

PANAMÁ



Panamá tiene una extensión territorial de 75.517 km², que se distribuyen en nueve provincias, cinco comarcas indígenas (tres con nivel de provincia), 75 distritos y 621 corregimientos (dos de ellos comarcales) (1).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Panamá ha sido catalogado como país de ingresos medios altos (2). Tiene una economía de crecimiento sostenido (con una tasa de crecimiento a largo plazo cercana a 5% anual y 2% per cápita en los últimos 15 años), cuyo nivel de actividad registró en 2005 un producto interno bruto (PIB) nominal de US\$ 15.466,7 millones y un PIB por habitante de US\$ 4.318 (3) (un crecimiento de 6,4% y 2,0% respectivamente, en relación con 2004). La actividad productiva está fuertemente concentrada en el sector servicios (76,3% del PIB), con pocos encadenamientos hacia el resto de la economía, en tanto que la manufactura y la construcción aportan en conjunto 12,0% y el sector primario (agricultura y minería) 8,1% (4). A pesar de la relativa bonanza económica, en 2005 el saldo de la deuda pública registrada, exceptuando la contraída con las fuentes gubernamentales como la Caja de Seguro Social (CSS) y con entidades financieras públicas, ascendió a US\$ 10.231,3 millones, equivalentes a 66,2% del PIB (US\$ 2.651,6 millones —25,9%— de deuda interna y US\$ 7.579,7 millones —74,1%— de deuda externa) (3, 4).

La situación política y económica del país se encuentra influida por su pasado reciente, cuyos aspectos más destacados son el reinicio de la vida democrática (1990) (5, 6), la desocupación de la denominada “área canalera” y la transferencia de la administración del Canal de Panamá en 1999 (7). En ese período, un estudio sobre las percepciones de los panameños halló que los problemas considerados relevantes eran: la cuestión nacional (el Canal de Panamá), la cuestión política (la democracia) y la situación económica (el empobrecimiento de la población) (8), temas que continúan presentes en la vida política y económica nacional. La encuesta de niveles de vida de 2003 (ENV 2003) corroboró la percepción de la población sobre el desempleo como el problema más preocupante (9); casi dos terceras partes (61,4%) de los hogares identificaron la falta de trabajo como la causa principal del deterioro de las condiciones de vida y la generación de la pobreza en la población. Además, en el ámbito comunitario los jefes de hogar señalaron la falta de infraestructura (30%), la carencia de acceso a servicios básicos (26%) y la falta de seguridad (12%) como problemas que deben resolverse urgentemente (9). En coincidencia con esta lectura del contexto político y so-

cial, los “diálogos nacionales” entre diferentes sectores (10, 11), al igual que en la mayoría de los gobiernos, han incluido la reducción de la pobreza, las reformas económicas y el crecimiento sostenible entre sus políticas y objetivos.

En este contexto, fue elegido un nuevo presidente para el período 2004–2009, obteniendo también mayoría legislativa (52% de los escaños) y en los gobiernos municipales (69% de las alcaldías). Su programa de gobierno (12), expresado en las políticas económicas y sociales (13) y en los objetivos y metas planteados (14), busca el desarrollo económico sostenible con inclusión social mediante el fortalecimiento de la competitividad del aparato productivo nacional, la creación y mantenimiento de un clima favorable a la inversión productiva, la promoción de la participación social organizada y el afianzamiento de las capacidades de las personas y las comunidades, y el desarrollo de programas de inversión social que garanticen el acceso equitativo a los servicios básicos, particularmente a los grupos más vulnerables.

En 2005, la población económicamente activa (PEA) ascendía a 1.407.458 personas (con una tasa de participación de 63,5% de la población de 15 y más años); 90,2% de la PEA se encontraba ocupada, 43% de ella en actividades informales. El nivel de desempleo abierto alcanzaba 7,2% (15). La ENV 2003 (9) halló que: el mercado de trabajo panameño refleja falta de equidad en cuanto a oportunidades de trabajo por género, lo que mantiene a la mujer con mayores tasas de desocupación que los hombres (15,1% y 8,0%, respectivamente); casi la mitad (44%) de los desocupados tienen edades comprendidas entre 15 y 24 años; el desempleo es un problema fundamentalmente de las zonas urbanas, que presentan una tasa de desocupación de 12,4% y concentran 75% de los desocupados del país, mientras que el subempleo es un fenómeno característico de las zonas rurales e indígenas. La tasa de desempleo es de 11,7% en la población pobre (pobreza extrema y no extrema en su conjunto) y de 10,3% en la población no pobre; en las zonas urbanas el problema es más grave (17,6% y 11,4% respectivamente).

La mediana del salario mensual para los empleados no indígenas de 15 y más años de edad, en 2005 y en el ámbito nacional, se situó en US\$ 322,3 (US\$ 326,3 para los hombres y US\$ 314,9 para las mujeres), y se diferencia según los sectores productivos: servicio doméstico US\$ 115,5; agricultura US\$ 136,5; pesca US\$ 241,7; industrias manufactureras US\$ 311,9; construcción US\$ 350,6; administración pública US\$ 434,5; enseñanza US\$ 506; interme-

diación financiera US\$ 551,7) (15). Los promedios de ingreso anual per cápita en las provincias se movieron en extremos como el de la Comarca indígena Ngöbe Buglé, con US \$370,5 (varones US\$ 513 y mujeres US\$ 228), y la Provincia de Panamá, con US\$ 3.138 (varones US\$ 3.977 y mujeres US\$ 2.299) (15). Un análisis del ingreso per cápita según deciles realizado sobre la base de la ENV 2003, muestra un promedio nacional de US\$ 2.482 anuales, con US\$ 81 en el primer decil y US\$ 10.943 en el décimo. Así, 20% de la población más pobre recibe apenas 1,9% del ingreso total, y, en el otro extremo, 20% de la población con mayores recursos obtiene 61,2% del ingreso total. En ese año, el coeficiente de Gini para la distribución del ingreso se estimó en 0,58 (9). La inflación general, medida por el índice de precios al consumidor (IPC) para la ciudad de Panamá y el Distrito de San Miguelito fue de 3,3%, y la correspondiente a la canasta básica de alimentos fue de 4,8% en 2005 (3), ambos niveles relativamente altos para Panamá, que guarda un registro menor a 1,0% en los cinco años previos. El costo total mensual de la canasta básica de alimentos (de 2.305 calorías por persona por día para un hogar de 3,84 miembros) a diciembre de 2005 fue de US\$ 207,32 (16).

La ENV 2003 halló que cerca de cuatro de cada 10 personas viven en condiciones de pobreza total (36,8% de los habitantes con un consumo total de US\$ 953 por persona al año) y, del total de la población, 16,6% (508.700 habitantes con un consumo total de US\$ 534 por persona al año) se encuentran en situación de pobreza extrema (17). De 1997 a 2002 (18) la pobreza se redujo apenas 0,5%; en las zonas urbanas se incrementó, alcanzando a uno de cada cinco habitantes (pobreza general 2003: 20,0%, pobreza extrema 2003: 4,4%) y en las zonas rurales indígenas se profundizó comprometiendo a 98,4% de su población, de los cuales nueve de cada 10 viven en pobreza extrema.

Los menores de 6 años son los más afectados por la pobreza: aproximadamente uno de cada tres se encuentra en situación de pobreza extrema (29,2% de los niños de 0 a 5 años) y más de la mitad se hallan en situación de pobreza total (54,1% de los niños entre 0 a 5 años); entre la población joven de 15 a 24 años de edad, la incidencia de la pobreza fue de 36,7% y la de pobreza extrema, de 16,2%. En relación con los hogares, uno de cada cuatro (25,9%, 196.232 hogares) se encuentra en condiciones de pobreza general, de los cuales más de las dos terceras partes (66,8%) son hogares rurales, y uno de cada 10 (9,6%, 72.498 hogares) vive en condiciones de pobreza extrema (84% en la zona rural, incluidas las áreas indígenas) (9). En cuanto a los distritos, 68% (51/75) presentan altos niveles de pobreza con bajos niveles de desigualdad, y albergan a 20% de la población y a 56% de los pobres del país; en conjunto, tienen una densidad poblacional reducida (17,4 habitantes por km²) y una elevada proporción de población rural (74%); 27% de los distritos (20/75) presentan niveles bajos de pobreza, con niveles bajos de desigualdad y albergan a 62% de la población y a 38% de los pobres del país; en conjunto, son los que tienen mayor densidad pobla-

cional (141 habitantes por km²) y menor proporción de población rural (38%) (19).

La distribución del consumo por persona en 2003 fue muy desigual, con un coeficiente de Gini de 0,47. El escaso nivel de consumo del quintil más pobre de la población (consumo anual promedio de US\$ 371 por persona, 4,0% del consumo total nacional) implica que por cada dólar que consume una persona del quintil más rico (consumo anual promedio de US\$ 4.803 por persona, 51,9% del consumo total nacional), una del primero consume solamente ocho centavos. Es decir, los más ricos consumen 13 veces lo que consumen los pobres (17).

Por lo que se refiere a su potencial de desarrollo, Panamá posee un índice de desarrollo humano (IDH) calificado como alto (20): 0,804 (ocupa la posición 56 de 177 países evaluados) y un índice de pobreza humana (IPH) que alcanzó 7,7% (ubicándose en la posición nueve de 103 países en desarrollo). La distribución de este potencial de desarrollo, medida por el índice de desarrollo humano potencial de Panamá (IDHP) en 2002, muestra que para el total de las zonas urbanas, el desarrollo humano se mantuvo en 0,753 y en las zonas rurales, en 0,46 (21). El análisis de las brechas entre provincias para cada componente del IDHP revela que la dimensión con mayor adelanto y menor disparidad es la esperanza de vida al nacer, en la que la provincia con menor progreso (Comarca Emberá, 0,657) presenta un logro medio equivalente a 76,4% de la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,860). Los logros en educación reflejan una brecha significativa entre la provincia con menores resultados (Comarca Ngöbe Buglé, 0,396), que tiene un logro equivalente a 51,8%, y la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,764). La dimensión del nivel decente de vida (que integran los indicadores de ingreso, empleo, vivienda y servicios básicos) presenta la situación más crítica, por ser la que registró el menor logro relativo y la más alta disparidad; así la provincia con menor logro (Comarca Emberá, 0,108) representa apenas 17,9% de la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,605) (22).

En los planos económico, social y cultural la situación es desventajosa para las mujeres: con mejores niveles educativos (escolaridad total: hombres 8,6 años; mujeres 9 años), los salarios que perciben por su trabajo son inferiores (ocupados urbanos con ingresos superiores al salario mínimo: hombres 68,4%; mujeres 59,7%); y la participación política femenina es limitada (ocupados en puestos políticos: hombres 89,6%; mujeres 10,4%) (23). El índice de nivel de vida a escala nacional de los hombres se situó en 0,551 y el de las mujeres en 0,521, pero en el caso de las mujeres rurales e indígenas la condición de desigualdad adquiere niveles alarmantes (Ngöbe Buglé: hombres 0,135 y mujeres 0,072; Kuna Yala: hombres 0,185 y mujeres 0,065).

En materia de instrucción pública, el país ha realizado importantes progresos en educación básica. En 2003, la tasa de alfabetización de la población de 15 años y más era de 93,1% (24). El analfabetismo que se registra se debe en gran medida a las elevadas tasas prevalecientes en personas de 40 años y más que

viven en condiciones de pobreza. La cobertura nacional de educación primaria fue de 94,2%; no obstante, las coberturas de educación preescolar (50,0%), secundaria (70,2%) y superior (23,9%) continúan siendo bajas. El índice de paridad de género revela que en las zonas urbanas acuden a la escuela primaria 94 niñas por cada 100 niños, mientras que en las zonas indígenas la disparidad es mayor, con 86 niñas por cada 100 niños. Esta inequidad en el acceso a la educación primaria de las niñas indígenas se acentúa en el nivel medio, al que solo asisten 68 niñas por cada 100 niños. En el acceso a la educación superior las brechas se profundizan con los niveles de bienestar: la población de los cuatro deciles de consumo inferiores registra tasas de cobertura netas de menos de 10% en jóvenes de 18 a 24 años, mientras que en el de más alto consumo la cobertura es de 57,1%.

La escolaridad promedio en la población de 25 a 39 años de edad fue de 8,6 grados en el ámbito nacional, pero existe una importante diferencia entre la población del primer quintil, con 4,1 grados de educación, y la del quinto quintil, con 12,1 grados. La población indígena, en su mayoría pobre, solo alcanzó 2,9 grados de educación (9).

En 2004, el gasto social en educación fue de US\$ 607 millones, distribuidos en los niveles de preescolar y primaria; medio; y superior; a razón de US\$ 393,98, US\$ 724,67 y US\$ 1.181,37 per cápita respectivamente. El gasto en educación preescolar, primaria y secundaria ha sido progresivo (coeficiente de concentración de -0,219, -0,275 y -0,029 respectivamente) en contraste con la enseñanza superior (coeficiente de concentración 0,3858). La asistencia educativa en becas beneficia a 6% de la población estudiantil; la mayor proporción de becas otorgadas por entidades del gobierno en 2003 fue para realizar estudios secundarios (58%), primarios (35%) y superiores (7%), pero menos de la tercera parte (30%) de los beneficiarios son pobres, y en el caso de la educación superior 100% de las becas fueron para los no pobres (9).

Con respecto a la alimentación en los hogares panameños, el consumo aparente diario de energía fue de 6.832 kcal por familia (no pobres 6.529 kcal y pobres 7.475 kcal) y de 1.608 kcal por persona (no pobres 1.697 y pobres 1.326 kcal), mientras que entre la población rural indígena y los que viven en condiciones de pobreza extrema fue significativamente menor (1.200 kcal y 1.144 kcal, respectivamente). La energía alimentaria consumida provenía de proteínas (11,8%), carbohidratos (59,7%), grasas (27,9%) y alcohol (0,5%). El aporte energético de las proteínas, grasas y carbohidratos fluctuó de 9,5%, 15,3% y 76,4% respectivamente en las zonas indígenas, a 13,1%, 33,5% y 52,5% en la Ciudad de Panamá (25).

En los principales centros urbanos no se observan niveles críticos de contaminación. El Instituto Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá inició en 1996 un programa de monitoreo de la calidad del aire en la Ciudad de Panamá. La topografía de la ciudad, su cercanía al mar y los vientos predominantes no permiten la acumulación de niebla fotoquímica. Se estima

que 90% de las emisiones de las zonas urbanas provienen del sector transporte, y el restante de fuentes fijas. A la fecha no existe un programa de control de emisiones vehiculares (26). En las tierras altas dedicadas al cultivo de hortalizas y café, la contaminación del aire proviene del uso intensivo de plaguicidas. En 2000, se utilizaron 320.953 kg de pesticidas en polvo en actividades agropecuarias (2.769,5 km²) (26). Se estima que en el país se utilizan anualmente, en promedio, cuatro veces más plaguicidas que el promedio del consumo mundial estimado por la OMS (0,6 kg/habitante) (27).

