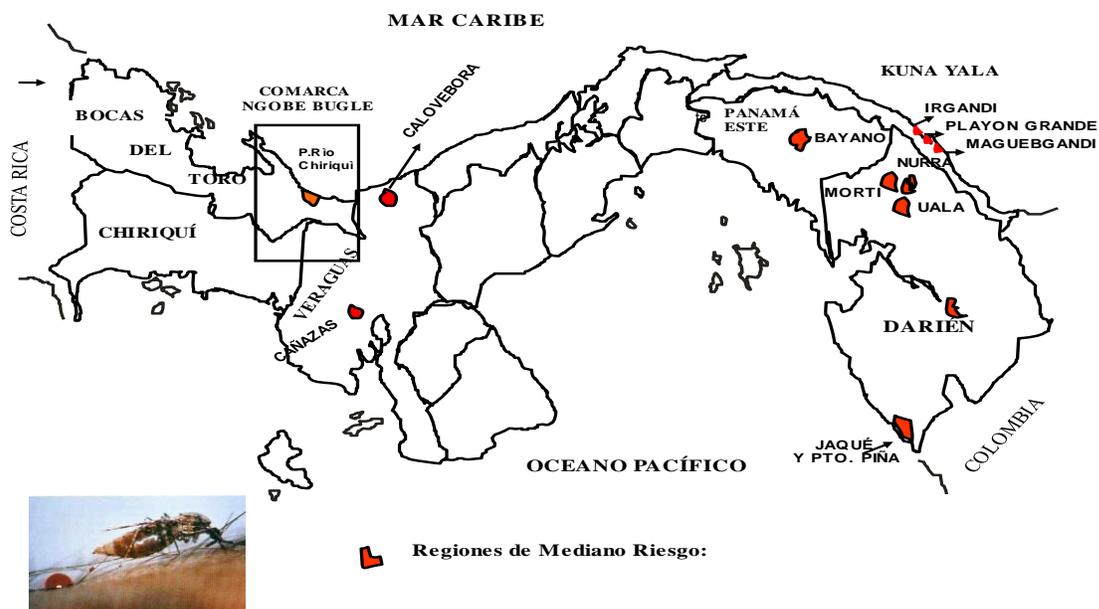
Fuente: Contraloría de Panamá - INEC. Año 2012.

Mapa N°25. Casos de Malaria, por Región de Salud. República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2013.

Mapa N° 26. Casos de Malaria, por Región de Salud. República de Panamá. Año 2010.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2012.

Dengue

El dengue es una infección causada por un virus ARN de la familia Flaviviridae, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Existen cuatro serotipos entre los cuales no hay inmunidad cruzada. Afecta extensas áreas en el mundo incluyendo Centro y Sudamérica.

Por las condiciones climáticas y geográficas para la sobrevivencia del vector, las regiones tropicales y subtropicales son las áreas de más alto riesgo para el contacto con el virus del Dengue. La prevalencia a nivel mundial del Dengue se ha incrementado drásticamente en las últimas décadas; Se estima que anualmente existen 50 millones de casos de Dengue en el mundo. La enfermedad es endémica en más de 100 ciudades en África, América, el Mediterráneo y Sureste de Asia. El Dengue Hemorrágico fue reportado por primera vez en las Islas Filipinas (Asia) en 1954, donde permaneció por muchos años como enfermedad local.

En las últimas tres décadas es notable el incremento de dengue en el continente americano, esto está condicionado por la presencia del *Aedes aegypti*, principal vector de la enfermedad y a la reinfestación de algunas áreas geográficas por el *Aedes albopictus* proveniente de Asia.

El primer informe de casos de dengue hemorrágico en América fue en Venezuela en 1968 y el primer brote ocurrió en Cuba en 1981, donde se aisló el virus DENV-2. En el 2001 se notificaron en América 609 mil casos de Dengue, de los cuales 15 mil fueron de Dengue Hemorrágico. Las tasas de ataque variaron de 4.3 a 616 casos por cada 100 mil habitantes en el 2003.

Situación del dengue en Panamá

En 1942, se presentó la última epidemia de dengue en Panamá en la década de los 40, en 1949 se emprendieron esfuerzos para la erradicación del vector. En 1958, Panamá, fue certificado como libre de *Aedes aegypti* sin embargo, la reinfestación ocurrió en 1985; en 1993, se confirmó el primer caso de dengue autóctono desde la última epidemia de dengue de 1942, siendo el único país que ha detectado caso autóctono. Para fines de 1993, se confirmaron 14 casos de dengue y el virus DEN-2 fue aislado; en los últimos cuatro años se ha aislado DEN 1 y 3. (6) Aunque el brote más grande ocurrió en 1995, con 3.083 casos, el número de casos no disminuyó mucho durante el período de 1997 a 1999.

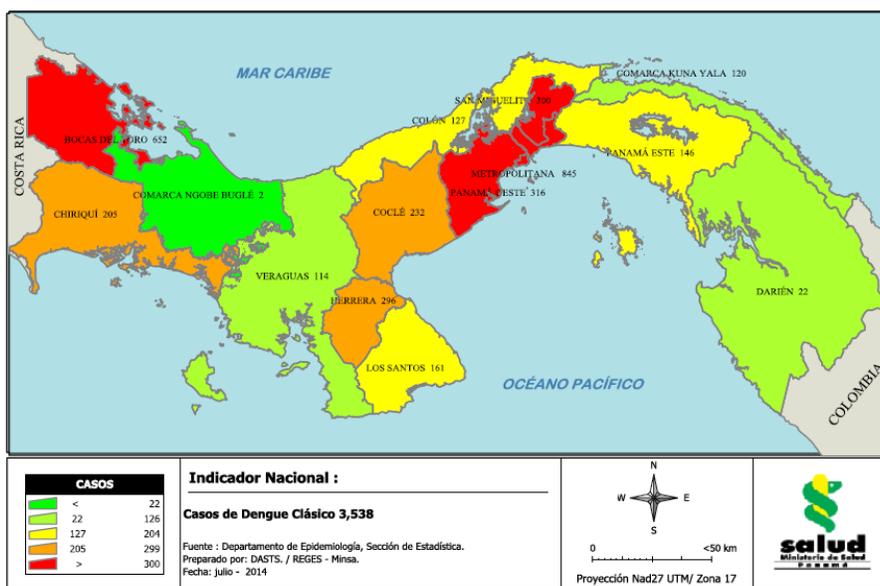
En comparación con la mayoría de los países centroamericanos, Panamá no ha presentado una epidemia grave. Desde la reaparición del dengue en este país, se tomaron medidas de investigación y de control. Esto se debe principalmente a su programa de vigilancia activa vigente mantenido desde septiembre de 1988. Aunque Panamá no presentó una epidemia como en otros países de Centroamérica durante el verano de 2000, se observó un aumento en el número de casos durante las primeras semanas del año y una disminución rápida hasta la semana 10; en las siguientes semanas, se notificaron pocos casos.

La tasa de incidencia de dengue confirmado en el 2009 fue 216.5 casos por 100.000 habitantes, de los cuales 46 casos (0.62%) son de dengue hemorrágico con el 15.2% de letalidad (7). El dengue constituye un importante problema de salud pública de Panamá ya que en nuestro país es una de las enfermedades transmisibles por vectores con mayor incidencia. Es una de las 79 enfermedades de notificación obligatoria (dengue clásico y hemorrágico) e inmediata (dengue hemorrágico)

según decreto 268 de agosto del 2001. (7) El objetivo de este estudio es establecer un perfil epidemiológico caracterizando las series de datos de dengue confirmados en Panamá del mes de enero a diciembre de 2010 por grupo de edad, sexo, región de salud y semana epidemiológica.

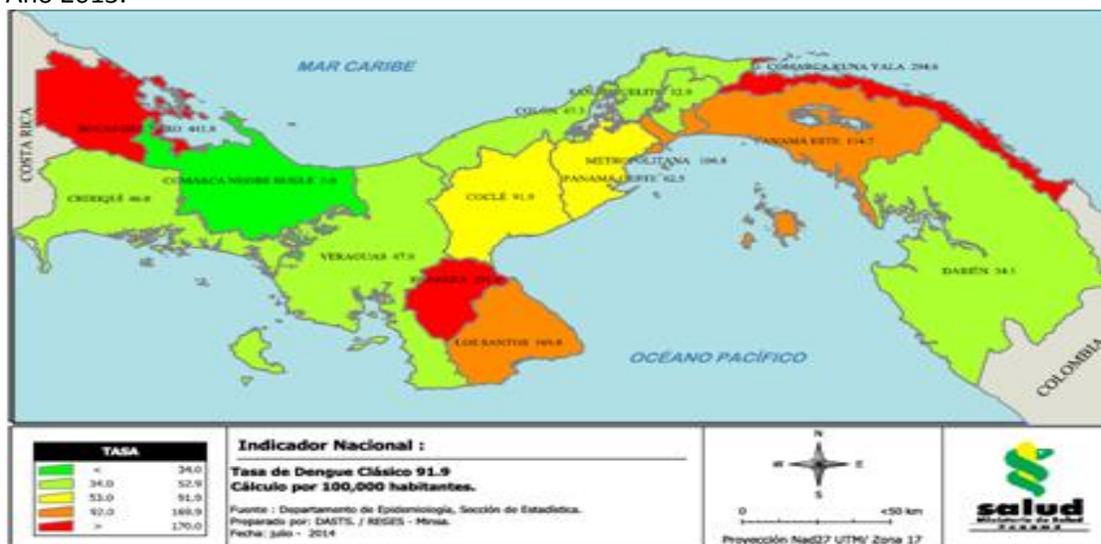
En el período enero a diciembre de 2010 el 99.8% (1999/2002) de los casos fue registrado dengue clásico. El sexo femenino presenta una mayor proporción con un 64.8% (1127/2002); el grupo de edad con mayor número de casos y más afectado es de 35-49 años con 506 (25.3%) y con una tasa de 72.4 por 100.000 habitantes seguido de 25-34 con 386 (19.3 %) y una tasa de 71.4 por 100.000 habitantes; la región de salud con mayor proporción de los casos y más afectada fue la de Bocas del Toro con un 22.1% (442/2002) y una tasa de 373.3 por 100.000 habitantes, seguido de Chiriquí con un 19.3% (386/2002) y una tasa de 90.4, Panamá metro con el 15.1% (302/2002) y una tasa de 43.6; la región de herraera a pesar de tener el 6.5% de los casos (126/2002) es la segunda afectada con una tasa de 112 por 100.000 habitantes; de 14 regiones se registraron casos en 12; la semana epidemiológica con mayor casos es la 1 en donde la tendencia es a disminuir hasta la semana 25 seguidamente se presenta un incremento hasta la semana 39 y disminuye.

Mapa N° 27. Casos de Dengue sin Signos de Alarma, por Región de Salud. República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2013.

Mapa N° 28. Tasa de Dengue sin Signos de Alarma, por Región de Salud. República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2013.

Leishmaniasis

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias extendidas a nivel mundial y que presentan una gran variedad de manifestaciones clínicas: la leishmaniasis visceral es la forma más grave de enfermedad, con una mortalidad próxima al 100% sin tratamiento; la leishmaniasis cutáneo-mucosa y la leishmaniasis cutánea. Estas enfermedades son producidas por diferentes especies del género phlebotomo, que es un protozoo flagelado transmitido por la picadura de un insecto hembra “Lutzomyia”.

La extensión geográfica de la enfermedad a nivel mundial se debe a factores ligados al desarrollo, como las emigraciones masivas del campo a la ciudad, los proyectos agroindustriales y las modificaciones medioambientales producidas por el hombre (creación de pantanos, sistemas de riego y pozos). El SIDA y otros estados de inmunosupresión aumentan en las personas infectadas por las Leishmania el riesgo de desarrollar la forma visceral de la enfermedad.

El área de distribución de la leishmaniasis no está condicionada por la simple presencia del vector, sino por su abundancia, ya que por debajo de ciertos límites de densidad del vector, éste no es lo suficientemente frecuente como para mantener la estabilidad de la enfermedad.

La transmisión de la enfermedad depende de tres factores: a) reservorio apropiado de infección; b) un vector adecuado; y c) población susceptible. El vector responsable de la transmisión es un díptero. También se ha demostrado la transmisión de persona a persona, y por transfusiones sanguíneas, contacto sexual y uso de agujas y jeringas contaminadas, pero son muy raras. Los reservorios son los animales domésticos, roedores y silvestres.

Nivel mundial

Los primeros casos que se diagnosticaron fueron en el norte de Bolivia (1936), Venezuela (1941), Colombia (1943) y en Guatemala (1949). En el 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere en total 350 millones de personas en riesgo de contraer Leishmaniasis, enfermedad endémica en 88 países, de ellos 22 en América. Actualmente, se reporta una incidencia anual de 1 a 1,5 millones de casos de Leishmaniasis tegumentaria (LT) y 500 mil de Leishmaniasis visceral (LV), esta última lleva a la muerte en una mayor proporción, estimándose que 75 mil personas con esta condición mueren al año. La LV es una patología ampliamente distribuida en América, aunque muestra rara o baja frecuencia en países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), en Brasil constituye un problema relevante en salud pública en alguna de sus regiones. En Venezuela, la LV es conocida desde 1941, cuando se publica el primer caso humano.

Situación de leishmaniasis en Panamá

En Panamá no se conoce la leishmaniasis visceral, aunque *Lu. Longipalpis* está presente en una isla del Golfo de Panamá. La leishmaniasis cutánea desde 1977 ha aumentado el número de casos. En 1986 se notificaron aproximadamente 1500 casos; la causa principal de este aumento es el creciente número de personas que emigran a nuevos asentamientos en las zonas endémicas (regiones del norte, este, y centro-sur). Anteriormente, las zonas con mayor endemicidad estaban en las provincias de Colón y Panamá. Entre 1970 y 1980 se registraron 362 casos en el Laboratorio Conmemorativo Gorgas. En la provincia de Bocas del Toro, la incidencia era de aproximadamente 20 casos por 100.000 habitantes. Hay leishmaniasis mucocutánea, pero no es muy común.

La leishmaniasis cutánea se presenta durante todo el año. En Panamá coexisten cinco especies de *Leishmania* que son patógenas para el hombre. *L. panamensis* es la especie de *Leishmania* de mayor incidencia y es responsable por la mayoría de los casos humanos (5% son de leishmaniasis mucocutánea). *Lu. trapidoi* es el vector principal. *Lu. lephiletor*, *Lu. gomezi* y *Lu. panamensis* (este último podría ser un vector secundario) se han hallado infectados en forma natural. El principal mamífero reservorio es *Choloepus hojkanni*, con una alta tasa de infección (96 de 498). Se han identificado otros reservorios (primates y prociónidos); el parásito es *L. panamensis* (variante de la enzima MDH). También se ha encontrado *L. braziliensis* en casos humanos.

En 1991 se identificó un nuevo parásito, *Leishmania colombiensis*, aislado en material proveniente de seres humanos, de *Lu. hartmani* y del perezoso de dos dedos (*Choloepus hojckznni*). Se ha informado sobre la presencia de otras dos especies de *Leishmania* en Panamá, pero nunca se han aislado en material proveniente de seres humanos.

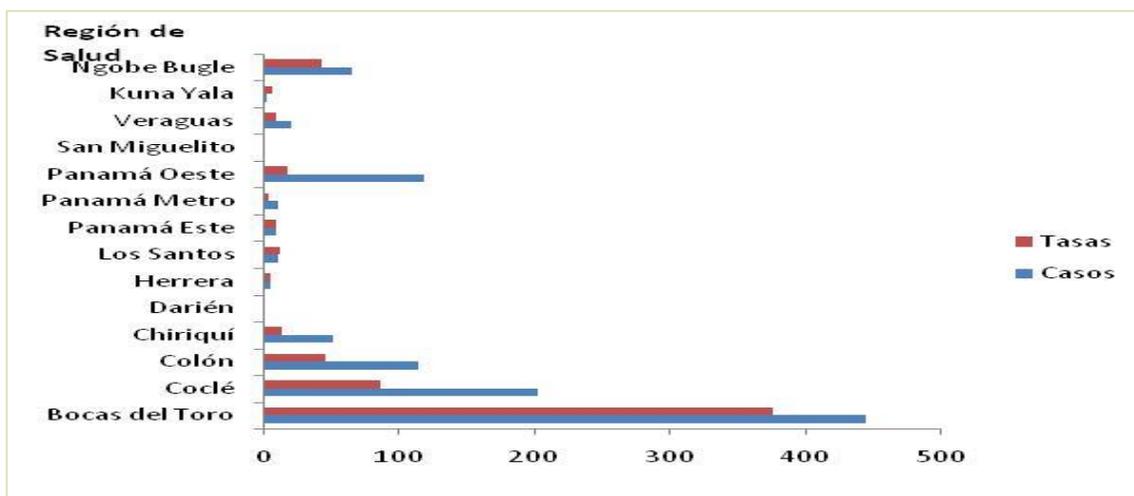
En Panamá *L. hertigi* se aisló en puercoespines (*Coenalu rothschildi*), su reservorio natural, con una tasa muy alta de infección (89%). La posición exacta de *L. hertigi* en el género *Leishmania* no está totalmente aclarado, pues tiene muchas características particulares y no se conoce ni el vector ni su comportamiento en el mismo. *L. aristidesi* se aisló en roedores (*Oryzomys capita*, *Proechimys semispinosus* y *Dasyprocta punctata*) y en el marsupial (*Marmosa robinsoni*) en Sasaki, provincia de Darién. Se sospecha que *Lu. Olmeca bicolor* es el vector de *L. aristidesi*, pero aún no se ha confirmado.

El principal reservorio conocido en nuestro país es el perro, aunque también pueden actuar como reservorios los roedores y otras especies silvestres. Durante el período de 1989 a 1999 se reportaron en la República de Panamá 18.415 casos de leishmaniasis; y la mayor cantidad de casos en el año 1999 fueron reportados de las regiones de salud de Bocas del toro, Darién, Panamá Oeste, Colón, Veraguas y Panamá Este.

En el período del 2000 al 2010 se reportaron 23.914 siendo el año con mayor número de casos el 2006 (3.774) con una tasa de 114,9 y las regiones con mayor riesgo de enfermar en este año fueron las de Bocas del toro, Coclé, Panamá Metro y Panamá Oeste con una tasa por 100.000 habitantes de 681.3, 399.9, 308.8 y 247.1 respectivamente.

La leishmaniasis es una enfermedad problema importante de salud pública de Panamá ya que en nuestro país es una de las enfermedades trasmisibles por vectores difícil de controlar. Es una de las 79 enfermedades de notificación obligatoria según decreto 268 de agosto del 2001. El objetivo de este análisis es caracterizar las series de datos de leishmaniasis en Panamá del año 2010 por región de salud.

Gráfico N° 98. Casos, tasas de leishmaniasis en Panamá por región de salud en el año 2010 (p)

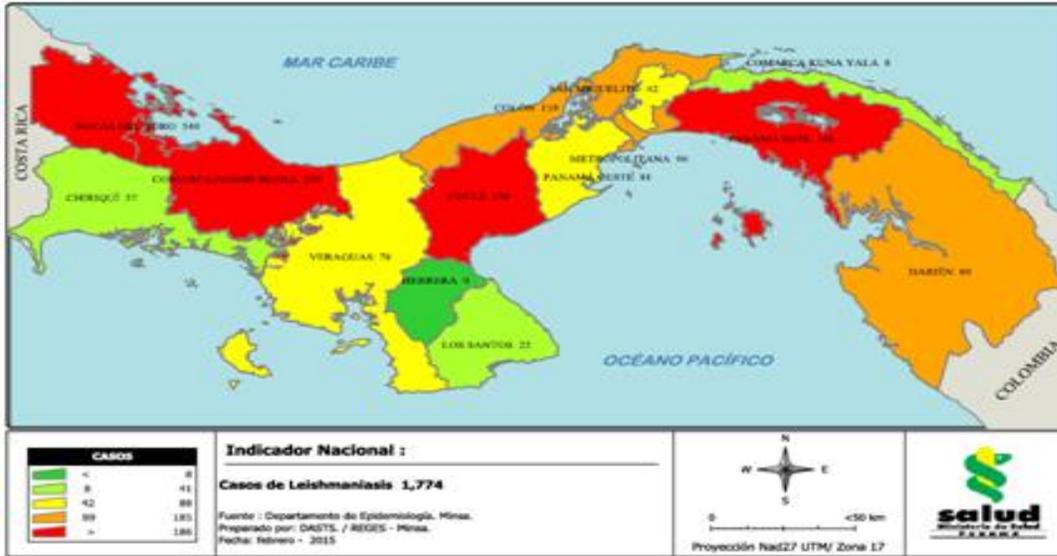


Fuente: Sección de estadística del departamento de epidemiología MINSA - 2010

La región de salud con más riesgo de enfermar es la de Bocas del Toro y las que presentan menor riesgo son las de Kuna Yala, Herrera, Darién y San Miguelito con cero casos los dos últimos. Las implicaciones que presentan estos resultados en la salud pública es que el insecto está en el 87% de las regiones de salud del país.

Comparando los datos con los registrados en años anteriores el año 2010 tuvo menos casos y las regiones de salud que registraron más casos fueron la de Bocas del Toro y Coclé. Las limitantes fueron que los datos aún no están consolidados por la sección de estadística del departamento de epidemiología, el cual limita el detalle del perfil de la patología en estudio.

Mapa N° 29. Casos de Leishmaniasis, por Región de Salud. República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Año 2013.

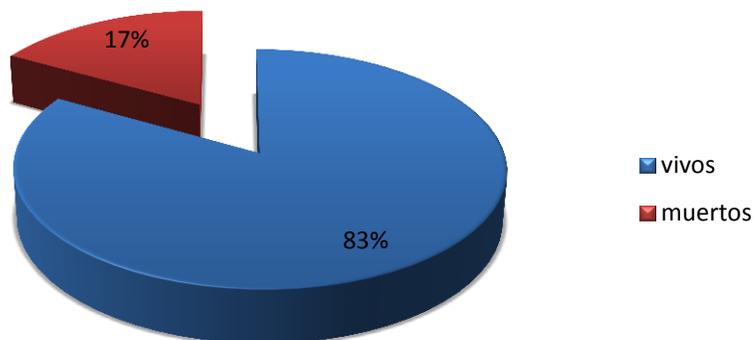
Hantavirus

Comportamiento Epidemiológico del Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en la República de Panamá, Años: 1999-2014. Los casos de neumonía atípica, registrados a finales del año 1999 en la región de Azuero, hizo sospechar la presencia de un síndrome desconocido. Estudios de campo realizados dieron la alerta de que el síndrome podría ser producido por un Hantavirus; lo que fue confirmado por el CDC de Atlanta en febrero del año 2000.

