



**LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL.**

SEPTIEMBRE 2005

Dr. Camilo Alleyne
Ministro de Salud.

Dra Dora Jara
Vice Ministra de Salud.

Dr. Francisco Sucre
Secretario General

Dr. Alberto Amaris
Director Nacional de Políticas del Sector Salud.

Licda. Eusebia Copete
Sub Directora de Políticas del Sector Salud.

Dr. Cirilo Lawson
Director General de Salud Pública.

Dr. Washington Lum
Sub Director General de Salud Pública.

PRESENTACION

El combate y la reducción de la pobreza y en particular la pobreza extrema ha sido definida como una de las políticas centrales del Gobierno Nacional, presidido por su Excelencia Señor Presidente Martín Torrijos Espino, en este marco se inscribe la creación y el desarrollo del Sistema de Protección Social, como instrumento articulador y orientador de los programas, proyectos y servicios de las instituciones públicas y privadas del Estado Panameño; cuyos objetivos y fines estén dirigidos a beneficiar y apoyar a las familias en pobreza extrema en el mejoramiento de sus condiciones de vida y superación de sus carencias y precariedades.

Por otro lado los Objetivos y Metas del Milenio, plantean la necesidad de que las instituciones públicas establezcan en sus políticas de desarrollo, estrategias de intervención dirigidas a asegurar el logro y superación de los compromisos adquiridos por el país en materia de pobreza, salud, nutrición, educación, empleo y medio ambiente.

Desde sus inicios el Ministerio de Salud bajo la gestión del Señor Ministro Camilo Alleyne, ha apoyado esta iniciativa aportando recursos humanos y apoyo técnico de manera directa a la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, así como en la definición y diseño del componente de programas y servicios de salud integral con calidad dirigido a las familias beneficiarias del Sistema.

El presente documento constituye un marco para la orientación y actuación de los niveles nacionales, regionales y locales de salud. Del mismo se desprenden un conjunto de líneas de acción y tareas, varias de las cuales ya han iniciado, que son necesarias realizar para la operacionalización y articulación de los servicios de salud dentro de la Red de Protección Social.

El documento contiene anexo un marco sustentatorio y justificativo basado en los análisis de situación y desigualdades en salud de la población panameña, así como una descripción de la oferta de servicios de salud integral, basada en las normas vigentes para la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

RECONOCIMIENTOS

El presente documento ha sido elaborado por un equipo de técnicos del Ministerio de Salud de las Direcciones Nacionales de Políticas del Sector Salud y de la Dirección General de Salud Pública, conformado por:

Hernán A. Luque S. (responsable)
Melva Cruz P.
Yadira Carrera
Reina Roa

Se agradece de igual forma la colaboración que brindaron a:

Amarilis Quintero	Rocío Arjona.
Marianela Corrales	Fania de Roch
Edith Castillo	Ovidio Fuente
Dora Polanco	Armando Chang
Franklin Garrido	Efraín Barreiro
Mario Castellón	Daniel Ruíz
Elena Castro	Amoy Chong Ho
Norma Astudillo	Odalys Sinisterra

Participaron con sus comentarios y observaciones los siguientes directores y subdirectores nacionales del Ministerio de Salud.

Dr. Alberto Amaris, Director Nacional de Políticas del Sector Salud.
Licda Eusebia Copete, Subdirectora de Políticas del Sector Salud.
Dr. Cirilo Lawson, Director General de Salud Pública.
Dr. Washington Lum, Subdirector General de Salud Pública.

INDICE

Presentación.	3
Reconocimientos.	4
A. Antecedentes.	6
B. Los Sistemas de Protección Social en Salud.	7
C. Objetivos y lineamientos de las políticas públicas de salud.	9
CH.Lineamientos generales para la definición de la oferta de servicios de salud en el sistema de protección social.	10
1. Objetivo.	10
2. Estrategia.	10
3. El Primer Nivel de Atención.	12
4. El Sistema de Referencia al Segundo y el Tercer Nivel de Atención.	12
5. La Atención del Parto	13
6. El Personal y los Equipos de Salud	13
7. Los Laboratorios, Radiología y Medicamentos Esenciales.	14
6. La Operacionalización y la Evaluación de las Intervenciones.	16
7. Los Convenios o Compromisos de Gestión.	16
8. El Sistema de Información.	16
9. La Capacitación del Recurso Humano y el Mercadeo Masivo.	17
10. La Planificación y la Programación Presupuestaria.	17
11. La Conducción Institucional.	18
BIBLIOGRAFIA	20
ANEXOS	
1.Caracterización de la Población.	22
2.Situación De Salud Y Acceso A Servicios De Salud En Panamá.	25
3.Oferta de los Servicios de Salud.	79

A. ANTECEDENTES

Durante el mes de Julio el Sistema de Protección Social llevó a cabo la aplicación del Cuestionario de Vulnerabilidad Social(2,200) en el corregimiento de San Felipe. La Contraloría de la República como parte de la Red Institucional que compone el Sistema de Protección Social es la encargada del procesamiento, captura y administración de la Base de Datos y el programa estadístico para la identificación de las familias beneficiarias del Sistema.

La selección e incorporación de las familias beneficiarias es precedida por una presentación de los beneficios y corresponsabilidades que implica ser beneficiario del Sistema, explicación esta que es brindada a través de un Agente del Sistema del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

La aceptación y formalización de su inscripción como familia beneficiaria se realiza por medio de la suscripción de un Pacto o Compromiso de Corresponsabilidades firmado entre el Sr. Presidente Martín Torrijos, y el titular de la familia, así como la entrega de un Carné que lo identifica como beneficiario del Sistema. A manera de ejemplo, son aspectos contemplados en el Pacto:

- *El acceso gratuito, preferencial y garantizado a servicios de salud tales como los controles de salud, control y atención del embarazo, vacunación, atención por morbilidad y sesiones educativas.*
- *Son corresponsabilidades de las familias beneficiarias cumplir con las citas de control de salud o a las sesiones educativas programadas, asegurar que todos los niños del hogar estén vacunados y asistir a todos los controles de embarazo.*

La Red Institucional estará conformada por todas las instituciones públicas del Estado y que cuentan con programas, servicios, subsidios o proyectos dirigidos a población de pobreza y pobreza extrema.

El no cumplimiento de estas corresponsabilidades conlleva una sanción hasta la posibilidad de perder su condición de beneficiario.

Adicionalmente el Estado, proveeré a cada familia beneficiaria un Bono de Gestión que será entregado al titular de las mismas y está dirigido a asegurar la gestión y cumplimiento de las corresponsabilidades, así como apoyar la satisfacción de algunas necesidades básicas (alimentación).

El horizonte de la planificación estratégica y programación operativa del Sistema de Protección Social para este período gubernamental es hasta el año 2010. Tras el cual se espera que con base a la evaluaciones de resultado e impacto se de continuidad para el el siguiente quinquenio 2010-2015. El estimado de hogares en pobreza extrema de acuerdo a la ENV97, es de 80,000 hogares y un total de más de 500,000 personas. El proceso de identificación y selección de las comunidades se realizará con base a los Mapas de Pobreza, realizados por la dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas. La selección consiste en identificar, de acuerdo a la incidencia de pobreza extrema, el índice de desarrollo humano y el índice de necesidades básicas insatisfechas, comunidades epicéntricas en torno a las cuales existen varias comunidades periféricas.

Para el presente año 2005 las áreas pobladas en las que el Sistema validará sus instrumentos y procedimientos son el corregimiento de San Felipe, Barrio Norte y Barrio Sur en la ciudad de

Colón, Soloy en el corregimiento de Besiko y San Roquito en el corregimiento de Olá; entre todas se estima que alrededor de 2,700 familias podrían ser beneficiarias del Sistema a partir de este primer año. Para el año 2006 se tomará en cuenta el nivel de disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios y la existencia de proyectos de desarrollo económico, de manera tal que a partir del año 2007, las instituciones públicas que conforman la red institucional de provisión de servicios, programas y subsidios hayan podido reorientar sus presupuestos de inversiones y recursos hacia las comunidades y familias beneficiarias del Sistema de Protección Social.

B. LOS SISTEMAS DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD¹.

La medición de la exclusión en salud es compleja porque se trata de un problema que responde a múltiples causas, siendo la causa central la pobreza. Se estima que en América Latina y el Caribe entre el 20 y 25 por ciento del total de la población no tiene acceso a los sistemas de salud.

Se ha estimado que unas 218 millones de personas en la Región se encuentran excluidas de la atención en salud y otras 100 millones no tienen acceso a los servicios de salud por razones geográficas.

Reconocer lo anterior nos lleva a no tratar la exclusión como fue tratada en las políticas focalizadoras, que individualizaban las familias y grupos muy restringidos, sino tratando de entender cuáles son los procesos y factores que llevan a esa exclusión, para pensar políticas que también operen sobre esos elementos que generan la exclusión. Si la exclusión no permite que determinados sectores tengan acceso a determinados bienes y oportunidades en salud, para que esos bienes lleguen a esos sectores hay que pensar cuáles son los procesos que están obstaculizando ese tipo de acción, para poder poner en práctica las políticas.

Los factores que dan origen a limitaciones e insuficiencias que se manifiestan en todas las funciones de los sistemas se pueden encontrar en dos ámbitos:

a) Desde el punto de vista de la arquitectura de los sistemas, los factores mas generadores de exclusión son la segmentación y la fragmentación.

La segmentación consiste en la división de los sistemas de protección de salud en sub-componentes "especializados" en grupos de población y habitualmente se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el sub-sistema de Seguridad Social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un sub-sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población; también existe, con mayor o menor presencia en los países, un sub-sistema privado sin fines de lucro orientado a atender las necesidades de aquellos que no consiguen acceder al subsistema público y que habitualmente son extremadamente pobres o sufren algún tipo de discriminación.

¹ **Exclusión, protección social y el derecho a la salud.** Dra. María Cecilia Acuña, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, OPS-OMS, Marzo 2005.

La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema. La fragmentación de la provisión al interior del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales donde la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia

b) En cuanto a la forma de organizar las intervenciones y asignar los recursos para su realización, los factores mas generadores de exclusión se encuentran en la asignación, distribución y capacidades de los recursos humanos; en la magnitud y distribución del gasto público; y en la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud.

Las estrategias para eliminar esta exclusión constituyen un conjunto de intervenciones o prestaciones públicas esenciales, garantizadas con financiamiento público, diseñadas de acuerdo a los patrones epidemiológicos y a las prioridades del país, y periódicamente revisadas.

En el ámbito de la provisión de servicios, el reto consiste en reorientar el modelo de atención para que responda efectivamente a las necesidades de salud de la población y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a eliminar la exclusión.

Para que ello ocurra, es necesario crear y fortalecer mecanismos regulares de participación y control social sobre la gestión de los servicios de salud en el nivel local y privilegiar las estrategias orientadas a fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud (por ejemplo, reorientando los servicios con criterios de promoción de la salud y fortaleciendo la estrategia de atención primaria); garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud; y fortalecer la demanda de servicios de las poblaciones con mayor riesgo de exclusión (por ejemplo, fortaleciendo la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de salud).

Otras estrategias son: la creación de sistemas comunitarios de protección social, establecimiento de regímenes especiales de seguros sociales sin esquema distributivo y esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental, entre otras herramientas.

Estas estrategias constituyen un instrumento útil para incrementar la seguridad jurídica; extender la cobertura y acceso a la atención de salud de aquellos que, a pesar de estar afiliados a algún sistema de protección social, lo están en forma incompleta o inadecuada y; contribuir a una asignación más eficiente de los recursos. Por eso, los países deben incluir la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectorial

Básicamente, son tres las condiciones que se deben cumplir para que los SPSS puedan funcionar en la práctica como una garantía: acceso a los servicios, es decir que **exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud** y que **las personas puedan tener acceso física y económicamente** a ellos; seguridad financiera en el hogar, lo que significa que **el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica del hogar** y, finalmente, dignidad en la atención, es decir que ésta **se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas** de los usuarios **definidas mediante un proceso de diálogo social**.

C. OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y DE SALUD.

El documento “Visión Estratégica de Desarrollo Económico y de Empleo hacia 2009²” esboza el marco general de Políticas Públicas para el presente período de gobierno, en el mismo el primer objetivo estratégico lo es “**Reducir la pobreza y mejorar la distribución del ingreso**”

METAS A ALCANZAR EN 5 AÑOS

POBREZA Y DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO	2004	EN 5 AÑOS
Nivel de pobreza y pobreza extrema	40%	32%
Reducir la brecha de ingreso de las personas más pobres vs las de mayores ingresos	Un 42avo	Subir a un 35avo
Pobreza indígena	98%	80%
Mortalidad Infantil Nacional...1/	20.6	15
Esperanza de Vida en comarcas	65 años	70 años
Desnutrición Crónica estudiantes de 6 a 9 años	22%	15%

...1/ Por 1000 nacidos vivos.

Un programa importante de esta política lo constituye el desarrollo del Sistema de Protección Social³, el cual entrará en ejecución a partir del año 2005.

El cuarto objetivo estratégico lo constituye el “**Desarrollo de Capital Humano**”, para su logro uno de los sectores de desarrollo es Salud.

Entendida la salud como “un bien que mejora la calidad de vida al tiempo que aumenta la capacidad productiva de la población” el Plan para los cinco años propone “establecer un programa de desarrollo eficiente de los servicios de salud para resolver los problemas persistentes”. Para ello se promoverán las siguientes acciones:

- Con base en el Plan Estratégico de Salud se ejecutaran las siguientes áreas programáticas:
 - a. Fomento de la salud, prevención de enfermedades y democratización en salud;
 - b. Salud integral, comunitaria y ambiental;
 - c. Salud laboral integral;
 - d. Restauración de la salud;
 - e. Desarrollo gerencial, de recursos humanos y financiación en salud.
- Se optimizará la utilización de la infraestructura de salud y se mejorará la cobertura de atención en las áreas rurales e indígenas.
- Instrumentaremos un programa nacional de saneamiento a mediano y largo plazo, hasta cubrir todos los inmuebles urbanos del país y levantaremos un inventario de necesidades fijando las prioridades respecto a la recolección y tratamiento de aguas servidas.