En cuanto a recursos naturales, 30% del territorio nacional corresponde a áreas protegidas (26). Se calcula que ha habido una pérdida de la cobertura boscosa de 3.305,69 km² entre 1992 y 2000 (28); 27% de los suelos han sido clasificados como degradados. La mayoría de los ríos próximos a los centros urbanos presenta un grado significativo de contaminación debido a las descargas de aguas residuales semitratadas o no tratadas. Esta situación es particularmente crítica en la Ciudad de Panamá, donde la población (900.000 habitantes) y las industrias del área metropolitana generan diariamente alrededor de 280.000 m³ de aguas residuales, las cuales son vertidas sin tratamiento alguno a los ríos que atraviesan la ciudad, y directamente a la Bahía de Panamá a través de un sistema de alcantarillado sanitario que solo cubre 70% de la ciudad.

En comparación con los otros países centroamericanos, Panamá ha sufrido históricamente menos emergencias y desastres; sin embargo, su vulnerabilidad ambiental es alta debido a la degradación de los ecosistemas como consecuencia de la actividad humana. Las inundaciones afectan en forma recurrente a las provincias de Bocas del Toro, Colón, Panamá y Darién.

Panamá presenta una situación de riesgo de epidemias muy particular debido a factores derivados de su propio desarrollo, entre ellos, el aeropuerto panameño, que moviliza cerca de 2,5 millones de viajeros por año, aspecto al que se suma el movimiento de 14.000 barcos por el Canal de Panamá. Por otra parte, su perfil ecoambiental (humedales) favorece la presencia de lugares de reposo para aves migratorias, así como de insectos y roedores que desempeñan un papel muy importante en la transmisión de enfermedades.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población estimada para 2005 era de 3.228.186 habitantes (29), con una leve preponderancia masculina (51% de la población). La densidad poblacional es de 42,3 habitantes por km², cuyos extremos oscilan entre 1,7 en el distrito de Sambú (Comarca Emberá), y 6.630,1 habitantes por km² en el distrito de San Miguelito, Provincia de Panamá (1). La población urbana representa 59,5% del total de habitantes del país (incrementándose, en números absolutos, en 623.697 personas desde 1990) (30), de las cuales 73% se concentran en el área metropolitana; en el otro extremo, los pueblos indígenas constituyen aproxima-

damente 10% de toda la población y están integrados por varios grupos étnicos claramente definidos: Wargandi, Madungani, Kuna Yala, Emberá y Wounaan, Ngöbe Buglé, Teribe y Bokota (31). Los Ngöbe Buglé representan 64,5% de la población indígena del país.

Panamá se encuentra en un acelerado proceso de transición demográfica, que se expresa en la tendencia al descenso de la tasa de crecimiento poblacional (1990: 2,08%; 2006: 1,7%), la tasa global de fecundidad (quinquenio 1991–1995: 2,87 y 2006–2010: 2,62 hijos por mujer), y la tasa bruta de mortalidad (quinquenio 1991–1995: 5,26 y 2006–2010: 5,11 defunciones por 1.000 habitantes) (32).

Como consecuencia de estos cambios, la esperanza de vida al nacer ha mostrado una tendencia creciente, al pasar de 72,87 años, cifra estimada para el quinquenio 1991–1995, a 75,57 años para el quinquenio 2006–2010. El promedio de vida de la población masculina pasó de 70,22 a 75,57 años en los mismos períodos, mientras que en la población femenina aumentó de 75,65 a 78,24 años. Las estimaciones para 2006 señalan que los menores de 15 años representaban 30,1% y las personas de 65 y más años, 6,0% de la población (Figura 1). La edad mediana se estimó en 26,2 años (29).

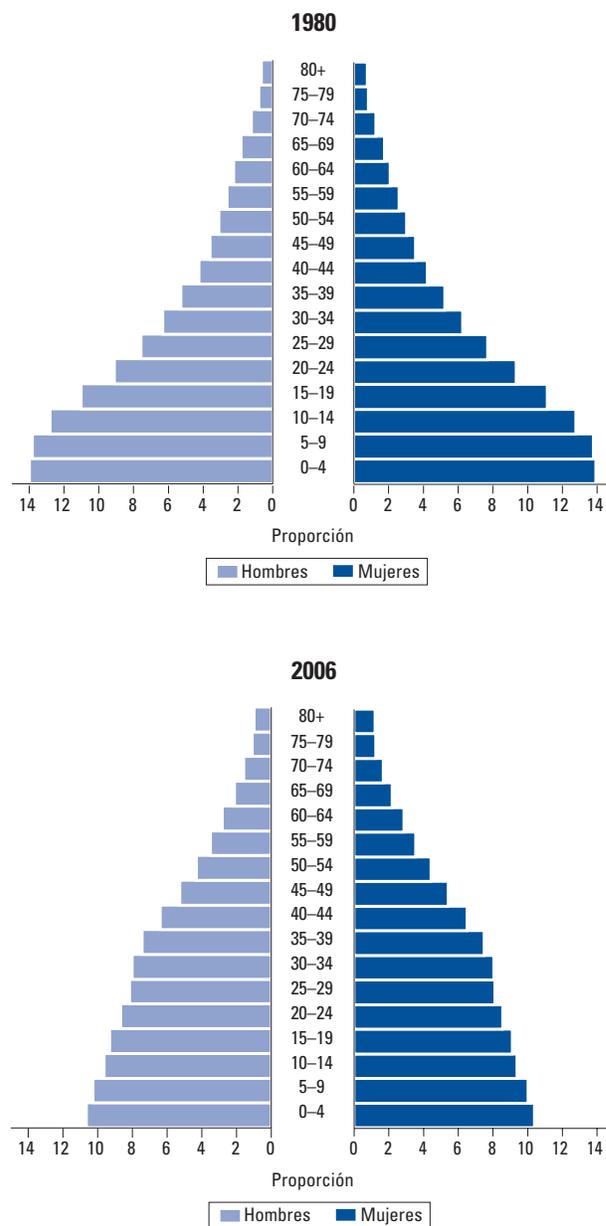
No obstante, se perciben escenarios demográficos diferenciados, probablemente asociados a las distintas pautas de desarrollo de las provincias; así, la esperanza de vida al nacer presenta una distribución inequitativa entre los cuartiles de la población definidos por el IDH: Los Santos y Herrera, las provincias más desarrolladas, tienen la mayor esperanza de vida, con 72,4 años y 76,7 años, respectivamente, mientras que en las comarcas indígenas la esperanza de vida oscila entre 64 y 66 años; de la misma manera, el promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años a nivel nacional durante 2003 fue de 2,8; 2,3 para los no pobres y 4,3 para los pobres extremos (9).

En 2004 (33) se registraron 13.475 defunciones, con una tasa bruta de 4,2 muertes por cada 1.000 habitantes. Se calculó para ese año un subregistro aproximado de 16% en la mortalidad general; tres de cada cinco muertes se produjeron en instituciones de salud y nueve de cada 10 fueron certificadas por un médico; las defunciones registradas en el grupo de síntomas y signos no clasificados en otra parte representaron apenas 2,9%.

Las causas de muerte más importantes fueron: las enfermedades del sistema circulatorio (119 por 100.000 habitantes), los tumores malignos (72,7 por 100.000 habitantes), las causas externas de mortalidad (43,6 por 100.000 habitantes), las enfermedades del sistema respiratorio (40,1 por 100.000 habitantes) y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (31,7 por 100.000 habitantes).

A nivel nacional, entre las causas específicas de mortalidad más importantes se encuentran las enfermedades cerebrovasculares (en primer lugar, con 44,7 por 100.000 habitantes), la diabetes mellitus (tercer lugar, con 24,4), el VIH/sida (sexto lugar, con 14), la neumonía (séptimo lugar, con 13,6), los accidentes de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Panamá, 1980 y 2006.



transporte terrestre (noveno lugar, con 12,8), los homicidios (decimoprimer lugar, con 10,2), el tumor maligno de la próstata (decimocuarto lugar, con 8,2), la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (vigésimo lugar, con 6,1), las enfermedades hipertensivas (vigésimosegundo lugar, con 5,7), la tuberculosis respiratoria (vigésimotercer lugar, con 5,5), el tumor maligno del cuello del útero (vigésimocuarto lugar, con 4,4) y el tumor maligno de la mama (vigésimoquinto lugar, con 4,2) (33).

CUADRO 1. Número de muertes y tasa de mortalidad por las cinco principales causas de muerte^a, según sexo, Panamá, 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000–2004.

Año	Tumores malignos		Enfermedades cerebrovasculares		Enfermedades isquémicas del corazón ^b		Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones		Diabetes mellitus	
	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c
Total										
1980	1.000	51,6	550	28,4	908	46,8	1.035	53,4	155	8,0
1985	1.105	50,7	822	37,7	960	44,0	1.072	49,2	215	9,9
1990	1.398	57,8	964	39,9	1.096	45,3	1.232	51,0	266	11,0
1995	1.601	60,9	1.124	42,7	1.157	44,0	1.571	59,7	403	15,3
2000	1.938	67,9	1.201	42,1	1.147	40,2	1.337	46,8	623	21,8
2001	1.929	64,2	1.367	45,5	1.215	40,4	1.348	44,9	698	23,2
2002	2.009	65,7	1.310	42,8	1.223	40,0	1.434	46,9	795	26,0
2003	2.239	71,8	1.391	44,6	1.319	42,3	1.492	47,9	784	25,2
2004	2.305	72,7	1.417	44,7	1.390	43,8	1.381	43,5	774	24,4
Hombres										
1980	528	53,7	303	30,8	539	54,8	818	83,2	68	6,9
1985	568	51,1	417	37,5	559	50,3	843	75,8	98	8,8
1990	773	62,8	511	41,5	618	50,2	1.009	82,0	106	8,6
1995	915	68,8	611	45,9	674	50,7	1.282	96,4	171	12,9
2000	1.087	75,4	603	41,9	663	46,0	1.114	77,3	260	18,0
2001	1.058	69,8	705	46,5	722	47,6	1.130	74,5	314	20,7
2002	1.136	73,5	684	44,3	701	45,4	1.175	76,1	324	21,0
2003	1.239	78,8	750	47,7	769	48,9	1.228	78,1	343	21,8
2004	1.209	75,5	743	46,4	817	51,0	1.145	71,5	319	19,9
Mujeres										
1980	472	49,4	247	25,8	369	38,6	217	22,7	87	9,1
1985	537	50,2	405	37,9	401	37,5	229	21,4	117	10,9
1990	625	52,6	453	38,1	478	40,2	223	18,8	160	13,5
1995	686	52,7	513	39,4	483	37,1	289	22,2	232	17,8
2000	851	60,1	598	42,3	484	34,2	223	15,8	363	25,7
2001	871	58,6	662	44,5	493	33,1	218	14,7	384	25,8
2002	873	57,6	626	41,3	522	34,4	259	17,1	471	31,1
2003	1.000	64,8	641	41,5	550	35,6	264	17,1	441	28,6
2004	1.096	69,7	674	42,9	573	36,5	236	15,0	455	29,0

^aCon base en la Lista de Mortalidad de 93 grupos de causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena Revisión) y la Lista de 80 grupos de causas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión).

^bEl grupo de las enfermedades isquémicas del corazón incluye el infarto agudo del miocardio.

^cPor 100.000 habitantes, con base en la estimación de la población total, por sexo, al 1 de julio del año respectivo.

Las principales causas de mortalidad varían según las provincias: en el caso de la Comarca Ngöbe Buglé (la de mayor pobreza y menor IDHP), ocupan los primeros lugares la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (con una tasa de 48,1 defunciones por 100.000 habitantes), los accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias (38,0), la tuberculosis (34,1), la desnutrición (17,1) y las neumonías (13,2), mientras que en la provincia Panamá (donde se ubica el área metropolitana) los primeros lugares lo ocupan los tumores malignos (79,7 por 100.000 habitantes), las enfermedades isquémicas del corazón (51,6), las enfermedades cerebrovasculares (47,5), los acci-

dentos, las lesiones autoinfligidas, las agresiones y otras violencias (40,3) y la diabetes mellitus (26,5) (33).

Las causas de mortalidad han registrado importantes variaciones a lo largo de los años (Cuadros 1 y 2). Así, el comportamiento de las principales causas muestra que los tumores malignos que en 1980 ocasionaron 51,6 defunciones por 100.000 habitantes (varones 53,7 y mujeres 49,4), en 2004 fueron responsables de 72,7 defunciones por 100.000 habitantes (varones 75,5 y mujeres 69,7). Las enfermedades cerebrovasculares, con 28,4 defunciones por 100.000 habitantes en 1980 (varones 30,8 y mujeres 25,8), causaron 44,7 defunciones por 100.000 habitantes en

CUADRO 2. Número de muertes y tasa de mortalidad por causas de muerte seleccionadas^a, según sexo, Panamá, 1980, 1985, 1990, 1995 y 2000–2004.

Año	Otras enfermedades del corazón		Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ^b		Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)		Neumonía		Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	
	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c	No.	Tasa ^c
Total										
1980	234	12,1	171	8,8	...	...	313	16,1	490	25,3
1985	320	14,7	228	10,5	4	0,2	275	12,6	572	26,2
1990	374	15,5	148	6,1	63	2,6	299	12,4	550	22,7
1995	401	15,2	196	7,4	294	11,2	258	9,8	500	19,0
2000	441	15,4	494	17,3	484	16,9	293	10,3	463	16,2
2001	455	15,1	555	18,5	473	15,7	371	12,4	441	14,7
2002	454	14,8	537	17,5	473	15,5	361	11,8	359	11,7
2003	510	16,4	534	17,1	424	13,6	377	12,1	338	10,8
2004	632	19,9	568	17,9	444	14,0	431	13,6	347	10,9
Hombres										
1980	124	12,6	87	8,9	...	...	161	16,4	273	27,8
1985	192	17,3	113	10,2	3	0,3	158	14,2	312	28,1
1990	191	15,5	89	7,2	56	4,6	160	13,0	306	24,9
1995	207	15,6	111	8,3	239	18,0	154	11,6	292	22,0
2000	239	16,6	282	19,6	362	25,1	155	10,8	257	17,8
2001	246	16,2	315	20,8	360	23,7	223	14,7	247	16,3
2002	259	16,8	290	18,8	338	21,9	190	12,3	210	13,6
2003	289	18,4	306	19,5	315	20,0	205	13,0	196	12,5
2004	363	22,7	328	20,5	328	20,5	223	13,9	204	12,7
Mujeres										
1980	110	11,5	84	8,8	...	...	152	15,9	217	22,7
1985	128	12,0	115	10,8	1	0,1	117	10,9	260	24,3
1990	183	15,4	59	5,0	7	0,6	139	11,7	244	20,5
1995	194	14,9	85	6,5	55	4,2	104	8,0	208	16,0
2000	202	14,3	212	15,0	122	8,6	138	9,8	206	14,6
2001	209	14,1	240	16,1	113	7,6	148	10,0	194	13,0
2002	195	12,9	247	16,3	135	8,9	171	11,3	149	9,8
2003	221	14,3	228	14,8	109	7,1	172	11,1	142	9,2
2004	269	17,1	240	15,3	116	7,4	208	13,2	143	9,1

^aCon base en la Lista de Mortalidad de 93 grupos de causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena Revisión) y la Lista de 80 grupos de causas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión).