Se han planteado diversas hipótesis para explicar la presencia de esta enfermedad en el país; las que se refieren a los marcados cambios en las actividades agropecuarias como son el acercamiento de los campos de cultivo a la vivienda humana, el almacenamiento de granos dentro o muy cerca de las casas, la estabulación para la cría de animales en las proximidades de las viviendas y otros factores, aunados estos a los fenómenos climatológicos propios de los eventos de El Niño y La Niña.

Desde que se registraron los primeros casos a finales de 1999 e inicios de 2000, hasta el año 2014 se han acumulado 238 casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH). De los cuales 40 han fallecido; para una de letalidad de 16.8 %.

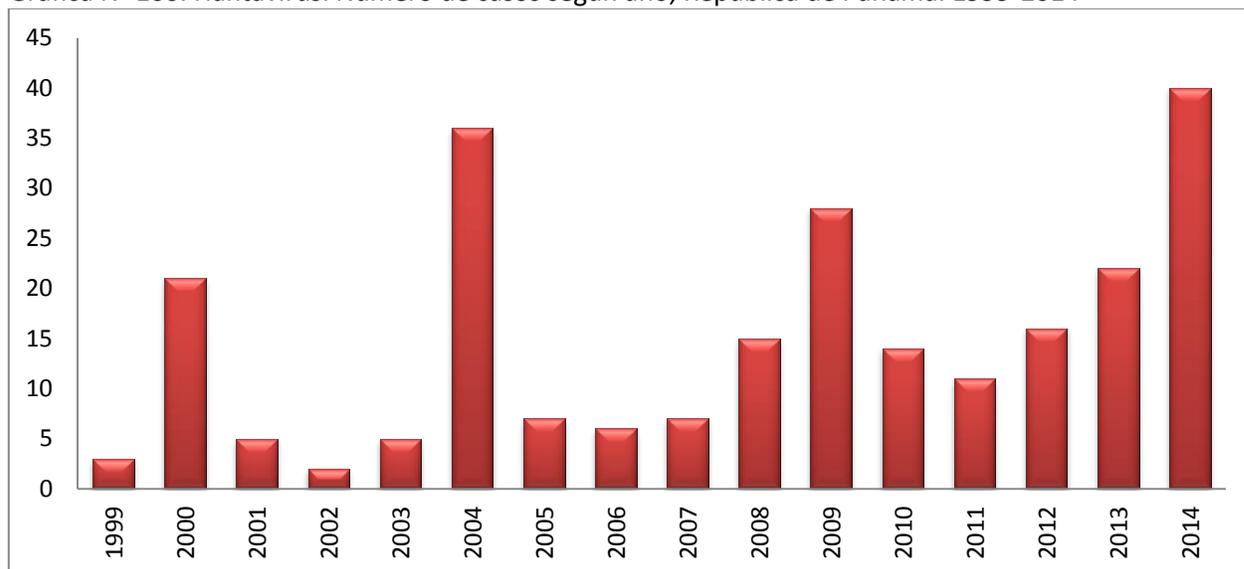
Gráfica N° 99. Hantavirus. Distribución porcentual de casos según condición, República de Panamá 1999 - 2014(p)



Fuente: Sección de estadística del departamento de epidemiología MINSa - 2014

La mayor incidencia de casos ocurrió en los años 2000, 2004; 2009, 2013 y 2014, coincidiendo ambos años con los eventos climatológicos de El Niño y La Niña, la aparición de largas sequías y luego abundantes lluvias así como aumento de la población de roedores.

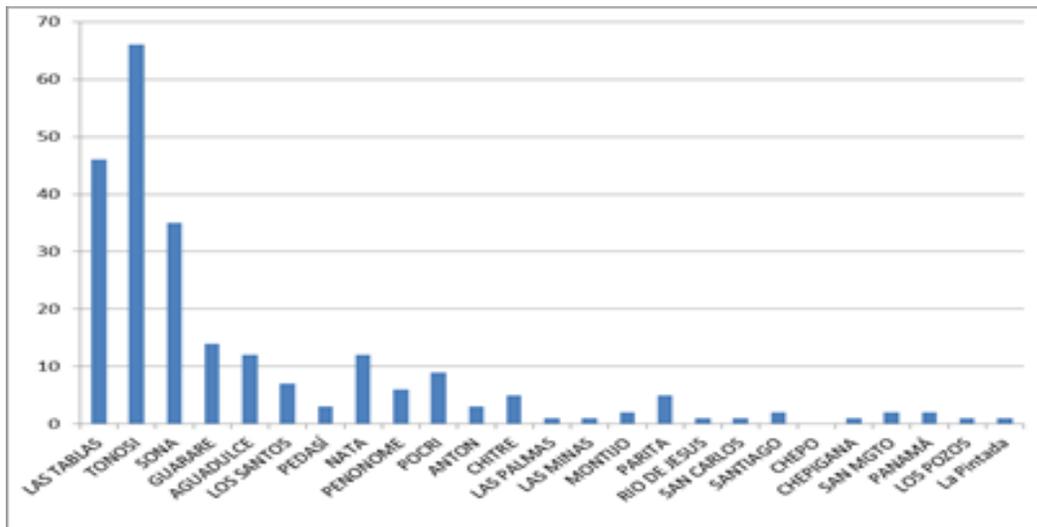
Gráfica N° 100. Hantavirus. Número de casos según año, República de Panamá. 1999-2014



Fuente: Sección de estadística del departamento de epidemiología MINSa - 2014

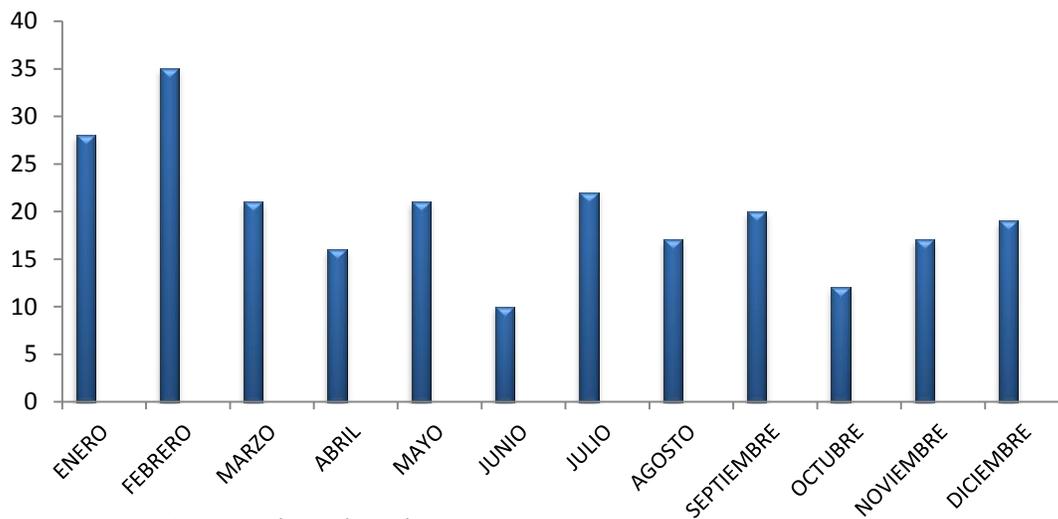
La presentación de la enfermedad ocurre durante todos los meses del año, con mayor frecuencia a finales de la estación lluviosa y durante la estación seca, que usualmente se asocia al primer trimestre de cada año.

Gráfica N° 101. Casos de Hantavirus acumulados, según mes de ocurrencia. República de Panamá. Años 1999-2014



Fuente: Sección de estadística del departamento de epidemiología MINSA - 2014

Gráfica N° 102. Casos de Hantavirus acumulados, según distrito de ocurrencia. República de Panamá. Años 1999-2014.

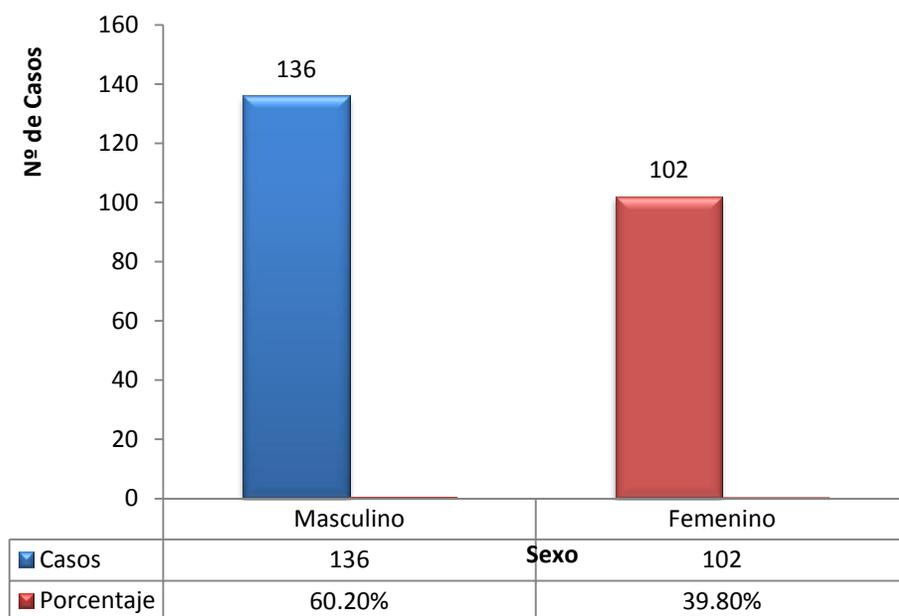


Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Durante el periodo 1999- 2014 la Región de Salud de Los Santos ha registrado la mayor cantidad de casos con ciento cuarenta y cinco; concentrados principalmente en los distritos de Tonosí con sesenta y seis casos, Las Tablas con cuarenta y seis casos, Guararé con catorce casos, Pocrí con nueve casos, Los Santos con siete casos y Pedasí con tres casos. La provincia de Veraguas ha registrado cuarenta y un casos, concentrados en el distrito de Soná con treinta y cinco casos, Montijo con dos casos, Santiago con dos casos, Río de Jesús con un caso y Las Palmas con un caso. La provincia de Coclé ha registrado treinta y cuatro casos con mayor concentración en los distritos de Aguadulce con doce casos, Nata con doce casos, Penonomé con seis casos, Antón con tres casos y la Pintada con un caso. La provincia de Herrera ha registrado doce casos concentrados en Chitré con cinco casos, Parita con cinco casos, Las Minas con un caso y Los Pozos con un caso. La provincia de Panamá y Darién han registrado casos, los cuales en la investigación epidemiológica, se ha identificado que los mismos se han infectado en las provincias centrales. Podemos considerar que el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en las Provincias de Los Santos, Herrera, Coclé y Veraguas es una enfermedad endémica.

El Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en Panamá afecta ambos sexos, de los casos notificados el 60.2% corresponde al sexo masculino y el 39.8 al sexo femenino.

Gráfica N° 103. Casos de hantavirus, según, sexo, República de Panamá. Años 1999-2014 (p)



Fuente: Sección de estadística del departamento de epidemiología MINSA - 2014

En la República de Panamá el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) afecta todos los grupos de edad sobretodo en la época de mayor productividad. El mayor número de casos se ha registrado en personas entre 18 y 59 años. La edad mínima afectada es de 1 año y la máxima es de 84 años.

Salud mental

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

A nivel mundial, existen cerca de 450 millones de personas que padecen problemas de salud mental. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de las enfermedades. Cerca de 30 % de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio-bajos.

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

De acuerdo con estudios internacionales, existen países donde el recurso humano profesional para la atención de pacientes con problemas de salud mental registra un promedio entre uno y cinco psiquiatras por cada 100 mil habitantes. Algunas naciones destinan únicamente el 2% de su presupuesto anual para la atención de salud mental, cuando este monto debiera alcanzar el 13%.

En las últimas décadas se han logrado grandes avances, desde el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que se produjo en el marco de una conferencia celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990. En la Declaración de Caracas se enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad. Ya para el 2001, la OMS dedicó el Informe sobre la Salud en el Mundo a la salud mental e impulsó la colocación de este tema en la agenda política a nivel global. En noviembre del 2005 se desarrolló, en Brasilia, la «Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil, la cual evaluó el camino recorrido.

En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Con relación a los avances, Panamá ha tenido una de las experiencias más innovadoras y exitosas en relación a la salud mental con una reforma de los servicios de salud mental llevada a cabo de una manera progresiva pero muy efectiva.

Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes, responsables de discapacidades, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria, que en muchos casos es un factor presente en

situaciones de violencia, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Las enfermedades mentales tienen relación con la vida cotidiana de las personas y con el modo con que cada uno se lleva con su familia, en el colegio, en el trabajo, en el juego, en su barrio o en la comunidad.

Se estima la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento) en la Región es superior al 60%. Por ejemplo el 58% de las personas afectadas con psicosis no afectivas, 53.3% de las personas afectadas por alcoholismo, 46% de las personas con trastorno bipolar y un 41.1% de las personas con trastornos de ansiedad NO están siendo tratadas. Prevenir la salud mental no es costoso porque no requiere de equipos sofisticados, como otras enfermedades, sino la voluntad y la disposición para diseñar estrategias y políticas que atiendan a los pacientes e incorporarlos al sistema normal de atención de salud. A diferencia de otros países, Panamá ha registrado un avance en la descentralización de los servicios de salud mental donde los psiquiatras visitan los centros de salud para la atención médica y los hospitales generales cuentan con los servicios para pacientes con trastornos mentales. Los principales problemas de salud mental que enfrenta la población panameña son trastornos de ansiedad, depresión, afectivos, psicosis, el consumo de sustancias. Adicional a ello, se suman la violencia como la violencia intrafamiliar y el consumo de alcohol. Paralelo a ello se trabaja en el tratamiento oportuno de los trastornos mentales y el comportamiento, además de restringir el acceso a los medios letales, la educación en las comunidades, el fomento de la participación social y la sensibilización de la opinión pública respecto a la búsqueda de la ayuda a través de la red implementada por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS) que ha permitido diagnosticar y atender más casos a tiempo.

Panamá ha dado grandes avances en la atención de los pacientes con problemas de salud mental en la reestructuración de la atención psiquiátrica incorporado salas de psiquiatría en hospitales generales, se cuenta con el instituto nacional de salud mental y reforzado equipos en atención primaria.

El Ministerio de Salud de Panamá (MINSa) gestiona que todos los años se realicen actividades para hacer un acercamiento con la población y brindarles información sobre el tema, así como la integración del componente salud mental en la atención primaria.

Depresión

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión y viceversa.

Cada año un millón de personas se suicidan y 20 millones lo intentan. Según La OMS, de cada dos suicidios consumados, uno tiene como causa directa la depresión, mientras que el porcentaje es incluso mayor al 50% en los intentos. Asimismo, circunstancias estresantes como las presiones económicas, el desempleo, los conflictos o los desastres naturales pueden aumentar el riesgo de padecer este trastorno.

En Panamá, según la encuesta nacional de 2007 sobre salud y calidad de vida, 5,3% de los encuestados había tenido un diagnóstico de depresión. Este diagnóstico figuraba entre los 10 principales correspondientes a enfermedades crónicas.

En 2013, se registraron un total de 3,323 casos de depresión en la República de Panamá, siendo mucho más prevalente en las mujeres, porque éstas tienen claramente más tendencia a padecerla que los hombres. La depresión postparto es bastante común. De hecho, afecta al 10% de todas las madres recientes en el mundo desarrollado y al 20% en los países en desarrollo'. Los hombres, sin embargo, tienen más tendencia a abusar del alcohol o del consumo de drogas.

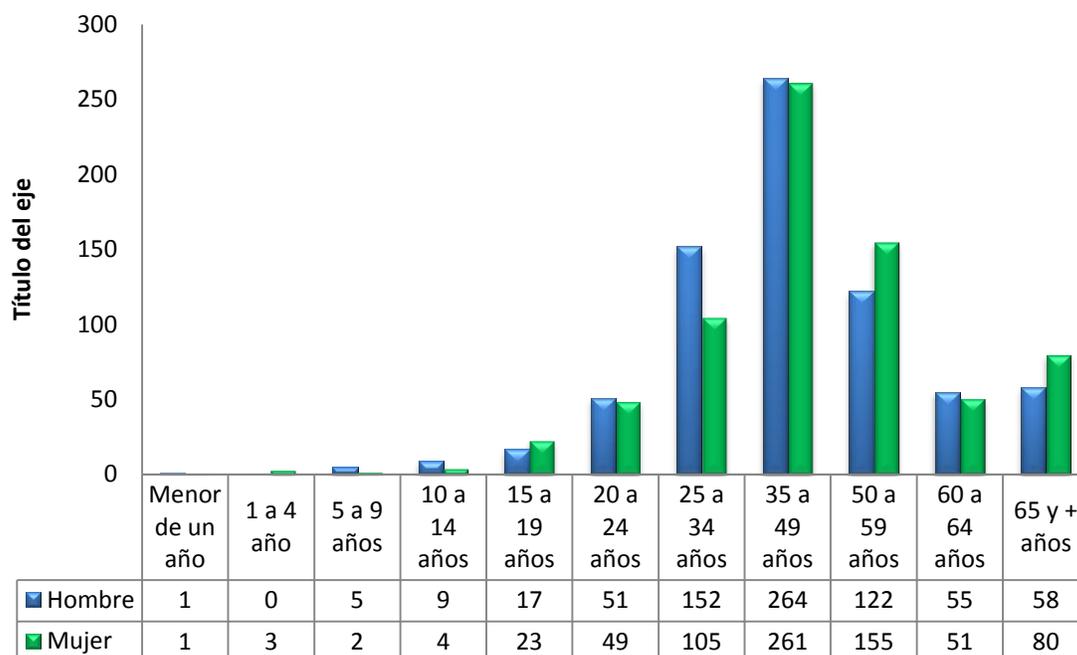
El número de niños y adolescentes, desde 12 a 25 años, que padecen depresión es tan alto como en los adultos, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia. Es importante mencionar que la prevalencia de la depresión en los adolescentes, justifica el desarrollo de metodologías de intervención específicas en esta problemática.

Cuadro N° 105. Tipo de depresión por sexo en la República de Panamá. Año 2013.

CAUSA	Total		
	Total	Hombre	Mujer
	3323	792	2531
Episodio depresivo leve	411	97	314
Episodio depresivo moderado	225	35	190
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	335	67	268
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	54	12	42
Otros episodios depresivos	10	2	8
Episodio depresivo, no especificado	2288	579	1709

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Año 2013.

Gráfica N° 104. Número de casos de esquizofrenia por sexo y grupo de edad, en la República de Panamá año 2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Año 2013.

Esquizofrenia

Esta enfermedad está dentro de los 10 padecimientos más incapacitantes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y es considerado el mal mental más costoso para la sociedad. La OMS también apuntó a la necesidad de más psiquiatras y enfermeras especializadas para tratar a este tipo de enfermos. La población que acude a atención en salud relacionada con alguna discapacidad mental en Panamá representa del 3% al 5% de la población general. De ese grupo entre el 0.5% y 1% (unas 30 mil personas) padece algún rango de trastorno relacionado con esquizofrenia. Para el 2013 se reportaron un total de 1,468 casos de esquizofrenia afectando a hombres y mujeres por igual.

Se cuenta con instalaciones aunque quizás no sean las mejores para atender pues aún se mantienen estigmas hacia el paciente de psiquiatría, se piensa que es violento e incontrolable. El enfermo mental es desplazado, y al organizarse un hospital en lo último que se piensa es en los espacios más adecuados para atender esta especialidad. Falta además que todos los pacientes con discapacidad mental tengan la misma accesibilidad a los tratamientos de última generación con amplias alternativas en las instancias públicas que los proveen.

Cuadro N° 106. Tipos de esquizofrenia por sexo en la República de Panamá. Año 2013.

CAUSA 1/	Total		
	Total	Hombre	Mujer
	1468	734	734
Esquizofrenia paranoide	353	183	170
Esquizofrenia hebefrenica	48	27	21
Esquizofrenia catatónica	1	1	0
Esquizofrenia indiferenciada	3	0	3
Depresión postesquizofrenica	103	18	85
Esquizofrenia residual	31	12	19
Esquizofrenia simple	14	5	9
Otras esquizofrenias	4	3	1
Esquizofrenia, no especificada	911	485	426

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Año 2013.

Autismo

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de discapacidades del desarrollo provocados por un problema del cerebro, cuyas causas no se conocen con exactitud. Afecta la socialización, la comunicación, la imaginación, la planificación y la reciprocidad emocional, y evidencia conductas inusuales. Los síntomas, en general, son la incapacidad de interacción social, el aislamiento y las estereotipias (movimientos incontrolados de alguna extremidad, generalmente las manos). Con el tiempo, la frecuencia de estos trastornos aumenta (las actuales tasas de incidencia son de alrededor 60 casos por cada 10.000 niños); debido a este aumento, la vigilancia y evaluación de estrategias para la identificación temprana, podría permitir un tratamiento precoz y una mejora de los resultados.

El tratamiento para los trastornos del espectro autista es la enseñanza estructurada de destrezas, a menudo llamada intervención conductual. El Gobierno de Panamá ha avanzado en sus gestiones con la instalación de un centro regional de autismo en el país centroamericano. Con la creación del Centro Ann Sullivan en Panamá (CASPAN) de aprendizaje para la población con autismo y otras condiciones de discapacidad severa.

La necesidad de contar con este proyecto en Panamá, era esencial ya que se conocía muy poco sobre esta enfermedad que afecta a una gran cantidad de panameños, sobre todo los varones.