METAS A ALCANZAR EN 5 AÑOS

CAPITAL HUMANO	2004	EN 5 AÑOS
SALUD		
Viviendas rurales con agua potable	75%	82%
Asistencia profesional al parto, área rural.	80%	90%

² **Visión Estratégica de desarrollo económico y empleo hacia el 2009. Ministerio de Economía y Finanzas. Informe Económico anual 2004. Anexo 1. Panamá.**

³ **Sistema de Protección Social: Fase inicial. Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, Gabinete Social. Panamá, Junio 2005.**

Finalmente el Ministerio de Salud en su documento de “Políticas y Estrategia de Salud: 2005-2009”⁴ definidas para el presente período de manera explícita y particular formula en su política dos(2) los siguiente:

“Extender y asegurar la Estrategia de Atención Primaria de Salud, con enfoque de género, en todos los niveles de atención del sistema de salud para el logro del acceso universal y equitativo de la población nacional a los servicios, programas y proyectos de promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud establecidos por la Autoridad Sanitaria”.

Más específicamente, define como una de las estrategias a seguir para el logro de esta política:

“articulando los programas de promoción de la salud y los servicios de prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las familias beneficiarias del Sistema de Protección Social”.

CH. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL.

1. OBJETIVO

Garantizar a las familias de pobreza extrema el acceso gratuito y preferencial a servicios de salud con equidad y calidad con énfasis en la prevención.

El logro de este objetivo en salud se da como consecuencia del aseguramiento, disponibilidad y articulación de recursos en cantidad y calidad para brindar la oferta de servicios de salud a toda la población beneficiaria del Sistema de Protección Social.

Se propone que la oferta de servicios de salud a brindar y extender a toda la población sea aquella que en la actualidad se brinda, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención integral vigentes⁵. De manera resumida podemos identificar esta oferta de la siguiente forma:

- ✓ *Sesiones educativas*
- ✓ *Controles de salud según grupo de edad, género y de riesgo.*
- ✓ *Inmunización*
- ✓ *Control y atención del embarazo.*
- ✓ *Atención de la morbilidad aguda y crónica y rehabilitación*
- ✓ *Suministro de agua y saneamiento*

Los aspectos relacionados con el mejoramiento de la salud ambiental, el suministro de agua segura, el saneamiento y el control de vectores se abordarán en las comunidades seleccionadas de acuerdo a las políticas y normas establecidas.

Los desafíos identificados y a enfrentar lo constituyen, en primer término, superar las desigualdades existentes en la oferta de servicios que se brindan a lo largo de toda la red de instalaciones de salud, en cantidad y calidad, siendo estas desigualdades mayores en las áreas de mayor incidencia de pobreza extrema a nivel rural e indígena. En segundo término el

⁴ **Políticas y Estrategias de Salud: 2005-2009. Ministerio de Salud.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Panamá, 2005.

⁵ Ver anexo descriptivo de la Oferta de Servicios.

desafío que representa lograr la aceptación de la población a la atención que se brinda considerando las particularidades sociales, psicológicas y culturales de los grupos, según su edad, género y etnia.

BRECHAS DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DESARROLLO	U. Alto	U. Med	U. Bajo	R.Alto	R.Medio	R. Bajo	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE	POBREZA EXTREMA						ESTRATEGIA
	POBREZA GENERAL						
OFERTA OPTIMA							Paquetes Básicos

2. LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA

Para alcanzar efectivamente este objetivo se requiere establecer, a partir de los desafíos identificados, una directriz general que guíe el desarrollo de las acciones a seguir.

La directriz propuesta de fortalecer los servicios de salud con prioridad en el primer nivel de atención y la extensión de su cobertura a la población beneficiaria puede ser lograda mediante el desarrollo de una combinación de estrategias consistentes en:

A CORTO PLAZO

1. Brindar un conjunto de intervenciones integrales, de calidad y costo efectivas, al individuo y las familias de las áreas y comunidades seleccionadas; considerando las particularidades sociales, psicológicas y culturales de los grupos, según su edad, género y etnia.
2. Alinear el Programa de Atención Intergal de Servicios de Salud(PAISS) que realizan las Organizaciones Extrainstitucionales(OE) contratadas.
3. Desarrollar un programa de promoción de la salud y promover la participación comunitaria con énfasis en la planificación, ejecución y evaluación de las Giras de Salud, la promoción de la salud ambiental comunitaria y la rehabilitación con base comunitaria.
4. Desarrollar un presupuesto de inversiones escalonado a partir del año 2007 dirigido a establecer y adquirir equipos móviles, mejorar los Centros de Salud y reforzar su equipamiento; saneamiento básico y suministro de agua para consumo humano.

A MEDIANO PLAZO

5. Reforzar los servicios existentes en las áreas o comunidades seleccionadas.
6. Asegurar la atención, tratamiento y rehabilitación de las morbilidades agudas, crónicas y de discapacidades más prevalentes de todos los individuos beneficiados en las comunidades intervenidas.
7. Adscribir un número determinado de familias a un médico general y una enfermera.

3. EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

A corto plazo la extensión de los servicios a áreas rurales y de difícil acceso donde no hay Centros de Salud o adecuada capacidad resolutive, reforzarlos mediante equipos y recursos móviles que den atención mensualmente en comunidades epicéntricas dando cobertura a comunidades periféricas con menor población y facilidades de acceso. La oferta del PAISS deberá ir adecuándose progresivamente en un lapso de dos años(2006-2007) al contenido y calidad de la oferta de estas unidades móviles.

A mediano plazo se debe haber reforzado y mejorado la calidad y capacidad resolutive de algunos centros Centros de Salud seleccionados, en cada Región de Salud, para colocarlos al mismo nivel de los Centros de Salud más desarrollados.

4. EL SISTEMA DE REFERENCIA AL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

La oferta de servicios y la atención de morbilidades agudas y crónicas debe garantizar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamientos de mayor complejidad correspondiente al segundo o tercer nivel de atención, para lo cual se requerirá establecer las pautas y criterios para la referencia a servicios de consulta externa especializada, cirugías ambulatorias y de hospitalización, estudios de radiología e imagenología, laboratorios especializados, rehabilitación física, medicamentos y tratamientos especiales.

Las regiones de salud deberán definir dentro de la red de instalaciones existentes el flujo a seguir para la atención de la demanda de segundo nivel. Las instalaciones del Hospital del Niño, Santo Tomás, Oncológico, Psiquiátrico y de Rehabilitación Física, constituyen el tercer nivel de atención los cuales, al igual que el segundo nivel de atención, deberán brindar el acceso gratuito y preferencial a las familias beneficiarias del Sistema de Protección Social.

Una estrategia alterna es sistematizar y reforzar el programa de cirugías ambulatorias y atención ambulatoria especializada de mediana complejidad a través de las Caravanas de Salud, para la atención de ciertas patologías de primer nivel de atención de alta complejidad o de segundo nivel de atención de baja complejidad.

La implementación inmediata del formulario y las normas del Sistema Unico de Referencia y Contrareferencia (SURCO) en todas las Regiones de Salud y Hospitales Nacionales, constituye un paso importante que facilita esta articulación de los niveles de atención y el flujo de los pacientes que lo requieren

5. LA ATENCION DEL PARTO

Especial tratamiento debemos dar a la Atención del Parto, el objetivo es brindar una atención del parto de manera oportuna y segura. En las áreas de difícil acceso y en las poblaciones indígenas el garantizar la atención del parto constituye un desafío a superar, dadas las barreras geográficas y culturales existentes. Existen varias opciones y experiencias que habrían que considerar entre las cuales estan:

- *Fortalecer la capacitación de parteras empíricas.*
- *Establecer albergues en comunidades epicéntricas para la atención del parto, puérperas y del recién nacido por parte de parteras empíricas.*
- *Reforzar Centros de Salud seleccionados con servicio de atención del parto, puerperio y del recién nacido.*
- *Asegurar el traslado oportuno de las parturientas a albergues o Centros Materno infantiles.*

La Dirección General de Salud deberá liderizar y definir el proceso a seguir y su operacionalización, tomando en consideración, a través de la participación comunitaria, estudios, experiencias nacionales y externas; los factores culturales, los valores, las actitudes y las creencias de la población, en particular de los pueblos indígenas.

6. EL PERSONAL Y LOS EQUIPOS DE SALUD.

Para asegurar los Recursos Humanos que requiere la oferta de servicios se propone combinar cinco estrategias.

a. Para asegurar la oferta del Primer Nivel de Atención:

- Garantizar en todos los Centros de Salud seleccionados un equipo local básico conformado por: Médico General, Enfermera, Odontólogo, Educador o Promotor de Salud y personal de Farmacia y de Laboratorio. Esto implica hacer una re distribución de los recursos existentes en cada Región de Salud.
- Crear y establecer en todas las Regiones de Salud, un determinado número de Equipos Móviles o itinerantes de Salud conformado por Médico General, Enfermera, Odontólogo, Educador o Promotor de Salud.
- Continuar con la contratación de Organizaciones Extrainstitucionales que aseguren a su vez el recurso básico de Médico General, Enfermera, Odontólogo, Educador o Promotor de Salud.

b. Para asegurar una capacidad resolutive especializada en la oferta del primer nivel de Atención

- Crear y establecer en los Centros de Salud seleccionados la programación semanal o quincenal de un equipo conformado por: pediatra, ginecólogo, medicina interna, salud mental, radiología, ortopedia, terapeuta físico y fonoaudiólogo.
- Reforzar las unidades móviles de Atención Especializada(Caravana) existentes para la realización de determinadas Cirugías Ambulatorias, así como con personal de pediatra, ginecólogo, medicina interna, salud mental, radiología, ortopedia, terapeuta físico y fonoaudiólogo.

7. LOS LABORATORIOS, RADIOLOGIA Y MEDICAMENTOS ESCENCIALES

Un aspecto cualitativo en la calidad de la oferta lo constituye la disponibilidad de los exámenes de laboratorios, tanto para efectuar los controles de acuerdo a las normas como para la atención y diagnóstico de morbilidad. Existe la posibilidad de implementar un plan intensivo de exámenes de laboratorio combinando dos modalidades:

- Reforzar algunos Centros de Salud seleccionados con equipo de laboratorio.
- Capacitar personal de salud como flebotomistas de manera tal de poder agilizar la extracción de muestras de sangre en áreas de muy difícil acceso y procesarlas en laboratorios existentes en los centros de salud y hospitales.
- La otra medida es reforzar los Equipos Móviles con un laboratorista y un equipo portátil para exámenes de rutina que pueden asegurar los resultados en tiempo real.

En cuanto a equipos de radiología e imagenología la disponibilidad de los mismos estará ubicada en las siguientes unidades:

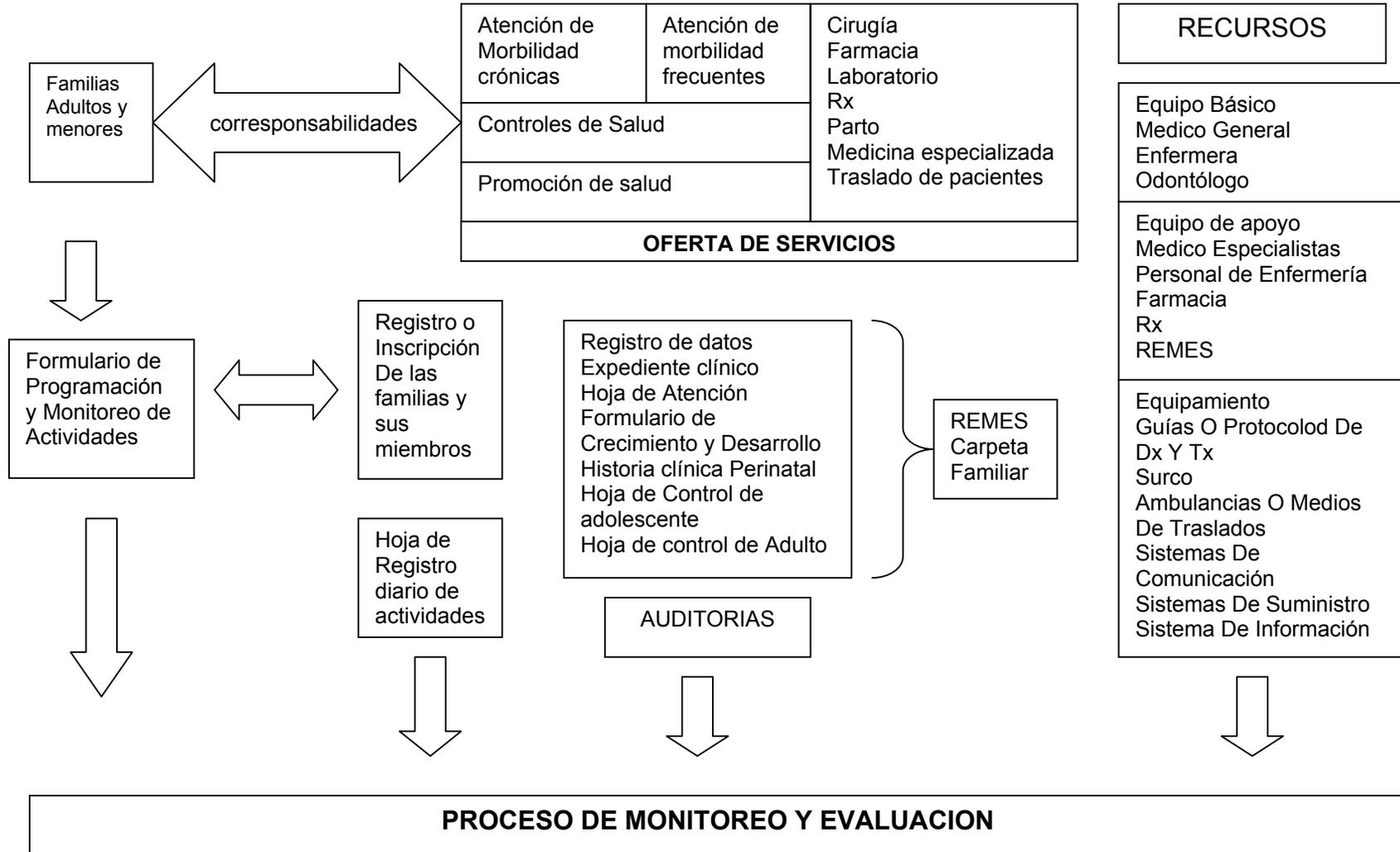
Centros de Salud seleccionados con equipo de radiología y ultrasonido.

Equipos Móviles de Atención Especializadas(Caravana) con equipo de radiología y ultrasonido.

Otro aspecto sustantivo lo constituye el aseguramiento de un cuadro de medicamento esenciales en todos los Centros de Salud y en los Equipos Móviles, así como en las Organizaciones proveedoras del PAISS, para el tratamiento de las morbilidades más prevalentes según el perfil epidemiológico del área de cobertura. La confección de guías o protocolos de diagnóstico y tratamiento, permitirá identificar y establecer cuales son los exámenes diagnósticos indicados, así como las opciones terapéuticas y farmacológicas.