^bHasta el año 1995 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores correspondían a la causa bronquitis crónica y la no especificada, a enfisema y asma.

^cPor 100.000 habitantes, con base en la estimación de la población total, por sexo, al 1 de julio del año respectivo.

2004 (varones 46,4 y mujeres 42,9). Los accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias, con 53,4 defunciones por 100.000 habitantes en 1980 (varones 83,2 y mujeres 22,7), ocasionaron 43,5 defunciones por 100.000 habitantes en 2004 (varones 71,5 y mujeres 15,0). La diabetes mellitus, con 8 defunciones por 100.000 habitantes en 1980 (varones 6,9 y mujeres 9,1), causaron 24,4 defunciones por 100.000 habitantes en 2004 (varones 19,9 y mujeres 29).

Del total de muertes registradas en 2004, 6,9% correspondieron a menores de 1 año; 2,4% a niños de 1 a 4 años; 0,8% a niños

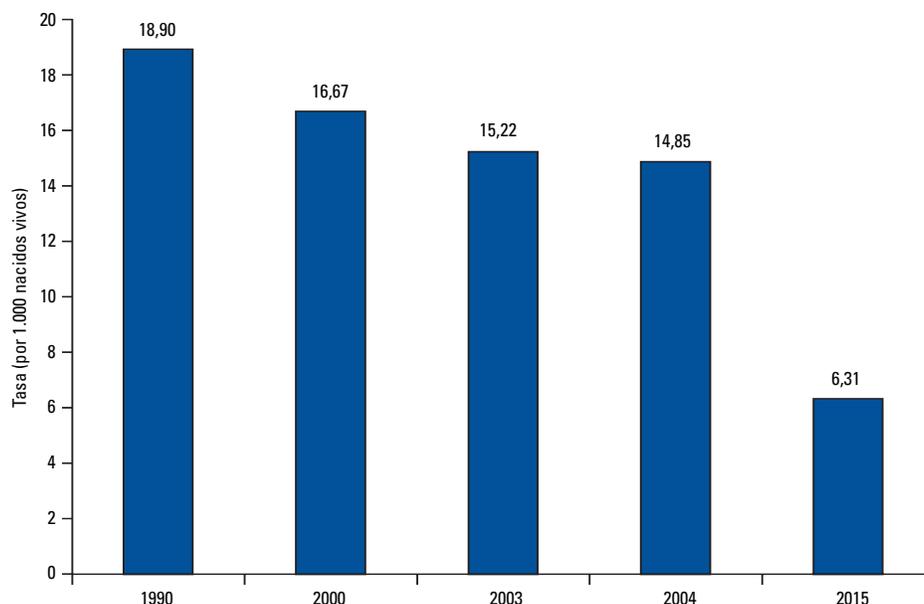
de 5 a 9 años; 2,3% a adolescentes (10 a 14 años: 0,8%, 15 a 19 años: 1,46%); 25,1% a adultos de 20 a 59 años y 62,1% a adultos de 60 y más años.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Se ha estimado que los menores de 1 año (69.662) constituían 2,2% de la población panameña en 2005. En 2004 se registraron

FIGURA 2. Mortalidad infantil, Panamá, 1990, 2000, 2003, 2004, y meta para 2015 según los ODM.



Fuente: Panamá. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Segundo Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, septiembre de 2005.

62.743 nacimientos (34). Las estimaciones sobre el nivel de registro de los nacidos vivos indican que en el quinquenio 1996–2000 el porcentaje de omisiones alcanzaría a 5,2% (29). Se calculó que el nivel de registro de las muertes infantiles alcanzaría 34,1% omisiones en el quinquenio 1996–2000, con lo que casi se duplicaría el nivel de subregistro entre la población total (quinquenio 1996–2000: 18,6%), que aumentó a 78,5% en las comarcas (33). Según cálculos oficiales para 2004, se esperaba que la tasa de mortalidad infantil fuera de 19,15 por 1.000 nacidos vivos, con tendencia al descenso (1990: 28,6 por 1.000); de hecho, la tasa registrada ese año fue de 14,9 por 1.000 nacidos vivos, y la diferencia entre ambas tasas equivale a 4,25 por 1.000.

Las principales causas de mortalidad infantil registradas en 2004 fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal (5,53 por 1.000 nacidos vivos), con 37,2% de todas las muertes en menores de 1 año; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (4,36 por 1.000 nacidos vivos), con 29,4%; neumonía (1,03 por 1.000 nacidos vivos), con 6,9%; diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,73 por 1.000 nacidos vivos), con 4,9%; accidentes, agresiones y otra violencia (0,46 por 1.000 nacidos vivos), con 3,1% (33).

El análisis de la tendencia de las causas de muerte en la estructura de la mortalidad infantil reveló que en los decenios de 1960 y 1970 prevalecían las enfermedades infectocontagiosas (las prevenibles por vacunación, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias), con alrededor de 60% de las

mueres, mientras que en los decenios de 1980 y 1990 se observa como parte del proceso de transición, el incremento de las causas endógenas, con 76,3% y 84,7% de las muertes respectivamente. En 2004, las causas endógenas representaron 67% de las defunciones; persistieron la neumonía y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (12%) y aparecieron las causas externas dentro de las cinco primeras causas de muerte en este grupo de edad, con 6% (35). En la figura 2 se muestra la tendencia de las tasas de mortalidad infantil de 1990 a 2015.

En una muestra de 28.747 recién nacidos de 2005 (36), 9,8% fueron prematuros, y 3,6% presentaron algún padecimiento al nacer (los síndromes de dificultad respiratoria, con 23,4%, fueron la afección más frecuente, seguida por la infección, con 12,2%, y las hiperbilirrubinemias, con 11,8%).

Los controles de salud realizados a menores de 1 año mostraron una cobertura de 67,7% para la población estimada para ese año, con una concentración promedio de 3,1 controles por niño (la norma nacional establece nueve controles a menores de 1 año). Las mayores coberturas se registraron en las regiones de Kuna Yala (115,0%) y Darién (109,8%), y la menor en la región de Panamá Este (44,6%).

La probabilidad de sobrevivir en la infancia es desigual y depende de la situación socioeconómica de la población (índice de concentración de 0,21); el quintil de menores ingresos concentró 32% de las muertes de menores de 1 año, y el quintil de mayores ingresos, 12%. Los niños panameños tienen en promedio tres

veces más riesgo de morir antes de cumplir 1 año de edad si pertenecen al 20% más pobre de la población que si pertenecen al quintil más rico. La desagregación de la mortalidad infantil en sus componentes muestra que la tasa de mortalidad neonatal (menores de 28 días) fue de 8,4 por 1.000 nacidos vivos, lo que representa una contribución de 56% a las muertes infantiles registradas, mientras que la posneonatal (28 días a 11 meses), de 6,5 por 1.000 nacidos vivos, representa el restante 44%. Entre 1980 y 2003 la mortalidad neonatal tuvo un comportamiento descendente, con tasas que oscilaron entre 8,1 y 13,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos; en ese período se verificó un descenso porcentual de 32,5%, con lo que el riesgo de morir de los neonatos fue 1,5 veces mayor en 1980 que en 2003. La mortalidad posneonatal, en el mismo período, osciló entre 9,7 y 5,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos, observándose una tendencia descendente (reducción de 25%). El riesgo de morir durante el período posneonatal fue 1,3 veces mayor en 1980 que en 2003 (35).

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la proyección muestra que, si la tendencia actual de la mortalidad infantil se mantiene invariable, la meta se alcanzaría aproximadamente en 2026.

En 2005 el grupo de menores de 5 años representó 10,6% de la población total. La cobertura de consultas por crecimiento y desarrollo a nivel nacional en menores de 5 años para 2004 fue de 56,2%, con las mayores coberturas en las regiones de Kuna Yala (127,1%) y Darién (109,8%), y la menor en la región de Bocas del Toro (36,6%). La concentración de actividades fue de 2,5 promedio por niño (la norma establece tres controles entre los 12 y 23 meses y después dos controles anuales hasta los 5 años).

La tasa de casos de diarrea en menores de 5 años ha experimentado un incremento sostenido, pasando de 16.046,5 por 100.000 habitantes en 1987 a 22.938,0 por 100.000 en 2004, a expensas del grupo de 1 a 4 años, en el que se ha casi duplicado de 11.605,6 por 100.000 habitantes, a 20.357 por 100.000 en 2004.

La tasa de mortalidad registrada en menores de 5 años fue de 19,95 por 1.000 nacidos vivos; el volumen de muertes en este grupo de edad, incluidos los menores de 1 año, alcanzó a 9,28% de las muertes en el país.

Salud de los niños de 5 a 9 años

Los escolares representan 10,3% de la población del país (325.887) y 48,9% de ellos son niñas. La tasa de mortalidad se situó en 3,25 por 100.000 habitantes, el volumen de defunciones en este grupo de edad representó 0,8% de las muertes en el país.

Salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 2005, la población de estos grupos de edad era de 608.299 habitantes (18,8% de la población total). La cobertura de consultas de control de salud en adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años fue de 20,9% y 7,8%, respectivamente, para todo el país.

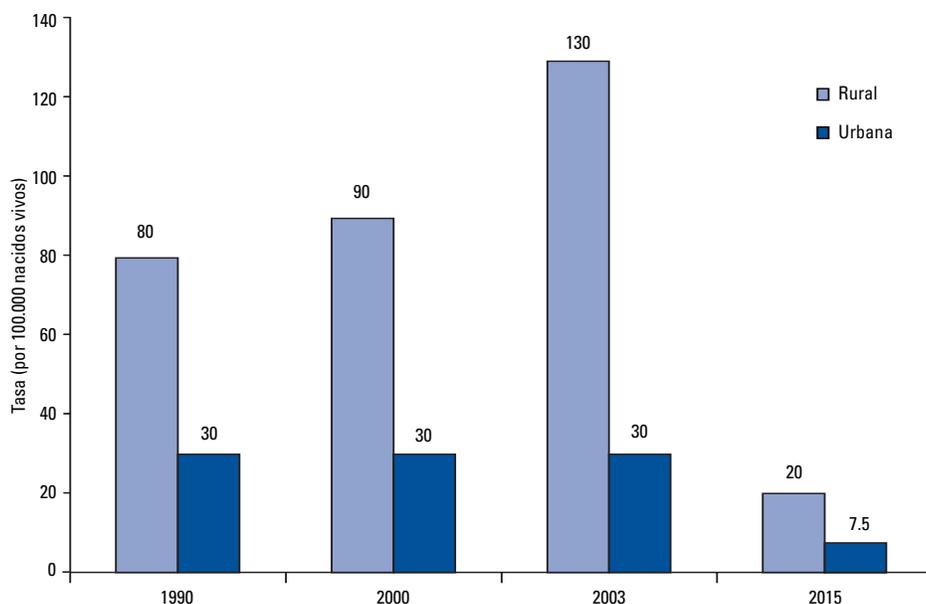
En el campo de la salud sexual y reproductiva, cerca de uno de cada tres estudiantes (36,4%) afirmó haber tenido relaciones sexuales. La edad promedio declarada para la primera relación sexual fue de 14 años (varones: 13 años, mujeres: 15 años); 45,7% de los estudiantes con vida sexual activa no utilizaron ningún método anticonceptivo en su última relación sexual. Uno de cada cuatro utilizó preservativo y 11,9% informaron haber empleado píldoras anticonceptivas. De las escolares, 4% notificaron haber tenido al menos un embarazo, y de ellas, 69,4% informaron haber tenido la necesidad de interrumpirlo. La edad promedio de embarazo entre las jóvenes que manifestaron haber estado embarazadas fue de 15 años (35). De acuerdo con la ENV 2003 (9), 17% de las mujeres de 15 a 19 años de edad informaron estar embarazadas al momento de la encuesta, situación que parece afectar más a las mujeres no pobres (25% estaban embarazadas frente a 12% de las pobres); el valor de este indicador no muestra variaciones significativas por zona geográfica. La tasa específica de fecundidad en adolescentes (mujeres de 15 a 19 años de edad) en 2004 fue de 0,0849 por 1.000 habitantes, lo que representa 7,9% del total de nacimientos en este grupo de edad. En 2004 la tasa de mortalidad en el grupo de 10 a 19 años fue de 9,44 por 100.000 habitantes. Las principales causas de defunción en este grupo son las causas externas (accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias) y los tumores malignos, que ocupan el segundo lugar; las muertes en este grupo de edad representaron 2,3% del total de defunciones en Panamá (33).

Salud de los adultos (20–59 años)

Se estimó que en 2005 este grupo de edad comprendía a 1.667.330 personas (51,7% de la población total), de las cuales 851.266 eran mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad). De una muestra de 31.823 embarazos registrados (36), 83,5% de las mujeres tuvieron control prenatal, 61,0% lo iniciaron antes de las 20 semanas de embarazo y 7,7% después de las 30 semanas, con una media de cinco controles durante el embarazo. La forma de terminación del embarazo fue por parto espontáneo en 75,2% de las gestantes, y por cesárea en 21,5%. Fueron egresadas del servicio con un método de anticoncepción 8,4% de las púerperas. Durante el embarazo, el parto y el puerperio, 18,5% de las embarazadas presentaron alguna afección, la más frecuente fue la rotura prematura de membranas (8,7% del total de embarazos), seguida por las hemorragias (4,0%) y los trastornos hipertensivos del embarazo (3,8%).