En la actualidad el CASPAN atiende a unos 80 alumnos, proyectando un cierre anual de 150. El personal técnico y administrativo idóneo, recibe constante capacitación por el equipo de especialistas del Centro Ann Sullivan Perú. Esta instalación propicia una atención especializada y la inserción laboral de adultos con autismo que muestren notables avances a través de sus tratamientos. Por otro lado Panamá ha logrado avances en mejorar la información estadística de las personas afectadas por el autismo, con el fin de conocer la realidad de este trastorno en el país.

En Panamá se declaró abril como mes del autismo para educar y concienciar a la población mediante campañas informativas, sobre la detección temprana del autismo y búsqueda de atención especializada.

En 2011, autoridades del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) contabilizaban 250 casos de autismo en su centro, aunque reconocieron que no hay un registro exacto del número de casos. Según estos mismos datos, diagnosticar la afección cuesta 300 dólares y 50 dólares cada sesión de tratamiento.

Cuadro N° 107. Casos de Autismo por grupo de edad y sexo en la república de Panamá. Año 2013

	Total	Hombre	Mujer
CAUSA 1/ Grupo de edad	149	116	33
Menor de un año	5	5	0
1 a 4 año	27	19	8
5 a 9 años	75	56	19
10 a 14 años	19	16	3
15 a 19 años	12	10	2
20 a 24 años	3	3	0
25 a 34 años	7	6	1
35 a 49 años	1	1	0
50 a 59 años	0	0	0
60 a 64 años	0	0	0
65 y + años	0	0	0

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Año 2013.

Suicidio en Panamá

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

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

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, durante el año 2011 ocurrieron 144 suicidios (lesiones auto infligidas intencionalmente), lo que representa una tasa de 3.4 x 100,000. Para el 2013 se reportó un total de 130 casos de lesiones auto infligidas con una tasa de 3.4 x 100,000.

Cuadro N°108. Mortalidad por Agresión en la República de Panamá. 2001 a 2011

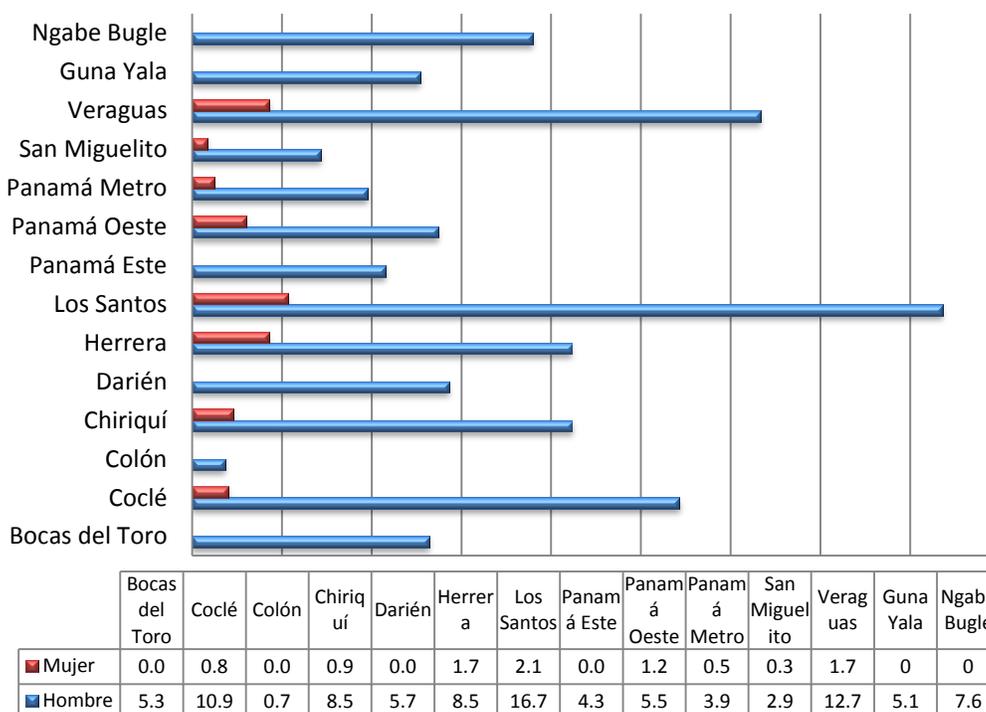
Año	Accidentes, lesiones y otras violencias auto infligido y agresiones.	Tasa	Suicidios	Tasa
2005	1442	44.7	172	5.3
2006	1703	51.9	186	5.7
2007	1613	46.4	170	5.1
2008	1837	51.9	186	5.5
2009	1975	54.9	178	5.2
2010	1959	53.5	152	4.3
2011	1901	51.1	144	3.9
2012	1896	50.1	135	3.6
2013	1735	45.1	130	3.4

Fuente: Dirección de Planificación-Registros y Estadísticas de Salud. MINSA Fecha: febrero de 2015

1/ Tasa calculada por 100,000 Habitantes Analizado de la Base de Datos, Proporcionada por INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

El sexo masculino fue el más afectado con una tasa de 6.0 x 100,000 en relación a las mujeres, con una tasa de 0.7 x 100000 habitantes. Las Regiones de Herrera, Los Santos, Chiriquí, Veraguas y Coclé, presentaron las tasas más elevados de suicidio.

ráfica N° 105. Tasa de suicidio en la República de Panamá, por sexo, según Región de Salud. Año 2013.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Año 2013.

PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD A LA POBLACIÓN

El Modelo De Atención y La Salud Integral A La Población

El Modelo de Atención se caracteriza por una oferta de programas de fomento y prevención de riesgos y daños, y servicios dirigidos a la atención de problemas de salud de la población. Los mismos son brindados a través de las instalaciones de salud del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social. La organización y clasificación de las instalaciones de ambas instituciones está estructurada por niveles de atención y articulada según los niveles de complejidad y capacidad resolutive de las instalaciones.

Las poblaciones en las cuales se focaliza fundamentalmente los programas y la prestación de servicios es la población recién nacida, menores de cinco años de edad, puérperas y mujeres embarazadas. Adicionalmente el Seguro Social brinda una atención de manera particular a los Adultos Mayores o tercera edad y mantiene una modalidad de atención domiciliaria a pacientes crónicos (SADI).

A partir del año 2003 el Ministerio de Salud desarrollo una modalidad de entrega de servicios y atención a poblaciones de áreas geográficas de difícil acceso consistente en un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) entregado a través de Giras de Salud o Equipos Itinerantes. Este paquete incluye un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (articulado), familia, los agentes comunitario y otros actores sociales de la comunidad. Los cuidados van de la mano con las necesidades y pueden ser: acciones de promoción y prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos), atención de daño según protocolo y atención de discapacidades según protocolo.

Actualmente la Dirección de Provisión de Servicios de Salud se encuentra estructuro y valido técnicamente la de la propuesta del Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental que está basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, que incorpora el Derecho a la Salud, la atención integral, integrada y continua y desarrolla el abordaje individual, familiar, comunitario y ambiental para incidir de manera efectiva en los factores determinantes de la salud.

Los propósitos del Modelo de atención:

Equidad y justicia social

- Garantizar acceso para todos enfocando la salud como un Derecho (combatir exclusión)
- Proteger la dignidad de las personas

Resultados de salud

- Prevenir daños a la salud
- Devolver la salud al que la ha perdido
- Devolver al trabajador al mercado del trabajo
- Una vejez saludable, con calidad de vida

Financieros

- Evitar que el costo asociado a las enfermedades o daños a la salud empujen a las familias o personas a la pobreza
- Proteger el estándar de vida de las personas y/o familias contra las pérdidas de ingreso provocadas por la enfermedad o mala salud

Retos actuales del Modelo son el fortalecimiento de la atención primaria renovada en función de la red integrada de servicios de salud (RISS), reorientación del proceso de atención hacia las acciones de promoción y prevención de daños y riesgos del individuo, familia, comunidad y el ambiente, optimización del proceso de la gestión de recursos y disminución de las desigualdades en la asignación presupuestaria, impulsado la gestión eficiente de los recursos con la actualización de la competencia de los profesionales en salud, promoviendo la participación en la gestión de profesionales y ciudadanos, buscando el desarrollo de los instrumentos de gestión que permitan hacer operativo este modelo.

Cobertura y Concentración del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño y la Niña.

La nutrición deficiente, que conduce al retraso del crecimiento en los niños y al sobrepeso y la obesidad a lo largo del todo ciclo de la vida, es un factor de riesgo importante de tres de las cuatros ENT graves: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. La prevalencia de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad es fundamental para alcanzar los objetivos de desarrollo mundiales y reducir la carga de estos problemas para las personas, las comunidades y el sistema de salud y el obstáculo que representan para el desarrollo humano y económico y la equidad. (Plan Estratégico de la OPS, 2013).

Desde 1977 hasta el 2005 se utilizaban los estándares del National Center for Health Statistic (NCHS), estándares que la OMS consideró en sus momentos eran los aptos para ser utilizados como población de referencia internacional ya que cumplían con una serie criterios pre – establecidos.

A partir del 2006, surgen los nuevos estándares de la Organización Mundial de Salud (OMS), que fueron desarrollados en 6 países del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos) en “condiciones óptimas” que incluía entre otros: población de países desarrollados y no desarrollados, poblaciones sanas sin restricciones en el crecimiento, condiciones socioeconómicas que no limitaban el crecimiento de los niños, lactancia materna y sus grupos de apoyo para la lactancia materna.

En abril de 2006, la OMS dio a conocer los estándares de crecimiento infantil para reemplazar, las normas de referencia del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), que era utilizado anteriormente. Desde el III Informe de ODM, de acuerdo con las recomendaciones internacionales. De acuerdo a esta nueva norma, el indicador Proporción de niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal se define como la prevalencia de niños con peso inferior (en forma moderada y grave) al normal; correspondiente al porcentaje de niños de 0-59 meses de edad, cuyo peso por edad es inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de peso para la edad de la población de referencia.

En la actualidad se recomiendan estos estándares de la OMS; que muestran cómo deben crecer los niños (un enfoque preceptivo) y no como crecen los niños (solo descriptivo). Con base a lo anteriormente expuesto, en este estudio en particular fue necesario procesar las bases de datos de antropometría existentes de los estudios de niveles de vida de Panamá de los años 1997 y 2003 en conjunto con los datos obtenidos del presente estudio utilizando los nuevos estándares de la OMS.

Esta decisión se basa en que existen pruebas científicas de que las pautas de crecimiento de los lactantes y niños de diversas regiones geográficas del mundo son muy similares siempre y cuando se satisfagan sus necesidades de salud. Los resultados del informe de la ENV indican que ya sea con los estándares de la NCHS/OMS o los nuevos estándares de la OMS, la desnutrición en los pre-escolares panameños ha mejorado en relación al 2003. De acuerdo a los nuevos estándares de la OMS, la prevalencia de baja talla para la edad disminuyó 3.1% y el bajo peso para la edad se redujo 1.2% (5.1% a 3.9%) del 2003 al 2008. De este modo para el año 1997 el bajo peso para la edad era del orden de 5.6%.

Según lo antes expuesto Panamá tiene como meta disminuir la prevalencia de la desnutrición para el 2015 a la mitad (ODM); en este caso si el punto de partida fuese 1997, la meta sería 2.8% de prevalencia de bajo peso para la edad. De 1997 al 2015 habrían 18 años es decir que se debería disminuir 0.15% de prevalencia por año. Partiendo del punto antes indicado han pasado 11 años, así que la prevalencia de bajo peso para la edad debía haber disminuido 1.65%. La información del presente estudio indica que la prevalencia de bajo peso para la edad al 2008 ha disminuido 1.7%; o sea 100% lo esperado. Dado el incremento del bajo peso para la edad en el período 1997 – 2003; Panamá se ubicó de acuerdo al informe de Naciones Unidas: “Objetivo de desarrollo del milenio, una mirada desde América Latina y el Caribe”, como uno de los países a los cuales se le dificultaría lograr la meta establecida para el 2015.

El departamento de Salud Nutricional del MINSA (Ministerio de Salud, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Departamento de Salud Nutricional), preparo un “PROXY”, a fin de contar con elementos que permitan analizar la situación del país, debido a que no existe información más reciente. Este indicador (PROXY”, refleja la situación nutricional de este grupo de edad en un año más reciente. Es así como se cuenta con datos obtenidos de los Informes de Ronda de los 79 equipos de atención itinerantes de la institución , que atienden la población indígena y rural, que no tiene acceso a la red fija de instalaciones de salud, de todo el país. La población atendida a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) del MINSA refleja la situación de los niños/as del área rural total que representan el grupo de mayor vulnerabilidad social.

Para la construcción del indicador “PROXY” se recopilaron los datos antropométricos, estableciendo una metodología basada en un muestreo por conveniencia de los registros en los meses de abril a junio del 2012, correspondientes a la segunda ronda del año, de los 79 grupos poblacionales. Se recopiló información de 39 grupos de niños y niñas que habían cumplido meses pares al momento de la ronda, y de 40 grupos de niños y niñas que habían cumplido meses impares, para incluir información de todos los 79 grupos ((Ministerio de Salud, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Departamento de Salud Nutricional). Esta medición, obtenida de la EEC del año 2012, muestra un porcentaje de 7.3% de niños menores de 5 años con bajo peso moderado/severo en el área rural total, que aunque no es comparable con los datos que registra

la Encuesta Niveles de vida, dan una idea de la situación nutricional de los niños en el área rural total.

El MINSA realizó una Encuesta Nacional de Salud en el año 2014, que recolectó información para actualizar el estado nutricional, tanto de menores de 5 años, como de toda la población y así establecer un sistema de Vigilancia para el estado nutricional y anemia, buscando actualizar los últimos datos que fueron obtenidos en la Encuesta de Niveles de Vida del 2008.

Coberturas de Vacunación en el Menor de un (1) Año y Del Menor de Cinco (5) Años

En Panamá, el Ministerio de Salud lleva a cabo el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que, desde el año 2003 ha estado respaldado por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el año 2003 el Ministerio de Salud introdujo por primera vez la vacuna pentavalente dentro del esquema de vacunación reemplazando la aplicación de la DPT.

A partir del 2005, la vacuna contra el Sarampión fue reemplazada por la MMR, siglas en inglés que incluyen Sarampión, Paperas y Rubeola. Aun así, se presenta entre 2008 y 2011, la cobertura de vacunación en los menores de 1 año pasó de 83.3% a 87.3% para la pentavalente (DPT-Hib-HepB), de 83.2% a 91% para la antipoliomielítica y de 97.4% a 98.6% para la vacuna BGC. La cobertura de la vacuna para el rotavirus pasó de un 71.3% al 93.1% en ese mismo periodo, y la antineumocócica conjugada, introducida en 2010, logró llegar al 47,5%.

Se puede observar que las coberturas de vacunación en el año 2013 al compararlas con el año 2003 disminuyeron, la cobertura de la Anti Polio bajó de 83.2% a 81.1%, Sarampión de 83.3% bajó a 81.0%, BCG subió de 86.8% a 95.5%.

Durante el año 2013 las Regiones de Salud de Coclé, Panamá Oeste y San Miguelito mostraron coberturas de vacunación de la Pentavalente y contra el BCG, el Polio y el Sarampión por debajo del promedio nacional de ese año.

Proceso de auditoría social de la provisión de servicios de salud

La Auditoría Social es incorporada al Sistema Sanitario a partir de la Etapa N°2 (2003-2008): Provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) gestionado a través del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud (Fase 1), para la red itinerante.

La auditoría social permite la participación de representantes de la sociedad civil capacitados, ser portadores de la percepción de la población sobre los servicios de salud brindados. Es llevada a cabo por el Comité de Auditoría Social conformado por miembros voluntarios de organizaciones sociales GOSCI y líderes de las comunidades que reciben el PAISS+N y el PSPV a través de los 238 Equipos de Salud contratados por Organizaciones Extra institucionales y/o por las Regiones Sanitarias, los cuales son previamente seleccionados y capacitados por las Direcciones Regionales de Salud en coordinación con la Dirección General de Salud Pública.

Los antecedentes relativos al desarrollo metodológico de la auditoría social del PAISS, dieron inicio en las Regiones de Salud seleccionadas: Bocas del Toro y Ngabe Bugle, que incluyen dos distritos para la primera y uno para la segunda y que corresponden a dos territorios de los quince que

contarían con Contratos para prestar el PAISS en el año 2002, con sus respectivos corregimientos. Los distritos seleccionados tienen población afro antillana, no indígena e indígena con el propósito de realizar una validación metodológica para tres diferentes grupos representativos del país. De acuerdo con lo previsto, se conformarían las comisiones, se diseñarían los objetivos y contenidos educativos y luego del proceso de capacitación, los representantes designados ejecutarían la auditoría social del PAISS.

En este proceso de Auditoría Social, se han fortalecido los responsables al nivel regional, logrando que con el paso del tiempo sean capaces del desarrollo de las actividades incluidas en el proceso de auditoría, existiendo en cada una de estas regiones un equipo conductor, asesorado y monitoreado por el MINSa Central (Dirección General de Salud Pública DISSP y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud DPSS).

Dado que el Ministerio de Salud viene incorporando el Proceso de Auditoría Social de la Provisión de Servicios, de manera paulatina y descentralizada a toda la Red de Servicios de Salud, como proceso participativo regulador de la provisión de servicios de salud, enmarcado como componente básico en la medición de la calidad de los servicios de salud ofertados, enfocada a la calidad percibida por el usuario, en el año 2008 se firmó un Acuerdo entre las autoridades de la Dirección de Provisión de Servicios y la Dirección General de Salud, en donde se definen las responsabilidades de cada una, en dicho proceso. Se desarrolla en tres momentos fundamentales en el año de prestación de servicios: Dos auditorías de proceso (2da y 4ta Ronda y la Auditoría Anual, durante la 6ta Ronda).

Durante la última ronda de prestación de los servicios (sexta – 6°), los auditores sociales presentan, en un acto formal previamente anunciado, denominado Reunión Anual de Auditoría Social, los resultados de las encuestas de percepción de los beneficiarios de las comunidades del grupo poblacional, respecto al desempeño de la OE y/o Región de Salud y su EBS. Al ser un proceso dinámico, la auditoría social ha permitido la incorporación de los ajustes necesarios para su aplicación a toda la red de servicios de salud.

La continuidad de los esfuerzos logrados y su sostenibilidad dependerá de que se enfatice su incorporación a la gestión institucional en cada región de salud como una manera “normal” de relacionarse y se fortalezca la articulación entre los diferentes niveles de atención, que permita la elaboración de un “Plan de seguimiento a la Gestión y alcance de Metas de la Auditoría Social de toda la Red de Servicios de Salud, como Proceso Participativo Regulador de la Provisión de Servicios de Salud que contribuya al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud ofertados.

Otras acciones

Durante los cuatro años de gestión comprendidos del 1 de julio de 2009 al 15 de noviembre de 2013, la Dirección de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud, con la participación activa y comprometida de su cuerpo técnico – administrativo ha desarrollado un conjunto de actividades orientadas a incrementar su capacidad instalada con la finalidad de satisfacer mejor las demandas de la red de servicios de salud del MINSa y por ende de la población. Se ha fortalecido:

- El proyecto de Extensión de Cobertura en lo que se incluye el trabajo para materializar el componente de AINC con enfoque intercultural. El sistema de auditoría de expedientes en el

que se ha incluido en este periodo a hospitales regionales y nacionales, por lo que se aplica en todos los niveles de la red fija de instalaciones de salud del MINSA.

- El Sistema de Suministros Sanitarios, con el fortalecimiento de capacidades de su fuerza de trabajo, definición de situación actual y plan de trabajo, con la implementación del programa LSS- SUMA para inventario que en la actualidad se está utilizando en las 14 regiones continuamos en fase de implementación y consolidación, en los Hospitales.
- Se participa activamente en la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá de la cual se funge como Secretaría Ejecutiva.
- Se cuenta con diseño de modelo típico para la construcción del Depósito Nacional de Medicamentos y de los depósitos regionales, el cual fue trabajado conjuntamente con la Dirección de Infraestructura Sanitaria. Sobre este tema se destaca que han sido infructuosos los varios intentos de mudar el Depósito Nacional hacia un local que nos permita cumplir con las normas establecidas, por lo que la construcción del este depósito tiene carácter de prioridad.
- Se logró para el 2010 el incremento presupuestario en las partidas 274 y 277, no así en la 244, aunque en general se mantiene un déficit con respecto a las necesidades reales de la red de servicios del MINSA. Este incremento se mantiene para el 2014 cuando se asigna todo el monto solicitado en las partidas 244 y 277.
- El proceso de análisis y definición de ambientes requeridos con base en las necesidades actuales y las normas nacionales e internacionales vigentes en hospitales, MINSA- CAPSi, Policentro y centros de salud.
- La logística y apoyo técnico en contingencias para efectuar las intervenciones requeridas a nivel de las regiones de salud de manera efectiva en casos de desastres tales como los ocurridos en Pedasí, Colón, Darién, Panamá Este, Panamá Oeste, Incendio de Cerro Patacón; situaciones de contingencia epidemiológica (AH1N1, Sarampión, Dengue y otros) y la contingencia de Bocas del Toro, entre otros.
- La gestión para la atención de pacientes oftalmológicos en las instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel (HISMA, HST, Hospital Chicho Fábrega, Hospital Cecilio Castellero.
- Las Jornadas de Atención Primaria de Salud con énfasis en la atención de la mora quirúrgica en áreas de difícil acceso (Isla de Bocas del Toro, Darién, Gnäbe Bugle y resto del país).
- El sistema de teleradiología ampliando la capacidad de lectura de estudios, integrando la telemamografía.
- Incremento de la oferta de atención en la clínica del empleado del MINSA Sede.
- La capacidad de trabajo con Promoción de la Salud en campañas orientadas a mejorar la educación en salud tales como: 5 AL DÍA, prevención del cáncer de mama, cuello de útero, piel y próstata, tabaquismo, enfermedades crónicas y dengue, entre otras
- Se ha organizado la atención en los servicios de citología logrando la disminución de la mora en la lectura de Papanicolaou y se ha iniciado, en marzo de 2013, el curso de formación de citotecnólogos.