La Dirección General de Salud a través de Provisión de Servicios deberá garantizar la operacionalización de estas estrategias.

ESQUEMA DE RECURSOS Y PROCESOS DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL DE SALUD



8. LA OPERACIONALIZACIÓN Y LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

El Sistema de Protección Social nos abre una oportunidad excepcional para evaluar y realizar diversos tipos de estudios e investigaciones, durante estos cinco años ingresaran al Sistema más de 75,000 hogares, caracterizados desde el punto de vista de sus condiciones socioeconómicas, culturales y de salud; a los cuales se les brindara un conjunto de intervenciones a través de diversas modalidades de entrega de servicios de salud.

El diseño de evaluaciones de resultado e impacto, así como de estudios epidemiológicos, de calidad, o de costo efectividad y costo beneficio en gran medida requiere de la operacionalización y sistematización de las intervenciones que se realicen dentro de la oferta de servicios. Ello implica normalizar o estandarizar las intervenciones del personal de salud, a través de instrumentos, guías, protocolos y manuales que indiquen las pautas de actuación, las normas a observar, el flujo a seguir, los recursos a utilizar, así como los parámetros o estándares de comparación.

Lo anterior implica que la Dirección General debe liderizar este proceso en el menor tiempo posible, para lo cual la experiencia de San Felipe este primer año puede constituir un medio de desarrollo y validación.

Todo el personal de salud que interviene a nivel operativo, regional y nacional debe asumir este programa no sólo como un proceso de extensión de los servicios sino como un proceso evaluativo e investigativo, que proporcionará evidencias sólidas para realizar mejoras al Sistema Nacional de Salud.

9. LOS COMPROMISOS O CONVENIOS DE GESTION

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Vigilancia y Regulación, ha iniciado la formalización y extensión de los Compromisos de Gestión, en los cuales se establecen los objetivos, metas, prioridades, indicadores y recursos necesarios en la gestión y desempeño de las Regiones de Salud, los niveles locales operativos incluyendo los Hospitales Regionales y Nacionales.

Con la extensión de las coberturas de los servicios de salud y el acceso garantizado a las familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en los tres niveles de atención, los compromisos de gestión deberán incorporar de manera explícita los objetivos y metas a cumplir, los indicadores de evaluación y las intervenciones a realizar por los niveles operativos de cada Región de Salud y los Hospitales Nacionales. En el caso de las Organizaciones proveedoras del PAISS se deberá revisar y adecuar o estipular de igual forma, en los respectivos contratos, los compromisos y servicios que deberá cumplir.

Estos Compromisos de Gestión se constituyen en el principal instrumento de referencia para la programación operativa, el seguimiento periódico y la evaluación anual del desempeño de los servicios de salud respecto al Sistema de Protección Social.

10. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El objetivo es contar con una base de datos accesible, de todos los miembros de las familias beneficiarias del sistema, lo que implica que cada familia contará con una Carpeta en la cual deberán estar debidamente registrados todos sus datos, así como el nombre del médico general y la enfermera a la cual están adscritos. El Registro diario de actividades que se utiliza en la actualidad deberá añadir un nuevo código, que permita identificar si la persona es beneficiaria del Sistema de Protección Social.

Los expedientes clínicos de cada miembro de la familia deben estar dentro de las carpeta familiar, y el personal de Registros Médicos y Estadística serán los responsables de su custodia, de la tabulación de los datos y la generación de los reportes de información.

Adicionalmente se debe confeccionar una tarjeta de control de Actividades o Citas Programadas para cada uno de los miembros de las familias, similar a las tarjetas de control de vacunación, las cuales deben contener además de los datos necesarios, la verificación de cumplimiento de la actividad por un funcionario autorizado.

Todos los Centros de Salud, así como los equipos móviles y las Organizaciones proveedoras de los PAISS, deberán realizar de manera obligatoria estas normas de forma tal que se pueda garantizar la información requerida para el monitoreo y la evaluación de desempeño, así como para los estudios e investigaciones que se realicen.

11. LA CAPACITACION Y SENSIBILIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y EL MERCADEO MASIVO

El éxito que se obtenga en salud va depender en gran medida del compromiso, la capacitación y sensibilización que tenga el Recurso Humano acerca de:

- los objetivos, medios y fines del Sistema de Protección Social.
- la oferta de servicios, las intervenciones a realizar, las normas y guías o manuales a seguir
- el trato y calidez humana en la relación con cada uno de los beneficiarios del sistema
- las responsabilidades correspondientes a cada nivel y funcionario Técnico Administrativo.

La Dirección de Políticas en conjunto con la Dirección General de Salud y de Recursos Humanos deberán liderizar este proceso y su operacionalización en las Regiones de Salud, los Hospitales Nacionales y Niveles operativos locales.

Un aspecto importante es el diseño de una estrategia de comunicación y divulgación a través de los medios de comunicación que informe y promueva las acciones realizadas, así como oriente a la población en general acerca de los objetivos, beneficios y condiciones de la oferta de servicios de salud. Estos aspectos deben ser liderizados y operacionalizados por la Dirección General de Salud y la Dirección de Comunicación Institucional.

12. LA PLANIFICACION Y FORMULACION PRESUPUESTARIA.

En común acuerdo con los lineamientos del Plan Estratégico y la Programación del Sistema de Protección Social, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Políticas, diseñará el Plan Institucional y el programa de inversiones que requerirá su desarrollo de manera progresiva y escalonada.

Para el año 2006, se abarcarán las comunidades en las que el Ministerio de Salud podrá garantizar, de manera limitada, una oferta a través de Centros de Salud, Organizaciones proveedoras del PAISS y Equipos Móviles. A partir del año 2007 al 2010, se ampliará el número de comunidades y la oferta de servicios a través del reforzamiento de Centros de Salud, Equipos Móviles de Salud y el PAISS.

Esto implica que para los períodos fiscales 2007 y 2008 el Ministerio desarrollará un programa de inversiones dirigido a reforzar la red de servicios e instalaciones de Centros de Salud, así como de equipos móviles para las áreas de difícil acceso. De igual forma implica que a partir del año 2006 los componentes II y III del Programa de Transformación de los Servicios de Salud MINSA/BID estarán articulados hacia este Plan para evitar la duplicidad y pérdida de recursos financieros existentes.

13. LA CONDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para asegurar y garantizar el desarrollo de la oferta de servicios de salud dentro del Sistema de Protección Social, se requiere que exista una estructura funcional, que realice las funciones de enlace con el Sistema de Protección Social en los niveles Nacional, Regional y Local, además de realizar la Planificación y programación institucional anual, así como el seguimiento y supervisión.

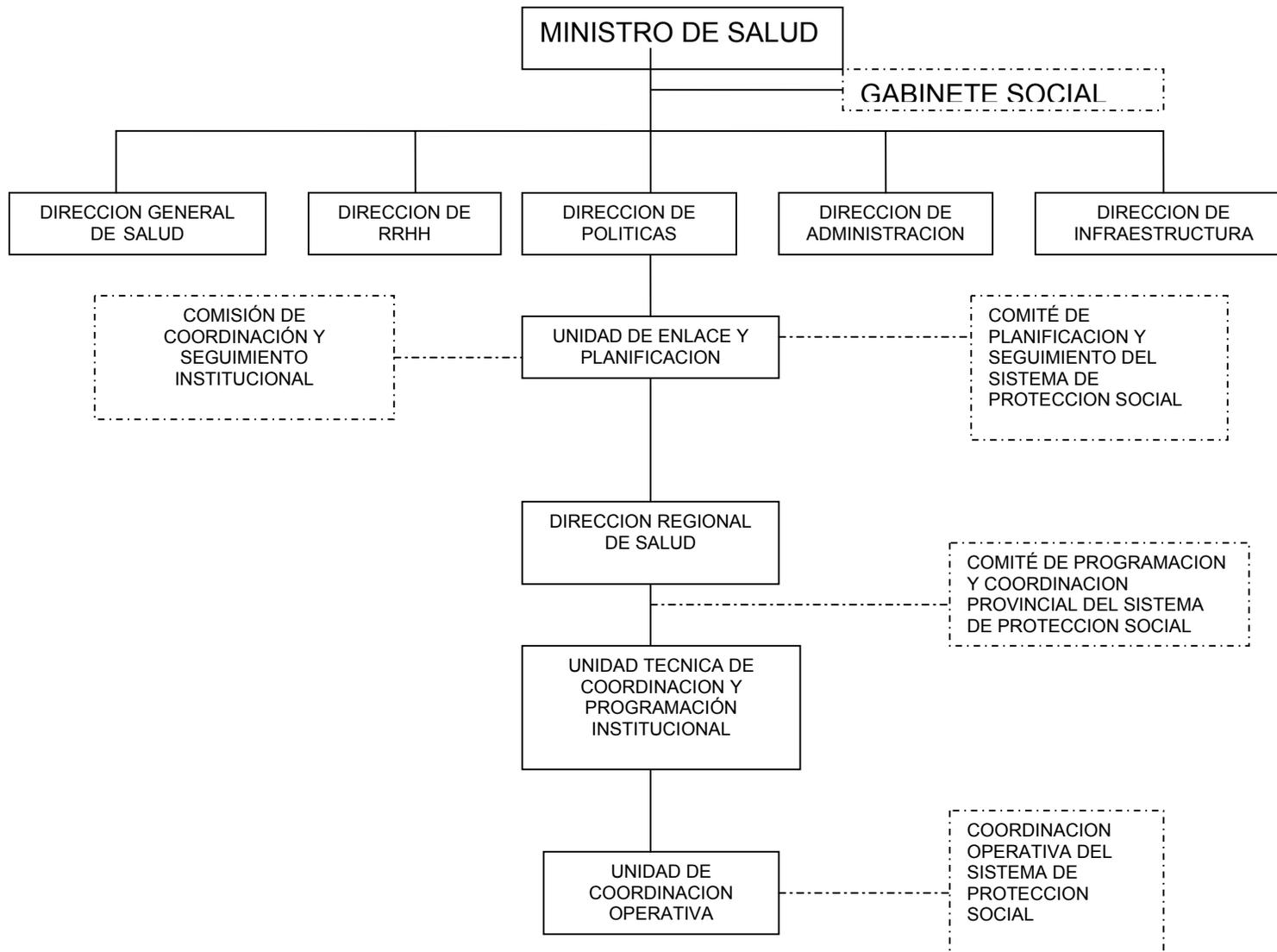
De esta forma se sugiere crear en el nivel central del Ministerio de Salud una oficina de enlace y planificación institucional, responsable a su vez, a lo interno del ministerio, de dirigir una comisión de coordinación y seguimiento. Así el enlace designado del Ministerio con la Secretaría Nacional del Sistema de Protección Social formará parte del Comité de Planificación y Seguimiento del sistema de Protección Social.

En cada Región de Salud el Director o Directora Regional de Salud es el responsable y enlace principal con la Dirección regional del Sistema de Protección Social y forma parte del Comité de Programación y Coordinación Provincial. Lo anterior implica que en cada Región de Salud, deberá existir una unidad técnica designada como responsable de la Programación Institucional y de la coordinación interna.

En el nivel operativo es importante contar con un funcionario, a nivel de Distrito o de Corregimiento, responsable de coordinar tanto con el responsable local del Sistema de Protección Social como con las direcciones médicas de los Centros de Salud, los responsables de las unidades móviles y los responsables de las Organizaciones proveedoras del PAISS.

Las líneas de coordinación y comunicación tanto a lo interno del Ministerio como con la Secretaría Técnica esta definida en el anexo sobre estructura de conducción y coordinación.

ESTRUCTURA DE COORDINACION Y COMUNICACION



BIBLIOGRAFIA

1. Acuña, Dra. María Cecilia. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, OPS-OMS, Marzo 2005.
2. Banco Mundial. Panamá: Estudio sobre pobreza: prioridades y estrategias para la reducción de la pobreza.. Serie de estudios del Banco Mundial sobre países. Washington. D.C. Abril, 2000.
3. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección Nacional de Políticas Sociales. La pobreza en Panamá: principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida, 2003. Panamá, Febrero, 2005.
4. Ministerio de Economía y Finanzas. Visión Estratégica de desarrollo económico y empleo hacia el 2009. Informe Económico anual 2004. Anexo 1. Panamá.
5. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Políticas y Estrategias de Salud: 2005-2009. Panamá, 2005.
6. Ministerio de Salud, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Situación de Salud de Panamá: Documento Marco.. Panamá Abril 2005.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente. Panamá 1998.
8. Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, Gabinete Social. Sistema de Protección Social: Fase inicial. Panamá, Junio 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2004, en 3,172,360 habitantes, siendo mayor la proporción de hombres (50.4%) que de mujeres (49.6%). En zonas urbanas se concentra el 62.0% de la misma y el 38.0% restante lo hace en las zonas rurales, siendo el 30.7% menor de 15 años, el 63.5% de 15 a 64 años y el 5,8% de 65 y más. Según el censo de 2000, la población indígena panameña está representada por 150,772 habitantes, que se corresponde con el 5.1% de la población total; para el 2004 esta población se mantiene en el 5.5%

Dada las particularidades geográficas del país y el marco histórico nacional, la población panameña está constituida por diversos grupos humanos, entre los que se cuentan:

Grupos No Indígenas: los cuales constituyen el 94.9% de la población total del país, para el año 2003. Los grupos no indígenas incluyen:

- Grupo Hispano indígena que constituye uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario;
- Población Afro-Colonial, son los descendientes de los esclavos africanos traídos durante la colonización española
- Población Afro-Antillana, son los descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa.

Grupos Indígenas: el 2004 estos grupos constituyeron aproximadamente el 5.5% de toda la población y lo conforman 5 grupos claramente definidos, Kuna, Emberá y Wounan, Ngobe Buglé, Bri Bri y Naso de los cuales, según el censo del 2000, los Ngobé Buglé representaban el 64.5% de la población indígena del país, para el 2004 cerca de 2 de cada 3 indígenas pertenecen a la etnia Ngobé Buglé.