La tasa de mortalidad de la población de 20 a 59 años alcanzó a 40,76 por 100.000 habitantes en 2004; el número de muertes registradas en este grupo de edad representó 25,1% del total de defunciones en el país. Las principales causas de muerte fueron las causas externas, los tumores malignos, la infección por el VIH y las enfermedades isquémicas del corazón. En los grupos de 25 a 34 años y de 35 a 44 años, el VIH fue la segunda causa de muerte y representó 51,8% de las defunciones por causas externas; a la vez, causó 1,4 veces más defunciones que los tumores (33).

FIGURA 3. Mortalidad materna, según área rural y urbana, Panamá, 1990, 2000, 2003, y meta para 2015 según los ODM.



Fuente: Panamá. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Segundo Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, septiembre de 2005.

Por otro lado, la tasa de mortalidad materna estimada en 2003 fue de 70 por 100.000 nacidos vivos, con diferencias entre áreas rurales y urbanas (Figura 3). Las causas maternas representaron 0,8% de las defunciones en mujeres y 5,2% de las defunciones en la población femenina en edad fértil. En 2003, las principales causas específicas de mortalidad materna fueron la hemorragia (26,8%), las causas obstétricas indirectas (24,4%), los trastornos hipertensivos del embarazo (17,1%), el aborto (12,2%) y la sepsis (9,7%), y las otras causas obstétricas directas (9,7%). La muerte sobrevino en la adolescencia en 17% de los casos, mientras que la distribución por edad de las mujeres fallecidas fue semejante entre los grupos quinquenales de edad comprendidos entre los 15 y los 39 años. El análisis de las muertes maternas registradas en el quinquenio 2001–2005 mostró que 29% ocurrieron en establecimientos del tercer nivel de atención, 28% en el domicilio, 21% en establecimientos del segundo nivel de atención y 7% en establecimientos del primer nivel de atención. La proporción de mujeres que mueren sin poder acceder a la atención médica en forma oportuna podría llegar a 4 de cada 10, si se consideran las muertes notificadas por los institutos médicos legales (15%).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

Se estima que este grupo de edad representa actualmente 8,6% de la población total. La ENV 2003 halló que 53% eran mujeres. En zonas urbanas reside 61% de la población adulta, en la

zona rural, 35%, y en las áreas indígenas, 4%; una cuarta parte de los adultos mayores es pobre. La cobertura de seguros de salud alcanza a 71% de los adultos mayores (no pobres 80%, pobres no extremos 39% y pobres extremos 23%); dos terceras partes de ellos reciben beneficios de salud por parte de la Caja de Seguro Social y 5% se atienden a través de sistemas privados de seguro de salud en adición a los servicios que ofrece la Caja (9). De acuerdo con las proyecciones de población para 2050, el grupo de los adultos mayores pasará a 22,3%, lo que planteará una demanda creciente relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles y problemas psicosociales (37).

En 2003, la tasa general de mortalidad en la población de 60 y más años fue de 259,24 por 10.000 habitantes; el riesgo de muerte es mayor en la población masculina. Los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron las principales causas de muerte en la población de la tercera edad (33).

Salud de la familia

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 estimó un total de 681.928 hogares, 12,6% de los cuales eran unipersonales, 50,7% nucleares (compuestos por un núcleo de padres e hijos); 30,2% extensos (incluyen algún pariente o varios núcleos familiares); y 6,4% compuestos (uno o varios núcleos familiares con otros

parientes y no parientes). La ENV 2003 determinó que el tamaño promedio de los hogares era de cuatro personas (pobres: 5,8 personas, no pobres: 3,4 personas); la población indígena registra las familias más numerosas entre los pobres (casi ocho por hogar). El 27,0% de los hogares estaban encabezados por mujeres. El 7,6% de los jefes de hogar eran jóvenes, con mayor participación de los hombres (11,7%) en comparación con las mujeres (3,5%) (22).

En 2005, 26,4% de los mayores de 15 años de edad estaban casados, 29,5% vivían en unión estable, 31,4% eran solteros y 12,6% estaban separados, divorciados o viudos. La relación divorcios/matrimonios se ha mantenido estable durante el último quinquenio (23,8 en 2001, 22,6 en 2005). La edad mediana de los contrayentes era de 31 y 28 años para hombres y mujeres, respectivamente. De acuerdo con el informe del IDHP 2004, los jóvenes calificaron a sus familias y sus relaciones familiares como de mediana a altamente positivas (25,0%), mientras que 20,6% las calificó como bajas debido a la deficiente calidad de las relaciones familiares (22).

Salud de los trabajadores

Según informes de la Caja de Seguro Social (CSS) (1), en 2004 se concedieron 45.136 subsidios, 67,7% en el rubro de enfermedad y maternidad, y 25,7% por riesgos profesionales. Se otorgaron en total 20.113 (44,6%) subsidios por incapacidad temporal; de ellos 9.757 fueron por accidentes de trabajo, 1.119 por accidentes en el trayecto al trabajo y 312 por enfermedades ocupacionales. En 2003, del total de subsidios concedidos en el programa de riesgos profesionales (12.003), 25,0% fueron para trabajadores de la agroindustria, 21,5% para trabajadores de servicios, 20,2% para trabajadores de la industria manufacturera y 11,2% para trabajadores de la construcción, entre otros. Las principales causas de accidentes se relacionan con el mal manejo de materiales (46% de los casos) y con el uso inadecuado de herramientas manuales (24%) (38).

Salud de las personas con discapacidad

El último censo (2000) registró 52.197 personas con discapacidad (1,8% de la población del país), 29.236 varones y 22.961 mujeres; 31.258 residían en la zona urbana y 20.939 en la rural; se estima que existe un gran subregistro. El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, inició un Programa Nacional de Inclusión Educativa (2005) para la aplicación de un plan piloto en 65 escuelas en todo el país, con el propósito de generar actitudes positivas en la comunidad, especialmente en la escolar, hacia la inclusión de los niños con discapacidad (39).

No existen datos precisos sobre la cobertura de la seguridad social para las personas con discapacidad; sin embargo, los pocos disponibles revelan una baja cobertura, sobre todo en servicios de rehabilitación. Según la información suministrada por la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Disca-

pacidad (SENADIS), la totalidad de los servicios de rehabilitación está concentrada en la capital, lo que limita enormemente la accesibilidad a dichos servicios para los residentes de las provincias.

Salud de los grupos étnicos

Existen actualmente siete pueblos indígenas (40) identificados por su pertenencia a grupos lingüísticos: Ngöbé, Buglé, Kuna, Emberá, Wounaan, Naso (Teribe) y Bri-bri, con una población que en 2005 representaba 10% del total nacional (41). De ellos, 51% se concentran en las distintas comarcas, que abarcan más de 20% (21) del territorio nacional.

En 2000, el grupo étnico más numeroso, los Ngöbé, representaba a 59,3% de los indígenas del país (40), seguido por los Kunas (21,6%). Entre los grupos minoritarios se encuentran los Teribes, los Bri-Bri y los Bokotas (que representaban 1,1%, 0,9% y 0,4% respectivamente del total de indígenas) (42). La población indígena y la no indígena se basan en modalidades económicas contrastantes de subsistencia y de mercado. La búsqueda de oportunidades de desarrollo ha generado un cambio en la inserción de los indígenas en el campo laboral, ya que de una economía propiamente familiar —en el marco del sector primario de la agricultura— han sido empujados a vender su fuerza de trabajo o mano de obra, la mayoría de las veces en las peores condiciones laborales (43). De cada 100 indígenas, 98 son pobres, y de ellos, 86 viven en situación de pobreza extrema.

En términos demográficos, los grupos indígenas tienen altas tasas de crecimiento poblacional: en el período comprendido entre 1990 y 2000 la tasa de crecimiento anual fue de 3,8%, superior a la tasa de la población panameña en la década de 1960–1970 (31). En los pueblos indígenas, el promedio de fecundidad fue de 6,6 hijos por mujer, en contraste con 2,9 hijos por mujer en la población no indígena. La esperanza de vida muestra una diferencia de casi nueve años entre los varones no indígenas y los indígenas (72 años frente a 63,2 según el censo de 2000) y de casi 12 entre las mujeres (no indígenas 77,3 años, indígenas 65,4 años). El porcentaje de población en edades jóvenes es elevado (45,8% son menores de 14 años) (31).

Salud de las personas desplazadas

La zona fronteriza de Panamá con Colombia, que abarca la provincia de Darién y la Comarca Kuna Yala, ha recibido desde hace varios años población desplazada del vecino país, que huye del conflicto militar. A finales de 2002, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) registró 989 personas de nacionalidad colombiana desplazadas dentro de Panamá, 91% de las cuales habitaban en la provincia de Darién. Las condiciones de oferta de servicios básicos, salud, educación, vivienda, agua y saneamiento y empleo en esta región fronteriza son precarias para los pobladores originarios, y en mayor medida para los desplazados y refugiados (44).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La circulación autóctona de **dengue** en Panamá se ha notificado desde 1993. En este período, según los registros del sistema de vigilancia epidemiológica, se puede agrupar la variación anual de casos en tres categorías: años de transmisión endémica (1994, 1996, 2002), con alrededor de 800 casos anuales; años epidémicos (1995, 1997, 1998, 1999, 2001 y 2005), que promedian unos 2.500 casos anuales, y años de baja transmisión (1993, 2000, 2003 y 2004), con un promedio de 350 casos anuales. El registro total de casos desde su inicio ha sido de 21.830, de los cuales 6.980 (31,9%) se notificaron en los últimos cuatro años (2002–2005). Ha predominado la circulación de los serotipos dengue-1 y dengue-2, aunque en años anteriores ha habido circulación de los cuatro serotipos de dengue. La morbilidad por dengue ha sido a expensas del dengue clásico en todos los años, con solo 31 casos de dengue hemorrágico (0,2%); sin embargo, cabe destacar que 17 de los casos de dengue hemorrágico (68%) fueron notificados en los últimos cinco años, por lo que está aumentando el riesgo de dengue hemorrágico. Las muertes por dengue hemorrágico y síndrome de choque del dengue fueron muy pocas: solo cinco en todo el período, con una tasa de letalidad acumulada de 16%. En 2005 se produjo en Panamá la mayor epidemia de dengue notificada desde el inicio de la transmisión en 1993: se registraron en total 5.489 casos para una tasa de 170 casos por 100.000 habitantes; 99,8% de los casos fueron de dengue clásico.

La infestación por el mosquito *Aedes aegypti* actualmente alcanza a todas las regiones del país; las más afectadas en los últimos dos años son: San Miguelito, con un índice de Breteau en 2005 de 7,0, la Comarca de Kuna Yala 4,7, Panamá Oeste 4,4, y Panamá Metro 3,7. La significación de estos índices puede considerarse más crítica si se tiene en cuenta que algunas de estas regiones abarcan zonas de mayor complejidad higiénico-sanitaria.

La población de zonas calificadas como de riesgo moderado y alto para **malaria** es de 221.000 y 107.000 habitantes, respectivamente. Entre 2000 y 2005 la morbilidad por malaria experimentó una tendencia sostenida al incremento, alcanzando a 3.668 casos en 2005, respectivamente. En este mismo período, la intensidad de transmisión se incrementó, pasando de un índice parasitario anual (IPA) de 0,33 en 2001 a 1,2 por 1.000 en 2005. Asimismo, el índice por *Plasmodium falciparum* se incrementó de 0,01 en 2001 a 0,25 en 2005. El índice anual de exámenes de sangre por 1.000 habitantes fue de 4,9 en 2001, de 5,3 en 2004, y de 5,7 en 2005, con un índice de lámina positiva de 0,6%, 3,0% y 1,8%, respectivamente. De los 3.668 casos registrados en 2005, la Comarca Ngöbe Buglé presentó 21,0%, seguida por Veraguas con 20,1%, Bocas del Toro con 16,0% y Darién con 12,0%. Darién y Panamá Este notificaron 83,0% de los 764 casos por *P. falciparum* en el país. La tasa de mortalidad por malaria se ha mantenido baja, si-

tuándose en 0,16 defunciones por 100.000 habitantes en 2003. Estudios in vitro realizados en 2003 por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios Sociales mostraron pruebas científicas de que cepas de *P. falciparum* presentaban mutaciones asociadas con la resistencia a la cloroquina, la sulfadoxina y la pirimetamina. Desde 1972 no se ha detectado la presencia de *P. malariae*.

Desde que fuera diagnosticada por primera vez en Panamá en 1931, la enfermedad de **Chagas** ha mantenido su presencia en el país; durante los últimos años no ha habido notificaciones importantes de la enfermedad. Entre 1974 y 2006 (semana epidemiológica no. 20) se han registrado 522 casos, de los cuales 67,6% se han notificado entre 1974 y 1984. La zona endémica más importante para la enfermedad de Chagas es el distrito de La Chorrera, Provincia de Panamá. En una encuesta serológica realizada en 2003 en una muestra de niños y niñas en edad escolar se obtuvo una seroprevalencia de 2,9%. A su vez, las pruebas de tamizaje llevadas a cabo durante 2003 en el banco de sangre del hospital regional de esa área (Hospital Nicolás Solano) mostraron una seroprevalencia de 0,9% en donantes voluntarios.

Las principales especies de vectores fueron *Rhodnius pallescens*, que mantiene un comportamiento silvestre con arribos frecuentes a las viviendas, pero no está domiciliado. Las principales zonas endémicas se encuentran en las provincias de Panamá, Colón y Darién. Otros vectores importantes en la transmisión son *Triatoma dimidiata*, *T. dispar* y *Panstrongylus geniculatus*. Los índices de infestación por *T. dimidiata* en viviendas varían de 16,4% en Gualaca (Provincia de Chiriquí) a 3,2% en La Chorrera (Provincia de Panamá).

En estudios de infección natural en insectos capturados en el área peridomiciliaria de La Chorrera se identificó la presencia de *Trypanosoma cruzi* y *T. rangeli* en 30% a 60% de los especímenes. Evaluaciones realizadas con los piretroides deltametrina y lambdaihalotrina demostraron que cepas de *R. pallescens* de las áreas de La Chorrera y Chilibre, en la Provincia de Panamá, eran susceptibles a estos insecticidas.

En 2003 se registraron 1.602 casos de **leishmaniasis**, con una incidencia de 51,3 casos por 100.000 habitantes. Las provincias más afectadas fueron Bocas del Toro (534,5 por 100.000 habitantes), Coclé (143,5) y Darién (91,2), que acumularon 58% de todos los casos. En el período 1993–2003 el comportamiento de esta enfermedad fue fluctuante, con un total de 22.634 casos, para un promedio anual de 2.058 casos y un promedio mensual de 172 casos. Durante 2005 se registraron 1.590 casos, 36,6% en menores de 5 años y 35,5% en edades comprendidas entre los 15 y 64 años; 51,2% de los casos correspondieron a varones.