- Se estructuró y validó técnicamente la propuesta de Modelo de Atención Primaria e Innovador Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental con la finalidad que sea validado en campo. Se han integrado a la Dirección los Departamentos de Gestión Farmacéutica y Biomédica. Se solicitó la creación del Departamento de Gestión Radiológica, sin embargo no fue aprobado por el MEF. Se coordina la Comisión Nacional para Estudiar el Tabaquismo en Panamá, unidad presidida por la Dirección General de Salud Pública lo que permite el seguimiento, vigilancia y control de tabaco de conformidad a lo dispuesto en la Ley 13 de 2008. Se logró el incremento del impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco.
- Aún está pendiente avanzar en la reglamentación de contenido y la divulgación de información sobre los productos del tabaco, entre otros aspectos. Se culminó la negociación del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco y se forma parte del grupo de trabajo y de amigos del Presidente para la formulación de la propuesta de directrices del artículo 6 del CMCT. La coordinación con otras instituciones gubernamentales tales como el Ministerio Público y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en relación con los casos de intoxicación por Dietilenglicol, así como con el MIDES, y la CSS. La cooperación con agencias bilaterales como el PMA, UNICEF, CDC, UNFPA y OPS-OMS, por mencionar algunas.
- Para atender a la población panameña, el MINSa cuenta con 835 instalaciones de salud en todo el país, y para el almacenamiento y distribución de insumos de salud existe un Almacén Nacional y 14 Almacenes Regionales, uno por cada región de salud.
- De acuerdo al Manual de Organización y Funciones del MINSa, en Panamá la responsabilidad de la conducción del sistema de suministros recae en el Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios, que tiene como misión “Organizar el suministro e insumos sanitarios, con la finalidad de abastecer a las instalaciones sanitarias del Ministerio de Salud, con productos eficaces, seguros y de calidad comprobable, a costos bajos y razonables para la institución”.
- La estrategia para la mejora del Sistema de Suministros Sanitarios y conseguir así el aseguramiento de los mismos se basa en la perfección del ciclo logístico, que se compone de seis etapas. La selección de los cinco (5) grupos de insumos (clasificados en medicamentos, médico-quirúrgicos, de imagenología, de odontología y de laboratorio), la estimación de las necesidades a futuro y la programación en base a dicha estimación, la compra o adquisición, el almacenamiento, la distribución y la dispensación y expendio de los insumos.
- Esta estrategia contribuye a equiparar el sistema de servicios públicos con la calidad de los sistemas logísticos que Panamá está acogiendo en los últimos años, tanto de empresas multinacionales como de agencias de cooperación, que unidos a la situación geográfica del país y su Canal, lo colocan en la posición de uno de los líderes mundiales en aspectos logísticos.
- Para la mejora del proceso de estimación y programación de necesidades, el principal avance lo constituye la implementación de los formatos de consumo diario de insumos y el formato de estimación de necesidades de insumos. La implementación de los formatos en los diferentes componentes es aún desigual en las catorce regiones de salud, siendo que el 79% están utilizando los formatos y recopilando, consolidando y revisando información para la

implementación del sistema de información para la administración logística SIAL de medicamentos. Cuatro (4) Regiones ya tienen el 100% de avance en medicamentos, 7 de las 14 ya se sitúan en más de un 50% de avance, mientras que sólo una aún no comenzó la implementación.

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

Recursos humanos en salud

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

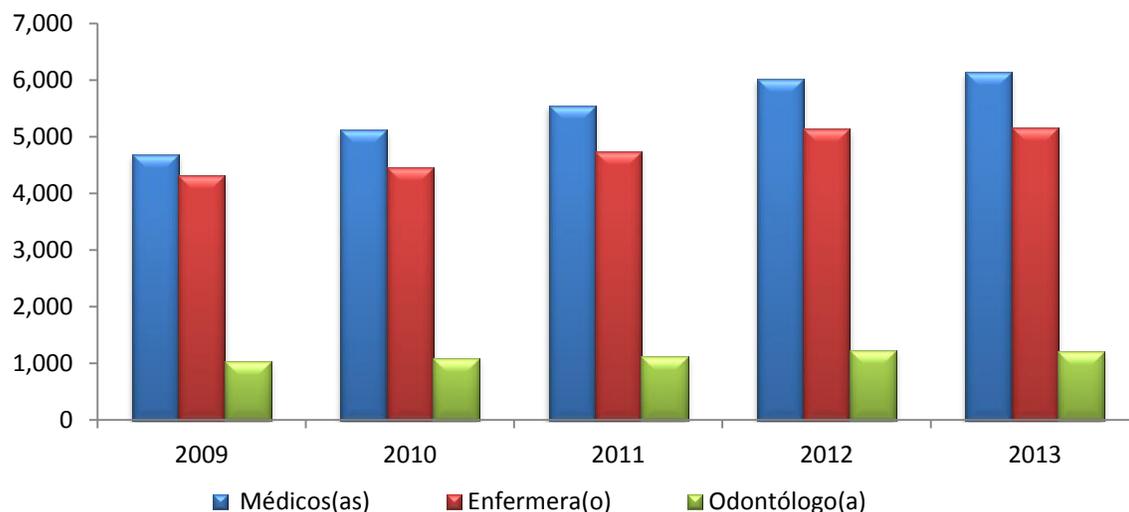
La capacitación y actualización del personal de salud es responsabilidad de cada institución empleadora, aunque en algunos casos los profesionales realizan las capacitaciones por cuenta propia, los Colegios correspondientes no otorgan certificación y recertificación a sus afiliados. El Consejo Técnico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

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

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

En el 2013, el país contaba con un total de 6144 médicos (as), dedicados a funciones asistenciales, con un incremento del 10%, respecto al año 2011. En el caso de enfermería, con un incremento significativo de 8.7 %, es decir, de 4,744 en el 2011 a 5,158 en el 2013, y 1,208 odontólogos(as), para un incremento porcentual de 8.4. El total del personal de salud en estas tres categorías asciende a 12,510 del sector público y privado.

Gráfica N°106. Recurso Médicos, Enfermeros y Odontólogos. MINSA-CSS. Periodo 2009-2013



Fuente: REGES/Contraloría General de La República. INEC

La fuerza laboral del sector salud es compleja, abarca numerosas profesiones, para cubrir necesidades del sector salud. En el año 2013, se contaba con cerca de 25,949 funcionarios dedicados a trabajo técnico tanto en la CSS como en el MINSA. Los datos indican que, a nivel mundial, hay 13 médicos por cada 10.000 habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. En la Región de África sólo hay 2 médicos por cada 10.000 habitantes, frente a 32 en la Región de Europa, para Latinoamérica 17.3 médicos, 13.9 enfermeras y 3.9 odontólogos por 10.000 habitantes y para nuestro país, en el año 2012, se cuenta con 15.9 médicos, 13.6 enfermeras y 3.3 odontólogos por 10,000 habitantes.

Cuadro N° 109. Total de Recursos Humanos a nivel nacional (MINSA – CSS) por provincias. Panamá año 2013

Profesionales/ Técnicos	Total	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Herrera	Los Santos	Panamá Metro	Panamá Oeste	Panamá Este	Veraguas	Darién	CGY	CNB
Odontólogos	901	27	58	42	96	44	45	387	79	25	77	7	5	9
Asistentes de Odontología	568	35	36	21	52	18	36	237	56	9	65	0	3	0
Técnicos de Enfermería	4613	133	459	299	642	269	237	1.728	246	128	311	33	28	100
Asistentes de Clínica	980	46	88	43	145	33	32	407	67	29	90	0	0	0
Farmacéuticos	664	16	50	40	59	44	28	316	47	12	43	4	2	3
Asistentes de Farmacia	737	36	65	36	97	56	51	250	56	24	41	7	13	5
Rotuladores	242	13	18	16	13	11	13	106	27	5	20	0	0	0
Laboratoristas Clínicos	840	31	43	45	109	30	36	400	66	21	47	2	2	8
Asistentes/ Auxiliares de Laboratorio	554	15	50	39	43	35	33	220	35	19	50	2	7	6
Citotecnólogos Histotecnólogos	57	1	4	0	6	5	1	32	3	0	5	0	0	0
Ayudante de autopsia	5	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Téc. Rad. Médica	489	17	35	22	55	33	22	208	44	10	42	1	0	0
Asistente Rad. Médica	76	3	2	5	8	3	3	31	5	2	14	0	0	0
Trabajador Sociales	298	8	23	16	28	10	18	118	23	4	24	24	1	1
Asistente de T. Social	23	1	2	0	1	0	0	15	2	0	1	1	0	0
Fisioterapeuta	249	6	15	13	23	12	12	115	16	4	15	15	0	3
Aux. de Fisioterapia	96	3	9	4	11	7	11	31	4	2	7	7	0	0
Optometría	19	0	0	1	1	1	1	12	1	0	1	1	0	0
Psicología	160	4	6	5	26	3	9	68	12	2	12	12	0	1
Fonoaudiología	76	1	3	3	8	8	3	35	5	4	3	3	0	0
Nutricionista	130	4	6	4	14	5	6	50	7	2	11	11	1	9
Auxiliar de Nutrición	49	4	4	2	7	0	0	25	1	0	3	3	0	0
Téc. de Urgencias M.	169	4	15	9	30	1	3	72	13	0	16	0	0	6
Téc. de E. temprana	33	2	2	1	6	0	2	10	5	2	3	0	0	0

Continuación...														
Profesionales/ Técnicos	Total	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Herrera	Los Santos	Panamá Metro	Panamá Oeste	Panamá Este	Veraguas	Darién	CGY	CNB
Téc. de EEG	11	0	0	0	4	0	2	5	0	0	0	0	0	0
Téc. de T. respiratoria	47	0	0	0	0	2	0	45	0	0	0	0	0	0
Téc. de perfusión CV	7	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
Téc. Hemodinamia	9	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0
Téc. en Urodinamia	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Téc. Neurofisiología	5	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Téc. en Genética	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Téc. de Ortopedia	114	0	11	4	8	9	2	50	9	2	17	1	0	1
Protesista/ ortesista	5	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Dispensarista	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Higienista Dental	5	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Téc. Radiología dental	4	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Téc. Quirúrgico	74	0	9	12	6	0	2	41	0	3	1	0	0	0
Téc. de EKG	53	0	7	1	3	1	3	28	1	0	9	0	0	0
Téc. Salud Ocup.	28	2	0	2	10	1	0	9	1	0	3	0	0	0
Químico	9	0	0	0	1	0	0	7	1	0	0	0	0	0
Educ. para la Salud	78	3	2	5	8	2	9	20	10	3	12	0	2	2
Higienista Industrial	16	3	2	0	1	1	2	5	0	0	2	0	0	0
Terapia Ocupacional	29	0	2	0	3	1	3	19	0	1	0	0	0	0
Asis. T. Ocupacional	7	0	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0
Inspector S. Industrial	21	1	4	1	4	0	1	6	1	2	1	0	0	0
Téc. Saneamiento Ambiental	228	12	11	23	44	8	14	42	14	4	33	5	5	13
Inspector téc. C de vectores	436	25	16	54	53	14	12	98	37	30	35	20	18	24
Higienista Ambiental	9	0	2	0	0	0	0	6	0	0	1	0	0	0
Otros	140	5	10	11	19	12	15	44	12	3	9	0	0	0
Licdo, técnico y auxiliar de REGES	1439	44	120	83	183	62	87	541	119	38	117	9	22	14
Médicos Residentes	423	0	9	37	68	2	0	307	0	0	0	0	0	0
Médicos Internos	427	21	26	31	56	30	21	199	14	15	14	0	0	0
Odontólogos Internos	54	3	3	8	5	6	2	0	14	5	8	0	0	0
Total RH en Instalaciones de Salud Panamá	25949	783	1.79	1.44	3.18	1.3	1.145	11.69	1.636	606	1.77	155	162	294

Fuente: REGES/Contraloría General de La República. INEC

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

Estudios globales muestran que por debajo de 25 profesionales por 10,000 habitantes, muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para el año 2012, la densidad de médicos y enfermeras en Panamá es de 29.5 por 10000 habitantes, ubicándose en la clasificación recomendada, en consonancia con lo establecido por el Word Health Report (2006), que intenta asegurar un nivel mínimo de cobertura conforme los criterios anteriormente mencionados. Sin embargo, al analizar este indicador por provincia o en las áreas indígenas, el rango va desde 2,2 a 49.1 médicos/enfermeras por 10000 habitantes. Las Comarcas Ngabe Bugle con 2.2, Comarca Guna Yala con 11.0 y Darién 11.7 son las áreas con menor densidad de recurso tanto para este indicador como para otro personal del sector salud, mientras que las provincias centrales y la provincia de Panamá superan con creces la media de país. El interés permanente de los responsables de la salud pública hacia la unificación del sistema de salud, es una alternativa que se evalúa a conciencia, precisamente para disminuir la brecha de inequidad existente.

Cuadro N° 110. Densidad de Recurso Humano en Salud de Panamá. Año 2012.

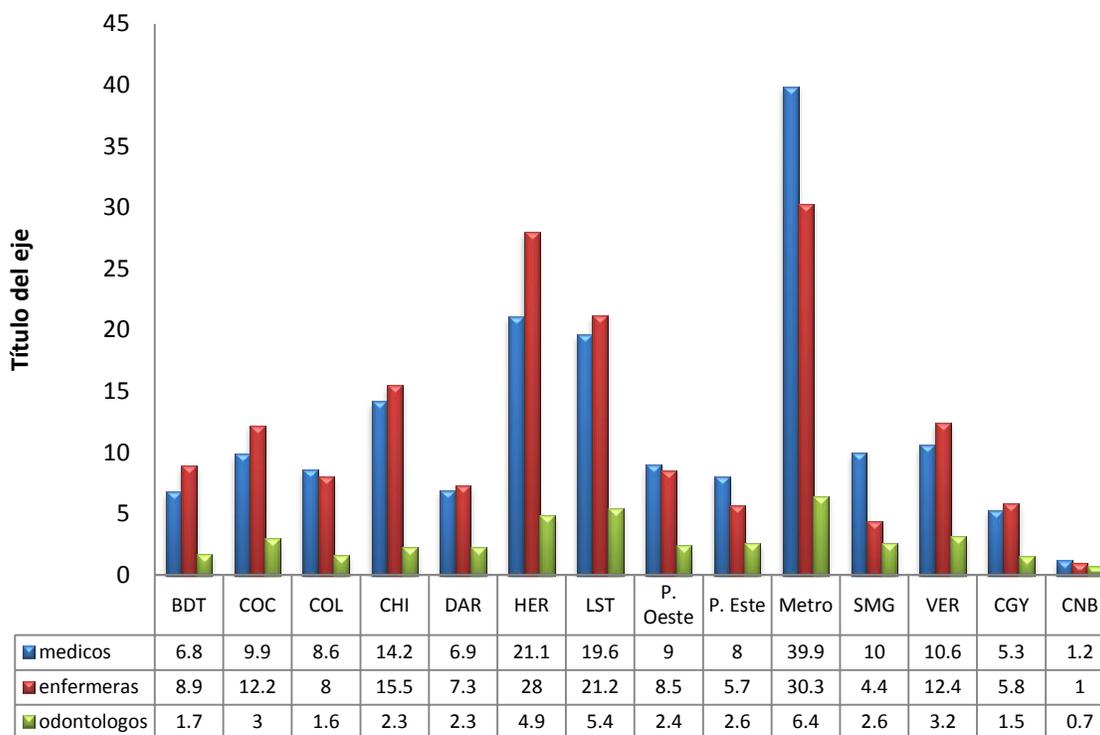
PROVINCIA O COMARCA	MED/ENF 1/	POBLACIÓN 2012	DENSIDAD DE RRHH EN SALUD
País	11,163	3,787,511	29.5
Bocas del Toro	225	143,232	15.7
Coclé	551	249,823	22.1
Colón	439	263,659	16.7
Chiriquí	1,314	442,058	29.7
Darién	74	63,493	11.7
Herrera	575	117,193	49.1
Los Santos	385	94,562	40.7
Panamá	6,961	1,949,063	35.7
Veraguas	555	241,555	23.0
Comarca Guna Yala	44	39,950	11.0
Comarca Ngäbe Buglé	40	182,923	2.2

*la suma de enfermeras y médicos, distribuidos por Unidad Geográfica por 10,000 hab.

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSAL - Año 2012

Las regiones de salud muestran una muy marcada diferencia en cuanto a la densidad de médicos (as), enfermeras (os) y odontólogos (as), se encontró una escasa presencia del personal de salud en las regiones comarcales y en las regiones de Bocas del Toro, Panamá Oeste y Panamá Este. La proporción de enfermeras en casi todas las regiones es mayor, con excepción de Panamá Metro y San Miguelito en la que la proporción de médicos es superior.

Gráfica N° 107. Densidad de Recurso humano Médico (a), Enfermeros (as) y Odontólogos (as) por Región de salud en la República de Panamá. Año 2012.



*la suma de enfermeras y médicos, distribuidos por Unidad Geográfica por 10,000 hab.

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSAL - Año 2012

Implementación del subsistema de atención al cliente

El personal que atiende al público es un recurso clave para comunicar los esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud en brindar una atención orientada a las soluciones de los problemas de salud de los clientes. Dentro de los objetivos del Proyecto de Modernización y Reforma del Ministerio de Salud, se encuentra el Subcomponente de "Mejoramiento de la Calidad de los Servicios y la Atención en Instalaciones de Salud de la Institución". Este proyecto tiene como propósito fundamental elevar el nivel de satisfacción de los clientes, tanto externos como internos. La mejora de la calidad de la atención debe ser evaluada en gran medida por los clientes, a través del establecimiento de un efectivo mecanismo de retroinformación que permita a las autoridades en todos los niveles de la organización a la toma de decisiones y priorización de las acciones de salud en bien de la población panameña.

Ante esto surgió la necesidad de implementar un mecanismo que permitiera evaluar la satisfacción de las personas que atendemos en nuestras instalaciones de salud. Con el apoyo de las autoridades del Despacho Superior, la Dirección de Organización y Desarrollo Institucional creó el *Subsistema de Atención al Cliente* a través de la Resolución N° 435 de 23 de agosto de 2004, fortalecida posteriormente con la Resolución N° 060 de 11 de febrero de 2010. La misma establece la captación de esta información a través de los buzones de sugerencias y su metodología, implementada con la Guía de Gestión "Escuchando al Usuario", el equipo técnico de

esta Oficina ha visitado un total de 12 Regiones de Salud; además, en 78 Instalaciones ha conformado 147 Comité de Atención al Cliente y capacitado a más de 4,676 Funcionarios en el tema de Atención al Cliente.

Nuestra Oficina mantiene un seguimiento a este subsistema, realizando 2 monitoreos anuales y motivando a los integrantes de los comités, para que el mismo perdure en el tiempo y sirva de apoyo a la gestión de las autoridades locales y en general del Ministerio de Salud.

Oficina de Organización y Desarrollo Institucional 2010-2011



Aspectos Económicos y Financieros

Informe Mensual de Deuda Pública al 31 de diciembre 2014: Al 31 de diciembre de 2014, la deuda pública registró un saldo de US\$18,230.9 millones, monto que representa un aumento de US\$2,547.3 millones respecto al cierre del año anterior, asociado al financiamiento neto de las necesidades de recursos para la vigencia fiscal 2014, y al financiamiento parcial del déficit correspondiente al año 2013, realizado en los primeros meses del 2014.

Operaciones Deuda Externa: La deuda pública externa, al 31 de diciembre de 2014, registró un saldo de US\$14,352.2 millones, un aumento de US\$7.7 millones con respecto al mes anterior y que incluye el pre-fondeo para la vigencia fiscal 2015.

El 62.1% del servicio de la deuda externa responde a pagos de principal de Organismos Multilaterales y Bilaterales, de los cuales se destacan préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por US\$14.8 millones. Por su parte, el 37.9% restante corresponde al pago de intereses y comisiones, principalmente a Organismos Multilaterales y a Acreedores Privados.

Se recibieron desembolsos por la suma de US\$35.7 millones de Organismos Multilaterales como el BID para proyectos como el Programa Unificado de Desarrollo Sostenible (CONADES), entre otros; del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para los proyectos de Equidad en la Salud (MINSa) y Mejoramiento de Agua y Saneamiento (IDAAN); y de CAF-Banco de Desarrollo de América Latina para los proyectos de Saneamiento de la Bahía (MINSa) y Agua Potable y Saneamiento (IDAAN); entre otros.

Operaciones de Deuda Interna: Al 31 de diciembre de 2014, la deuda pública interna registró un saldo de US\$3,878.7 millones, mostrando una disminución de US\$78.6 millones (-2.0%) con respecto al mes anterior y representando el 21.3% de la deuda pública total.

La República de Panamá clasifica como país de desarrollo humano alto (0.765, en el número 65) según PNUD (2013). Para el 2013, el PIB fue de 42.6 y el crecimiento del PIB fue de 8.4%, al igual que en años recientes; el crecimiento del PIB se concentra en las exportaciones de bienes y de servicios, a lo que se suma la explosión en materia de construcción de viviendas y apartamentos. Aunado a ello, se agrega inversión pública en infraestructura y la expansión de la actividad y el crédito bancario que respalda un alto crecimiento del consumo, El sector turismo sigue contribuyendo de manera importante en el crecimiento del PIB como actividad económica.

Debe destacarse el alto índice de Gini que aplica a Panamá, que mide la inequidad en la distribución de los ingresos con un 51.09 (Banco Mundial, 2012) ocupando la posición número 140 de los 160 países, según publicaciones del banco mundial del año 2012.

Situación de la Calidad del Ambiente y su Relación con la Salud Humana

Recursos Hídrico Panamá es clasificado por la Organización Meteorológica Mundial como una nación con pocos problemas de escasez de agua. 500 ríos (350 en el litoral Pacífico y 150 en el Caribe) y 52 cuencas hidrográficas nos colocan como el segundo país, después de Nicaragua, con la mayor disponibilidad hídrica de Centroamérica. Sin embargo, el mapa hídrico panameño está en el ojo de la tormenta, muchos sectores están sedientos de agua potable y la contaminación amenaza la preservación del recurso.