La estructura de la población continua en un proceso de cambio, gradual y progresivo. Dichos cambios se reflejan en el incremento de la población en edad productiva, de la población con 65 y más años y en la persistencia de las tendencias migratorias del campo hacia la ciudad. En el 2003, el 31.0% de la población tiene menos de 15 años, para una relación de dependencia con respecto a los mayores de 65 años de 57.9%. La estructura por grupos de edad de nuestro país, tiene rasgos que caracterizan a las poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. Es por ello que cualquier proceso de renovación del Sistema Nacional de Salud, deberá considerar todos estos elementos, pues son estratégicos toda vez que cada uno de ellos plantea retos distintos y necesidad de abordarlos de manera particular.

Las proyecciones demográficas por provincia, también, muestran cambios en el ritmo de crecimiento y estructura por sexo; ello como consecuencia del proceso de transición demográfica. Se proyecta que la provincia de Panamá concentrará en el año 2015 más de la mitad de la población del país, debido al crecimiento natural y la atracción de población del resto de las provincias y que, Bocas de Toro y Darién duplicarán la población que presentaban en 1990 para el 2015, debido a las altas tasas de fecundidad y la inmigración.

La República de Panamá se encuentra en la tercera etapa de la transición demográfica, es decir de plena transición, presentando una tasa de crecimiento natural de moderada a baja (alrededor

del 2 anual), que se explica por el comportamiento de los indicadores de natalidad, fecundidad y mortalidad. Sin embargo, existen diferencias en el comportamiento de este indicador en las diferentes provincias del país.

En síntesis, la proporción de población de menos de 18 años se mantiene alrededor del 40%, para los años 2000 y 2004, con una estructura poblacional aún joven, pero en plena transición al envejecimiento, con una paulatina reducción de la proporción de la población menor de 15 años, ⁶ y un índice de envejecimiento es de 27.7%.

POBLACION EN POBREZA Y POBREZA EXTREMA⁷.

Incidencia De La Pobreza

En Panamá aproximadamente 4 de cada 10 personas viven en pobreza total (37.2%) y, del total de la población el 16.7%, o sea, 511,800 panameños se encuentran en situación de pobreza extrema.

Área	Concepto	Pobreza			No Pobre	Total País
		Total	Extrema	No Extrema		
Total	Incidencia (%)	37.2	16.7	20.5	62.8	100.0
	Personas (en miles)	1,139.3	511.8	627.5	1,924.2	3,063.5
Urbana	Incidencia (%)	20.6	4.6	16.0	79.4	100.0
	Personas (en miles)	383.3	85.3	298.0	1,477.1	1,860.4
Rural No Indígena	Incidencia (%)	54.2	22.3	31.9	45.8	100.0
	Personas (en miles)	524.6	215.7	308.9	443.6	968.2
Indígena	Incidencia (%)	98.5	89.7	8.8	1.5	100.0
	Personas (en miles)	231.4	210.8	20.6	3.5	234.9

Fuente: ENV 2003. Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales.

Incidencia De La Pobreza Por Área Urbana, Rural E Indígena

En las áreas urbanas del país la pobreza total y la extrema alcanzan su menor nivel, 20.6% y 4.6% de su población, respectivamente; en las áreas rurales poco más de la mitad de los residentes es pobre (54.2%) y una de cada cinco personas (22.3%) se encuentra en situación de pobreza extrema; en las áreas indígenas, casi la totalidad de sus habitantes es pobre (98.5%) y en pobreza extrema se encuentra el 89.7% de los pobladores.

Incidencia De La Pobreza Por Provincia

En las áreas indígenas, que comprenden las comarcas y las áreas indígenas fuera de las comarcas, se observan los niveles más altos de pobreza total y extrema (98.5% / 89.7%). Cuatro provincias muestran tasas de pobreza total mayores al 50% de sus habitantes: Darién, Bocas del Toro, Coclé y Veraguas, siendo la Provincia de Darién la que presenta el mayor porcentaje de pobreza total. En estas provincias la pobreza extrema oscila entre el 19.6% y el 37.4% de su población.

La provincia de Colón tiene menos del 50% de sus habitantes en situación de pobreza total (42.8%), pero se sitúa por encima del promedio de pobreza total para el país (37.2%). La

⁶ Índice de envejecimiento = (población de 60 años y más / población 0-14) x 100. Fuente: Elaboración previa basada en estimaciones y proyecciones de los países, CELADE. Boletín Demográfico N° 62

⁷ Texto tomado de: **La Pobreza en Panamá. Principales Resultados de la Encuesta de Niveles de Vida.(ENV) 2003.** Elaborado por la Dirección Nacional de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas. Panamá. Febrero 2005.

pobreza extrema incide en el 10.7% de su población, tasa menor al promedio nacional (16.7%).

En las provincias de Chiriquí, Herrera, Los Santos y Panamá, se observan niveles de pobreza total y de pobreza extrema, menores a los promedios nacionales.

La provincia de Panamá presenta los niveles más bajos de incidencia de pobreza total (20.6%), y los índices más bajos de pobreza extrema en el país (5.3%), junto con la provincia de Herrera (4.5%).

Incidencia De La Pobreza 1997 Y 2003⁸

Entre la Encuesta de Niveles de Vida realizada en 1997 y la realizada en el 2003, con la misma metodología y procedimientos, la incidencia de la pobreza total a nivel nacional no cambia y la pobreza extrema disminuye, lo que indica que una proporción de pobres extremos pasó a ser pobres no extremos.

Area	1997	2,003	Diferencia
Total del País			
Pobreza General	37.3	37.2	-0.1
Pobreza Extrema	18.8	16.7	-2.1
Area Urbana			
Pobreza General	15.3	20.6	5.3
Pobreza Extrema	3.1	4.6	1.5
Area Rural No Indígena			
Pobreza General	58.7	54.2	-4.5
Pobreza Extrema	28.7	22.3	-6.4
Area Indígena			
Pobreza General	95.4	98.5	3.1
Pobreza Extrema	86.4	89.7	3.3

En las áreas urbanas la pobreza total sube 5.3 puntos porcentuales y la extrema 1.5 puntos. En el área rural la pobreza total y extrema disminuyen, y en las áreas indígenas aumentan.

Se destaca el aumento de la pobreza en las áreas urbanas e indígenas y la disminución en las rurales. Parte del incremento de la pobreza en las áreas urbanas posiblemente se relaciona con el traslado de pobres rurales a las ciudades (entre los censos de 1990 y 2000, la población urbana creció 41%).

⁸ **La pobreza en Panamá: principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida, 2003.** Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección Nacional de Políticas Sociales. Panamá, Febrero, 2005.

Grupos Vulnerables⁹

Grupos Geográficos	PRIORIDAD
Los pobres en las áreas rurales. Una alta proporción de la población rural es pobre. Aunque los resultados de la ENV 2003 evidencia una disminución respecto a los resultados de 1997, el peso de esta sigue siendo alta; lo cual se constituye en una fuente generadora de migración hacia las áreas urbanas.	1
Todos los residentes de las áreas indígenas. Prácticamente todos los residentes de las áreas indígenas son pobres y la mayoría vive en condiciones de pobreza extrema.	1
Los pobres en las áreas urbanas. En términos de números absolutos, los pobres urbanos representan un grupo importante. Una proporción significativa de los residentes urbanos vive escasamente por encima de la línea de pobreza y se pueden considerar como vulnerables. Sin embargo, la pobreza urbana es menos extrema, grave o profunda.	2
GRUPOS ETNICOS	
Los Ngobe Bugle. En el análisis se muestra que este grupo indígena, la etnia más numerosa de Panamá, tiene el índice de pobreza más alto en el país. La mayor parte de los Ngobe Bugle están concentrados en la comarca, lo que permite focalizar los programas en términos geográficos. Sin embargo suelen vivir en agrupaciones dispersas de 6 a 8 hogares, lo que dificulta la prestación de los servicios.	1
Otro grupos indígenas. Los índices de pobreza también son elevados en otros grupos indígenas, pero principalmente para aquellos grupos que viven dentro de las áreas indígenas.	1
GRUPOS DEMOGRAFICOS Y ECONOMICOS	
Niños y jóvenes pobres. La mitad de los niños panameños de menos de 18 años son pobres. La cuarta parte de los niños pobres menores de 5 años están desnutridos. El estado de desarrollo de los niños los hace extremadamente vulnerables a los riesgos que implica vivir en un entorno empobrecido. La juventud en el ciclo vital cuando se produce el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial más acelerado y es más susceptible a un desarrollo anormal debido a las condiciones de pobreza. La pobreza es especialmente onerosa para los individuos, la sociedad y las futuras generaciones cuando se produce en estas etapas de la vida.	1
Niños desnutridos o con discapacidades crónicas y mujeres embarazadas y en período de lactancia. En los Objetivos del Milenio también se identifican estos grupos como prioritarios, para efecto de intervenciones. Al existir un fuerte correlación entre pobreza y desnutrición	

⁹ Panamá: Estudio sobre pobreza: prioridades y estrategias para la reducción de la pobreza. Banco Mundial. Serie de estudios del Banco Mundial sobre países. Washington. D.C. Abril, 2000.

ANEXO 2

SITUACION DE SALUD Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN PANAMA¹⁰.

El desarrollo social y económico del país, guarda estrecha relación con la persistencia de algunos daños a la salud y con los factores que condicionan y determinan el nivel de salud de la población panameña. Los aspectos ambientales son cada vez más, un factor que influye favorable o desfavorablemente, según sea el caso, en la salud de las personas. La evidencia científica ha demostrado que la vigilancia y control de riesgos inherentes a la contaminación del ambiente físico y social, de los alimentos, del agua y del aire, entre otros redundan en mejor nivel de salud de la población y del propio ambiente.

La sociedad panameña refleja en todos los ordenes los efectos que le produce una crisis de carácter global, la cual encuentra formas de expresión a través de patologías sociales como el aumento de las conductas violentas, problemas de adaptación social, aumento de las formas de expresión del estrés en la salud física y emocional de los individuos y los grupos sociales y el incremento de las muertes violentas.

Como resultado de todo lo anterior, encontramos que el hacinamiento en hogares y comunidades con espacios reducidos, poco ventilados, deficiente estructura sanitaria, y pocas o ninguna oferta cultural (espacios abiertos, parques, teatro, deportes) generan situaciones de agresividad, y violencia; aislamiento y conductas de desadaptación social, tal es el caso del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, por ejemplo, desesperanza aprendida y pobre autoestima, que agravan la salud física, social, mental y emocional de la población. Los aspectos antes enunciados, son factores de riesgo que se asocian con las principales causas de muerte que afectan a los panameños y panameñas desde la década del 80 y que, por consiguiente generan deterioro de la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria.

LA MORTALIDAD GENERAL

La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años '30, '50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes respectivamente. En la década 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes y para 1997 la tasa fue de 4.5 muertes por 1.000 habitantes. Esta tasa se ha mantenido en los años 2000 a 2003 en alrededor de 4.0 muertes por 1,000 habitantes. Para el 2003, arroja un valor de 4.9 para los hombres y 3.6 para las mujeres. Destaca que, al considerar en el ámbito provincial y comarcal en el 2003, el comportamiento de la mortalidad general, indicó que el riesgo de morir es mayor en la provincia de Los Santos y la Comarca Kuna Yala que la Comarca Ngobe Buglé y Darién.

LA MORTALIDAD INFANTIL

En el descenso de la mortalidad, el componente más importante ha sido la reducción de la mortalidad infantil; la cual tenía un valor elevado, en el quinquenio 1950-1955, del orden de 93.04 muertes por mil nacidos vivos disminuyendo a 43.4 por mil nacidos vivos, en el quinquenio 1970-1975. Para el año 1997 alcanza un valor de 17.2 muertes por mil nacimientos y para el 2003, las cifras fueron de 15.2 muertes por mil nacimientos.

Según cifras del 2003, a nivel provincial, la tasa de mortalidad infantil más alta la ostenta la provincia de Bocas del Toro (37.6 muertes por mil nacidos vivos) cuyos menores de un año tienen un riesgo 2.5 veces mayor que la tasa nacional. La provincia de Darién y la Comarca Kuna Yala

¹⁰ Situación de Salud de Panamá: Documento Marco. Ministerio de Salud. Panamá Abril 2005.

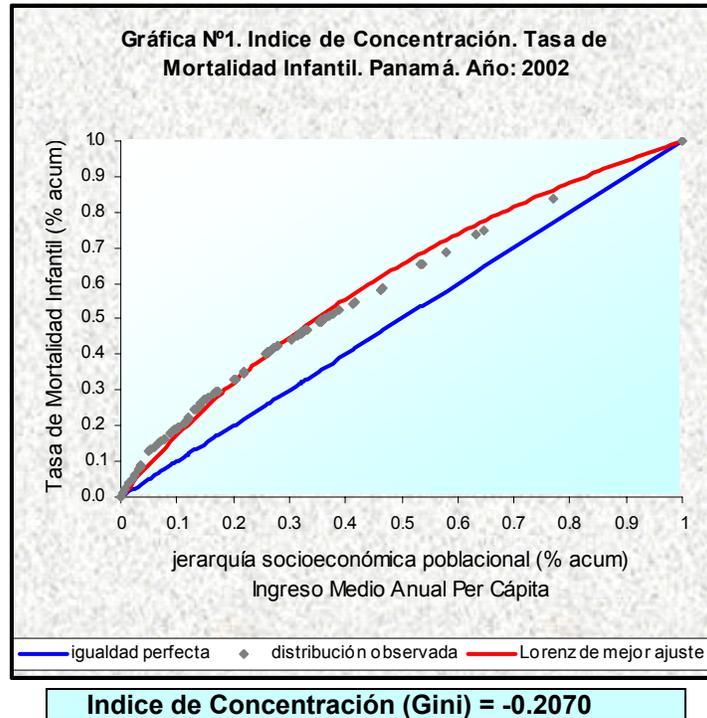
(con tasas de 29.2 y 20.5 por mil nacidos vivos) presentaron un riesgo de morir en los menores de un año 1.9 y 1.3 veces mayor que el promedio nacional, respectivamente. Se destaca que las Esperanzas de Vida más bajas se consignan para la población de Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala.

Cuadro N° 1. Ordenamiento de los Distritos según Ingreso Anual Per Cápita. Panamá. Año: 2000.