Enfermedades inmunoprevenibles

El país no registra casos de **poliomielitis** desde 1972. En 1974 se notificó el último caso de **fiebre amarilla** selvática; no ha habido casos de **difteria** desde 1981, y no se han presentado casos de **sarampión** desde diciembre de 1994. En 1999 se registró el último caso de **rubéola** congénita y en 2005 no se reportaron

casos de **meningitis** por *Haemophilus influenzae* tipo b. La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación se realiza por notificación semanal negativa a través de la red de servicios de salud en todo el país.

Para 2005, las coberturas nacionales de vacunación en menores de 1 año fueron: BCG 100%; hepatitis B para el recién nacido 78,5%; antipoliomielítica 94%; DPT y Hib 94,2%; MMR 99%. El promedio nacional de la cobertura con la vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib) fue de 86,5%. La vacunación anti amarilliza se lleva a cabo en forma anual desde 1991 en las poblaciones de las regiones de salud de Panamá Este, Darién y en la Comarca Kuna Yala, con una población total de 160.997 habitantes. En el período 1991–2004 se aplicaron un total de 226.329 dosis. En 2006 el gobierno incluyó nuevas vacunas en el programa de inmunización, como son: la vacuna contra el rotavirus para niños menores de 6 meses y la vacuna contra la influenza para niños de 7 a 18 meses, adultos mayores de 65 años y trabajadores de la salud.

Enfermedades infecciosas intestinales

En 2003 se registraron 1.073 casos de **intoxicación alimentaria**; 189.914 de **enfermedad diarreica**; 35 de **salmonelosis**, 345 de **hepatitis infecciosa** y 5.639 de **amibiasis**. No ha habido casos de **cólera** desde 1994. En ese mismo año se registraron e investigaron 14 brotes de enfermedades de transmisión hídrica con 630 casos y una muerte. En 25% de los brotes se logró identificar el agente etiológico involucrado. La Región Metropolitana registró la tasa más elevada del país, duplicando la tasa nacional, seguida por Chiriquí, Los Santos y Panamá Este, con 51, 49,6 y 46,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Desde 1995, año en que se adoptó la guía de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos propuesta por la OPS, se registraron 147 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (3.253 casos y 8 defunciones). En el período 2001–2003 la tasa de intoxicaciones alimentarias ha oscilado entre 59,8 y 34,4 casos por 100.000 habitantes (35).

Los casos de diarrea notificados en 2003 representaron una incidencia nacional de 6.075 casos por 100.000 habitantes. La provincia con mayor incidencia de diarreas fue Bocas del Toro (11.449,4 casos por 100.000 habitantes) seguida por Chiriquí (7.916,2 por 100.000 habitantes) y las áreas de San Miguelito (7.594 casos por 100.000 habitantes), Metropolitana (7.438,3 por 100.000 habitantes) y Panamá Este (6.066,8 por 100.000 habitantes).

Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** mantiene una tendencia ascendente. En 2005 se registraron 1.565 casos (48,5 por 100.000 habitantes); las áreas de mayor riesgo son las provincias de Kuna Yala (210 por 100.000 habitantes), Ngöbe Buglé (152,6), Bocas del Toro (107) y Colón (97,7). La población masculina es la más afectada, con una razón hombre:mujer de 1,2 (49,9 por 100.000 habitantes para los hom-

bres y 40,8 por 100.000 para las mujeres). Este comportamiento es diferente en las regiones de Kuna Yala, Ngöbe Buglé, Bocas del Toro y San Miguelito, donde las tasas son más elevadas en la población femenina (en esta última región el riesgo para las mujeres fue tres veces mayor).

La estrategia de tratamiento acordado estrictamente supervisado (DOTS) se está aplicando en forma progresiva para mejorar la detección y examen de sintomáticos respiratorios, que de 8.011 en 2000 aumentaron a 15.195 en 2005, con un incremento en la detección de nuevos casos de tuberculosis, que pasaron de 1.123 en 2000 (tasa de 39,2 por 100.000 habitantes) a 1.565 en 2005 (tasa de 48,5 por 100.000). La cobertura poblacional del TAES pasó de 51% en 2000 a 90% en 2004; para este último año, de los 860 casos bacilíferos registrados, 557 fueron dados de alta por curación (64,8%) y 116 terminaron el tratamiento, es decir, en total, un resultado exitoso de 78,3%. El porcentaje de abandonos fue de 10,5%, fracasos, 1,2%, muertes, 2,3% y 7,7% de traslados, pendientes de evaluar, entre otros. Desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta 2005, la coinfección VIH/tuberculosis ha totalizado 1.655 casos; en 2003, se asociaron con el sida 9,6% de los casos de tuberculosis (137/1.427).

Infecciones respiratorias agudas

El síndrome gripal caracterizado clínicamente es de notificación obligatoria. Se presentan brotes anuales asociados al incremento de las lluvias, en el período mayo–octubre. La incidencia acumulada 1995–2004 es de 6.250 a 9.822 por 100.000 habitantes. En 1999 se determinó la aparición de una epidemia que llegó a una tasa nacional de 46.262 por 100.000 habitantes.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Se estima que el número de infectados por el VIH oscila entre 18.000 y 22.000 personas de 15 y 49 años de edad. Entre 1984 y 2005 se notificaron 7.111 casos de sida acumulados, con una prevalencia a nivel nacional de 0,9%. Se han registrado casos en 88% de los distritos (66 sobre 75); desde el inicio de la epidemia la más afectada ha sido la población masculina, con 75,6% de los casos de sida, y las tasas de seroprevalencia más elevadas se encuentran en hombres que tienen sexo con hombres (17%). La razón hombre/mujer en el ámbito nacional ha tenido un paulatino decrecimiento al pasar de 17:1 al inicio de la epidemia a 3:1 en los últimos ocho años; sin embargo, esta razón es solo de 1,6 a 1 en personas entre los 15 y los 24 años (45). Se han registrado 203 casos de transmisión vertical, de los cuales más de cuatro de cada cinco casos (81,7%) han sido notificados en los últimos siete años. Las mayores frecuencias de casos se registran entre las edades de 25 a 29 años (13,3%), de 30 a 34 (19,2%), de 35 a 39 (16,5%) y de 40 a 44 (13,2%). De los casos registrados, 67,4% (4.792) notificaron como mecanismo de transmisión la vía sexual, 3,7% (262) la transmisión vertical (perinatal), 2,0% (139) la transmisión sanguínea y de 27,0% (1.918) se desconoce la vía de transmisión. El índice de concentración de la desigualdad en

Estrategia DOTS: avances en el control de la tuberculosis

En 2005 se registraron 1.565 casos de tuberculosis (48,5 por 100.000 habitantes), siendo la población masculina la más afectada, con una razón hombre/mujer de 1,2:1. La búsqueda de casos en sintomáticos respiratorios se ha incrementado, generando un aumento en el registro de casos de tuberculosis en los últimos años, de 8.011 en 2000 a 15.195 en 2005. La estrategia internacional de tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS) se está aplicando en forma progresiva para mejorar la detección y examen de sintomáticos respiratorios. La cobertura poblacional de la estrategia DOTS pasó de 51% en 2000 a 90% en 2004.

la distribución de los casos nuevos de sida durante 2002, a partir de datos agregados a nivel provincial, fue de 0,41. El quintil de menores ingresos de la población panameña acumuló 6% de los casos nuevos de sida, mientras que 47% de ellos se concentraron en el quintil de mayor ingreso. El riesgo relativo entre los quintiles más rico y más pobre de la población fue de 7,6. No se han realizado estudios de alcance nacional que entreguen información apropiada del comportamiento de riesgo poblacional y del uso consistente del condón como medio de prevención de las infecciones de transmisión sexual/VIH. Reciben tratamiento antirretroviral 70,5% de las personas registradas con VIH (46).

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, en 2005 las infecciones de transmisión sexual tuvieron el siguiente comportamiento por 100.000 habitantes: vulvovaginitis (962,4), enfermedad inflamatoria pélvica (315,2), papiloma virus (150,6), gonorrea (41,1), uretritis inespecífica (23,6), sífilis adquirida (13,3), herpes genital (12,8), chancro blanco (1,0), sífilis congénita (0,1) y linfogranuloma venéreo (0,1).

Zoonosis

Los últimos casos de **rabia** urbana se registraron en 1973; en 1994, se notificaron dos casos en seres humanos por mordedura de murciélago, y en 1995, un caso en un niño colombiano que había sido mordido por un gato silvestre. La última notificación de rabia silvestre fue en 2002, con dos casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos.

En cuanto a la **encefalitis equina venezolana** (EEV), desde el aislamiento por primera vez del virus del subtipo ID enzoótico en Panamá en 1968, se han originado frecuentes brotes endémico-enzoóticos de EEV, con aislamiento del virus en mosquitos vectores, roedores huéspedes o reservorios, equinos y seres humanos. Los registros de aislamiento en seres humanos indican que desde 1991 hasta 2005 se realizaron 39 aislamientos del virus de la EEV. El brote epidémico más importante se registró en la Región del Darién en 2001, con 11 casos pediátricos diagnosticados por laboratorio, uno de ellos, el de una niña menor de 5 años que falleció.

Entre las zoonosis virales emergentes, el **hantavirus** se registró en Panamá en diciembre de 1999; hasta 2006 (semana epidemiológica no. 28) se han acumulado 83 casos de síndrome car-

diopulmonar por hantavirus, con 15 defunciones, para un porcentaje de letalidad de 18,8%. El estudio de seroprevalencia realizado en las comunidades afectadas reveló una seropositividad de 12,9% (40/311), con una mediana de 31,5 años de edad y un campo de variación de 1 a 79 años, sin diferencias por sexo ni por edad. Se han identificado dos nuevos serotipos de hantavirus: uno de ellos está asociado al roedor *Oligoryzomys fulvescens* (rata arrocera enana), que ha infectado a las personas, y el otro al roedor *Zygodontomys brevicauda* (rata cañera o ratón gris).

En la lucha contra este conjunto de enfermedades se ha hecho hincapié en la vacunación antirrábica canina, en el control de focos de hantavirus, EEV, enfermedad de Chagas y leishmaniasis, y se mantiene la vigilancia para prevenir la introducción del virus del Nilo Occidental.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La prevalencia de **desnutrición** global (peso/edad) en menores de 5 años fue de 6,8% (no pobres 2,1%, pobres no extremos 4,6%, pobres extremos 16,3%), y alcanzó a 21,5% en menores de 5 años de las zonas rurales indígenas. En este grupo de edad, 22,1% se encontraban en riesgo de desnutrición (no pobres 16,7%, pobres extremos 31,6%), mientras que, en el otro extremo, el **sobrepeso** afectaba a 4,1% (no pobres 6,3%, pobres no extremos 3,5%, pobres extremos 1,1%). Un 9,2% de los menores de 5 años estaba en riesgo de sobrepeso (no pobres 13,1%, pobres extremos 3,8%) (25). Con respecto a la ENV 1997, se mantuvieron cifras similares en la desnutrición global (18). La prevalencia de desnutrición crónica (talla/edad) moderada/severa en esta misma población fue de 20,6% (no pobres 10,2%, pobres no extremos 19,1%, pobres extremos 39,6%), y alcanzó a 56,6% de los menores de 5 años en las zonas rurales indígenas. En comparación con los datos de 1997, la desnutrición crónica aumentó en seis puntos porcentuales (18). La desnutrición aguda (peso/talla) se situó en 1,3% (no pobres 0,8%, pobres no extremos 1,5%, pobres extremos 2,0%). Entre los menores de 5 años, 9,2% estaban en riesgo de desnutrición (no pobres 8,9%, pobres extremos

9,9%) (25). Se verificó un leve incremento en la desnutrición aguda, que en 1997 fue de 1,0% a nivel nacional (18).

Entre los adolescentes evaluados por el índice de masa corporal por edad (IMC), 4,5% registró bajo peso (no pobres 5,1%, pobres 3,8%) y 6,9% sobrepeso (no pobres 10,1%, pobres 2,9%), mientras que 12,1% evidenciaron riesgo de sobrepeso (no pobres 13,0%, pobres 11,1%) (25). La ENV 2003 halló que 33,6% de la población presentaba sobrepeso, sin distinción por sexo, y 18,3% obesidad (mujeres: 21,8%, varones: 14,4%). Estas condiciones combinadas afectan a 56,4% de la población urbana, a 43,8% de la población rural indígena y no indígena, y a 36,8% de la población en áreas indígenas. Al comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad por nivel de pobreza, se observa que estas condiciones afectan a 56,8% de los no pobres, a 39,7% de los pobres y a 35,0% de los que viven en situación de pobreza extrema (25).

Con respecto a la nutrición en el embarazo, durante el segundo y tercer trimestres, 21,6% de las gestantes presentaron bajo peso (no pobres 10,0%, pobres no extremas 17,4%, pobres extremas 39,9%), que alcanzó a 38,2% de las gestantes en las zonas rurales indígenas, y 39,3% sobrepeso (no pobres 50,6%, pobres no extremas 40,7%, pobres extremas 23,3%) (25). En 2005 (47) se registraron 9,3% de recién nacidos con bajo peso al nacer, porcentaje inferior al 13,1% hallado en la ENV (no pobres 10,7%, pobres no extremas 12,3%, pobres extremas 21,6%), y que en el caso de los recién nacidos indígenas alcanzó a uno de cada cuatro (24,6%) (9). Recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad 18% de los niños (15% en las zonas urbanas, 22,4% en las zonas rurales), 13% entre los no pobres, 20% entre los pobres y 26% entre los pobres extremos (25).

En cuanto a los micronutrientes, el análisis por estrato reveló que el grupo rural indígena y el de pobreza extrema presentan los niveles más bajos de consumo aparente promedio de calcio (promedio nacional: 307 mg, rural indígena: 126 mg), hierro (promedio nacional: 7,3 mg, rural indígena: 5,2 mg) y vitamina A (promedio nacional: 376 mg, rural indígena: 111 mg) (25). La **anemia** por carencia de hierro afectaba a más de un tercio de los menores de 5 años, y de mujeres embarazadas y en edad fértil, por lo que desde 1998 el Ministerio de Salud (MINSa) conduce un programa de suplementación con hierro en forma preventiva para preescolares, escolares y embarazadas. En evaluaciones realizadas en 2005 se encontró que la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en escolares que habían sido suplementados desde su primer ingreso fue solamente de 1,8%. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Vitamina A 1999, 10% de los niños de 12 a 59 meses presentaban niveles de retinol sérico por debajo de 20 µg (24% en indígenas y 7% en no indígenas). Por otro lado, en 2002 Panamá fue certificado como país libre de desórdenes por deficiencia de yodo, debido a la yodación universal de la sal. A fin de optimizar las intervenciones en materia de nutrición, se creó en 2004 la Secretaría Nacional de Coordinación y Seguimiento del Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN), adscrita a la Presidencia de la República.