Esta cuenca se ve seriamente afectada por:

- La contaminación progresiva de sus fuentes de agua tales como los arroyos y ríos,
- El incremento de la frecuencia e intensidad de los deslizamientos de tierras e inundaciones.
- La presión urbana que generan Las Cumbres, Cerro Azul y Sabanitas que son causa de que las áreas de deforestación cada vez sean mayores, afectándose por ello las subcuencas de Gatún y Alajuela y otros sectores.
- La actividad ganadera que se estima es causa del 57% de la deforestación.
- La sedimentación y la erosión.
- Los desechos sólidos son contaminantes potenciales del agua dentro de la Cuenca así como los lixiviados que se filtran por los suelos de los rellenos sanitarios ubicados dentro de la cuenca del canal hacia las aguas subterráneas que alimentan la cuenca.

Actualmente se está llevando a cabo la construcción del **tercer juego de esclusas del Canal de Panamá**, este proyecto surge ante las necesidades crecientes de Canal de Panamá y de ampliar la oferta canalera surge la necesidad de un tercer juego de esclusas. El Tercer juego de Esclusas es un proyecto gigante para expandir el canal de Panamá, esta ampliación será la mayor desde la construcción del canal.

Panamá presenta un contexto favorable, porque es el país de Centroamérica con el más alto índice de desarrollo humano; es la economía latinoamericana que más creció durante la última década y, por eso, logró una reducción de la pobreza y un aumento en el empleo.

Es importante destacar que en los últimos años Panamá ha presentado un alto crecimiento económico que ha permitido un aumento de la ocupación y los ingresos, y un descenso significativo de las tasa de desempleo. Al mismo tiempo, se ha incrementado la inversión pública y el gasto social, elementos que han favorecido un descenso sostenido de los niveles de pobreza general; es decir, hay menos personas que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias básicas, así como también ha disminuido la pobreza extrema, o sea la población que no tiene recursos suficientes para cubrir sus necesidades alimentarias mínimas.

El proyecto prevé doblar la capacidad del canal y permitir más tráfico.

Según los estudios de impacto ambiental el proyecto del tercer juego de esclusas es viable desde el punto de vista ambiental. Se ha comprobado que todos los posibles impactos ambientales adversos se pueden disminuir a través de los procedimientos y la tecnología existentes y no hay efectos adversos previstos permanentes o que no se puedan reducir en la población o en el medio ambiente. No hay elementos en el alcance del proyecto que pondrán en peligro su viabilidad ambiental, tales como comunidades, bosques primarios, parques nacionales o reservas forestales, lugares patrimoniales o sitios arqueológicos relevantes, zonas de producción agrícola o industrial, o zonas turísticas o portuarias.

En Panamá el 91.8% de la población panameña tiene acceso a agua potable según el censo del año 2010, lo que supone que cerca de 3.4 millones de personas en el país cuentan con este recurso de manera fiable y saludable, un incremento de 13.1% en comparación con el censo del año 1990, en el cual solo el 81.2% tenían acceso a agua potable.

El fenómeno de la **migración rural - urbano** ha traído como consecuencia un notable desbalance entre el área metropolitana y el resto del país, que como resultado ha originado problemas ambientales relacionados con el crecimiento desordenado de la ciudad de Panamá, que cada día absorbe a su paso áreas boscosas de enorme interés para el funcionamiento del canal y entre otros, los relacionados con el saneamiento básico (agua potable, disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos)."

Otro aspecto importante a considerar es el proyecto de saneamiento de la ciudad y la bahía de Panamá, que surge como respuesta a las malas condiciones de saneamiento que impactan la ciudad de Panamá, ya que no se cuenta con sistemas adecuados para la recolección y tratamiento de las aguas residuales, que son la principal fuente de contaminación de los cuerpos de agua de toda la ciudad que afectan no sólo a la bahía de Panamá, sino a los nueve ríos que desembocan en la misma, lo que implica la existencia de áreas malsanas y negativas para el desarrollo urbano de sus habitantes. La contaminación de la bahía de Panamá limita el desarrollo de actividades de recreación, pesca, natación, buceo y otras.

La demanda y necesidades de servicios: La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2014 en **3, 913,275** habitantes, con una relación hombre mujer de 1:1. En zonas urbanas se concentra el 63.8.0% de la misma y el 36.2.0% restante lo hace en las zonas rurales. El 30.1% de la población panameña es menor de 15 años, el 63.9% de 15 a 64 años y el 6% de 65 y más, sin embargo esta estructura de población por edad encuentra diferencias entre las provincias y comarcas del país, predominando una estructura de base ancha en las regiones de salud de Bocas del Toro y Darién, como en las comarcas Kuna Yala y Ngobé Buglé; en tanto que en las regiones de Los Santos, Herrera, Metropolitana y San Miguelito se aprecia un estrechamiento de su base.

La estructura poblacional se encuentra en plena transición al envejecimiento, y con el aumento de la esperanza de vida y la tendencia a inversión de la pirámide. Los datos para el caso de Panamá, permiten vislumbrar que el envejecimiento de la población se ha estado dando de forma paulatina, pero continua desde la década de 1950 y que para el 2050 (o en 37 años) nuestra población:

- Habrá aumentado su edad mediana, pasando de 18 años en 1950, a 27 años en el 2010 y finalmente a 39 años en el 2050.
- El porcentaje de población económicamente activa habrá aumentado, pasando del 54% de la población en 1950 al 62% cien años después (2050), teniendo un pico de su crecimiento en el período 2011- 2032 en el que el porcentaje de esta población será de un 65%.
- La población mayor de 65 años pasara durante este lapso de 100 años de ser un 3.6% de la población a quintuplicarse hasta llegar a representar un 19% de la población en el 2050.

Un análisis de la distribución geográfica de la población mayor de 65 años se concentra en la península de Azuero, el sur de la Provincia de Veraguas y el oriente de Chiriquí, consecuencia de procesos de expulsión de la población hacia las zonas urbanas del país y una significativa disminución de las tasas de natalidad. En Panamá, acompañando a la **transición demográfica**, destaca la transición urbana (transición de la migración) y, la transición de la fuerza de trabajo, durante la cual un grupo de población con un perfil predominante rural se ha tornado mayoritariamente urbano; transición que obedece, en gran medida, a la migración del campo a la ciudad dada, entre otros factores, por una elevada fecundidad y limitadas oportunidades socioeconómicas, en las áreas rurales.

El proyecto de saneamiento de la ciudad y la bahía de Panamá, surge como respuesta las malas condiciones de saneamiento que impactan la ciudad de Panamá, busca recuperar las condiciones sanitarias y ambientales del área metropolitana y la eliminación de contaminación por aguas residuales no tratadas en ríos urbanos y en las zonas costeras de la bahía de Panamá.

El proyecto saneamiento de la bahía de Panamá es un proyecto que se ha venido ejecutando desde hace varios años. Actualmente, su avance general se encuentra alrededor de un 80% y busca recuperar las condiciones sanitarias y ambientales del área metropolitana y la eliminación de contaminación por aguas residuales no tratadas en ríos urbanos y en las zonas costeras de la bahía de Panamá.

El proyecto de saneamiento de la ciudad y la bahía de Panamá esta conceptualizado en cuatro componentes: construcción de redes sanitarias, construcción de líneas colectoras, construcción del sistema interceptor y por último, construcción y operación de una planta de tratamiento de aguas residuales

Este hecho se evidencia por los cambios en la distribución geográfica de la población según área, se observa que entre el año 1970 y 2010, se dio un incremento porcentual del 44% en la población urbana, a expensas de un descenso en la rural que descendió en un 36.6%. La proporción de población urbano, para el 2012, es 1.91 veces porcentuales mayor que la rural. Con el desarrollo social y económico del país se han logrado importantes cambios en el comportamiento de la mortalidad en Panamá, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa. La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años '30, '50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes respectivamente. En la década 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes la cual se mantuvo sin variación hasta el 2000 y desde esta década inicia un ascenso, presentando en el 2010 una tasa de 4.5 muertes por 1000 habitantes). Para el 2012, la razón de la tasa de mortalidad en hombres, respecto a las mujeres es de 1.4, siendo para el sexo masculino los accidentes, homicidios y suicidio la primera causa de muerte, mientras que para el sexo femenino lo ocupan los tumores malignos.

La tasa de mortalidad en el sexo masculino se muestra más elevada en todas las principales causas de muerte excepto en la diabetes, donde predominan las defunciones femeninas. Los años perdidos por muerte prematura fueron mayores en el caso de las defunciones a causa de accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias y debido a las enfermedades asociadas al VIH. Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando en los primeros años del análisis prevalecían entre las principales causas de muerte las enfermedades infectocontagiosas y ya para el año 80' estos sitios eran predominantemente ocupados por las enfermedades crónicas y degenerativas. Estas características tienen un comportamiento diferenciado según el nivel de pobreza de las poblaciones y se reflejan en los análisis de desigualdad en salud, donde las enfermedades crónicas no transmisibles como los tumores malignos, la enfermedad cerebro vascular, las enfermedades isquémicas del corazón, las causas externas y la diabetes representan mayor riesgo de morir en la medida en que la población es menos pobre. La tasa de mortalidad infantil del país, muestra una tendencia a la disminución en las últimas seis décadas de 40.5 x1000 nacidos vivos, en 1970 a 14.3 en el 2012, según el desarrollo urbano-rural, siendo las provincias de Bocas del Toro, Darién y La Comarca Guna Yala las que han mostrado las tasas de mortalidad infantil más altas del país en las últimas décadas.

La mortalidad materna en la República de Panamá, presentó un aceptable descenso entre la década de 1970 (1.4) y 1980 (0.7), desde entonces, se ha mantenido sin variaciones. El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias y comarcas es muy diverso. Para el año 2010 el rango de tasa va desde 0.4 defunciones por 1000 nacidos vivos en Panamá y Chiriquí hasta 24.5 defunciones por 1000 nacidos vivos en la Comarca Ngabe Bugle y para el año 2012, la tasa más baja la presentó Veraguas (0.2) y la más alta la Comarca Ngabe Bugle (34.5) la cual aumento en un 41 % en dos años.

Se ha implementado distintas estrategias en vías de mejorar el acceso a los servicios de salud buscando ofrecer salud con calidad. Estas estrategias están basadas en el "Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud y el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud", tales como:

- Las Jornadas de Atención Primaria Ambulatorias de Salud: son esperadas y aprovechadas por la población que está desempleada ya sea beneficiaria o no asegurada y tienen buena aceptación.
- Ferias de la salud organizadas: tienen sus beneficios en temas de la promoción y prevención.
- Extensión de horario: las estrategias de extensiones horarias los días de semana y la apertura de Centros de Salud los fines de semana, para dar respuesta a las necesidades específicas de los

hombres y las mujeres de la clase trabajadora para cerrar la brecha de la inequidad y mejorar la oportunidad en atención.

- Sistema de Protección Social (SPS), Red de Oportunidades (RO) dirigido a pobres y a pobres extremos, con la finalidad de ampliar coberturas de atención a la población priorizada, para mejorar el acceso a los servicios básicos de salud, vinculado así programas y proyectos de las diferentes Instituciones Públicas a través de una Red de Protección Social. El sistema de Protección Social tiene como objetivo reducir la vulnerabilidad Social en las familias en pobreza extrema, propiciando equidad en el acceso a los servicios de salud.
- El plan estratégico del gobierno 2010 -2014, tiene como prioridad fortalecer la atención primaria a través de una red de servicios públicos dando atención priorizada a la población infantil y a las embarazadas mediante una serie de intervenciones de carácter social para mejorar las condiciones de vida de esta población y reducir las brechas, la cobertura y calidad de los servicios básicos de salud.
- El Plan Estratégico de Gobierno de Panamá (PEG-2015 2019) da cumplimiento a la Ley 34 de 2008, sobre Responsabilidad Social Fiscal. El Plan se formula para orientar y concretar las líneas de la acción estratégica de Gobierno, en un contexto global que presenta tendencias e indicadores expresivos de cambios en las dinámicas socio-económicas y ambientales dominantes a nivel mundial, regional y a escala local. El objetivo del Plan de Gobierno se concreta en “poner las riquezas del país al servicio de todos los panameños con equidad y transparencia, respaldando al sector privado y a la inversión extranjera, para mejorar la calidad de vida de todos los panameños y que el Panamá que crece, crezca para todos”.
- El MINSA ha dispuesto el derecho de acceso universal a los servicios de salud de forma gratuita en sus instalaciones: a los niños hasta los cinco años de edad, a las mujeres durante el embarazo, parto y post parto, a las personas con discapacidad y a la población indígena y rural de mayor postergación. Para ello se ha implementado modelos de atención externalizados, mediante una red itinerante, acompañado de un modelo de gestión en salud individual, familiar, comunitaria y ambiental. Logrando avances en mejoras de las estadísticas materno-infantiles y la cobertura de agua potable.
- MINSA realiza además un programa integral de fortalecimiento de la atención primaria en salud.
- Este programa, incluye, entre otras las siguientes acciones prioritarias: Construcción y equipamiento de Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores (MINSA-CAPSI); Continuación, evaluación y fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura; Adecuación y Equipamiento de la red existente; Mejoramiento de la cadena de suministro de productos farmacéuticos, con énfasis en la atención primaria y la calidad.
- Mejoramiento de la coordinación entre el MINSA y CSS. En tal sentido, se piensa crear entre ambas instituciones un acuerdo de coordinación de inversiones para evitar la duplicidad y el uso ineficiente de las infraestructuras.
- Igualmente, se está reactivando un diálogo entre ambas instituciones para funcionar con responsabilidad compartida frente a la población demandante de los servicios de salud y así evitar el subsidio a la población derechohabiente en detrimento de la población no asegurada. Esto se intenta lograr con la red de telemedicina y tele radiología, la automatización e informatización de expedientes médicos a nivel nacional en 100 centros de salud y el fortalecimiento del sistema.

FOTOGRAFÍA 3

Caracterización de la oferta: Actualmente la República de Panamá cuenta con una cartera de servicios de cerca de 915 instalaciones públicas, de las cuales 835 pertenecen al Ministerio de Salud y 80 a la Caja de Seguro Social. Cerca de 212 instalaciones de primer nivel de atención, poseen al menos, un equipo básico de salud, el cual además de brindar atención intramuros, se encarga por medio de equipos de respuesta rápida de las acciones de vigilancia epidemiológica y de desastres del área.

Bolsones de desprotegidos: El sector público de salud atiende a 90% de la población, pero la concentración de establecimientos, servicios y recursos humanos en las áreas urbanas hace que su distribución sea inequitativa, y que la población indígena y la que habita en zonas apartadas tengan un acceso limitado a la atención de salud. Existen también razones económicas y faltas de infraestructura y de recursos humanos capacitados que influyen negativamente en el estado de salud de la población menos favorecida. Es así que la población indígena tiene mayores tasas de morbilidad y mortalidad general, y sus tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil son las más elevadas. En la comarca Ngäbe–Buglé, la tasa de mortalidad infantil es dos veces más alta que la tasa del país, y la tasa de mortalidad materna está muy por encima del promedio nacional.

Recursos Humanos: De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo, en las instalaciones de salud había 4.404 médicos (uno por cada 742 habitantes) en 2006 y 4.904 (uno por cada 704 habitantes) en 2009. En 2006 había un enfermero por cada 869 habitantes, proporción que ascendió a uno por cada 780 habitantes en 2009. Los médicos se concentran en la ciudad de Panamá, donde hay 2.561, un poco más de la mitad de todos los médicos para un tercio de la población total del país. En 2008, en la ciudad de Panamá había 32,3 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en la provincia de Darién había solo 5,7 médicos por 10.000 habitantes.

Pese a que se han alcanzado altos niveles de escolaridad primaria y secundaria, persisten deficiencias en el sistema educativo. Las universidades públicas y privadas ofrecen una amplia oferta a nivel de grado, pero presentan un desarrollo incipiente de posgrados y de doctorados. Es notoria la carencia de infraestructura (equipamiento, laboratorios, acceso a bibliografía especializada) para llevar a cabo actividades de investigación y desarrollo.

Insumo Sanitario: En el 2009 el Ministerio de Salud (MINSa) optó por desarrollar con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) y la Asistencia Técnica de la Asociación Benéfica PRISMA un proyecto de cobertura nacional, con el objetivo de mejorar competencias del personal involucrado en los Procesos Logísticos (selección, estimación y programación de necesidades, adquisición, almacenamiento, distribución, SIAL, capacitación, uso y M&E) de insumos sanitarios con el propósito de mejorar el aseguramiento de Insumos en la institución.

La propuesta inicia con un Diagnóstico que evidenció las Necesidades y debilidades del Sistema Suministros de Insumos Sanitarios del MINSa en cada una de sus etapas y a partir de allí se diseñó un Plan de Intervención, el cual se enfocó primordialmente en la estandarización de una metodología de Estimación de Necesidades, mejorar el área de Almacenamiento, fortalecer el Sistema de Información para la Administración Logística y apoyar al Gobierno de Panamá para la adquisición de insumos de calidad y a bajo costo a través de la Oficina de PSB de UNFPA en

Copenhague. Adicional se elabora un Plan de Monitoreo y Evaluación y un Plan de capacitación, se entregaron materiales didácticos impresos, banners y videos para apoyar estos procesos de capacitación, fortaleciendo capacidades mediante la metodología de cascada.

Mejoras realizadas por cada una de las etapas del Ciclo Logístico – Selección

- Elaboración de la Lista de Medicamentos Esenciales y Especializados, se crea la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá, para realizar este trabajo que actualmente tiene un 95% de avance.
- Se crearon Comisiones Verificadoras de las propuestas presentadas por los proveedores en los actos públicos, por cada uno de los grupos de insumos sanitarios.

Estimación y Programación

- Capacitación sobre los diferentes métodos para estimación de necesidades, así como selección el Método Logístico para su implementación.
- Diseño y oficialización de los formatos de consumo para los cinco grupos de insumos sanitarios.
- Elaboración de la Guía de Estimación y programación de necesidades.

Adquisición

- Gestiones para la desburocratización del proceso de adquisición.
- Compras a través de Organismos como: OPS y UNFPA, negociaciones conjuntas COMISCA
- Consultas, capacitaciones y coordinaciones para la búsqueda de otras alternativas metodológicas para la adquisición de insumos sanitarios como: Subasta en reversa (Inversa), Precio único y Convenio Marco.

Almacenamiento

- Adecuación del software LSS-SUMA para el manejo sistematizado de inventarios de los cinco grupos de insumos sanitarios.
- Sistematización de los inventarios en su primera fase: del Almacén Nacional de Insumos sanitarios (ANIS) y los catorce Almacenes Regionales, y la segunda fase: Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y algunas instalaciones del nivel local de atención.
- Elaboración del Manual de Procedimientos Operativos, Estandarizados y Sistematizados del proceso de Buenas Prácticas de almacenamiento de insumos sanitarios en los almacenes del MINSA, y su consecuente oficialización.
- Diagnóstico sobre la situación del ANIS y los catorce Almacenes Regionales.

Distribución

- Definición de la red completa de distribución de los cinco grupos de insumos sanitarios, tanto para el ANIS, como para las catorce regiones de Salud.
- Elaboración de la Guía de Gestión de Existencias.
- Coordinaciones con otras instituciones como el MIDES y la Policía.

Sistema de Información

- Elaboración del Diagnóstico situacional del SIAL y Desarrollo de un Plan para el Fortalecimiento del SIAL
- Establecimiento de los flujos de información, e Identificación de los responsables de la captación de la información.
- Gestión para el acceso a internet en los niveles regionales y central.

SEIS – Sistema Electrónico de Información de Salud; Implementación de la digitalización: desde marzo del 2014, se inició la tarea de digitalizar los expedientes y registros médicos en las regiones de salud de Coclé, Herrera y Los Santos, con la tecnología de información en salud (TIS) buscando un modo de orden y dejando poco a poco los cartapacios. A finales de julio 2014 se organiza un equipo conductor nacional (ECN) conformado por representantes de las direcciones nacionales involucradas y se solicita conformar equipos conductores regionales (ECR) y equipos conductores locales (ECL) en las regiones de salud en donde se implementa el expediente clínico electrónico.

El Software permite la automatización de los documentos, facilitando la recuperación de los expedientes para mayor rapidez a la hora de atención del paciente. Es importante mencionar que el Expediente Clínico Electrónico, ha permitido homologar formatos procedimientos, elaborar bases legales requeridas como la Resolución para los medicamentos de uso prolongado, trabajar normativas pendientes, en fin mejorar nuestros procesos y por ende la atención que brindamos a nuestros usuarios.

Cobertura Universal de Salud: las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MINSA que además de ser un importante prestador de servicios es también, el ente rector del sistema nacional de salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSA y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos.

La **Salud como un Derecho Humano fundamental**, garantiza las condiciones para que las personas más vulnerables alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Por ello la **MISIÓN** que nos lleva el día a día como norte, es la garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud biopsicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa.

Esto nos lleva a trabajar enfáticamente en identificar todos aquellos eslabones que no nos permite avanzar en salud, como apoyo a este Análisis de Situación (ASIS) contamos con el perfil de Salud de Panamá, documento que plasma los hallazgos más relevantes y puntuales de nuestro país, como lo es: los efectos de una polarización demográfica y epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles aún prevalentes, especialmente presentes en las poblaciones jóvenes, rurales y pobres coexisten con las de tipo crónico-degenerativo propias de poblaciones en envejecimiento, con creciente urbanización y con cambios notables en el estilo de vida (cambios en las dietas y en la actividad física, urbanización, adicciones, entre otras), consecuentemente existe una emergencia de problemas como la obesidad, los accidentes y la violencia (incluyendo la violencia doméstica y de género) y los relacionados con tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas, aunados al incremento de aquellos de origen laboral y mental, este perfil como base nos orienta hacer intervenciones y actuar efectivamente en la resoluciones de estos problemas a nivel nacional.

Podemos mencionar orgullosamente algunas intervenciones como:

Vacunación: Panamá es el país que cuenta con el esquema de inmunización vacuna más amplio de Latinoamérica, y de muchos otros países. Las vacunas a nivel nacional se adquieren a través del MINSA. Durante los últimos 5 años el país ha invertido un total para el período (2007-2011) sesenta y tres millones doscientos cincuenta mil sesenta; b/.63 250 060.

Se introdujo nuevas vacunas en el esquema de inmunización, tales como contra la hepatitis A, el toxoide tetánico diftérico acelular (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano y la antineumococica de polisacáridos. El trabajo arduo del equipo de salud de barrer el país para proteger a toda la población en Jornadas masivas de Vacunación, así como la búsqueda intensiva casa por casa de desertores e inasistentes a nuestras instalaciones de salud.