1. Besiko	26. Chagres	51. Parita
2. Nole Duima	27. Chepigana	52. Atalaya
3. Müna	28. San Lorenzo	53. Pocrí
4. Kankintú	29. Pinogana	54. San Carlos
5. Mironó	30. Chiriquí grande	55. Santa María
6. Nürüm	31. Renacimiento	56. Bugaba
7. Kusapín	32. Montijo	57. Pedasi
8. Sambú	33. Bocas del Toro	58. Balboa
9. Kuna Yala	34. Capira	59. Portobelo
10. Cémaco	35. Ocú	60. Dolega
11. Las Palmas	36. Gualaca	61. Guararé
12. Cañazas	37. Penonome	62. Boquete
13. Santa Fé	38. Santa Isabel	63. Los Santos
14. Donoso	39. Antón	64. Agua Dulce
15. Ola	40. Remedios	65. Santiago
16. La Pintada	41. Changuinola	66. Chame
17. Las Minas	42. Alanje	67. La Chorrera
18. La Mesa	43. Macaracas	68. Las Tablas
19. Calobre	44. Pesé	69. Colón
20. Río de Jesús	45. Natá	70. Taboga
21. San Francisco	46. Boquerón	71. David
22. Chimán	47. San Félix	72. Arraiján
23. Soná	48. Barú	73. Chitré
		74. San Miguelito
24. Los Pozos	49. Chepo	
25. Tole	50. Tonosi	75. Panamá

Una mirada por Distrito permite identificar al Distrito de Balboa como el de mayor tasa de mortalidad infantil (38 – 43.5 defunciones por 1,000 nacidos vivos), seguido de Pinogana, Changuinola, Pocrí y Mironó con tasas ubicadas en el rango de 32.6 – 37.9 defunciones en menores de un año por 1,000 nacidos vivos.

El Índice de Concentración para la tasa de mortalidad infantil del 2002 fue de -0.207, este índice sugiere que los Distritos con menor ingreso (Cuadro 1) concentra mayor riesgo de morir durante sus primeros 11 meses de vida. (Gráfica N°1) y que siguen siendo las poblaciones residentes en las comarcas indígenas las más expuestas a este riesgo.



El análisis de las cinco principales causas de muerte, en la estructura de la mortalidad infantil, indica que en los años 60 y 70 prevalecían, las enfermedades infectocontagiosas, con proporción alrededor del 60.0% de las muertes, respectivamente; en los años 80 y 90 se observa como parte del proceso de transición epidemiológica el incremento de las causas endógenas, con el 76.3% y el 84.7% de las muertes, respectivamente. Para el año 2000 y 2003, persisten la neumonía y las Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, entre las 5 principales causas de muerte del menor de un año. (Cuadro N°2)

En el 2003 aparecen los accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias como la tercera causa de muerte en este grupo de edad, con un total de 55 defunciones para una razón de mortalidad proporcional del 6% y una tasa de mortalidad de 8.9 defunciones por 10,000 nacidos vivos, siendo que uno de cada 17 muertos con menos de un año de edad, falleció por esta causa. Cerca de 4 de cada 6 defunciones (64.6%) se relacionó con causas endógenas, identificándose, entre ellas las muerte ocasionadas por ciertas afecciones originadas en el menor de un año, denominación que incluye a las enfermedades de la madre que afectan al recién nacido, complicaciones obstétricas, crecimiento lento, desnutrición e inmadurez, traumatismos del nacimiento e hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido, por mencionar algunas; esta última representa entre el 30 y 50% de las muertes de esta categoría. Además se ubican las anomalías congénitas, denominación que incluye, entre otras, la espina bífida e hidrocefalia, Labio Leporino y Fisura del Paladar y Labio y Anomalías Congénitas del Corazón y Aparato Circulatorio, esta última responsable de entre el 34% y 45% de las muertes ocurridas y tipificadas en esta categoría. (Cuadros N°2)

A partir del año 1990, aparecen las deficiencias nutricionales entre las principales causas de muerte en los menores de un año, con un incremento porcentual del 43.1% al comparar las tasas alcanzadas en 1990 con respecto a las del 2000. En el 2003, se reportó una tasa similar a la del 2000 (5.5 defunciones por 10,000 nacidos vivos). Sin embargo, en 1990 una de cada 32

defunciones ocurrieron por desnutrición, en tanto que en el 2003 esta relación fue de 1 en 28 muertes. (Cuadro N°2)

**Cuadro N° 2. Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año.
República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90, 2000 y 2003
(tasas por 10,000 nacidos vivos)**

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	2345	568.4	Total	2156	404.6
1. Enfermedades Propias de la Primera Infancia	562	136.2	1. Enteritis y otras Enf. Diarréicas	272	51.0
2. Gastritis, Duodenitis, Enteritis y Colitis, Salvo Diarrea del R.N	438	106.2	2. Tétanos	150	28.1
3. Bronquitis	185	44.8	3. Neumonía	254	47.7
4. Tétanos	178	43.1	4. Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un Año	218	40.9
5. Neumonía	158	38.3	5. Anomalías Congénitas	115	21.6
6. Tos ferina	62	15.0	6. Bronquitis, Enfisema y Asma	75	14.0
7. Sarampión	20	4.8	7. Sarampión	38	7.1
8. Accidentes y Homicidios	21	5.1	8. Influenza	34	6.4
9. Demás Causas	721	174.8	9. Demás causas	1000	187.7
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	1144	217.4	Total	1133	189.1
1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	490	93.1	1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	91.8
2. Anomalías Congénitas	131	24.9	2. Anomalías Congénitas	201	33.6
3. Infección Intestinal Mal Definida	83	15.8	3. Infección Intestinal Mal Definida	60	10.0
4. Neumonía	77	14.6	4. Deficiencias de la Nutrición	35	5.8
5. Tosferina	33	6.2	5. Neumonía	42	7.0
6. Bronquitis, Enfisema y Asma	29	5.5	6. Sarampión	15	2.5
7. Meningitis	28	5.3	7. Meningitis	15	2.5
8. Demás Causas	273	51.9	8. Demás causas	215	35.9
2000			2003		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	1081	166.7	Total	940	152.2
1. Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal	463	71.4	1. Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	338	50.0
2. Malformaciones Congénitas, deformidades y Anomalías cromosómicas	291	44.9	2. Malformaciones Congénitas, deformidades y Anomalías cromosómicas	269	43.6
3. Desnutrición	54	8.3	3. Accidentes, Lesiones Autoinflingidas, agresiones y otras violencias	55	8.9
4. Neumonía	51	7.9	4. Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	50	8.1
5. Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	46	7.1	5. Neumonía	49	7.9
6. Demás causas	176	27.1	6. Desnutrición	34	5.5
			7. Demás causas	145	23.5

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

Mortalidad Neonatal y Posneonatal

Un análisis del comportamiento de los últimos 23 años (1980-2003) de la mortalidad neonatal y post neonatal permite enunciar lo siguiente:

- o La mortalidad neonatal (menos de 28 días de nacido) ha presentado un comportamiento descendente con tasas cuyo rango ha oscilado entre 8.1 y 13.3 defunciones por 1,000 habitantes, ubicándose las tasas más elevadas en el año 1985. Durante el periodo ocurrió un descenso porcentual del 32.5%, siendo el riesgo de morir de los neonatos 1.5 veces mayor en 1980 que en el 2003. Para el año 2003, la mortalidad neonatal precoz fue de 5.9 y la neonatal tardía de 2.1 defunciones por 1000 nacidos vivos. Entre las principales causas de mortalidad neonatal precoz se cuentan, en orden decreciente, la Hipoxia, Asfixia y Otras Afecciones Respiratorias del Recién Nacido, la Septicemia del Recién Nacido, Crecimiento Lento,

Desnutrición e Inmadurez y Traumatismo del Nacimiento, algunas de las cuales, guardan relación con el consumo de tabaco durante el embarazo.

- La mortalidad posneonatal (28 días a 11 meses) también ha presentado un comportamiento descendente para un descenso porcentual de 25.3% durante el periodo. El rango de esta tasa fue de 9.7 a 5.3 defunciones por 1,000 habitantes, con la tasa más alta en 1981 y la más baja en 1992. El riesgo de morir durante el periodo posneonatal fue 1.3 veces mayor en 1980 que en el 2003.

Para el año 2003, la mortalidad neonatal presentó las tasas más elevadas en la provincia de Darién (excluidas las comarcas Emberá Waunana en Cemáco y Sambú) y la provincia de Chiriquí. Por otro lado, se identificó a la provincia de Bocas del Toro y a la Comarca Kuna Yala, registraron las tasas más elevadas de mortalidad posneonatal; en tanto que Herrera y Los Santos reportaron las más baja. El primer grupo de provincias, presento cifras cuyos rangos estuvieron entre 17.3 y 22.9 defunciones por 1,000 nacidos vivos; en tanto que para el segundo se ubicaron entre 2.2 y 4.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos.

La Mortalidad Perinatal

Durante el periodo de 1987 al 2003, la mortalidad perinatal que incluye la mortalidad fetal tardía, así como la muerte neonatal precoz, es decir la que ocurre durante los primeros siete días de nacido, ha mostrado un descenso progresivo. Para 1987 las tasas nacionales fueron de 17.5 defunciones por 1,000 embarazadas, en tanto que para el 2003 la misma alcanzó 11.9 defunciones por 1,000 embarazada, con un rango durante el periodo entre 18.1 y 11.9 defunciones por 1,000 embarazadas, registrándose el valor más elevado durante el año 1990. En 1987 el riesgo de ocurrencia de muerte en el periodo perinatal fue 1.5 veces mayor que en el 2003, con un descenso porcentual de 32% para este periodo.

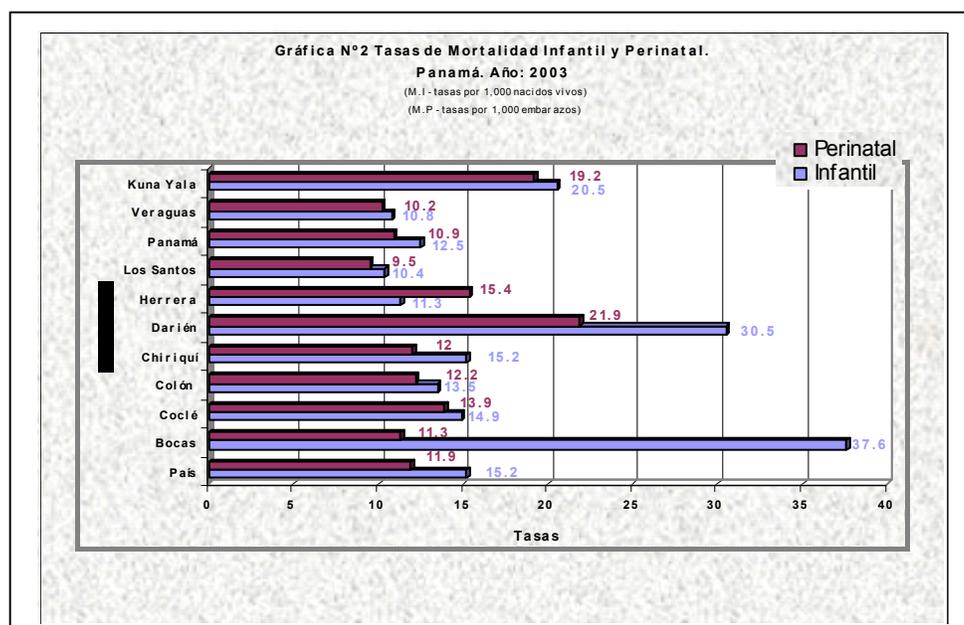
Al 2003 las provincia de Darién y la Comarca Ngobé Bügle presentaron las tasas de mortalidad perinatal más elevadas de todo el país, seguidas de la provincia de Herrera y de la Comarca Kuna Yala, con tasas ubicadas en los rangos de 19.4 – 21.9 y 16.9 – 19.3 defunciones por 1,000 embarazadas, respectivamente. (Cuadro N°2)

Al comparar el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil con la perinatal, por provincia, en el 2003, se observa que en Los Santos y Veraguas las cifras de ambos indicadores se aproximan; Bocas del Toro consigno la tasa de mortalidad infantil más elevadas del país con una tasa de mortalidad perinatal inferior a la tasa nacional; Darién y Kuna Yala que registraron tasas muy elevadas de mortalidad infantil y las más altas de mortalidad perinatal. (Gráfica N°2)

**Cuadro N° 2. Tasas De Mortalidad Perinatal Por Año Según Provincia.
República De Panamá. Años: 1987-2003
(tasas por 1,000 embarazos)**

Año	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1987	17.5	19.1	16.2	11.6	23.8	14.4	17.5	13.0	16.3	12.6	18.8	16.4	12.2
1988	16.8	18.7	15.3	14.8	24.0	8.8	18.9	14.1	16.3	14.7	17.5	13.8	20.6
1989	17.3	19.8	15.1	13.5	18.9	16.1	18.1	20.1	12.8	11.5	18.7	13.3	21.8
1990	18.1	20.9	17.2	12.9	19.5	22.0	19.9	9.2	16.2	9.6	19.2	15.8	5.7
1991	16.0	18.7	13.9	9.4	19.6	17.3	17.6	17.6	15.2	10.2	17.9	7.9	7.0
1992	17.2	18.9	15.6	13.1	19.6	15.0	17.9	15.5	18.1	11.9	18.8	13.2	13.5
1993	16.9	19.8	14.1	10.6	18.4	14.2	15.1	12.9	17.2	11.0	20.0	12.9	13.7
1994	16.8	19.0	14.6	13.6	14.9	20.0	16.1	13.1	12.5	14.4	18.3	11.7	14.9
1995	15.1	16.8	13.6	13.4	17.5	14.3	12.5	18.4	18.3	20.3	15.5	14.6	13.9
1996	14.5	--	--	15.8	13.4	13.4	15.7	18.0	15.3	16.2	14.7	12.0	13.9
1997	13.5	14.1	12.7	11.1	14.2	12.4	11.1	14.1	14.6	12.3	14.3	13.7	16.6
1998	12.3	14.0	11.2	12.9	12.1	6.2	12.6	10.7	14.4	13.2	14.1	7.7	6.5
1999	13.1			13.6	9.2	7.3	14.8	17.8	15.1	15.8	13.6	12.6	14.4
2000	12.3			14.9	14.5	9.1	13.0	19.4	13.8	14.6	11.3	12.4	14.4
2001	12.8			20.5	14.1	9.8	16.1	19.9	14.7	13.5	11.1	10.5	17.8
2002	11.9			11.3	12.0	14.1	13.8	20.0	10.2	11.9	10.7	12.0	10.9
2003	11.9			11.3	13.9	12.2	12.0	21.9	15.4	9.5	10.9	10.2	19.2

1/Fuente: Contraloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales. Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 1999



Mortalidad De Uno A Cuatro Años

Durante el 2003 la población de 1-4 años registró una tasa de mortalidad de 126.7 muertes por 100,000 niños, con un descenso porcentual del 14% con respecto a 1997 (147.1 muertes por 100,000 niños de 1-4 años). Las principales causas de muerte, que afectaron a este grupo de población, en orden decreciente son: las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso 23.1 muertes por 100,000 niños, accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias con una tasa de 21.3, las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas con una tasa de 17.6, desnutrición con 15.4, las neumonías 8.8 muertes por 100,000 habitantes,

manteniéndose la misma estructura de mortalidad que para 1990, aunque con variaciones ligeras en el orden de presentación. Sólo en el caso de las malformaciones congénitas las tasas de mortalidad fueron ligeramente superiores en las niñas que en los niños. (Cuadro N°3)

Cuadro N°3. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 1-4 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	345	126.7	200	143.8	145	108.8
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	63	23.1	38	27.3	25	18.8
Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	58	21.3	39	28.8	19	14.3
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	48	17.6	24	17.3	24	18.0
Desnutrición	42	15.4	23	16.5	19	14.3
Neumonía	24	8.8	14	10.1	10	7.5
Demás Causas	110	40.4	62	44.6	48	36.0

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

El informe sobre indicadores de salud del 1998, reveló que 22 de cada mil nacidos vivos murieron antes de cumplir los cinco años con un rango de 12.5 a 53.6 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, en tanto que para el 2002 se consignaron 19.3 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, para un rango de 9.6 a 51.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. En el 2003 fallecieron cerca de 21 menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. Lo cual sugiere que luego de un quinquenio no han ocurrido cambios en el riesgo de morir de esta población.