Entre las enfermedades del metabolismo, la **diabetes** mellitus muestra una tendencia al incremento: en 2000 y 2005 se registraron tasas de 134,5 y 170,1 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2005, la distribución por provincias mostró que Los Santos, Panamá Oeste y San Miguelito presentaban tasas de 648,3, 483,5 y 259,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.

La diabetes es la cuarta causa de mortalidad y ha tenido un aumento progresivo, pasando de 11 por 100.000 habitantes en 1990 a 24,4 por 100.000 habitantes en 2004; para este último año, se observa un predominio de casos en el sexo femenino (29 por 100.000 habitantes) respecto al masculino (19,9 por 100.000 habitantes).

Enfermedades cardiovasculares

En cuanto a la **hipertensión arterial**, los registros indican una tendencia ascendente: la tasa pasó de 529,4 por 100.000 habitantes en 2000 a 905,9 por 100.000 en 2005. Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la principal causa de muerte en la gran mayoría de las provincias. Los registros del MINSa para las enfermedades isquémicas del corazón informaron una tasa de 40,2 por 100.000 habitantes en 2000 y de 43,8 por 100.000 en 2004; para este último año la población masculina fue la más afectada, con 51,0% de los casos, frente a 36,5% de la población femenina. Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares aumentaron de 42,1 por 100.000 habitantes en 2000 a 44,7 por 100.000 habitantes en 2004.

Neoplasias malignas

Los registros médicos presentaron un predominio del cáncer de la próstata en los hombres, con una tasa de 25,6 por 100.000 habitantes en 1990 que alcanzó a 66,5 por 100.000 en 2004. En las mujeres, predominó el cáncer de cuello uterino, que bajó de 81,2 por 100.000 habitantes en 1990 a 47,2 por 100.000 en 2004, mientras que el cáncer de mama se incrementó de 22,6 por 100.000 habitantes en 1990 a 39,4 por 100.000 en 2004.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Durante 2005 las inundaciones en el área de Tocumen produjeron más de 20 muertes y cuantiosos daños; lo mismo ha ocurrido con los desbordes del Río Sixaola. La actividad sísmica general es moderada, pero igualmente el país puede verse afectado por terremotos. En 1991, un terremoto en Bocas del Toro provocó varias muertes y muchos damnificados. Recientemente se han registrado importantes movimientos sísmicos en la zona alta de la Provincia de Chiriquí.

Violencia y otras causas externas

Según encuestas, para 24,6% de los habitantes, la inseguridad es el problema más grave de su municipio; 8,0% de las personas

dijeron haber sido víctimas de algún tipo de delito (58,8% de robo sin agresión ni amenaza física, 18,5% de robo con agresión, 11,0% de robo en su domicilio, 6,2% de agresión física sin robo y 4,0% de violación), pero 48,6% no denunciaron el delito (8). Cifras oficiales (48) muestran que, durante 2003, fueron detenidas 63.988 personas por cometer delitos contra la vida y la integridad personal (26,5%); contra el patrimonio (21,5%) y contra el pudor y la libertad sexual (2,6%). La mayor incidencia delictiva se concentra en los siguientes grupos de edades: menores de 18 años (13,0%), de 18 a 20 años (10,6%), de 20 a 24 años (22,5%). La tasa de detenciones a nivel nacional fue de 20,3, en Ciudad de Panamá de 26,9 y en la ciudad de Colón de 75,5 por 1000 habitantes.

En 2003 se registraron 36.176 accidentes de tránsito (97,1 accidentes por 1.000 vehículos registrados) que ocasionaron 11.161 heridos (2,5% graves) y 421 muertes; 56,7% de los heridos y 53,9% de los muertos correspondieron al grupo de 15 a 39 años de edad. La tasa nacional fue de 13 defunciones por 100.000 habitantes. La Provincia de Panamá, con 76,5%, Colón, con 7,2%, y Chiriquí, con 6,8%, registran el mayor número de accidentes. En 2003 se registró un accidente de tránsito cada 15 minutos aproximadamente; cada 20 horas murió una persona como consecuencia de un accidente de tránsito, 62,0% de las muertes ocurrieron los fines de semana (viernes a domingo), y de ellas, 48,5% los sábados y domingos; 39,4% de las víctimas fueron peatones, 30,2% conductores, 29,9% pasajeros y 0,5% jinetes (49).

Las causas externas de mortalidad en 2004 (accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias) ocuparon el tercer lugar como causa de muerte, con 1.035 víctimas (33), y afectaron más a los hombres (55,3 por 100.000 habitantes) que a las mujeres (11,8 por 100.000 habitantes) (50). En este contexto, la violencia intrafamiliar adquiere creciente importancia epidemiológica, económica y social. Los datos estadísticos del MINSA notifican una tendencia estable para el número de casos atendidos en el sistema público de salud como víctimas de violencia doméstica u otras formas de maltrato en el período comprendido entre 2002 y 2004: 2.462 casos en 2002, 2.371 en 2003 y 2.476 en 2004. La distribución por sexo en 2004 muestra un predominio de víctimas mujeres (78,9%) en comparación con los hombres (20,5%), con 0,6% no especificado (50).

Salud mental

Las estadísticas de salud mental con que cuenta el MINSA son limitadas. En 2004, las principales causas de consulta externa en servicios ambulatorios de salud mental fueron los trastornos neuróticos y somatomorfos relacionados con el estrés en primer lugar (33%), seguidos por los trastornos afectivos (23%). En 103 establecimientos ambulatorios de salud mental de Panamá se ofrecieron 93.239 consultas, con un estimado de cinco contactos por usuario. En el Instituto Nacional de Salud Mental los principales diagnósticos de egreso fueron esquizofrenia (33%) y trastornos afectivos (26%) (51). La distribución de las camas psiquiátricas es como sigue: en el Instituto Nacional de Salud

Mental (hospital psiquiátrico) 41%, y en servicios de psiquiatría de hospitales generales, 59%. El país ha realizado un esfuerzo importante en la reforma y modernización de los servicios psiquiátricos. El Hospital Psiquiátrico Nacional redujo sensiblemente su dotación de camas (63% en los últimos cinco años), convirtiéndose en el Instituto Nacional de Salud Mental. Por otro lado, se han desarrollado los servicios de psiquiatría en hospitales generales y se han descentralizado equipos de salud mental a la casi totalidad de la provincias. Estimaciones realizadas sitúan la proporción del presupuesto general de salud que se dedica a la salud mental en alrededor de 3% y de esta proporción, 44% la consume el Instituto Nacional de Salud Mental (51).

Adicciones

Diversos estudios indican que el alcohol es la droga de mayor uso por la población general, y que la población masculina es la más afectada por el consumo de drogas ilícitas, mientras que las drogas más utilizadas por las mujeres son los tranquilizantes menores. En cuanto al consumo de sustancias nocivas, la Encuesta Mundial de Consumo de Tabaco en Jóvenes (52) mostró que uno de cada tres jóvenes escolarizados de 13 a 15 años (31,6%) había fumado alguna vez en su vida; la prevalencia de consumo de algún producto del tabaco en los últimos 30 días fue de 18,3% (cigarrillos: 12,5%); 13,2% declararon que nunca habían fumado pero que probablemente iniciarían el consumo de tabaco el siguiente año. En 2003, el estudio de Vigilancia del Humo Ambiental de Tabaco (53) reveló que los niveles de nicotina en fase de vapor encontrados en la Ciudad de Panamá pueden considerarse bajos o moderados. Sin embargo, se detectó la exposición a humo de tabaco en lugares donde está prohibido fumar, tales como los aeropuertos y hospitales. El nivel de exposición se calificó como alto o muy alto en bares y restaurantes.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El sector salud cuenta con dos grandes actores: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja del Seguro Social (CSS), que formulan, implementan, monitorean y evalúan sus propios planes, proyectos y programas, pero no cuentan con un sistema unificado de planeación; por tanto, no poseen un plan sectorial. En los tres últimos gobiernos constitucionales se han elaborado documentos de planificación ministeriales que recogen los lineamientos de gobierno y los traducen en políticas ministeriales. El actual gobierno elaboró las "Políticas y Estrategias de Salud 2005–2009", que recogen las principales áreas temáticas en las que el MINSA se propone trabajar: el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; el modelo de atención primaria de salud; la sostenibilidad y cuidado del medio ambiente; el aumento de la participación social; la modernización de la gestión administrativa; el desarrollo y fortalecimiento del recurso humano en salud, y el

fomento de la investigación aplicada. El documento menciona en forma directa criterios de equidad de género y de derechos humanos, pero están incluidos de modo no explícito.

El derecho al acceso a la salud en Panamá se encuentra consagrado en los artículos 109 y 110 de la Constitución Política de la República, donde se establece la obligatoriedad del Estado de garantizar a toda la población panameña servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación independientemente de su condición social, política o religiosa o de etnia. Por otro lado, la ley marco de salud (código sanitario) se mantiene vigente y sin modificaciones desde hace 45 años, considerándose obsoleta. En lo que respecta al Código de Seguridad Social, a pesar de haberse planteado y discutido una reforma de la seguridad social (2006), esta solo tocó los aspectos de la previsión social, sin resolver la separación de las funciones de la Autoridad Sanitaria Nacional ni unificar el sistema.

En relación con las funciones esenciales en salud pública (FESP), la única medición efectuada en el país mostró que de las 11 funciones estudiadas, la función de evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud indispensables (FE 7), con un puntaje de 0,87, y la función de diseño de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública (FE 5), con 0,81, fueron las mejor evaluadas, mientras que las funciones de garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población (FE 9), con 0,29, y de reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud (FE 11), con 0,32, fueron las peor evaluadas. El puntaje obtenido por la FE 9 muestra la pérdida progresiva de la función rectora propia de la fragmentación gerencial que induce la segmentación de planes y programas en detrimento de la calidad de los servicios ofrecidos a las poblaciones más pobres. El resto de las funciones, con excepción del monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud (FE 1), que con un puntaje cercano a 0,80 se ubicó en un rango superior, se ubicaron en el cuartil de desempeño medio superior.

Panamá ha sido el segundo país de la Región en firmar y ratificar con la OMS el Convenio Marco Contra el Tabaco, que ya comenzó a ejecutarse y que representa un avance importante en la lucha contra el tabaquismo. En la actualidad se han desarrollado normas específicas que restringen el comercio y consumo en público del tabaco y sus derivados, las cuales se encuentran consignadas en la Ley 17 de 2005. Posteriormente, se emitió el Decreto Ejecutivo No. 17 del 11 de marzo de 2005, por el cual se reglamentó la ley y se establecieron las medidas en vigencia “para la prevención, reducción del consumo y exposición al humo del tabaco”.

El proceso de reforma del sector salud, se remonta al decenio de 1990 y tuvo como principios rectores la unificación del sistema, la integralidad en la prestación del servicio, la búsqueda de la equidad, la universalidad del acceso y el mejoramiento de la eficiencia, pero no logró cambios sostenidos. El proceso se circunscribió a una región sanitaria del área metropolitana de la Ciudad de Panamá (San Miguel Arcángel).

Estrategias y programas de salud

A fines de 2005 se tramitó y aprobó la Ley 51, mediante la cual se reformó el estatuto de la seguridad social. Una visión rápida de los cambios introducidos por la nueva ley deja ver claramente que su enfoque más importante fue el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM), logrando mejorar la sostenibilidad a mediano plazo del seguro mediante acciones tendientes a incrementar los techos de cotización y la edad de pensión. El seguro de enfermedad general y maternidad no incrementó su techo de modo que sigue latente el problema de déficit financiero del programa.

Como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza del actual gobierno, se ha implementado un sistema de protección social que básicamente busca crear capacidades para que 25.000 familias salgan de la situación de pobreza absoluta en la que viven por medio de la transferencia condicionada de fondos. Este sistema aún no ha sido evaluado.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud se muestra fragmentado y segmentado en dos subsectores: el público (MINSA y CSS) y el privado. Las entidades del sector público poseen alto grado de centralización y una estructura jerárquica de tipo vertical, en la cual la participación comunitaria no tiene un sentido de cogestión de los servicios, el modelo de atención es predominantemente recuperativo y los programas de prevención de riesgos y daños se dirigen a la atención de los problemas de salud más prevalentes y de mayor externalidad negativa en la población. El MINSA ha iniciado un proceso de desconcentración de algunas funciones administrativas y de ordenación parcial del gasto, pues los procesos de planificación, asignación y manejo presupuestal y financiero continúan concentrados en el nivel central.

En lo que se refiere al grado de segmentación poblacional, las coberturas nominales de la CSS abarcaban a 2.003.108 beneficiarios en 2004, de los cuales 33,8% eran cotizantes activos, 7,6% pensionados y 58,6% dependientes, mientras que 35,0% estarían a cargo del MINSA. La participación del sector privado es indeterminada pero nominalmente baja, esto último por el hecho de que no existen aseguradoras privadas importantes. Sin embargo, existe subsidio cruzado, puesto que el sistema público es abierto y no cuenta con mecanismos de identificación de la demanda selectiva para beneficiarios de la seguridad social y el MINSA se constituye en la única oferta disponible en algunas zonas geográficas del país.

La CSS es la instancia encargada del manejo del aseguramiento de todos los trabajadores del sector público y privado, mediante la administración de los seguros de enfermedad general y maternidad (EGM), de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y de invalidez, vejez y muerte (IVM). Las modalidades de afiliación y el grupo de beneficiarios del sistema están establecidos por la ley orgánica de la CSS: los afiliados obligatorios (trabajadores formales del sector público y privado, e independientes que brinden sus servicios al gobierno; o de manera formal a la

empresa privada) y los afiliados voluntarios (personas que no están sujetas al régimen obligatorio y trabajadores menores de edad con iguales beneficios que los mayores de edad), y los beneficiarios (cónyuge o compañero permanente y sus dependientes hasta los 25 años, siempre y cuando no exista la figura de emancipación voluntaria y estén inscritos en el sistema educativo formal del país; los dependientes discapacitados son beneficiarios de por vida, al igual que los padres después de los 60 años). El ATEP es aplicable a los afiliados de la CSS, lo que significa que solo un número cercano a 30% de la población estaría cubierta (sector formal y afiliado). Sin embargo, la cobertura actualmente solo se limita a acciones de atención en caso de enfermedad y accidente, y de compensación económica en caso de incapacidad temporal o permanente, y no contempla acciones sistemáticas de salud ocupacional. La CSS carece de un plan definido de servicios cubiertos, períodos de carencia, ni diferencias en planes entre cotizantes y beneficiarios, por lo cual los costos de atención son crecientes y generarán una crisis del seguro de enfermedad general y maternidad, anunciada para el año 2011. En el sector privado los planes de coberturas son variados y están sujetos a la capacidad de pago de los individuos operando por reembolso.