Fortalecimiento de Nuestro Modelos de Atención en Salud a nivel territorial.

- Salud Integral del Individuo
- Salud Integral de la Familia
- Salud Integral de la Comunidad y el Ambiente

Inversión en Salud y Financiamiento: Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.2% en el 2011). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de B/. 673 millones (33%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros pre pagados.

El resto de los recursos (cerca de B/.1, 693 millones), son financiados entre el Sistema de Seguridad Social (B/. 602 Millones) y el Ministerio de Salud (B/.1, 091 millones). Si lo miramos como inversión total per cápita, el estado panameño destinaría cerca de B/.703 dólares por persona por año. Si analizamos los montos informados por el MINSA de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los B/.10 millones de dólares al año, lo que representa menos del 0.3% del Gasto total en Salud. Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per cápita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

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

Actualmente la lista Oficial de Medicamentos contiene más de 604 renglones de medicamentos para atender los problemas de los asegurados y 382 renglones de medicamentos para los no asegurados de todo el país En el 2010 el nivel de abastecimiento de medicamentos del MINSA era de un 75.14%, y para la CSS se alcanzó reducir el porcentaje del desabastecimiento de medicamentos de un 12% registrado como promedio en el año 2009, a un 5% a 6% en septiembre del año 2010.

Proyectos de Infraestructura: con los nuevos proyectos el MINSA busca aumentar la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud y cumplir eficaz y eficientemente con la prestación de servicios; para que los recursos asignados puedan dar respuesta a las necesidades (perfil epidemiológico) evidenciadas, jerarquizadas y priorizadas que afectan a una población definida en un lugar y tiempo determinado, facilitando que los beneficios estén al alcance de todos los individuos y familias. Actualmente construidos: 5 nuevos hospitales, por aproximadamente, b/. 386 millones y 20 centros de atención primaria en salud innovadora (CAPSI). Ampliación de coberturas de atención: se diseñó una estrategia de extensión de cobertura de servicios básicos de salud y nutrición que consiste en un conjunto de mecanismos, basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

A partir del año 2009 el Ministerio de Salud de Panamá, inició la ejecución de una nueva etapa de la estrategia de extensión de cobertura, mediante la provisión del PAISS+N (a través de Organizaciones Extra institucionales y Equipos Institucionales) dirigidos a población indígena y la PSPV (Equipos Institucionales) dirigido a población no indígena. Ambas modalidades de la estrategia suponen la provisión de una cartera de prestaciones priorizadas compuesta por 15 servicios que detallo a continuación: servicios de promoción, prevención y atención, dirigidos a la población pobre en el área rural con dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud y nutrición.

Todos esto, a través de equipos básicos de salud itinerantes conformados por médico, enfermera, técnico en enfermería, nutricionista, técnico en saneamiento ambiental o educador para la salud y conductor y equipos comunitarios conformados por promotores de salud, parteras comunitarias, auditores sociales, monitoras, miembros de los comités de salud y juntas administradoras de acueductos rurales.

Proyectos y Programas como: El Programa Protección Social con la Red de Oportunidades; Proyecto Mejora de la Equidad y Desempeño en salud; Proyecto Mejora de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud y la Iniciativa de Salud Mesoamericana. Con el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud varias estrategias fueron encaminadas al mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal, así como avance de adecuación de las redes del sistema de salud, cuyos avances comparto: En el uso y calidad de los servicios de parto institucional y la Atención de emergencias obstétricas y del neonato. Refuerzo de la red fija en el segundo nivel de atención y Gestión del recurso humano. Mejoramiento de la gestión hospitalaria bajo la administración 2009-2015 se estableció una nueva categoría de instalación de salud, el MINSA CAPS'i cuyo que hacer se orienta a mejorar la capacidad instalada de la red de primer nivel de atención, utilizando tecnología apropiada como apoyo al diagnóstico y tratamiento. En el caso de nuevas instalaciones se consideró su ubicación en áreas donde no existen recursos de atención de salud y hay demanda de estos servicios por parte de la población.

Estas unidades de atención incluyen la tecnología digital como parte del Hospital Virtual, mediante el cual se da orientación por especialistas para la atención del paciente, se incluyen además de la telemedicina, la tele espirometría, la tele electrocardiografía, tele radiología y la tele mamografía, es importante resaltar este acceso a especialistas y la respuesta en cuanto a poder contar en forma oportuna con los informe de estudios realizados.

La modalidad itinerante se aplica a fin de satisfacer la demanda de servicios en áreas de muy difícil acceso y con población dispersa, mediante la misma se garantiza la atención integral 6 veces al año de estas poblaciones. También se consideró la atención quirúrgica y de diagnóstico mediante las Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria (JAPA) en la cual se ofrece una cartera quirúrgica (salpingectomías, herniorrafias, lipomectomías, circuncisiones, vasectomías y otras), realización de estudios de mamografía, colposcopia, ultrasonido gineco obstétricos y otros

La Reducción de la Desnutrición: En el año 1997 prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, según áreas y peso para edad por estándar de OMS en la República de Panamá en el área urbana era de 5.6 y para el 2008 de 3.9 fuente la Encuesta de Niveles de Vida. 1997, 2003, 2008.

Estrategias para Erradicación de la Desnutrición

- Programa de Alimentación Complementaria (PAC) entrega bimensual a nivel nacional
- Entrega de Micronutrientes y Vitamina A
- Suministro de Antiparasitarios en menores de 5 años
- AIN-C (Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario).
- Promoción en la Lactancia Materna
- Educación Nutricional en la Atención primaria
- Controles de crecimiento y desarrollo
- Atención a la Morbilidad
- Reglamentación de la Ley 50 fomento y protección de la lactancia materna
- Creación de Bancos de Leches

Monitoreo del ion flúor en el agua de consumo humano: En el periodo que abarco 2010- 2012 se incrementó las intervenciones de eficacia comprobada mediante el mantenimiento y mejoramiento de los programas preventivo como el monitoreo del ion flúor según semana epidemiológica, se crea e implementa el formulario de informe epidemiológico de ion flúor en el agua de consumo humano, y se sistematiza la información que se recibe del Instituto Conmemorativo de Investigación del Gorgas, ICGES, para evitar los informes escritos, en apoyo al proyecto Panamá sin papel, ahorrando tiempo en el flujo de la información.

Seguimos con la visión de brindar atención equitativa con igualdad de oportunidades a toda la población de frontera a frontera.

Salud como un Derecho Humano fundamental, es nuestro norte.

Garantizar las condiciones para que las personas más vulnerables alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social es nuestra meta fundamental, y el Ministerio de Salud continua sumando actores a este actuar diario.

FOTOGRAFÍA 4

Control de Calidad: El Ministerio de Salud cuenta con el **Observatorio de Calidad en Salud**, creado por medio de la resolución Ministerial del 05 de junio del 2009 y está conformado por los comités locales y regionales. Es un espacio de información e insumos importantes sobre la calidad de la atención en salud. Recopila, analiza y difunde información para generar conocimiento que apoye el desarrollo e implementación de políticas y estrategias de calidad destinadas a los diferentes usuarios del Sistema de Salud panameño, mismo que surge del interés de las autoridades y equipo de salud en promover una cultura de calidad en las instalaciones de salud y posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial. La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. A través de este observatorio se promueve la participación de todos los interesados en lograr la calidad de la atención en los servicios de salud y generar y compartir información y evidencia en materia de calidad que ayuden a desarrollar y apoyar la implantación de soluciones de calidad.

Con el Observatorio de Calidad en Salud, podemos monitorear y dar seguimiento a la gestión del Sector Salud con el fin de generar indicadores confiables, oportunos y útiles para la toma de decisiones, lo cual nos obliga a sintonizarnos con la tendencia global de establecer espacios de análisis de los avances y limitaciones de las acciones de salud, ya que la orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre la calidad de los mismos esté integrada para su análisis y difusión, de forma tal que permita estimular la generación de conocimiento, con el fin de incitar a los diferentes actores al desarrollo de acciones definidas que sean coherentes con el logro de los resultados esperados por el Sistema.

Auditoria de la Provisión de los Servicios: El objetivo específico temático es determinar la utilidad práctica de cada uno de los conceptos operativos, básicos, de la auditoria de la provisión de servicios de salud: Calidad, Auditoria Clínica, Auditoria Médica, Auditoria de los Servicios de Salud (Criterio y Proceso de Atención), como también diseñar la auditoria de los servicios de salud como instrumento de evaluación del mejoramiento continuo de la **calidad**. A auditoria de la provisión de servicios de salud es uno de los métodos que permite medir el progreso de la mejoría continua de la calidad de la provisión de servicios de salud hacia el estándar establecido como meta mínima de la calidad. A través de las auditorias, regionales y locales, se podrán determinar las desviaciones de los estándares establecidos, medir su significado y aplicar las correcciones de las variaciones de importancia en los resultados obtenidos sobre la atención.

El Ministerio de Salud ha trazado Hoja para llevar a Panamá en materia de salud elabore estrategias para el acceso universal de la salud y cobertura universal de salud.

Esta Hoja Ruta se trabajó junto con las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil, grupos organizados, comités de salud, entre otros actores.

Auditorías Sociales: La evaluación sistemática de los proveedores de servicios sociales por parte de los usuarios favorece la optimización del uso de recursos del Estado, pues de esta manera los tomadores de decisiones pueden reasignar recursos a los proveedores mejor evaluados. Estas evaluaciones son efectivas, ya que los resultados están ligados a incentivos apropiados para influir sobre los proveedores. La participación social a través de la auditoría social contribuye a mejorar el desempeño de los proveedores de servicios de salud; mediante una inversión es posible desarrollar la participación informada de miembros de comunidades pobres, rurales e indígenas para que desempeñen exitosamente la función de auditoría social; y la auditoría social permite incrementar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Actores y red social

1. Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, Otros. Las Regiones de Salud incluyen a los diversos actores sociales desde el análisis de la situación de salud, con la finalidad de poder elaborar de forma conjunta las intervenciones que sean requeridas, según la priorización de acciones y actividades definidas en cada Región de Salud, dichas intervenciones priorizadas deberán ser contempladas en los Planes Estratégicos, Planes de intervenciones anuales, Planes de inversiones y en cada iniciativa de trabajo conjunta, tal como ha sido solicitado.
2. La optimización de recursos existentes, evitar las duplicidades, crear sinergias, complementariedades y construir alianzas estratégicas, es la forma de trabajo en equipo solicitada, estos actores sociales colaboran en la promoción de estilos de vida saludables y la identificación de población que no acude a los servicios de salud.
3. El Plan estratégico de Gobierno 2015-2019 que abarca la estrategia social en salud. toma a futuro las principales acciones y proyectos:
 - En cuanto a Organización: La Red Nacional de Telemedicina y la formación de recursos humanos especializados.

Hemos dado seguimiento a y monitoreado la gestión del Sector Salud con el fin de generar indicadores confiables, oportunos y útiles para la toma de decisiones, lo cual nos obliga a seguir sintonizándonos con la tendencia global de establecer espacios de análisis de los avances y limitaciones de las acciones de salud, ya que la orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre la calidad de los mismos esté integrada para su análisis y difusión, de forma tal que permita estimular la generación de conocimiento, con el fin de incitar a los diferentes actores al desarrollo de acciones definidas que sean coherentes con el logro de los resultados esperados por el Sistema.

- Temas Institucionales y Normativos: fortalecimiento de la rectoría en salud y coordinación para los arreglos institucionales para avanzar en la unificación Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social (MINSAL – CSS).
- En Inversiones: Sistema de Salud Preventiva y acceso universal, completar construcción y financiar equipamiento de proyectos hospitalarios ya establecidos, construcción del Hospital General de Panamá Norte.

Mediante los comités de salud se obtiene apoyo en diversos centros de salud para el buen funcionamiento de los mismos, el rol que desempeñan los comités de salud en la comunidad les permite tener acceso a la participación social en la toma de decisiones y dar sus opiniones en busca de mejorar la calidad, equidad y disponibilidad de los servicios de salud, así como crear conciencia en las comunidades que la salud no es única y exclusiva responsabilidad de quienes ofrecemos los servicios de salud, sino una participación de todos y todas. El fin primordial de los Comités de salud es promover salud en sus comunidades generando acciones que promuevan y protejan la salud de la población. Las Juntas administradoras de agua apoyan la gestión de salud en las comunidades que se abastecen de agua, mediante los acueductos rurales; este organismo hace cumplir las normas básicas para el uso, protección, conservación de las fuentes de abastecimiento, así como las normas específicas de administración, operación y mantenimiento de estas obras sanitarias.

Las juntas administradoras de acueducto rural que dedican su tiempo a la operación, administración y mantenimiento del acueducto rural para la obtención del vital líquido del humano: el agua, la iglesia y su apoyo con sus pastorales de la salud y sus acciones directas en la comunidad, las diversas redes como las ligas antitabaco, los grupos caza mosquitos los grupos de III edad y ONGs que apoyan directamente la gestión y oferta de servicios de salud cuyo sistema de organización está basado en lineamientos, con personerías y bases legales jurídicas reconocidos por el Ministerio de Salud.

Las iglesias juegan un papel social muy importante y desde allí ejecutar acciones de prevención de la salud, sobre todo en la búsqueda del respeto hacia la vida humana, el derecho a la salud, la responsabilidad ciudadana, valores éticos y morales ligados a la salud en general, propiciar espacios para el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la salud mental y practica de estilos de vida saludable.

Los clubes cívicos vienen apoyando las acciones específicas de salud sobre todo en campañas que promueven concienciación, cambio de conductas, prácticas saludables, conocimientos y estilos de vida que prevengan enfermedades, y sobre todo una cultura saludable; también apoyan en la consecución de recursos económicos para garantizar la continuidad de programas de rehabilitación y recuperación de la salud.

Las ligas antitabaco por su parte tienen como fin ser actores sociales que generen acciones de prevención, y promoción en la lucha contra el consumo del tabaquismo, los grupos caza mosquitos son redes que se unen a las acciones de la lucha contra el dengue, chikungunya, promoviendo, orientando a la familia educativa y comunitaria en la eliminación de criaderos en la búsqueda de una cultura saludable del ambiente y su gente. Los grupos de la tercera edad son redes comunitarias que tienen dentro de sus actividades la planificación y ejecución de actividades que le permitan a la población geronte mantener el contacto con los equipos básicos de salud para promover salud hacia una mejor calidad de vida.

FOTOGRAFÍA 6

Avances - Proyección de la red

- Mejora en el acceso a los servicios de salud
 - Programa de extensión de cobertura y grupos itinerantes.
 - Jornadas atención Primaria en salud
 - Construcción de salas de hemodiálisis MINSAL-CES
 - Funcionamiento del Hospital Docente de la 24 de diciembre.
- Mejora en la Red de Instalaciones Hospitalarias y la Red Primaria de Atención construcción de 21 MINSAL-CAPSi y 5 Hospitales
- Rehabilitación de la Red de Salud Existente
- Tecnología Informática en Salud, modernización e implementación de sistemas informáticos en ambas instituciones de salud Teleradiología, telemamografía y Hospital Virtual y expediente electrónico
- Aumentos del abastecimiento de Medicamentos e insumos médico quirúrgicos.
- Incremento significativo en el presupuesto en medicamentos, insumo médico quirúrgico, odontología, laboratorio e imagenología.
En 2009 el presupuesto para medicamentos era de 31.6 millones de balboas
En 2014 el presupuesto para medicamentos es de 95.8 millones de balboas
- Mejoras en los indicadores de salud:
 - Indicadores de salud mejorados.
 - Disminución de la Desnutrición Infantil. En el año 1997 prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, según áreas y peso para edad por estándar de OMS en la República de Panamá en el área urbana era de 5.6 y para el 2008 de 3.9 fuente la Encuesta de Niveles de Vida.
 - Disminución de la mortalidad infantil. De 57.8 que se tenía en 1960, al 2012 tenemos tasa de 14.3
 - Esquema de vacunación de los más amplios del mundo adecuado y reconocido por la OPS con un cobertura de vacunación de más de 90%
- Implementación de la Atención Primaria en Salud, abandonada por otras administraciones, con vías a modelos Preventivos de Salud.
- Programa nacional de control de la tuberculosis: Cobertura del 100% en la aplicación de la estrategia TAES. Porcentaje de Éxito de Tratamiento (83.7%).
- Reducción del Consumo de Tabaco.
- Presupuesto destinado a la formación de profesionales de la salud de 20 millones.

- Incremento salarial a los profesionales de la salud destinados a área del interior, a través de incentivos de 10 millones de dólares.
- Programa de HIV innovador y reconocido a nivel mundial
- A nivel de Salud Pública la incorporación del programa de cuidados paliativos, enfermedades no transmisibles, programa humanización.
- Campañas de Prevención, principalmente Cáncer de Mama, donde la sobrevida por cáncer de Mama ha aumentado en los últimos 5 años.
- Mayor coordinación de servicios, atención e infraestructura.
- Construcción de Salas de hemodiálisis en el interior del país. Coordinación conjunta MINSAs – CSS.
- Creación del Programa Nacional de Banco de Sangre.
- Creación de Consejos de Gestión en los Hospitales regionales, la participación ciudadana en la toma de decisiones.
- Laboratorio de diagnóstico biomolecular en el hospital José Domingo de Obaldía.
- Implementación del trasplante hepático en asegurados y no asegurados.
- Implementación de Bancos de Leche en el Complejo Hospitalario Metropolitano, Hospital del Niño y Hospital José Domingo de Obaldía.
- Incentivos de capacitación a los médicos generales de las Comarcas en Gineco-Obstetricia y Pediatría.
- Implementación de la certificación y recertificación médica.
- Unificación de los Exámenes de residencias CSS y MINSAs.
- Incremento general de salario a todo el personal de salud MINSAs-CSS.
- Incremento del pago de turnos en más del 100% a todos los profesionales de la salud MINSAs-CSS.
- Entre las debilidades se encuentra la necesidad de mejorar y fortalecer las infraestructuras del Primer Nivel de Atención.

En cuanto al ampliar el acceso de los servicios de salud de forma equitativa, es imperante que sigamos trabajando en la definición y sostenibilidad del Sistema de Salud, modelos de atención (APS),

También, fortalecer la rectoría y gobernanza; esto conlleva a actualizar el marco regulatorio del sistema de salud, sostenibilidad de la rectoría en salud, entre otras acciones, tales como: la estrategia de comunicación legal y regulatoria.

Caracterización del sistema regional y proyecciones - Organización y Funcionamiento

I NIVEL DE ATENCIÓN

PUESTO DE SALUD

- Dependencia; Centro de Salud.
- Ubicación; Áreas rurales de difícil acceso.
- Recurso Humano; ayudante de Salud o Asistente Salud.
- Atendido Periódicamente, equipo básico de Salud del centro de Salud responsable o por el equipo de salud itinerante.

Cartera de Servicio: Promoción y prevención de la Salud; Primeros Auxilios, otros.

SUB CENTRO DE SALUD

- Dependencia; Centro de Salud.
- Ubicación; áreas de Difícil acceso.
- Recurso Humano; Auxiliar de Enfermería (Técnico) o Enfermera permanente.
- Atención Periódica; Equipo básico de Salud del Centro de Salud que dependen o por equipo de Salud Itinerante.

Cartera de Servicio: Promoción y prevención de la Salud; Primeros Auxilios; Atención Médica y enfermería programada a la Población (controles de Salud y Atención de Morbilidad).

CENTRO DE PROMOCION DE LA SALUD

- Dependencia; Centro de Salud.
- Ubicación; áreas de la comunidad.
- Recurso Humano; Participa el equipo básico de salud.

Cartera de Servicio: Participación Social y Educación; Comunicación para la Salud; Organización comunitaria;

CENTROS DE SALUD BÁSICO

Recurso Humano: médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de enfermería, farmacéuticos, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, otros.

Cartera de Servicio: Promoción y Prevención de la Salud; Diagnóstico y tratamiento de problemas de Salud; Saneamiento básico y ambiental.

CENTRO DE SALUD CON ESPECIALIDAD

Cartera de Servicio:

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Servicios de Urgencias
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por Medicina General y Especialistas.
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como laboratorios, radiografías, farmacias y otros.
- Saneamiento básico y Ambiental.
- Características:

CENTRO DE SALUD CON CAMAS

Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio:

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros).
- Saneamiento básico y ambiental.
- Atención de parto normal.

Características: Mayor capacidad resolutiva, Dotado de camas, Actúa como centro de referencia para Centros Básicos.

MINSA CAPSI

Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas Gineco-Obstetricia, Pediatría, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio:

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros).
- Saneamiento básico y ambiental.
- Centro de referencia.
- Atención de parto normal.

Características:

- Instalación de mayor grado de complejidad que busca desarrollar un nuevo modelo de instalación incorporando recursos humanos y tecnología de información y comunicación (TICs) que facilite a la población una atención integral, continua e integrada a la red de servicios a nivel regional y nacional, en el marco de la Estrategia Renovada de Atención Primaria de Salud y acorde al modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental.
- Fortalecer la estrategia de atención primaria de salud
- Mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud del país.
- Incrementar las coberturas de atención a las áreas de mayor pobreza e inaccesibilidad.

CENTRO REINTEGRA

- Recurso Humano: Estos centros de atención integral funcionan con un equipo multidisciplinario integrado por terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiología, trabajador social y psicología.

- Carteras de Servicios de Salud
- Cuenta con fonoaudiología, medicina física (fisioterapia), problemas de lenguaje y psicología, estimulación temprana, lesiones, parálisis cerebral, parálisis facial, movilidad reducida, fracturas de codo, mala postura, entre otras.

Características:

- La inclusión y la atención a personas con diferentes tipos de discapacidad física y sensorial fueron creadas para descentralizar la atención
- Describir la patología o enfermedad, identificando su causa, sus repercusiones en la vida cotidiana, su evolución en el futuro, y las expectativas de mejora.
- Determinar las necesidades de tratamiento del paciente y su familia.
- Plantear objetivos de tratamiento realista y comprobable.

Además, permite establecer los criterios base a partir de los cuales se espera una mejora, lo que facilita valorar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados.