Cuadro N° 4. Tasa de Mortalidad En Menores de Cinco Años Según Provincia. Panamá. Años: 1998 – 2002 y 2003.
(tasas por 1,000 nacidos vivos)

Provincia	Años		
	1998	2002	2003
Total	22.4	19.3	20.8
Bocas del Toro	53.6	50.1	58.7
Coclé	20.4	14.9	18.4
Colón	18.7	17.6	19.2
Chiriquí	24.1	20.9	19.1
Darién	29.8	30.7	35.1
Herrera	16.1	13.3	17.1
Los Santos	12.5	9.6	12.8
Panamá	19.9	14.8	15.5
Veraguas	13.4	13.3	13.2
Comarca Kuna Yala	47.7	42.0	38.0
Comarca Emberá		37.2	32.9
Comarca Ngobé Buglé		51.7	55.4

Fuente: Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Año: 2003

En el mismo sentido, por área geográfica, en 1998 en la Comarca de Kuna Yala y en Bocas del Toro, este indicador alcanza cifras de 47.7 y 53.6 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. En el 2002, las comarcas indígenas, Bocas del Toro y Darién presentaron las tasas más elevadas de muertes en menores de 5 años con un rango entre 30.7 a 51.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000, el valor mínimo lo registro la Comarca Emberá y el máximo Bocas del Toro. El comportamiento de este indicador en el 2003 fue similar al 2002, con variaciones en el rango de sus tasas 12.8 – 58.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000. (Cuadro N° 4)

LA MORTALIDAD MATERNA

A través del tiempo la tasa de mortalidad materna ha tenido un comportamiento descendente. La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 70-2003 por un descenso, de 1.4 muertes x 1,000 N.V. a cifras de 0.7, que reflejan una diferencia porcentual de 50%. Durante el periodo 1980 a 2003 mantuvo un rango entre 0.5 y 0.7 por 100,000 nacidos vivos, es decir estable. Panamá está clasificado a nivel internacional en el grupo III de países con una tasa alta de Mortalidad Materna. En el 2003, las muertes maternas representaron el 0.8% de las muertes ocurridas en mujeres y el 5.2% de las defunciones en la población femenina en edad fértil. El 14.7% de las muertes en población femenina ocurrió en mujeres en edad fértil.

En 1995 cuatro de las 10 Provincias del país presentaban tasas de mortalidad materna con cifras por encima de 1.0 por mil nacidos vivos, a saber: Colón con 2.5 muertes maternas por 1000 N.V.; Darién con 2.7 muertes maternas por 1000 N.V.; Herrera con 1.9 muertes maternas por 1000 N.V y Kuna Yala con 3.7 muertes maternas por 1000 N.V. En el año 2003 superan este valor la provincia de Bocas del Toro, Darién y las Comarcas Kuna Yala y Ngobe Bugle con rangos de 1.3 a 4.9 muertes maternas por 1000 N.V, ocupando el rango inferior Bocas del Toro y el superior la Comarca Kuna Yala. Estas regiones se caracterizan por su alto grado de dispersión de la población, inaccesibilidad geográfica, concentración de población indígena y además, población campesina, bajo nivel de escolaridad y alto índices de pobreza. En síntesis, se ubica a las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Veraguas y a las Comarcas Kuna Yala y Ngobé Buglé como las de más altas tasas de mortalidad materna durante los años 1990, 2000 y 2003. (Cuadro N°5).

Cuadro N° 5. Defunciones y Tasas de Mortalidad Materna por Provincia.
República de Panamá. Años: 1970-1980-1990-200-2003
(por mil nacidos vivos)

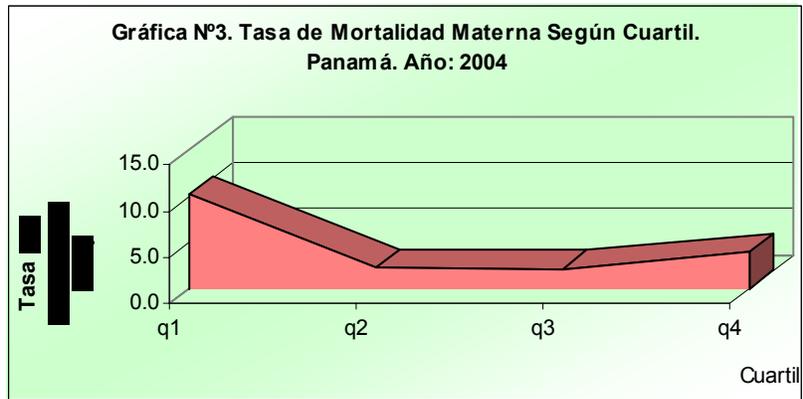
Provincia	Años									
	1970		1980		1990		2000		2003	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	72	1.4	37	0.7	32	0.5	40	0.6	42	0.7
Bocas del Toro	1	0.5	1	0.4	2	0.6	3	0.7	4	1.3
Coclé	8	1.6	7	1.6	4	0.8	2	0.4	1	0.2
Colón	8	1.6	6	1.2	3	0.6	3	0.6	3	0.6
Chiriquí	17	1.9	4	0.5	8	0.9	5	0.5	6	0.8
Darién	4	4.3	1	1.5	-	-	1	0.9	2	1.6
Herrera	2	0.7	1	0.4	1	0.4	1	0.5	-	-
Kuna Yala	-	-	-	-	1	1.0	6	5.1	5	4.9
Los Santos	1	0.4	3	2.0	-	-	1	0.8	-	-
Panamá	16	0.8	5	0.2	7	0.3	11	0.4	12	0.4
Veraguas	15	2.5	9	1.6	6	1.0	7	1.3	2	0.5
Ngobe Buglé								-	7	2.8

Defunciones por complicaciones del embarazo, parto y estado puerperal. Darién: omisión del registro en 1997

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas. MINSA.

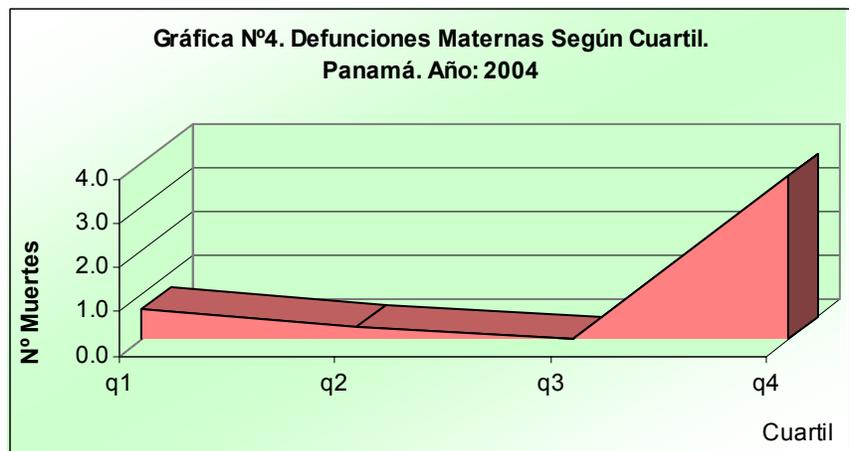
Al analizar la diferencia de las desigualdades existentes entre Distritos según el nivel de pobreza, se observa que la tasa de mortalidad materna es 2.6 veces mayor en los distritos de mayor pobreza que en los Distritos de menor pobreza, lo que se traduce en un mayor riesgo o probabilidad de muertes maternas en los distritos de pobreza extrema. (Gráfica N°3).

Es importante mencionar que 1 de cada 3 muertes maternas ocurrieron en el Distrito de Panamá, en los siguientes corregimientos: Chilibre, El Chorrillo, Las Cumbres, Pacora, Parque Lefevre, San Francisco y Tocumen. El análisis de desigualdad de las defunciones maternas indica que en el Q4 ocurren 5.6 veces más muertes maternas que Q1. (Gráfica N°4)



En 1995 la primera causa de muerte materna fue la hemorragia seguida de la toxemia; en tanto que para 1996, las primeras causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del puerperio, seguidas de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (toxemia). Para el 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%.

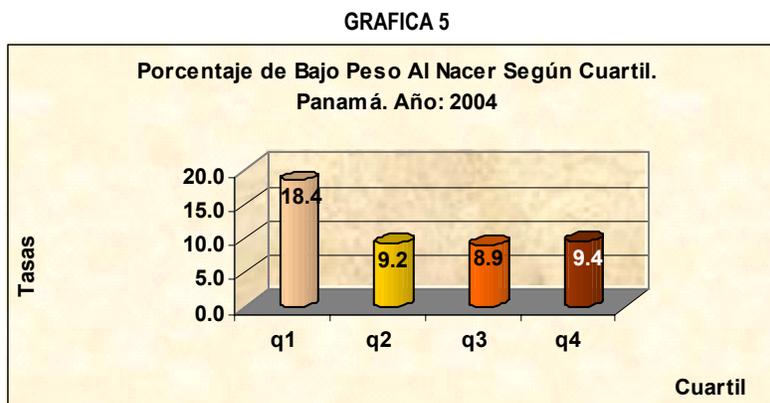
Las tasas específicas según causa fueron 17.8 muertes maternas por 100,000 para la hemorragia; 16.2 muertes maternas por 100,000 para las Causas Obstétricas Indirectas; 11.3 muertes maternas por 100,000 debido a Trastornos Hipertensivos del Embarazo; 8.1 muertes maternas por 100,000 a causa del Aborto; 6.5 muertes maternas por 100,000 ocurridas por Sepsis y con igual tasa las Otras Causas Obstétricas Directas.



LA DESNUTRICIÓN

Bajo Peso Al Nacer

Uno de los problemas que afecta al recién nacido es el bajo peso al nacer. El porcentaje de bajo peso al nacer fue de 10.2% y 9.7% en el 2003 y 2004, respectivamente. El análisis de desigualdad de este indicador para el 2004 indicó que los distritos de pobreza extrema tienen un porcentaje de bajo peso 2 veces mayor que los distritos de menor pobreza, aunque los casos se concentran en el segundo y cuarto cuartil. (Gráfica N°5)



Las regiones comarcales de Ngobé Buglé y Kuna Yala presentaron porcentajes superiores al nacional, con 25.7% y 13.7%, seguidas de Darién y la Región Metropolitana de Salud con 11.9% y 10.7%, respectivamente. (Cuadro N°6)

Desnutrición en los Menores de 5 años

De acuerdo a la Encuesta de Niveles de Vida 2003, el 20.6% de la población de Panamá menor de 5 años (60 meses), padece desnutrición crónica o sea una baja talla para su edad; el 6.8% presenta bajo peso para su edad (desnutrición global) y el 1.4% sufre de desnutrición aguda, bajo peso para la talla.

Cuadro N° 6. Porcentaje de Bajo Peso al Nacer Según
Región de Salud. Panamá. Año: 2003

Región de Salud	%
República	10.2
Bocas del Toro	6.6
Coclé	9.4
Colón	10.4
Chiriquí	8.9
Darién	11.9
Herrera	10.3
Los Santos	8.9
Panamá Este	8.2
Panamá Oeste	8.7
Metropolitana	10.7
San Miguelito	9.3
Veraguas	10.1
Kuna Yala	13.7

Ngobe Buglé	25.7
-------------	------

Fuente: MINSA. Año: 2003.

Estos indicadores son muy elevados en las áreas indígenas independientemente del nivel de pobreza de su población.

La población menor de 5 años en pobreza extrema residente en las áreas urbanas del país, muestra mayores niveles de desnutrición crónica que los observados en el área rural no indígena. Esta tendencia se observa en los demás índices.(Cuadro No.7)

Cuadro No. 7
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años de edad, según diferentes indicadores, por área (en porcentaje)

Área	Crónica	Global	Aguda
(Talla/Edad)		(Peso/Edad)	(Peso/Talla)
A. Población total			
Total	20.6	6.8	1.4
Urbana	13.8	4.2	1.4
Rural No Indígena	18.6	5.6	1.4
Rural Indígena	56.7	21.2	1.0
B. Población en Pobreza Total			
Total	29.9	10.6	1.8
Urbana	22.7	7.9	2.2
Rural No Indígena	21.3	7.1	1.8
Rural Indígena	56.7	21.1	1.0
C. Población en Pobreza Extrema			
Total	39.4	16.1	2.0
Urbana	28.8	15.3	3.4
Rural No Indígena	25.9	10.3	2.3
Rural Indígena	58.0	22.2	1.1
D. Población en Pobreza No Extrema			
Total	19.4	4.6	1.5
Urbana	20.4	5.1	1.8
Rural No Indígena	16.3	3.6	1.3
Rural Indígena	40.4	7.8	0.0
E. Población No Pobre			
Total	9.8	2.2	0.9
Urbana	8.9	2.1	1.0
Rural No Indígena	12.6	2.2	0.5
Rural Indígena	..	..	..

.. Dato no aplicable.