La función de regulación en salud pública está a cargo de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud (DIGESA), que además concentra gran parte de las funciones que realiza el Ministerio en el país, como la de Autoridad Sanitaria Nacional, la cual cuenta en su estructura funcional con las áreas de vigilancia y regulación sanitarias y con la Dirección de Farmacia y Drogas. Hay duplicidad de funciones en varias áreas, tales como vigilancia ambiental y manejo de residuos, que también son competencia de la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM).

Servicios de salud pública

El MINSA y la CSS ejecutan los programas destinados a las poblaciones vulnerables, mediante actividades de atención primaria clásicas centradas en grupos de edad, especialidades o procesos patológicos, tales como los programas orientados a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la atención integral del ambiente, la atención a la niñez, la adolescencia, la población adulta, las personas con discapacidad y la salud materna, entre otros. Aunque todos estos programas forman parte de la oferta en salud del MINSA y se ofrecen gratuitamente a toda la población a través de diferentes mecanismos de entrega, no están articulados entre sí ni constituyen un sistema orgánico de atención primaria de salud del sistema.

El principal mecanismo de oferta de servicios consiste en la respuesta a la demanda. Otra modalidad establecida para poblaciones rurales e indígenas que habitan en zonas apartadas con escaso o nulo acceso a servicios regulares de salud es la atención itinerante prestada por organismos contratados, las ferias de salud organizadas por las regiones sanitarias (FOGI) y las caravanas de la salud organizadas directamente por el Ministerio, que brindan servicios de segundo nivel, incluidas las cirugías ambu-

latorias. En todos los casos, los servicios se limitan a los comprendidos en un plan básico del MINSA denominado Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) y no cuentan con el apoyo sistemático de la CSS. La ENV 2003 reveló que del contingente de personas que tuvieron problemas de salud y no acudieron en busca de atención, 17,5% adujeron causas económicas (11,6% no contaron con dinero para transportarse al sitio de atención y 5,9% manifestaron que el servicio de salud era costoso). Las barreras económicas tuvieron mayor incidencia en las zonas rurales (26,1%) e indígenas (40,0%), y obviamente entre la población más pobre (28,6% de los pobres y 36,1% de los pobres extremos), hechos que ponen de relieve la necesidad de extender las coberturas (9).

El Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y otras instancias gubernamentales y de la sociedad civil están realizando esfuerzos para hacer frente a los problemas de los accidentes, el suicidio y la violencia, para lo cual cuentan con diversos instrumentos: el Plan de igualdad para la mujer en Panamá 2000–2006, la Ley N° 4 de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, el Plan nacional contra la violencia intrafamiliar y normas de convivencia ciudadana (que incluye el problema de las pandillas juveniles), la Ley N° 16 sobre la explotación comercial del sexo y la trata de personas, y la suscripción del protocolo de la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Se estima que 90,2% de la población tiene acceso a agua potable (57,2% en las comunidades indígenas, 85,7% en la zona rural y 96,3% en la zona urbana). En el ámbito nacional, 33% de la población se abastece de llaves de agua ubicadas fuera de la propiedad o en el patio de la casa. En relación con la calidad del servicio de agua potable, 72,2% de los hogares con conexión domiciliaria reciben el agua sin interrupciones. Existen diferencias entre pobres y no pobres: en las zonas urbanas solo 56,6% de los hogares pobres y 45,4% de los hogares en situación de pobreza extrema reciben el servicio las 24 horas (9). En general, el consumo total anual de agua fue de 408,46 hm³/año y el consumo medio por habitante, de 444 litros al día (26).

En lo que respecta al acceso a saneamiento adecuado a nivel nacional, solo 54,3% de la población dispone de servicio sanitario conectado a alcantarillado o tanque séptico; en las zonas urbanas 75,4% tiene acceso a este servicio (82,1% entre los no pobres y 48,3% entre los pobres), y en las zonas rurales 67% de los habitantes utilizan huecos o letrinas, mientras que 61% de la población indígena carece totalmente de algún sistema de disposición de excretas (9).

Los desechos generados en el país ascendieron a 1.463,53 toneladas al día (26). El porcentaje de viviendas urbanas que eliminan la basura a través del servicio de recolección municipal alcanza a 86,8%, pero 28,5% de los hogares pobres urbanos la queman o tiran. En las zonas rurales el servicio de recolección de basura cubre una quinta parte de las viviendas; 56,0% de los hogares queman la basura, 9,2% la entierran, y el resto la tiran en cualquier lugar (9). Los distritos de Panamá, Colón y San Migue-

lito son los mayores generadores de basura en el país, gran parte de la cual se deposita en el relleno sanitario de Cerro Patacón. A nivel nacional hay escasez de rellenos sanitarios y lo que prevalece como lugares destinados a la disposición final de la basura son los “botaderos”, que tienen escaso o nulo control sanitario y ambiental; a menudo estos botaderos son fuente de lixiviados que contaminan las fuentes superficiales y subterráneas de aguas, y polos de atracción para gente muy pobre que se dedica a recolectar lo que es utilizable de los desechos (54).

El Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) es la entidad estatal encargada de prevenir y preparar a la población para hacer frente a las emergencias y desastres en el territorio nacional, así como de mitigar sus consecuencias y dar respuesta oportuna a las personas afectadas.

En cuanto a los preparativos para una pandemia de influenza, desde 1977, la vigilancia virológica ha detectado actividad de los virus influenza A (H3N2), A (H1N1) y B. Producto de esa vigilancia ha sido la detección de cepas nuevas, algunas de ellas incorporadas en los antígenos de vacunas. Actualmente se ha creado una Comisión Nacional Intersectorial que ha elaborado un plan integrado frente a la pandemia de influenza.

Servicios de atención a las personas

Para la prestación de servicios de atención individual, el MINSA tiene bajo su jurisdicción 14 regiones sanitarias y, correspondientemente, la CSS cuenta con el mismo número de direcciones regionales. La atención de salud se lleva a cabo a través de la red de servicios del MINSA y de la CSS, constituida por establecimientos proveedores organizados en distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. En Panamá existen tres niveles jerárquicos y tres niveles de atención: los niveles jerárquicos son el nivel central y normativo (MINSA), el nivel regional y coordinador (regiones sanitarias) y el nivel local, netamente operativo. Desde el punto de vista de la complejidad, existe un primer nivel de atención que comprende siete tipos diferentes de centros clasificados de acuerdo con la capacidad resolutoria, que van desde los centros comunales, que cuentan con un promotor de salud itinerante y voluntarios comunitarios, hasta las denominadas policlínicas básicas o centros de salud con camas. Un segundo nivel de atención está constituido por seis subtipos de entidades que van desde las policlínicas especializadas, que cuentan con especialidades básicas, hasta los hospitales regionales y cabezas de las regiones sanitarias. Finalmente, un tercer nivel de atención comprende desde los hospitales nacionales especializados (suprarregionales) hasta los centros nacionales subespecializados. Para la coordinación de la continuidad de la atención por niveles, el MINSA junto con la CSS creó en 2003 un Sistema Único de Referencia y Contrareferencia (SURCO) que aún no ha entrado en pleno funcionamiento, por lo cual no existen puertas de entradas definidas y persiste la duplicación de niveles en el interior de una institución. En total, la capacidad instalada del MINSA y la CSS en 2003 era de

868 establecimientos distribuidos en 39 hospitales, 36 policlínicas, un policentro, 151 centros de salud sin cama, 31 centros de salud con cama, 10 unidades locales de atención primaria (ULAPS), nueve centros de promoción de la salud (CPS), 116 subcentros de salud, 451 puestos de salud y dos instalaciones socio-sanitarias, clasificadas como hospitales. Sin embargo, y a pesar de la gran cantidad de instituciones, existe una irregular distribución e integración de apoyo diagnóstico y/o urgencias, con una concentración mayor de recursos en las cabeceras urbanas en detrimento de las regiones rurales e indígenas. Hay una sobreutilización del tercer nivel de atención por el déficit del MINSA de unidades de segundo nivel.

No existe una red de urgencias unificada en el país; sin embargo, hay normas que establecen la obligatoriedad de la prestación gratuita de primeros auxilios en cualquier entidad, incluido el sector privado, y en la Ciudad de Panamá existe un sistema unificado de ambulancias administrado por la CSS y gratuito para la población en general. En el resto del país, las urgencias están a cargo de diferentes unidades operativas según los respectivos niveles de resolución, pero no existen protocolos operacionales unificados para su manejo y remisión.

Con respecto al suministro de sangre y ayudas diagnósticas, no existe una red sino un conglomerado disperso de centros de recolección y transfusión, y un banco de sangre de mediana complejidad; el principal origen de las fuentes de sangre para transfusiones en el país se considera “no seguro”, pues siguen siendo los donantes de reposición y los donantes remunerados. El suministro voluntario y altruista no alcanza a 3% del total recolectado, que tampoco supera a 0,5% de la población. Situación similar viven los laboratorios clínicos: cada hospital posee uno que, generalmente en una sola área, congrega los servicios de manera indiscriminada. El país no cuenta con un laboratorio de referencia legalmente establecido, aunque el ICGES ha asumido de hecho esta función. En 2006 se inició la implementación de un programa de garantía de la calidad que incluye las entidades del sector público y las del sector privado representadas en el Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos (CONALAC).

Existe una Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad, en funcionamiento desde octubre de 2004, y un Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación que ofrece servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje, y servicios médicos y odontológicos que atiende desde 1985. La CSS ofrece programas de rehabilitación para niños y adultos en diversos hospitales y en algunas policlínicas del país. No existen datos precisos sobre la cobertura de la seguridad social para las personas con discapacidad, estimándose que es baja, sobre todo en el servicio de rehabilitación. Según la SENADIS, la totalidad de los servicios de rehabilitación está concentrada en la capital del país, por lo que no existe una red integral de rehabilitación. Por otro lado, la red de talleres de ortesis y prótesis y otras ayudas técnicas se encuentra actualmente constituida por cinco pequeños talleres, tres de ellos privados y

uno exclusivo para la CSS, que se hallan concentrados en la capital, no están articulados y tienen una baja cobertura de suministro de ayudas técnicas en general.

Para la atención de las poblaciones indígenas, la cantidad de instalaciones de salud y su distribución en las comarcas en 2000 pusieron de manifiesto la falta de personal especializado para atender a la población. El mayor número de instalaciones correspondió a puestos de salud que eran administrados por las comunidades y visitados por una enfermera cada cierto tiempo, lo que denota la precariedad de las condiciones de salud de estas poblaciones. La Comarca Kuna Yala cuenta con hospitales, centros y subcentros de salud, pero el personal médico y sanitario es insuficiente, tal como lo refleja el porcentaje de cobertura médica, que es el peor de todas las provincias (2.701 habitantes por médico) (40). En 2002, la población de la Comarca Kuna Yala presentó las siguientes coberturas de servicios de atención materno-infantil: control prenatal 121,8%; control puerperal 66,9%; vacunación antitetánica en mujeres en edad fértil 50,8%, control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años, 73,3%. En la Comarca Ngöbe Buglé las coberturas fueron: control prenatal 68,9%; control puerperal 74,7%; vacunación antitetánica en mujeres en edad fértil 25,0%; control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años 62,5%. No se dispone de datos para la Comarca Emberá (55).

Promoción de la salud

Para fortalecer la participación comunitaria en salud se han establecido, mediante normativa legal, Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueductos Rurales; también se han impulsado otras formas de participación, como las que se realizan a través de los líderes y grupos comunitarios, implantando estrategias de grupos voluntarios, tales como los promotores y los denominados guardianes de la salud. Sin embargo, la participación comunitaria no se ha desarrollado como mecanismo de control social ni de participación en la toma de decisiones, y sigue teniendo connotación asistencialista. En tal sentido, el gobierno nacional ha comprometido recientemente a los grupos comunitarios y sectores interesados a participar en programas de salud para adolescentes, adultos mayores, diabéticos e hipertensos, y personas con VIH, entre otros. Durante el período analizado, el MINSA ha estado elaborando el Plan Nacional de Promoción de la Salud que también prevé la colaboración de los niveles locales.

Recursos humanos

Para el funcionamiento de la red de servicios públicos, a nivel nacional, el sistema de salud cuenta con 4.321 médicos (13,63 médicos por 10.000 habitantes), 3.665 enfermeras (11,55 enfermeras por 10.000 habitantes) y 923 odontólogos (2,91 profesionales por 10.000 habitantes). Sin embargo, el número de recursos por 10.000 habitantes es hasta 10 veces menor en las comarcas indígenas, en comparación con el resto del país (Comarca Ngöbe

Buglé: 0,62 médicos por 10.000 habitantes, Provincia de Panamá: 17,96 médicos por 10.000 habitantes). Esta situación se mantiene a pesar de los incentivos económicos (bonificación de 40% del salario base) destinados a promover la migración de profesionales hacia esas áreas. Asimismo, casi dos terceras partes (61,8%) de la población infantil que tuvo problemas de diarrea e infecciones respiratorias recibieron atención de personal competente (en 57,3% de los casos por médicos, 2,7% por enfermeras y auxiliar de enfermería, y 1,8% por promotor de salud). Esa proporción varía entre 69,8% en las zonas urbanas (69,4% por médico y 0,4% por enfermeras) y 35% en los pueblos indígenas (14,5% por médico, 12,5% enfermera y 7,7% promotor de salud). Dos terceras partes (65,3%) de los niños indígenas con problemas respiratorios, diarrea o ambos no acudieron a una instalación de salud y fueron atendidos por miembros del hogar (58%) o por médico tradicional indígena o curandero (4,7%). Desde una perspectiva de servicio social, se observa que apenas poco más de la mitad de los niños pobres (52%) que padecieron diarrea o infección respiratoria fueron atendidos por personal competente, en contraste con 75% en el caso de los niños no pobres. La mayoría de los menores que recibieron cuidados de personal competente fueron atendidos en instituciones públicas de salud (82%) y más de la mitad de ellos (53%) se encontraban en condiciones de pobreza. Por otra parte, 87% de los no pobres se atendieron en instituciones privadas (9). En cuanto a la atención del parto, 95,4% fueron asistidos por personal capacitado (88,9% de las veces por médico) y 95,1% se atendieron en instituciones de salud. Hay diferencias significativas entre la atención del parto en zonas urbanas e indígenas: en la comarca Ngöbe Buglé, por ejemplo, de un total de 904 partos registrados, 10,2% fueron asistidos por personal calificado, de los cuales solo 38,0% fueron atendidos por médicos.