II NIVEL DE ATENCIÓN

POLICENTRO DE SALUD

Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.

- Cartera de Servicio:
- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Centro de referencia.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas.
- Cirugía ambulatoria.
- Urgencias.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, imagenología, radiografías y otros).

Saneamiento básico y Ambiental.

Características:

- Es un centro ambulatorio, de referencia a todos los centros de salud de menor complejidad de la red de servicios de Salud.
- Brinda atención enfatizando en un diagnóstico oportuno, la terapia eficaz y eficiente y la rehabilitación precoz y la investigación clínica y biopsicosocial.

HOSPITAL DE ÁREA

- Ubicación; áreas rurales, alejada de la cabecera de provincia.
- Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio:

- Atención ambulatoria.
- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Diagnóstico y tratamiento de Problemas de la Salud.
- Urgencias las 24 Horas.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (farmacia, laboratorio, radiografías y otras).
- Hospitalización.
- Salud ambulatoria.

Características:

Completa la capacidad resolutive de las instalaciones de menor complejidad y realizan servicio ambulatorios y de hospitalización.

HOSPITALES REGIONALES

Recurso Humano; médico especialistas y subespecialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención.

Cartera de servicio:

- Atención ambulatoria.
- Hospitalización en medicina Interna, Gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía y medicina General.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (fisioterapia, imagenología, laboratorio, farmacia),
- Urgencia las 24 horas.

Características

- Centro de referencia final de la demanda de la atención en la Región de Salud.
- Recibe referencia de las Instalaciones del II y I nivel de atención.

III TERCEL NIVEL DE ATENCIÓN**HOSPITALES NACIONALES**

Recurso Humano: médico especialistas y sub especialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención.

Cartera de Servicio:

- Atención ambulatoria.
- Hospitalización en medicina Interna, Gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía y medicina General.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento altamente especializados (fisioterapia, imagenología, laboratorio, farmacia),
- Servicio de Urgencia de alta resolución.
- Consulta quirúrgica, cirugía general y cirugía especializada.
- Consulta Médica, Consulta externa y especialidades.
- UCI unidad de cuidados intensivos y semi intensivos, coronaria y de quemados.

- Banco de sangre.
- Resultados de patología.
- Lavandería y costurería dietética.

Características

- Centro de referencia final de la demanda de la atención a nivel nacional.
- Recibe referencia de las Instalaciones del II y I nivel de atención.
- Atención especializada.
- Sede de educación universitaria en Salud tanto en pregrado como en postgrado en su campo específico de acción.
- Son Instalaciones de alta tecnología.

HOSPITALES SUPRA REGIONALES

Recurso Humano: médicos, médico especialistas y sub especialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención.

Cartera de Servicio:

- Sub especialidades quirúrgicas
- Unidad Coronaria de cuidados intensivos.
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Servicios de urgencia de alta resolución
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos altamente especializados.

Características:

La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

INSTITUTO ESPECIALIZADO

Recurso Humano: Equipo multidisciplinario: médicos, médicos especialistas, cirujanos, enfermeras, auxiliares, otros.

Cartera de servicio:

Atención ambulatoria, pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y sub especialidades.

Características:

Constituyen Instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad.

En la República de Panamá, el número instalaciones del Ministerio de Salud es mayor que la que contempla la Caja de Seguro Social, la población beneficiada por el aseguramiento social es mayor.

En otro aspecto, vemos cómo surge Proyectos como MI SALUD PRIMERO, estrategia del actual gobierno, donde se establece la inversión 50 millones de balboas en el mejoramiento de toda la red primaria de instalaciones, para el 2016.

Actualmente se está dialogando para ver como en un futuro estos dos sistemas de salud establecidos trabajen conjuntamente en beneficio de la población en general del país, sumando al sector privado que sería nuestro tercer sistema de salud.

Ofrecen la más alta tecnología de servicios para satisfacer las necesidades de un sistema orgánico. Para investigaciones científicas y/o atención patológica específica como el cáncer y rehabilitación.

CENTROS NACIONALES ESPECIALIZADOS EN SALUD

Recurso Humano: Equipo multidisciplinario: médicos, médicos especialistas, cirujanos, enfermeras, auxiliares, otros.

Cartera de Servicios:

- Atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y sub especialidades.
- Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad.
- Dirigidos a ofrecer la más alta tecnología.
- Trasplantes de órganos de tejidos
- Centros toxológicos.
- Tratamiento de cáncer.
- Politraumatismos, quemaduras de gran extensión corporal.
- Atención de enfermedades secuelizantes.

Características:

- En estas unidades serán previstas las atenciones por patologías específicas que requieran de alta tecnología

**CUADRO DE INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ:
AÑOS 2009 - 2013**

Año, ciudad, provincia y comarca indígena	Total	Hospitales	Centros de salud y policlínicas (1)	Subcentros y puestos de salud (2)
2009.....	850	61	272	517
2010.....	866	62	288	536
2011.....	860	62	271	527
2012.....	861	61	270	530
2013 (P).....	841	61	279	501
Porcentaje.....	100.0	7.3	33.2	59.5
Ciudad de Panamá.....	67	15	35	17
Ciudad de Colón.....	7	3	3	1

(1) Incluye los Policentros de Salud del Ministerio de Salud; las Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS) y los Centros de Atención, Prevención y Promoción de la Salud (CAPPS), que incluyen los Dispensarios (los cuales fueron habilitados como CAPPS) de la Caja de Seguro Social.

(2) Para el 2011, incluye 6 clínicas colegios (nueva clasificación para algunos dispensarios) del Ministerio de Salud y las Clínicas Satélites de la Caja de Seguro Social.

Fuente: Instalaciones de salud que funcionan en la República de Panamá.

FOTOGRAFÍA 8

Instrumentos de gestión

Auditorias: El Ministerio de Salud viene incorporando el Proceso de Auditoría Social de la Provisión de Servicios, de manera paulatina y descentralizada a toda la Red de Servicios de Salud, como proceso participativo regulador de la provisión de servicios de salud, enmarcado como componente básico en la medición de la calidad de los servicios de salud ofertados, enfocada a la calidad percibida por el usuario, en el año 2008 se firmó un Acuerdo entre las autoridades de la Dirección de Provisión de Servicios y la Dirección General de Salud, en donde se definen las responsabilidades de cada una, en dicho proceso.

En este proceso de Auditoría Social, se han fortalecido los responsables al nivel regional, logrando que con el paso del tiempo sean capaces del desarrollo de las actividades incluidas en el proceso de auditoría, existiendo en cada una de estas regiones un equipo conductor, asesorado y monitoreado por el MINSA Central (Dirección General de Salud Pública DISSP y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud DPSS).

Los esfuerzos logrados y su sostenibilidad dependerá de que se enfatice su incorporación a la gestión institucional en cada región de salud como una manera “normal” de relacionarse y se fortalezca la articulación entre los diferentes niveles de atención, que permita la elaboración de un “Plan de seguimiento a la Gestión y alcance de Metas de la Auditoría Social de toda la Red de Servicios de Salud, como Proceso Participativo Regulador de la Provisión de Servicios de Salud que contribuya al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud ofertados.

Audito: En 2012 se auditaron 35,500 expedientes en 122 instalaciones de la red de primer y 6000 expedientes en 8 hospitales entre regionales y nacionales. Actualmente se está en la fase de campo donde se aplicando el instrumento de auditoría, este proceso se está desarrollando en 125 instalaciones ambulatorias y en 9 hospitales, aunque hay limitantes con el HST por la renuncia del coordinador de auditoría.

Capacitación de Auditores: en el año 2012, se capacitaron 48 auditores y en el 2013 a 50 auditores.

Planes de Mejoras: Desde el año 2011 luego de la presentación de los resultados anuales las instalaciones auditadas realizan sus planes de mejoras a los que le da seguimiento el equipo regional con apoyo del equipo nacional.

Mejora de la Calidad: Los índices de calidad muestran hallazgos que requiere de mucha supervisión por parte de los programas, situación que no fluye con la velocidad requerida, lo que impide la mejora de los mismos.

Sistema de Abastecimiento y Suministro: El MINSA ha realizado adecuaciones para mejorar la gestión de insumo sanitario obteniendo los siguientes logros:

La adquisición de más de 95% de renglones de insumos y la adecuación del Sistema de Misión Crítica para el proceso de levantamiento de las requisiciones y el seguimiento de las mismas. Se capacitó al personal técnico local y regional en la estimación de necesidades de acuerdo a perfil epidemiológico, programas de salud y prioridades mediante la capacitación del personal directamente involucrado con la colaboración de facilitadores del **Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Suministros – UNFPA/ONG PRISMA**, en el cual transcurre actualmente en su tercera etapa de capacitación.

El Sistema de Suministros Sanitarios, con el fortalecimiento de capacidades de su fuerza de trabajo, definición de situación actual y plan de trabajo, con la implementación del programa LSS- SUMA para inventario que en la actualidad se está utilizando en las 14 regiones continuamos en fase de implementación y consolidación, en los Hospitales. Además de la Adquisición e implementación de un sistema de red informática con el apoyo del Sistema de Administración Logística (LSS/SUMA) que permite el manejo de información con los departamentos y regiones de salud involucradas en el proceso de adquisición, distribución y uso de los insumos que adquiere nuestra institución.

Se participa activamente en la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá de la cual el MINSA asume la Presidencia y la Secretaría Ejecutiva.

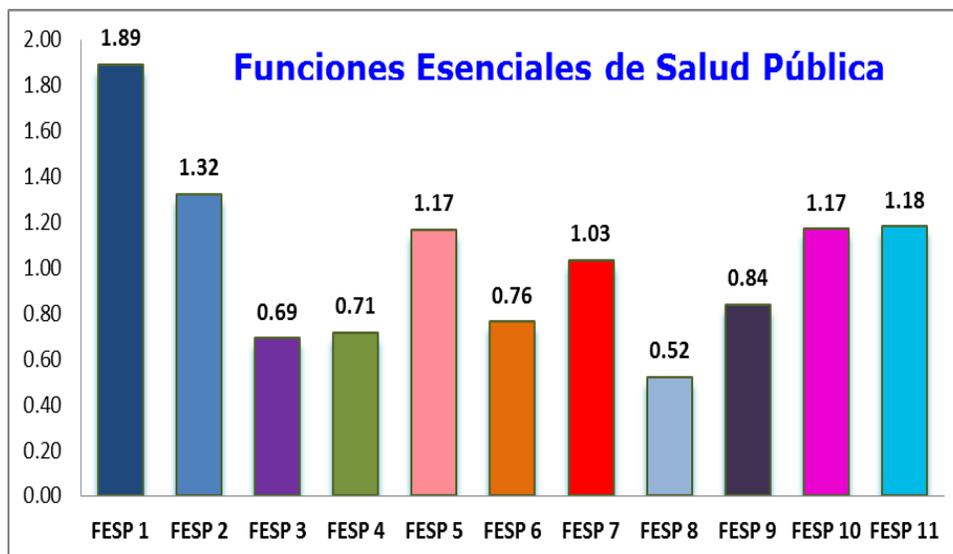
Se cuenta con diseño de modelo típico para la construcción del Depósito Nacional de Medicamentos y de los depósitos regionales, el cual fue trabajado conjuntamente con la Dirección de Infraestructura Sanitaria. Sobre este tema se destaca que han sido infructuosos los varios intentos de mudar el Depósito Nacional hacia un local que nos permita cumplir con las normas establecidas, por lo que la construcción del este depósito tiene carácter de prioridad.

Paralelo a la creación del Sistema Nacional de Suministros de Medicamentos del Ministerio de Salud de la República de Panamá en el año 1993, se hizo evidente la necesidad de contar con una unidad orgánica de nivel central el cual dictara las directrices, en cuanto normas, y supervisara el funcionamiento de los Servicios de Farmacia de las Regiones de Salud, así como promoverá el uso racional de los medicamentos e insumos médicos en las instalaciones de salud a nivel nacional, pero no es sino hasta el año 2009, que se crea el

El Ministerio de Salud viene incorporando el Proceso de Auditoría Social de la Provisión de Servicios, de manera paulatina y descentralizada a toda la Red de Servicios de Salud, como proceso participativo regulador de la provisión de servicios de salud, enmarcado como componente básico en la medición de la calidad de los servicios de salud ofertados, enfocada a la calidad percibida por el usuario.

Como autoridad sanitaria el Ministerio elabora cada quinquenio las políticas de salud, mismos que abordan todos los aspectos importantes, relevantes de nuestro sistema de salud. Apoyándonos en temas que nos afectan y en los determinantes sociales de salud.

Departamento de Gestión Farmacéutica como parte de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud mediante la Resolución N° 665 del 31 de Julio de 2009 “Que modifica la Resolución N° 788 del 12 de Diciembre de 2007” sobre la Estructura Orgánica del MINSA, en el marco del proceso de reforma y modernización del Estado.



Es menester señalar, que el Ministerio de Salud de Panamá desde el año 2009 está trabajando en el fortalecimiento de las capacidades del personal responsable de la gestión logística de insumos sanitarios, consciente que la adecuada gestión del sistema logístico es vital para alcanzar la disponibilidad asegurada de estos productos en el país. Sin embargo, el aseguramiento de la disponibilidad de los insumos sanitarios se ve notablemente afectada por la manera como estos productos son prescritos, dispensados y empleados por el personal de la salud y los usuarios de los servicios de salud en las instalaciones. La adecuada prescripción, dispensación y uso de los insumos sanitarios contribuye a la calidad y sostenibilidad de las prestaciones de salud que se ofrece a la salud panameña; lo contrario resulta en efectos negativos tanto para los pacientes como para la credibilidad y sostenibilidad del sistema de salud.

Debido a la necesidad de contar con una unidad orgánica a nivel central que actuara no sólo como regulador de los procesos de prescripción, dispensación y uso de medicamentos, sino también como promotor de la racionalidad y la calidad en el uso de medicamentos en las instalaciones de salud en beneficio de la población que se atiende en ella. Se creó el Departamento de Gestión Farmacéutica, por la norma mencionada líneas arriba.

Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública como herramientas de gestión Pública de Salud. República de Panamá. Septiembre 2014.

La Función de menor ponderación fue la 3, esta función abarca el tema de Promoción de la Salud, por ende nos vemos en la tarea de seguir trabajando en el fortalecimiento de esta función. Otras como la función 4 y la 8 (participación ciudadana y desarrollo de Recursos humanos y capacitación en Salud Pública, obtuvieron ponderaciones mínimas de tipo medio.

Fortalezas

El conjunto de las Políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción, enmarcan el proceso de Planeación estratégica que realiza el Ministerio de Salud para la vigencia 2015-2019, el cual será complementado con la planeación operativa y la definición de metas e indicadores, de cada nivel institucional nacional, regional y local que se sustentan de forma programática y presupuestariamente, para el logro de una gestión efectiva por resultados. Otras:

- Personal con experiencia, responsable, comprometido.
- Apoyo político-técnico, para el desarrollo y ejecución de las actividades en materia de salud.
- Emisión de lineamientos técnicos que orientan las actividades de la institución, la buena marcha, racionamiento y buen uso de los recursos.
- Existencia de información técnica (informes presupuestales, estadísticas, manuales u otros) para la toma de decisiones.
- Máxima instancia técnica en materia presupuestal mediante la aportación de indicadores, lo que permite la coordinación técnico funcional con la Dirección Nacional de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas.

Debilidades

- Necesidad de fortalecer el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos.
- Deficiencia y dilación por parte de las dependencias e instancias para proveer de información o documentación requerida en forma oportuna, que permita atender de manera eficaz los procesos, conforme a la normatividad, fines y prioridades establecidas.
- La falta de coordinación oportuna, por parte de algunas dependencias que constituye en uno de los grandes inconvenientes para el logro de las metas propuestas, que a su vez provocan toma de decisiones inadecuadas y por tanto fuera del quehacer planificado.
- Desconocimiento de la MISIÓN, VISIÓN, y escaso compromiso para ajustarse a ella por parte de algunos funcionarios técnicos y administrativos, origina que éstos planteen requerimientos, propuestas, reglamentos, proyectos de creación e inversión, etc.
- Necesidad de establecer un programa de inducción para los funcionarios del MINSA.

Como instrumento de gestión el MINSA tiene como fortaleza los resultados de la Evaluación de las funciones esenciales de Salud Pública, mimas que se realizaron con la participación de los sectores sensitivos del

sistema: MINSA; Entidades del sector: Caja de Seguro Social (CSS), Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (IGES), Autoridad Panameña de Seguridad Alimentaria (AUPSA), Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD); Universidades: Universidad de Panamá, Universidad Tecnológica de Panamá (UTP), Universidad Latina, Universidad de Las Américas (UDELAS); Gremios: COMENENAL, ANEP, CONAGREPROTSA, Colegio de Farmacéuticos, CONALAC, AFUSA, APES, APATE, ANFACS; Otras entidades: CGR, MINGOB, ANAM, AMP, AT, MEDUCA, MIVI, MOP, MICI, MIDES, MITRADEL, MIDA, MIRE, Asuntos del Canal, MEF; Secretarías de Presidencia: CONADES, SENAPAN, PAN, SENACYT, PRODEC, Transparencia y Corrupción, PRODAR, SENAFRONT, Cadena de Frío, DIGECA

FOTOGRAFÍA 9

Financiación de los servicios

Inversión del MINSA en salud: la estructura de presupuesto del MINSA contempla los siguientes componentes, el gasto total del MINSA el cual es la suma de los gastos corrientes más las inversiones, es necesario resaltar que la cuenta gastos corrientes se compone de los gastos operativos, los cuales son aquellos que utiliza el ministerio para sufragar todos sus gastos de operación o funcionamiento básico, (agua, luz, teléfono, salarios, medicamentos, insumos medico quirúrgicos, entre otros), más las trasferencias corrientes las cuales están asignadas al presupuesto del MINSA, pero que van dirigidas a otras instituciones del sector salud (como son las pensiones que se pagan y transfieren a la CSS, IDAAN, ASEUPA, PROBIDSIDA, SENAPAN, los recursos de los patronatos y otros subsidios que pertenecen a instituciones del sector).

Si consideramos el presupuesto acumulado de los últimos 8 años, observamos que los Gastos Corrientes son aproximadamente el 73.9% del presupuesto total del MINSA, mientras que las inversiones son el restante 26.2%, el 39.5% de los gastos Corrientes corresponden a los Gastos de Operación, y las Transferencias el 60.5% de los mismos.

De los Gastos de Operaciones, el 66% corresponde a Servicios Personales y este porcentaje, es consistente a través de los años, y el 9.4% en Servicios no Personales, que son más

bien aquellos gastos de los servicios básicos, combustibles, alquileres, entre otros, al unir ambos resulta que el 75.4% del presupuesto es destinado a gastos fijos, tan solo el 23.9% se usó en la Cuenta de Materiales y Suministros bajo la cual se compran los medicamentos e insumos medico quirúrgicos, alimentación de los hospitales insumos para los laboratorios, entre otros.

Se continúa trabajando en aumento y mejora del financiamiento, hemos dado pasos importantes hacia la eliminación del pago directo, mismo que es barrera ponderante para conseguir amplias coberturas de salud y llegar hasta los más vulnerables.

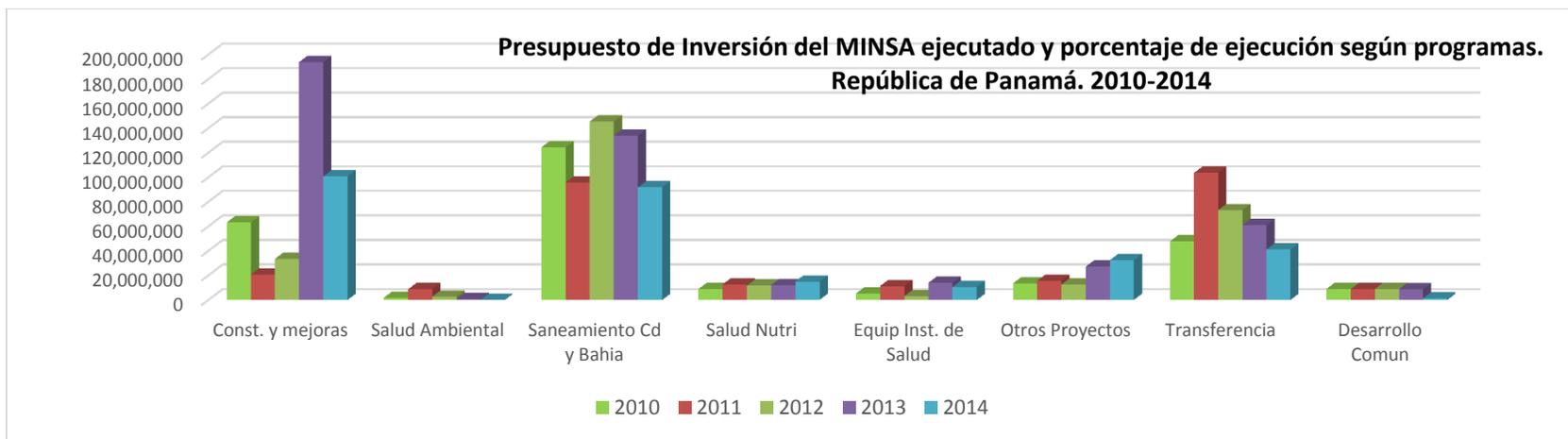
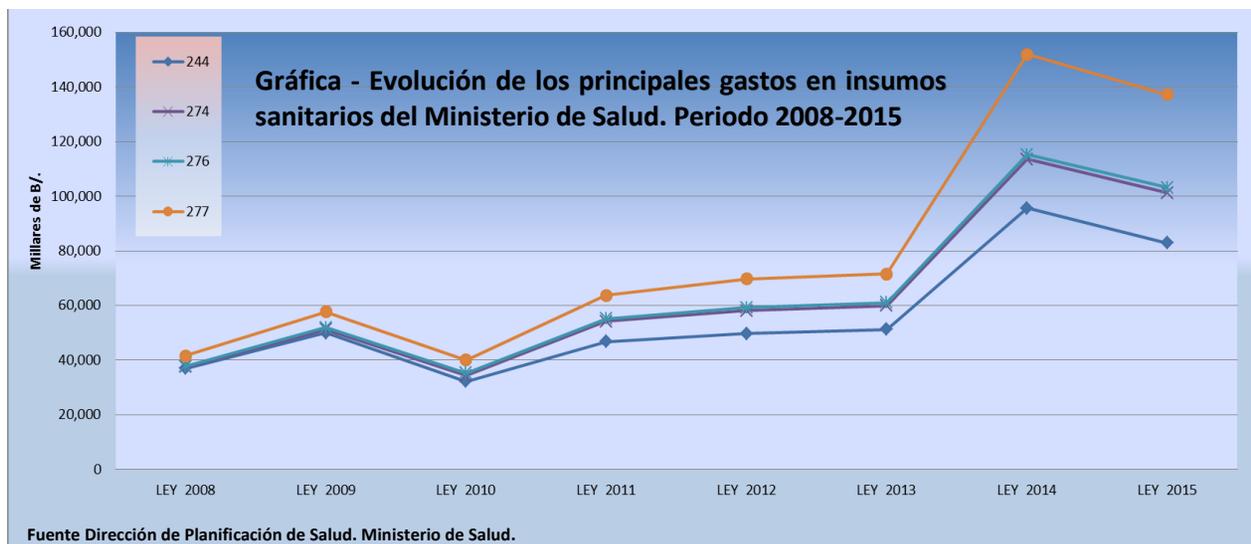
Buscamos culminar con la elaboración de una política de financiamiento estable, oportuna y veraz.