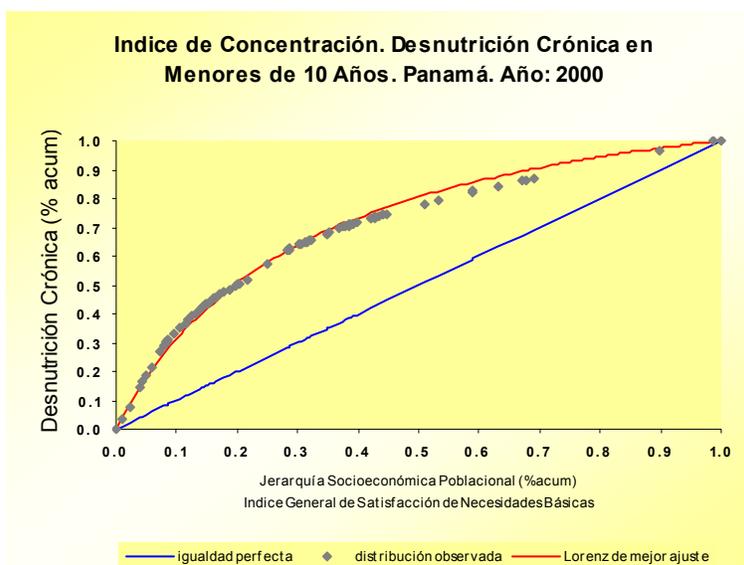
Fuente: ENV 2003. Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales.

En el año 2000 el **Índice de Concentración** de la Desnutrición Crónica en Menores de 10 años fue de menos 0.4417. Los distritos con el menor Índice de Satisfacción de Necesidades Básicas de Salud (ISNBS) concentra cerca del 21.1% de los casos, siendo los distritos de las Comarcas Indígenas los que se ubican entre los que reportaron el índice (ISNBS) más bajo (Cuadro No.8). En el mismo orden de ideas, se registran en el primer cuartil un tercio de los casos de desnutrición crónica en menores de 10 años. (Gráfica N°6).

Cuadro N° 8. Ordenamiento de los Distritos según Índice de Satisfacción de las Necesidades Básicas de Salud. Panamá. Año: 2000.

Distrito	Distrito	Distrito
1 Besiko	26 Renacimiento	51 San Carlos
2 Kankintú	27 Calobre	52 Pocrí
3 Müna	28 La Pintada	53 Pedasi
4 Mironó	29 Soná	54 San Félix
5 Nole Duima	30 San Lorenzo	55 Atalaya
6 Kusapín	31 Los Pozos	56 Boquete
7 Kuna Yala	32 Chepo	57 Bugaba
8 Ñürüm	33 Changuinola	58 Santa María
9 Cémaco	34 Penonome	59 Pesé
10 Sambú	35 Montijo	60 Parita
11 Chimán	36 Río de Jesús	61 Chame
12 Cañazas	37 Capira	62 Dolega
13 Chepigana	38 Gualaca	63 Taboga
14 Las Palmas	39 Santa Isabel	64 Los Santos
15 Donoso	40 Alanje	65 Colón
16 Santa Fé	41 Remedios	66 Santiago
17 Pinogana	42 Tonosi	67 Arraiján
18 Tole	43 Macaracas	68 Guararé
19 Bocas del Toro	44 Ocú	69 La Chorrera
20 San Francisco	45 Barú	70 David
21 Ola	46 Balboa	71 Las Tablas
22 Las Minas	47 Portobelo	72 Agua Dulce
23 La Mesa	48 Antón	73 Panamá
24 Chiriquí grande	49 Natá	74 San Miguelito
25 Chagres	50 Boquerón	75 Chitré

GRAFICA 6



Índice de Concentración (Gini) = -0.4417

Deficiencia De Vitamina A

En el año de 1999 el Ministerio de Salud con el apoyo de UNICEF, el INCAP y OPS realizó la II Encuesta Nacional de Vitamina A y actualizó la situación de anemia en grupos de riesgo.

El porcentaje de niños pre-escolares con niveles deficientes es solamente de 1.8% y niveles bajo de 7.65% (Cuadro N°9) por lo tanto, la magnitud de la deficiencia de vitamina A, en el país, puede clasificarse como leve (9.4%).

**Cuadro N°9. Distribución De Niveles De Retinol Sérico (Mcg/Dl),
A Nivel Nacional. Panamá. Año: 1999.**

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)
TOTAL	924	100.0
<10	17	1.8
10 – 19.9	70	7.6
20 – 29.9	199	21.5
30 – 39.9	342	37
40 – 49.9	210	22.8
> = 50	86	9.3

Fuente: Encuesta Nacional de Vitamina A y Anemia.
Panamá, Año: 1999.

Los pre-escolares de distritos prioritarios tienen aproximadamente dos veces más riesgo de deficiencia de vitamina A, que los que residen en distritos no prioritarios (Cuadro N°10).

**Cuadro N°10. Distribución De Niveles De Retinol Sérico (Mcg/Dl)
Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá. 1999.**

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	N°	PRIORITARIOS		NO PRIORITARIOS	
		N°	%	N°	%
TOTAL	924	415	100.0	509	100.0
<10	17	9	2.1	8	1.6
10 – 19.9	70	43	10.4	27	5.3
20 – 49.9	752	321	77.3	431	84.7
> = 50	85	42	10.1	43	8.4

p < 0.05
Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia, Panamá, 1999.

Los hallazgos de este estudio revelan que la deficiencia de vitamina A (< 10 mcg/dl) no es un problema de salud pública a nivel nacional; en los distritos prioritarios la magnitud de los niveles bajos de vitamina A es moderada. Al desagregar los niveles de retinol sérico por tipo de población, observamos que los niños indígenas son más afectados por la deficiencia de vitamina A (Cuadro N° 11).

Cuadro N° 11. Niveles De Retinol Sérico Según Grupo Indígena Y No Indígena. Panamá, 1999.

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	INDÍGENA		NO INDÍGENA		TOTAL DE CASOS
	Nº	%	Nº	%	
TOTAL	114	100.0	810	100.0	914
<10	5	4.4	12	1.5	17
10 – 19.9	22	19.3	48	6.0	70
20 – 29.9	45	39.5	154	19.0	199
30 – 39.9	29	25.4	313	38.6	342
40 – 49.9	9	7.9		24.8	210
>= 50	4	3.5	82	10.1	86

p < 0.0001

Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

El grupo de lactantes de 12 a 23 meses presentan mayor riesgo de deficiencia de vitamina A (Cuadro N°12).

Cuadro N° 12. Niveles De Retinol Sérico (Mcg/Dl), Según Grupo De Edad. Panamá. Año: 1999.

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	EDAD (MESES)								TOTAL	
	12 - 23		24 - 35		36 - 47		48 - 59			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	201	100	227	100	240	100	256	100	924	100
<10	9	4.5	4	1.8	0	0	4	1.6	17	1.8
10 – 19.9	18	9.0	14	6.2	21	8.8	17	6.6	70	7.6
20 – 29.9	48	23.9	49	21.6	55	22.9	47	18.4	199	21.5
30 – 39.9	62	30.8	89	39.2	87	36.2	104	40.6	342	37.0
40 – 49.9	44	21.9	54	23.8	49	20.4	64	25	210	22.7
>=50	20	9.9	17	7.4	28	11.7	20	7.8	86	9.4

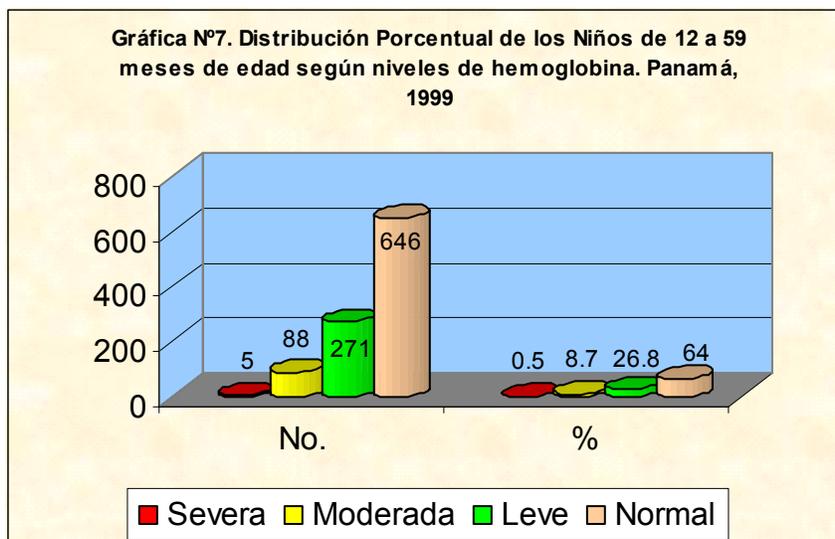
p < 0.05 Fuente: Encuesta Nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

Anemia Nutricional

La anemia nutricional es la deficiencia por micronutrientes más común en nuestro país, principalmente por la baja ingesta de hierro de la dieta y por la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro en las comidas. Los parámetros utilizados para el diagnóstico de anemia fueron la concentración de hemoglobina, menor de 11 en los pre-escolares y embarazadas e inferior a 12.0 g/dl en mujeres en edad fértil y escolares. La anemia es de tipo leve a moderada cuando la concentración de Hb es de 7.0 g/dl a 10.9 g/dl y severa inferior a 7.0 g/dl.

Los criterios de clasificación de la anemia en embarazadas y niños pre- escolares como problema de salud pública se observa en el esquema siguiente:

El 26.8% de los niños de 12 a 59 meses presentaron anemia leve, sólo se encontraron 5 casos de niños, en este grupo de edad, con anemia severa. (Gráfica N°7)



Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

Un análisis por edad indica que la prevalencia de anemia es mayor en los lactantes de 12 a 23 meses, la mitad de ellos presentan anemia (Cuadro N°13).

Cuadro N° 13. Prevalencia De Anemia En Niños De 12 A 59 Meses, Según Grupo De Edad. Panamá, 1995.

ANEMIA	EDAD (MESES)									
	12 - 23		24 - 35		36 - 47		48 - 59		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	236	100	249	100	258	100	267	100	100.0	100.0
SI	124	52.5	99	39.7	77	29.8	6.4	23.9	364	36.0
NO	112	47.5	150	60.3	181	70.2	213	76.1	346	64.0

$p < 0.0001$ Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

Los 5 niños con anemia severa procedían de distritos prioritarios. La anemia es significativamente mayor en los distritos prioritarios y los valores de hemoglobina menores o iguales a 9.9 ug/dl alcanzan al 12% de la población entre 12 y 59 meses. Por cada niño con anemia severa o moderada residente en los distritos no prioritarios hay 2 niños con este problema de salud, que residen en los distritos prioritarios. (Cuadro N° 14).

Cuadro N° 14. Distribución Porcentual De Los Niveles De Hemoglobina En Niños De 12 A 59 Meses De Edad Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá, 1999.

Niveles de Hemoglobina (g/dl)	Distritos				
	Total		Prioritarios		No Prioritarios
	Nº	%	Nº	%	Nº
TOTAL	1010	100	448	562	100
<7 (severa)	5	0.9	5	0	0.0
7- 9.9 (moderada)	88	11.8	53	35	6.2
10-10.9 (leve)	271	30.8	138	133	23.7
>= 11	646	64.3	252	394	70.1

$p < 0.0004$ Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

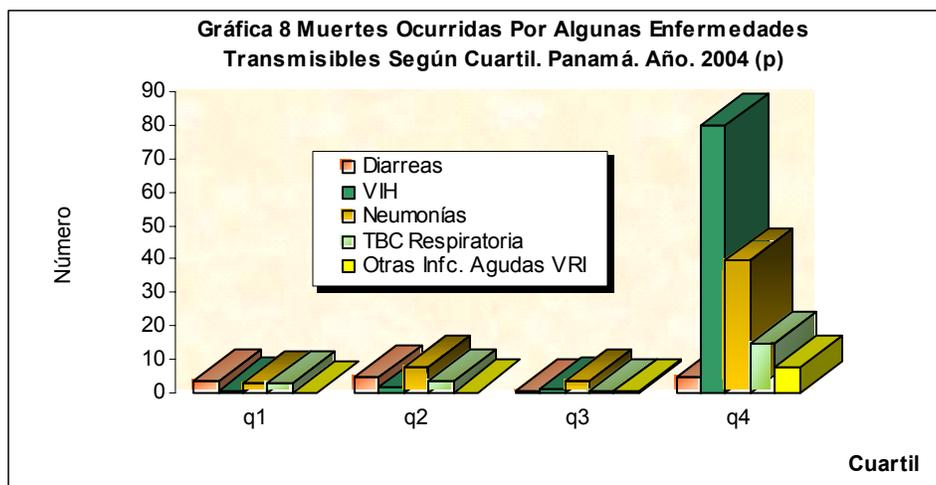
LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Mortalidad por Enfermedades Transmisibles

Utilizando el Índice de Pobreza Extrema como indicador de jerarquía socioeconómica, para la identificación de desigualdades entre la población residente en los diferentes distritos del país con respecto a la mortalidad por enfermedades transmisibles, de alta frecuencia en la población panameña, tales como la tuberculosis, las diarreas, las neumonías, las otras enfermedades agudas de vías respiratorias inferiores y el SIDA se encontraron los siguientes hallazgos: (Gráficas N°8 y N°9)

- **Tuberculosis:**
 - Los Distritos de menor pobreza(Q4) presentaron 5.5 veces más defunciones por esta causa que los distritos de pobreza extrema(Q1). Sin embargo la tasa de mortalidad por TBC respiratoria fué de 13.4 en los distritos mas pobres. El riesgo de morir por esta causa en la población residente en los distritos más pobres fue 4.4 veces mayor que en los distritos menos pobres.
- **Las Diarreas**
 - La enfermedad diarreica es uno de los diagnósticos más frecuentes en las instalaciones de salud; en tanto que las defunciones sumaron 123 para el año 2004.
 - Las defunciones en los distritos de pobreza extrema fue 1.3 veces mayor que en los distritos menos pobres.
 - Las tasas de mortalidad determinaron que el riesgo de morir por esta causa es 8 veces mayor en los distritos más pobres(Q1) que en los distritos menos pobres(Q4).
- **Las Neumonías**
 - Murieron 14.5 veces más personas en los distritos menos pobres que en los distritos más pobres debido a la Neumonía.
 - Las tasas de mortalidad por neumonía fluctuaron entre 10 y 14.9 muertes por 100,000 habitantes, los distritos ubicados en el cuartil 2(Q2) presentan un riesgo 1.5 veces mayor que en el resto de los cuartiles.
- **Las Otras Enfermedades Agudas De Vías Respiratorias Inferiores**
 - Este grupo de patologías concentró las muertes en los distritos de menos pobreza(Q4) siendo más de 50 veces mayor el número de muertes con respecto a los distritos más pobres(Q1), lo cual hace que el riesgo de morir sea 3 veces mayor en los distritos de menor pobreza que en los distritos de pobreza extrema.
- **El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**
 - Este problema de salud pública se concentra en los distritos de menor pobreza(Q4), con 96 veces más casos que en los distritos más pobres(Q1).
 - La tasa de mortalidad, fluctuó entre 3.5. y 16.6 muertes por 100,000 habitantes, y el riesgo de morir por SIDA es 6.5 veces mayor en los distritos menos pobres(4) respecto a los distritos de mayor pobreza(Q1).