A finales de 2005, se inició la certificación del recurso humano técnico y profesional en salud a través de la promulgación de la normativa de la Ley 43 de 2004, que creó los consejos y procedimientos interinstitucionales de certificación y recertificación de las profesiones de salud. Estos procesos se interrumpieron a mediados de 2006, cuando el MINSA derogó la reglamentación de la mencionada ley mediante el Decreto ejecutivo 329 del mismo año, de manera que en la actualidad el país no cuenta con mecanismos de certificación y recertificación de su personal técnico y/o profesional. Por otro lado, la carrera administrativa está en vías de implementación, aún no cubre a 100% de los empleados del sector y adolece de mecanismos transparentes de evaluación del desempeño.

Suministros de salud

En cuanto a la regulación, comercialización, distribución y oferta de insumos complementarios, tales como medicamentos, equipos y material médico-quirúrgico, se han promulgado y se encuentran en etapa de implementación la Ley 1 de 2003 y la Ley 54 de 2005, que reglamentan los suministros y los medicamen-

tos, respectivamente. Mediante esta normativa, el país posee un listado de medicamentos esenciales y mecanismos de actualización; protocolos de ingreso al país y proceso de registro sanitario único, tanto para medicamentos como para equipos médicoquirúrgicos; normas claras de bioequivalencia e intercambiabilidad de medicamentos genéricos y un incipiente sistema de tecnovigilancia y farmacovigilancia poscomercialización.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El área de investigación en salud ha sido encomendada al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios Sociales (ICGES). La superposición de funciones propicia la dispersión de los recursos y una limitada coordinación entre las entidades que trabajan en esa área. Desde 2000, el MINSA elaboró lineamientos y políticas en los campos de la ética y la bioética, y en 2005 se puso en vigencia la reglamentación para el ejercicio de la investigación en seres humanos.

Gasto y financiamiento sectorial

Aunque no existen registros sistemáticos de los gastos del sistema de salud y solo se cuenta con estimaciones globales, se acepta que el Estado panameño gasta cerca de US\$ 363 por persona por año en actividades relacionadas con los servicios de salud. La totalidad de los recursos del sistema público se utiliza para subsidiar la oferta de servicios de salud a través de la red de servicios públicos. Dentro de la red pública, casi 70% se utiliza para el pago del personal y cerca de 2% para mantenimiento e inversión en infraestructura, lo cual significa que menos de 30% se destinan a la compra y suministro de medicamentos y otros insumos. Según datos proporcionados por la Dirección Nacional de Provisión de Servicios Asistenciales, la distribución del gasto dentro de la CSS es similar. No existen datos oficiales acerca del gasto en investigación, estimándose que asciende a 0,5% del total.

Los fondos provienen del Ministerio de Economía y Finanzas, de los empleados y empleadores en el caso de la CSS, del gasto de bolsillo y, en menor proporción, de la cooperación internacional. En cuanto a los detalles sobre el origen y asignación de los recursos, Panamá gastó más de US\$ 1.100 millones, lo que equivale a 8,4% de su PIB, una de las cifras más altas de la Región. Se estima que, para el mismo año, cerca de US\$ 360 millones (31%) correspondieron a aportes directos de los usuarios, ya sea como pago de su bolsillo por la atención o por los medicamentos, prótesis, etc., o al pago de seguros privados de salud. El resto de los recursos (cerca de US\$ 794 millones), fueron financiados en montos similares entre el Sistema de Seguridad Social (US\$ 363 millones) y el Ministerio de Salud (US\$ 431 millones). Panamá no percibe más de 1% de la cooperación no reembolsable. La fiscalización del uso de los recursos corresponde a la Contraloría General de la República y es de carácter previo a la ejecución del gasto.

La ENV 2003 reveló que, en promedio, el gasto nacional en salud de los hogares correspondiente a menores de 5 años en el mes anterior a la ejecución de la encuesta fue de US\$ 9,50 (US\$ 11,60 en la zona urbana, US\$ 6,9 en la zona rural); el gasto en salud según niveles de pobreza indica que los no pobres gastaron US\$ 14,1 mientras que los pobres destinaron US\$ 6,8 (y los pobres extremos US\$ 6,5).

Más de tres cuartas partes del desembolso se destinó a la adquisición de medicamentos, a cubrir el costo de consultas médicas y de pruebas de laboratorio (53,9%, 23,0% y 11,0%, respectivamente). Los renglones del gasto mantienen una estructura bastante homogénea en las distintas zonas geográficas, con excepción del área indígena, donde una mayor proporción del gasto se orienta al pago de consultas médicas (38%), compra de medicamentos (32%) y pago de exámenes de laboratorio (25%). El análisis del gasto según niveles de pobreza muestra que entre los que viven en condiciones de pobreza extrema se observa mayor concentración del gasto en servicios de salud: 44% (25,1% de consulta médica, 17,5% de exámenes de laboratorio y 1,4% de consulta a curanderos), mientras que en los no pobres este gasto fue de 30,5% (24,1% de consulta médica, 6% de exámenes de laboratorio y 0,4% de consulta a curanderos). Los medicamentos representan para los pobres extremos y los no pobres 41,2% y 59,6%, respectivamente (9).

Adicionalmente, los hospitales suprarregionales y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada “patronatos”, presidida por el Ministro de Salud o su delegado, con autonomía para ejercer la función legislativa y de control de la entidad y cuyo representante legal es un gerente designado por el Ministro de Salud y pagado por el erario público, con cargo a la entidad.

Otro mecanismo de control recientemente incorporado por el MINSA son los denominados convenios de gestión, en los cuales se plasman compromisos (previos a la recepción del presupuesto) de cumplimiento de metas específicas por parte de las 14 regiones sanitarias y los cuatro hospitales nacionales. Esta herramienta de rendición de cuentas está iniciando su segundo año de aplicación y enfrenta su primera evaluación, por lo que es prematuro hablar de resultados.

Cooperación técnica y financiera en salud

La gestión y negociación de la cooperación internacional está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas, en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. Además, cada Ministerio tiene oficinas de enlace para la cooperación internacional. Importantes recursos provienen de créditos reembolsables de la banca bilateral y multilateral, como los otorgados para la canalización y tratamiento de aguas servidas de los barrios que aún vierten sus desechos a la Bahía de Panamá (US\$ 50 millones), y del Programa Multifase

de Transformación Institucional del Sector Salud (US\$ 50 millones), en los que participa el MINSA, este último con tres subcomponentes: fortalecimiento del papel rector del MINSA (US\$ 5,8 millones); ampliación de coberturas a regiones desprotegidas mediante el modelo de contratación de organizaciones externas y establecimiento del Plan Integral de Servicios de Salud (PAISS) (US\$ 28 millones), y transformación de los servicios de salud para incrementar su productividad (US\$ 10 millones).

Existe una fuerte presencia de oficinas de los organismos del sistema de Naciones Unidas como respuesta a los planes de incentivos otorgados por el gobierno nacional. De acuerdo con la información actual, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Programa Mundial de Alimentos, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, poseen oficinas y representantes acreditados en el país, quienes participan activamente en la implementación del plan de gobierno, sobre todo en las actividades relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el ejercicio de la libertad individual y el acceso a las oportunidades de vida.

Referencias

1. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Panamá en cifras: años 2000–2004. Ciudad de Panamá; 2005.
2. Banco Mundial. Indicadores de desarrollo internacional 2005. Washington, DC: Banco Mundial; 2005.
3. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas. Informe económico anual, 2005. Ciudad de Panamá; 2006.
4. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Análisis y Políticas Económicas. Estadísticas económicas, 2005. Ciudad de Panamá; 2006.
5. Gandásegui M. Democracia y movimientos sociales en Panamá en el centenario de la República. *Revista Tareas*. 2003; 115:5–30.
6. Brown H. Hacia la consolidación del sistema de partidos políticos panameños. *Revista Tareas*. 2002; 111:5–26.
7. Gandásegui M. La transferencia del Canal de Panamá. *Revista Tareas*. 2000; 105:5–34.
8. Pérez O, Gandásegui M, Seligson M, editores. La cultura política de la democracia en Panamá, 2004. Percepciones de la población en torno al sistema político. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University; 2004.
9. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Pobreza y desigualdad en Panamá. La equidad: un reto impostergable. Ciudad de Panamá; 2006.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Visión Nacional 2020. Ciudad de Panamá; 1999.
11. Organización Internacional del Trabajo. Programa InFocus sobre fortalecimiento del diálogo social. Diálogo social en Panamá: el camino hacia la democracia. Ginebra; 2002.
12. Patria Nueva. Programa de gobierno 2004–2009. Ciudad de Panamá; 2004.
13. Panamá, Presidencia de la República. Visión estratégica de desarrollo económico y de empleo hacia el 2009. Ciudad de Panamá; 2005.
14. Panamá, Ministerio de la Presidencia, Secretaría de Metas Presidenciales. Objetivos y metas del gobierno de Patria Nueva 2005–2009. Ciudad de Panamá; 2005.
15. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Encuesta de Hogares 2005. Cifras definitivas. Ciudad de Panamá; 2005.
16. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas. Canasta básica, diciembre 2005–enero 2006. Ciudad de Panamá; 2006.
17. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. La pobreza en Panamá. Encuesta de Niveles de Vida 2003. Principales resultados (edición revisada). Ciudad de Panamá; 2005.
18. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Encuesta de Niveles de Vida 1997. Ciudad de Panamá; 2003.
19. Banco Interamericano de Desarrollo. Pobreza y desigualdad a nivel de áreas menores en Panamá. Serie de estudios económicos y sectoriales. Washington, DC; 2005.
20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada, ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Nueva York: PNUD; 2005.
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano: Panamá 2002. El compromiso con el desarrollo humano: un desafío nacional. Ciudad de Panamá; 2002.
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano: Panamá 2004. De la invisibilidad al protagonismo: la voz de la juventud. Ciudad de Panamá; 2004.
23. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Universidad de Panamá, Facultad de Economía. Economía y género en Panamá: visibilizando la participación de las mujeres. Ciudad de Panamá; 2005.
24. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Pobreza y desigualdad en Panamá. La equidad: un reto impostergable. Panamá; 2006.
25. Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales. Situación nutricional, patrón de consumo a alimentos de la población panameña. Segunda Encuesta de Niveles de Vida 2003. Ciudad de Panamá; 2006.

26. Panamá, Autoridad Nacional del Ambiente. Informe del estado del ambiente. GEO Panamá 2004. Ciudad de Panamá; 2004.
27. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plaguicidas en el Istmo Centroamericano (PLAGSALUD). Situación epidemiológica de las intoxicaciones por plaguicidas en el istmo centroamericano. San José: OPS/OMS; 2002.
28. Panamá, Autoridad Nacional del Ambiente. Informe final de la cobertura boscosa y uso del suelo de la República de Panamá, 1992–2000. Ciudad de Panamá; 2003.
29. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Situación demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población total del país: años 1950–2050. Boletín N° 7. Ciudad de Panamá; 2002.
30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2004. Documento oficial LC/G.2264-P/B. Santiago de Chile; 2005.
31. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Los pueblos indígenas en Panamá: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2000. Documento oficial LC/W.20. Santiago de Chile; 2005.
32. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estimaciones y proyecciones de la población total en la República de Panamá, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: período 1990–2030. Boletín N° 8. Ciudad de Panamá; 2005.
33. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña: situación demográfica. Estadísticas vitales: volumen III. Defunciones, año 2004. Ciudad de Panamá; 2005.
34. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña. Estadísticas vitales: volumen II. Nacimientos vivos y defunciones fetales, año 2004. Ciudad de Panamá; 2005.
35. Panamá, Ministerio de Salud. Situación de salud de Panamá. Documento marco. Ciudad de Panamá; 2005.
36. Panamá, Ministerio de Salud, Jefatura Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Reporte del Sistema de Información Perinatal (SIP). MINSA; julio 2006.
37. Panamá, Gabinete Social. Política nacional a favor de las personas mayores en Panamá. Edificar una sociedad para todas las edades. Ciudad de Panamá; 2004.
38. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Situación social. Seguridad social 2003. Ciudad de Panamá; 2004.
39. Panamá, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Discapacidad en Panamá. Ciudad de Panamá; 2005.
40. Banco Mundial. Perfil de los pueblos indígenas de Panamá. Ciudad de Panamá; 2002.
41. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Informes metodológicos y resultados de los censos de: 1911, 1920 a 2000.
42. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Censos 1990 y 2000. Resultados finales, total país. Ciudad de Panamá; 2001.
43. Banco Mundial, Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Poverty in indigenous populations in Panama: a study using LSMS Data. LCSHD paper series. Washington, DC; 2000.
44. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Panamá, Ministerio de Salud. Análisis del contexto general de la región de Darién y su situación de salud. Ciudad de Panamá; 2004.
45. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Desafíos de Panamá en materia de población y desarrollo, salud sexual y reproductiva y equidad de género. 2005.
46. Asociación Viviendo Positivamente. Proyecto Acción Sida en Centroamérica (PASCA). Sondeo de opinión de la atención integral en salud y los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Ciudad de Panamá; 2006.
47. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadísticas vitales. Cifras preliminares. Año 2005. Ciudad de Panamá; 2006.
48. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña: situación política, administrativa y justicia. Estadística de detenciones y penitenciarias. Año 2003. Ciudad de Panamá; 2004.
49. Panamá, Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. Estadística panameña. Accidentes de tránsito. Año 2003. Ciudad de Panamá; 2004.
50. Panamá, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Políticas de Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Estadísticas de salud, 2004. Ciudad de Panamá; 2005.
51. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud en Panamá, 2004. Ciudad de Panamá; 2006.
52. Panamá, Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Consumo de Tabaco en Jóvenes. Ciudad de Panamá; 2002.
53. Panamá, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Estudio de vigilancia del humo ambiental de tabaco. Ciudad de Panamá; 2004.
54. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación 2000 de los residuos sólidos. OPS; 2003.
55. Panamá, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos por provincias y comarcas indígenas. Ciudad de Panamá; 2004.