Cuadro - Presupuesto Ejecutado Acumulado del MINSA para los años de 2007 al 2014 y Presupuesto Ley 2015.

Detalle del Concepto	Presupuesto Ejecutado 2008	Presupuesto Ejecutado 2009	Presupuesto Ejecutado 2010	Presupuesto Ejecutado 2011	Presupuesto Ejecutado 2012	Presupuesto Ejecutado 2013	Presupuesto Ejecutado 2014	Presupuesto Ley 2015	Presupuesto Acumulado del 2008 al 2015	Composicion Porcentual del Acumulado
TOTAL MINSA	827,991,848	927,043,723	1,083,080,538	1,115,478,426	1,222,279,180	1,524,904,722	1,749,538,974	2,000,202,300	10,450,519,711	
Incremento Porcentual Coimparado Año Anterior	20.3%	12.0%	16.8%	3.0%	9.6%	24.8%	14.7%	14.3%		
GASTOS CORRIENTES (A+B+C)	676,784,716	730,215,716	801,312,605	838,481,676	930,995,347	1,073,697,624	1,262,693,278	1,400,680,700	7,714,861,662	73.8%
A. TOTAL DE GASTOS DE OPERACIONES	241,211,530	263,693,339	275,009,491	330,786,497	370,418,464	415,570,570	539,711,500	612,907,400	3,049,308,791	39.5%
SERVICIOS PERSONALES	162,918,255	179,764,714	199,355,678	232,683,312	250,715,026	295,519,029	327,818,949	364,994,200	2,013,769,163	66.0%
SERVICIOS NO PERSONALES	17,898,251	15,809,087	21,183,813	18,883,054	36,897,028	34,812,436	59,761,387	82,805,000	288,050,056	9.4%
MATERIALES Y SUMINISTROS	58,047,188	62,738,713	54,201,568	79,018,633	79,065,636	81,059,749	150,625,665	162,852,400	727,609,552	23.9%
MAQUINARIA Y EQUIPO	2,187,936	2,461,425	109,031	41,598	667,253	1,354,597	1,505,499	2,010,200	10,337,540	0.3%
B. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	435,573,186	466,522,377	526,303,114	507,695,179	560,576,883	658,127,054	722,981,778	787,773,300	4,665,552,871	60.5%
C. ASIGNACIONES GLOBALES	159,900	2,919,400	159,400	159,900	3,073,521	2,824,759		245,600	9,542,480	
INVERSION	151,207,132	196,828,007	281,767,933	276,996,750	291,283,833	451,207,098	486,845,696	599,521,600	2,735,658,049	26.2%
Poblacion Esimada	3,395,346	3,450,349	3,504,483	3,723,821	3,787,511	3,850,735	3,913,275	3,975,404	29,600,924	
Gasto per capita	B/. 243.86	B/. 268.68	B/. 309.06	B/. 299.55	B/. 322.71	B/. 396.00	B/. 447.08	B/. 503.14		

Fuente Dirección de Planificación de Salud. Ministerio de Salud.

El MINSa ha visto un incremento en los recursos presupuestarios asignados en los últimos años, el presupuesto asignado para el año 2015 ha crecido en casi 2.4 veces lo que fue el presupuesto ejecutado en el año 2008, los grandes incrementos se dan en las partidas de recursos humanos la cual es incremental por las leyes salariales que tienen los distintos gremios del sector y por los nuevos nombramientos del personal técnico y administrativo requerido que se están dando, para poder habilitar las nuevas instalaciones de salud. De igual forma, las partidas de medicamento e insumos medico quirúrgicos se han incrementado notablemente, principalmente para el periodo 2010-2014 donde alcanzaron por primera vez los montos solicitados.

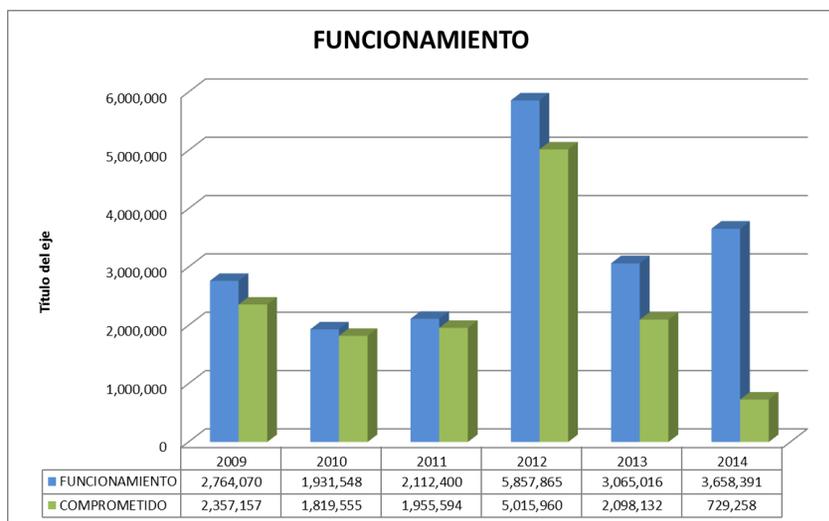


FOTOGRAFÍA 10

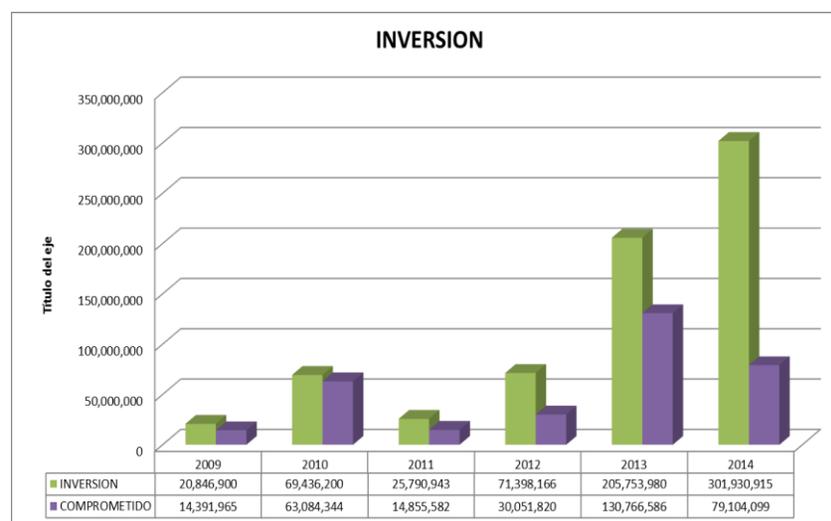
CUADRO ASIGANCIÓN PRESUPUESTARIA E INVERSIÓN – DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD (DIS-MINSA)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FUNCIONAMIENTO	2,764,070	1,931,548	2,112,400	5,857,865	3,065,016	3,658,391
COMPROMETIDO	2,357,157	1,819,555	1,955,594	5,015,960	2,098,132	729,258
INVERSION	20,846,900	69,436,200	25,790,943	71,398,166	205,753,980	301,930,915
COMPROMETIDO	14,391,965	63,084,344	14,855,582	30,051,820	130,766,586	79,104,099

GRÁFICA DE FUNCIONAMIENTO 2009 - 2014



GRÁFICA DE INVERSIÓN 2009 - 2014



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACION DE SALUD
Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO DE INVERSIONES 2015

PROGRAMA	CÓDIGO SINIP	DESCRIPCIÓN	ANTEPROYECTO TOTAL SOLICITADO 2015	DICTAMEN TÉCNICO PROYECTOS ENVIADOS A LA DPI-MEF VIGENCIA 2015	ESTADO DE LOS PROYECTOS
PROGRAMA 1	010110.999	CONSTRUCCIÓN Y REMODELACIONES DE INSTALACIONES DE SALUD	472,050,685		
	Edificios para Centros de Salud (Programa de Mejoramiento Regional)		8,457,291		
	012108.999	Bocas del Toro (REGIÓN)	763,000	Aprobado	Continuidad
	012111.999	Veraguas (Región)	365,000	Aprobado	Continuidad
	012111.003	Veraguas (Hospital Luis "Chicho" Fábrega)	500,000	Aprobado	Continuidad
	012112.999	Ngabe Bugle (Región)	673,500	Aprobado	Continuidad
	012115.999	Guna Yala (Región)	810,000	Aprobado	Continuidad
	012116.999	San Miguelito	415,000	Aprobado	Continuidad
	012117.999	Panamá Oeste (Región)	300,000	Aprobado	Continuidad
	012117.001	Panamá Oeste (Hospital Nicolás A. Solano)	400,000	Aprobado	Continuidad
	012125.999	Metropolitana	390,000	Aprobado	Continuidad
	012126.999	Panamá Este	330,000	Aprobado	Continuidad
	012127.999	Los Santos (Región)	425,000	Aprobado	Continuidad
	012127.002	Los Santos (Hospital Joaquín Franco)	400,000	Aprobado	Continuidad
	012129.999	Herrera (Región)	745,000	Aprobado	Continuidad
	012130.999	Darién (Región)	532,291	Aprobado	Continuidad
	012136.999	Chiriqui (Región)	435,000	Aprobado	Continuidad
	012138.999	Colón (región)	453,500	Aprobado	Continuidad
	012149.999	Coclé (Región)	520,000	Aprobado	Continuidad
PROGRAMA 1	Proyectos de Construcción - Continuidad y Nuevos		463,593,394		

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD
CONSOLIDADO DEL PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIONES DE 2014

Nº	DETALLE DEL GASTO	PRESUPUESTO LEY 2014	COMPROMISOS	SALDO	OBSERVACIONES					
	TOTAL	312,727,398.00	0.00	312,727,398.00						
1	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	OTROS GASTOS (INSUMOS VARIOS)	87,253.00	0.00	87,253.00	Otros gastos				
		MANT Y REP DE INFRAESTRUCTURAS	241,535.00	0.00	241,535.00	Mantenimiento infraestructuras				
		DIESEL	50,000.00	0.00	50,000.00	Combustible flota vehicular				
		OTROS MANT Y REPARACIONES	407,142.00	0.00	407,142.00	Otros mantenimientos varios				
		REPUESTOS	15,000.00	0.00	15,000.00	Repuestos				
		CONSULTORIAS	385,890.00	0.00	385,890.00	Estudios, consultorías				
		PRENDAS DE VESTIR	8,000.00	0.00	8,000.00	Vestuario personal				
		HERRAMIENTAS	2,000.00	0.00	2,000.00	Herramientas				
		VIÁTICOS	195,000.00	0.00	195,000.00	Viaticos personal inspeccion/mant. nivel nal.				
		MATERIALES DE CONSTRUCCION	9,164.00	0.00	9,164.00	Materiales de construcción				
		PINTURAS	25,000.00	0.00	25,000.00	Pinturas				
		OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS	25,000.00	0.00	25,000.00	Otros Productos Químicos				
		EQUIPOS DE COMPUTADORA	500.00	0.00	500.00	Computadoras				
		MAQUINARIAS Y EQUIPOS VARIOS	500.00	0.00	500.00	Equipos				
SALARIOS PERSONAL	SERVICIOS PERSONALES	2,627,740.00	0.00	2,627,740.00	Salarios y prestaciones sociales					
2	MANTENIMIENTO A HOSPITALES	AQUILINO TEJEIRA (COCLÉ)	0.00	37,500.00	0.00	37,500.00	Recursos para los Hospitales en actividades de mantenimiento y reparación de infraestructuras.			
		CECILIO CASTILLERO (HERRERA)	0.00							
		ANITA MORENO (LOS SANTOS)	0.00							
		JOAQUÍN P. FRANCO (LAS TABLAS)	0.00							
		CHICHO FÁBREGA (VERAGUAS)	0.00							
		NICOLÁS SOLANO (PANAMÁ OESTE)	37,500.00							
3	MANTENIMIENTO REGIONAL	BOCAS DEL TORO	32,500.00	662,500.00	0.00	662,500.00	Recursos para las Regiones en actividades de mantenimiento y reparación de infraestructuras.			
		COCLÉ	50,000.00							
		COLÓN	25,000.00							
		CHIRIQUÍ	62,500.00							
		DARIÉN	37,500.00							
		HERRERA	25,000.00							
		LOS SANTOS	75,000.00							
		METROPOLITANA	100,000.00							
		PANAMÁ OESTE	30,000.00							
		PANAMÁ ESTE	50,000.00							
		KUNA YALA	25,000.00							
		NGOBE BUGLE	25,000.00							
		VERAGUAS	75,000.00							
SAN MIGUELITO	50,000.00									
4	PROYECTOS REGIONALES	NUEVO HOSPITAL DE BOCAS	4,005,800.00	307,947,674.00	0.00	307,947,674.00	Proyecto licitado			
		MINSA CAPSI EL COPÉ	3,650,000.00					0.00	3,650,000.00	Proyecto en vías de licitar
		NUEVO HOSPITAL DE BUGABA	23,386,955.00					0.00	23,386,955.00	Proyecto en ejecución
		NUEVO HOSPITAL DE DARIÉN	26,011,319.00					0.00	26,011,319.00	Proyecto en ejecución
		NUEVO HOSPITAL ANITA MORENO	90,393,600.00					0.00	90,393,600.00	Proyecto en ejecución
		CENTRO DE SALUD DE TOCUMEN	500,000.00					0.00	500,000.00	Proyecto en ejecución
		NUEVO HOSPITAL LUIS CHICHO FÁBREGA	160,000,000.00					0.00	160,000,000.00	Proyecto en ejecución

Anexos

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AAUD	Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario
ACODECO	Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia
ACP	Autoridad del Canal de Panamá
AIN-C	Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario
AMN	La Autoridad Marítima Nacional
AMPYME	Autoridad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa
ANCON	Asociación Nacional para la Conservación de la Naturaleza)
ANIS	Almacén Nacional de Insumos sanitarios
APMP	Años perdidos por muerte prematura
APS	Atención primaria en salud
ASEP	Autoridad de Servicios Públicos
ASEUPA	Asociación de Empleados de la Universidad de Panamá
ATSDR	Registro de Enfermedades del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
AVPP	Años de Vida Productiva Perdidos Prematuramente
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BK	Bacilos copia positiva o negativa
CAPSi	Centro de Atención Primaria en Salud Innovadora
CASPAN	Centro Ann Sullivan en Panamá
CATHALAC	Centro del Agua del Trópico Húmedo para América Latina y el Caribe
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFC	Clorofluorocarbono
CH₄	Metano
CIF	Cost, insurance and freight (costo, seguro y flete)
CM	Centímetro
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CO₂	Dióxido de carbono
CONADES	Conferencia Nacional sobre Desarrollo Social
CONE	Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
COTEPa	Compañía Técnica Paraguaya
CSS	Caja de Seguro Social
DBO₅	Demanda Bioquímica de Oxígeno
DGI	Dirección General de Ingresos

Continuación	
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
DSH/P	Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos
ECL	Equipo Conductor Local
ECN	Equipo Conductor Nacional
ECR	Equipo Conductor Regional
EEC	Estrategia de Extensión de
EHTSM	Exposición al humo del tabaco de segunda mano
EMTA	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes
EMTJ	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes
ENA Panamá	Empresa Nacional de Autopista de Panamá
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ENSCAVI	Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida
ENT	Enfermedad No Transmisibles
ENV	Encuesta de Niveles de Vida
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ETA	Enfermedades transmitidas por alimentos
ETESA	Empresa de Transmisión Eléctrica S.A
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
GHPSS	Encuesta mundial de tabaco en estudiantes de profesiones de la salud
Gr	Gramos
GTSS	Sistema de Vigilancia Mundial sobre el Tabaco
HG	Símbolo del elemento Mercurio
HTA	Hipertensión Arterial
IDAAN	Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
IDAAN	Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
IDRC	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
IEA	Instituto Especializado de Análisis
IGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud
IMC	Índice de Masa Corporal
INADHE	Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano
INDICE DE GINI	Coefficiente de Gini expresado en porcentaje y el igual a coeficiente de Gini multiplicado por 100
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
INFLUENZA AH1N1	Subtipo de virus de influenza A que fue la causa más común de los humanos de la influenza (gripe)
IPHE	Instituto Panameño de Habilitación Especial

Continuación	
ISC	Indicador Sintético de Consumo
ITBMS	Impuesto de Transferencia de Bienes Muebles
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVA	Impuesto de Valor Añadido
IV	Vía endovenosa
JAAR	Juntas Administradoras de Aguas Rurales
JAPA	Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria
JAPA	Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria
JICA	Agencia de Cooperación Japonesa
Kg	Kilogramos
LSS- SUMA	Sistema de Apoyo Logístico-Sistema de Gestión de Suministros
MDL	Mecanismo de Desarrollo Limpio
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIAMBIENTE	Ministerio de Ambiente
MICI	Ministerio de Comercio e Industria
MIDES	Ministerio de Desarrollo social
MINGOB	Ministerio de Gobierno
MINSA	Ministerio de Salud
NCHS	Centro Nacional para Estadísticas de Salud
NMP	Método de Numero más Probable
NO₂	Óxido de nitrógeno
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OIMT	Organización Internacional de las Maderas Tropicales
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas contra la pandemia del VIH / SIDA.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio (Medida de Efecto)
OSH	Oficina de Seguridad y Salud
PAC	Programa de Alimentación Complementaria
PAHO	Organización Panamericana de la Salud en sus siglas inglesas
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud +Nutrición
PCB	Bifenilos Poli clorados
PEA	Población Económicamente Activa
PEG	Plan Estratégico de Gobierno
PET	Personas en Edad de Trabajar

PF	Planificación Familiar
Continuación	
PIB	El Producto Interno Bruto
PM	Partículas de materia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROBIDSIDA	Pro Bienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH/SIDA
PROXY	Indicador utilizado en Nutrición
PSPV	Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables
REGES	Registros Estadísticos
RMS	Región Metropolitana de Salud
RO	Red de Oportunidades
RSSM	Región de Salud de San Miguelito
SADI	Atención domiciliaria a pacientes crónicos
SCPH	Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus
SENAPAN	Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentario y Nutricional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIES	Sistema de Información Electrónico en Salud
SIG	Sistema de Información Geográfica
SMSL	Síndrome de muerte súbita del lactante
SPNF	Sector Público No Financiero
SPS	Sistema de Protección Social
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para la Tuberculosis
TB	Tuberculosis Pulmonar
Tdap	Toxoide Tetánico Diftérico Acelular
TEA	Trastornos del Espectro Autista
TFI/OMS	Tobacco Free Initiative (Iniciativa Liberarse del Tabaco)
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TICs	Tecnología de información y comunicación
Ton/hab	Toneladas/habitantes
UDELAS	Universidad de Las Américas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UTP	Universidad de Panamá, Universidad Tecnológica de Panamá
Vacuna BCG	Bacillus Calmette–Guérin
Vacuna DPT	Vacunas contra Difteria, Tosferina y Tétanos.
Vacuna MMR	vacuna contra el sarampión , las paperas y la rubéola
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano
WHO	Organización Mundial de la Salud
Z	Desviación Estándar

Bibliografía

- Ministerio de Salud de Panamá, 2010-2015. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2000-2004. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2011-2015. “Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo”. República de Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2010. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2013. Situación de salud en Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2007. Situación de Salud Mental en Panamá
- Organización Mundial de la Salud, 2010-2011. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud, 2003. “Epidemias Mundiales Desatendidas: Tres Amenazas Crecientes”. Informe Sobre la Salud en el Mundo.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. del Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de la República de Panamá. Año 2012-2015.
- Contraloría General de la República de Panamá Dirección de Estadísticas y Censo. Estadísticas Vitales, Año 2013
- Contraloría General de la República de Panamá Dirección de Estadísticas y Censo. Encuestas de Hogares, años 2010, 2011, 2012.
- Contraloría General de la República de Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República, en conjunto con la Dirección de Análisis Económico y Social del MEF, Encuesta de niveles de vida, año 2013.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Análisis y Tendencia de Salud. 2005.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, Boletines 2010, 2011, 2012.
- Ministerio de Salud Memoria 2010, 2011 y 2012.
- Ministerio de Salud, Registro Nacional del Cáncer, año 2011, 2012.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión, Anteproyecto de presupuesto de Inversiones 2015.
- Ministerio de Salud, Dirección de Infraestructura de salud, Consolidado del presupuesto de funcionamiento e inversiones del 2014.

Enlaces

<http://www.atp.gob.pa/>
<http://panama.unfpa.org/poblacion-panama>
<http://www.minsa.gob.pa>
<http://www.contraloría.gob.pa>
<http://www.ignpanama.anati.gob.pa>
<http://www.miambiente.gob.pa>
<http://www.hodromet.gob.pa>
<http://www.etsa.gob.pa>
<http://www.energia.gob.pa>
<http://www.asep.gbc.pa>
<http://www.presidencia.gob.pa>
<http://www.pancanal.com>
<http://www.mef.gob.pa>
<http://www.sinaproc.gob.pa>
<http://www.css.org.pa>
http://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27708_A/49707.pdf