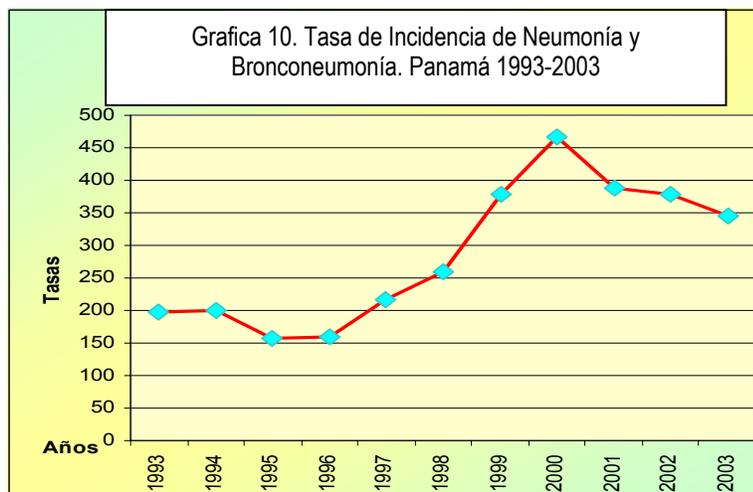
Es importante hacer notar que este análisis de mortalidad a igual que otros que figuran en este documento, no han sido ajustados por subregistro dado la carencia de esta información por la Contraloría General de la República de Panamá, pues sólo se dispone de este dato hasta el nivel de provincia y agregando todas las causas de muerte.



Morbilidad por Enfermedades Transmisibles

Las Neumonías y Bronconeumonías

Las enfermedades respiratorias agudas (ERA) son una de las patologías transmisibles de más alta incidencia en el país y tienen una alta tasa de frecuentación en los servicios de salud, principalmente en el grupo de menores de 5 años. Durante el periodo 1993-2003 se reportaron 88,709 casos con un promedio anual de 11,475 casos, para un promedio mensual y diario de 956 y 32 casos, respectivamente. A partir de 1996 la neumonías - bronconeumonías presentan un comportamiento ascendente, con un incremento porcentual de 219.2% en el periodo 1996-2000. En el mismo sentido, el riesgo de enfermarse por neumonía – bronconeumonía, se ha incrementado durante el periodo estudiado, siendo 1.7 veces mayor en el 2003 que en 1993. Las tasas se han ubicado en un rango de 155.8 a 465.8 casos por 100, 000 habitantes, reportándose el valor máximo en el 2000 y el mínimo en 1996. (Gráfica N°10)



Fuente: Depto Análisis de Situación y Tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

La tasa de incidencia de Neumonías – Bronconeumonías en los menores de 5 años ha presentado un comportamiento ascendente progresivo hasta el año 2000, cuando se inicia el descenso progresivo de sus tasas. Dentro de este grupo son los menores de un año, los más afectados pues la tasa de incidencia en este grupo duplica la tasa nacional, durante todo el periodo, para los menores de 5 años. (Cuadro N°15)

**Cuadro N° 15. Morbilidad Por Neumonía En Menores De Cinco Años.
República De Panamá. Años: 1994 - 2003
(100,000 hab.)**

Años	Total		Menor de Un Año		1 - 4 Años	
	N°	Tasas	N°	Tasas	N°	Tasas
1994	4110	1350.9	1563	2568.8	2547	1046.4
1995	2884	945.6	1145	1886.7	1739	711.1
1996	3248	1067.0	1399	2311.1	1849	758.2
1997	4263	1406.6	1903	3155.7	2360	972.2
1998	5325	1757.1	2288	3794.1	3037	1251.0
1999	7522	2488.9	2925	4868.5	4597	1898.5
2000	9848	3267.6	4135	6901.0	5713	2366.0
2001	7787	2556.8	3007	4885.1	4780	1967.0
2002	6492	1912.2	2495	3463.6	3997	1494.4
2003	5833	1700.6	2532	3582.8	3301	1212.1

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

Los casos de ERA se distribuyen en toda la república, durante el periodo estudiado las regiones de Bocas del Toro, Colón, Los Santos y Kuna Yala han presentado tasas superiores a la tasa nacional. A partir del 2000 se han sumado a estas Panamá Este y la Región Metropolitana de Salud. Para el 2003, la tasa nacional fue de 345.7 casos por 100,000 habitantes, en tanto que a región de Colón reportó la tasa más elevada con 804.7 casos por 100,000 habitantes, seguida de Los Santos con 513.0.

Enfermedad Diarreica

Las Diarreas muestran una tendencia ascendente, con más de un millón de casos acumulados, un promedio anual 112,287 y un promedio mensual de 9,357 casos, durante el periodo 1995-2003. (Cuadro N° 16). Se reportó para el 2003, una tasa nacional de 6075 casos por 100,000 habitantes, siendo Bocas del Toro la región con mayor tasa de incidencia (de 9343.1-11,449.4

casos por 100,000 habitantes) seguida de Chiriquí, Metropolitana y San Miguelito con tasas ubicadas en un rango de 7236.9 a 9343 casos por 100,000 habitantes.

Cuadro N° 16. Casos Y Tasas De Diarreas En Población Total Según Regiones De Salud. República De Panamá. Años: 2000 - 2003 (100,000 habitantes)

Región de Salud	Años			
	2000		2003	
	N°	Tasas	N°	Tasas
Total Nacional	185176	6484.4	189314	6065.7
Bocas del Toro	9581	6798.7	12466	11449.4
Coclé	6346	3171.7	11360	5221.9
Colón	10001	4996.2	7261	3203.5
Chiriquí	26219	6048.2	31341	7916.2
Darién	2786	4259.2	2949	5487.5
Herrera	6401	6150.7	7699	7000.2
Kuna Yala	1462	3646.6	1818	5084.9
Los Santos	4816	6056.8	4388	4947.3
Panamá Este	4407	4585.3	5338	6066.8
Panamá Oeste	39414	15287.2	19378	5017.1
Metropolitana	44957	7972.6	44479	7438.3
San Miguelito	23200	5158.3	34906	7594.6
Veraguas	5586	2489.9	4785	2105.4
Ngöbe Buglé	-	-	1146	918.3

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

Los menores de 5 años son la población más afectada por la enfermedad diarreica. Dentro este grupo los menores de un año presenta entre 1.5 y 2.0 veces más riesgo de enfermarse que el grupo de menores de 5 años y entre 1.7 y 2.5 veces más riesgo que el grupo de 1-4 años. Para el 2003, la tasa de incidencia de enfermedad diarreica en menores de 5 años fue 4 veces mayor que la tasa general del país; 6 veces mayor para el grupo de menores de 1 año y 3.4 veces mayor para el de 1-4 años. (Cuadro N° 17)

Cuadro N° 17. Morbilidad Por Diarreas En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1990-2000 y 2003 (100,000 hab.)

Años	Total		Menor de Un Año		1 - 4 Años	
	N°	Tasas	N°	Tasas	N°	Tasas
1990	53438	17765.0	21481	34707.0	31957	13505.2
2000	85955	28520.5	28034	46786.5	57921	23987.5
2003	83152	24242.1	25771	36466.7	57381	21070.0

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

Amebiasis Y Hepatitis

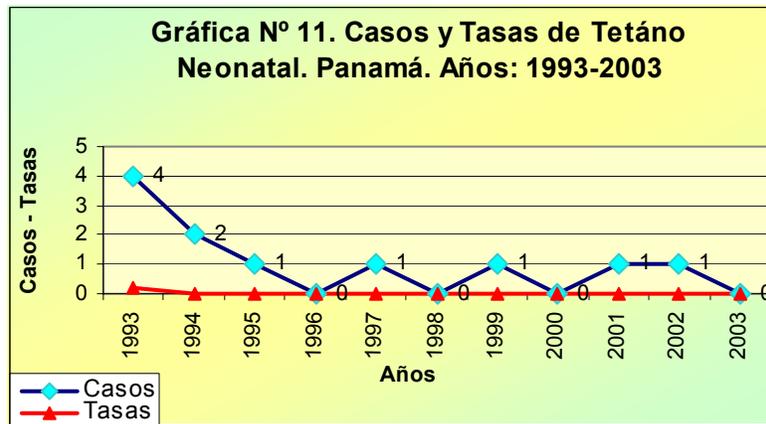
La amebiasis durante el periodo 1995 – 2003 registro un total de 38,984 casos con un promedio anual de 4,332 casos y de 361 casos mensuales. En el 2003 tuvo una tasa de incidencia nacional de 180.9 casos por 100,000 habitantes, según el sistema de vigilancia las regiones más afectadas por esta patología son las de Bocas del Toro, Panamá Este y Darién con tasas que fluctuaron entre 850.9 y 1061.7 casos por 100,000 habitantes. En tanto que se reportaron 3550 casos de Hepatitis Infecciosa con un promedio anual de 399 casos y mensual de 13 casos. Esta enfermedad tuvo un comportamiento estable. En el 2003 la tasa fue de 11.1 casos por 100,000 habitantes. Las regiones Metropolitana y San Miguelito reportaron las tasas más elevadas en el 2003 (19.6 a 24.6 casos por 100,000 habitantes) a esta le siguieron Bocas del Toro y Chiriquí.

Las Enfermedades Inmunoprevenibles

En el grupo de menores de un año, las enfermedades inmunoprevenibles, han persistido entre las principales causas de muerte hasta 1990, siendo la tosferina, el sarampión y el tétanos las patologías consignadas en la estructura de mortalidad del menor de un año.

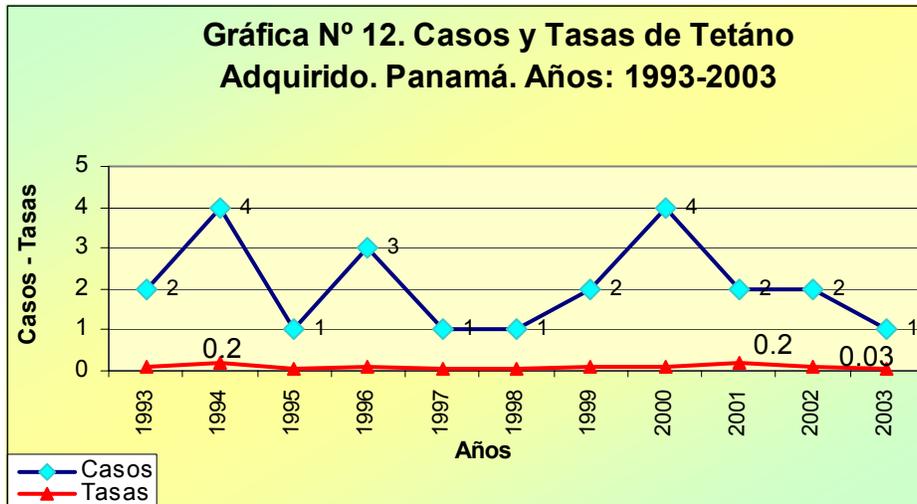
Los últimos 14 casos de Sarampión fueron reportados en el año 1995, siendo la Región de Salud de San Miguelito la que consignó el mayor número de casos (10); los cuatro casos restantes se reportaron en Chiriquí, Panamá Oeste y Veraguas. Se considera eliminado el Sarampión en el país.

En el periodo 1993-2003 han ocurrido 11 casos de tétano neonatal, de los cuales el 36.4% se reportó durante 1993. Durante 1996, 1998, 2000 y 2003 la tasa de Tétanos Neonatorum fue de cero (0). Los casos se han reportado en diferentes regiones sanitarias a lo largo del periodo. (Gráfica N°11)



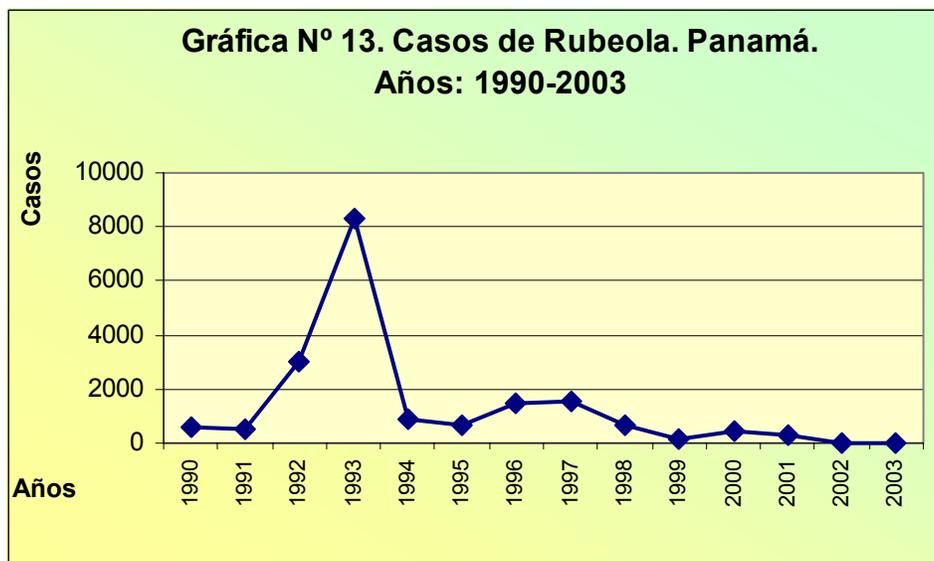
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

Por otro lado, el tétano adquirido ha tenido un descenso porcentual de su tasa del orden del 70% durante el periodo 1993-2003, con tasas de 0.1 y 0.03 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. El rango de las tasas de incidencia para este periodo fue de 0.03 a 0.2 casos por 100,000 habitantes y un total de 23 casos, de los cuales un 17.4% se presentaron en 1994 y otro 17.4% ocurrió en el 2000. (Gráfica N°12) Las tasas más elevadas (alrededor del 2.6 casos por 100,000 habitantes) se presentaron en Kuna Yala en los años 1993, 1994 y 1998.



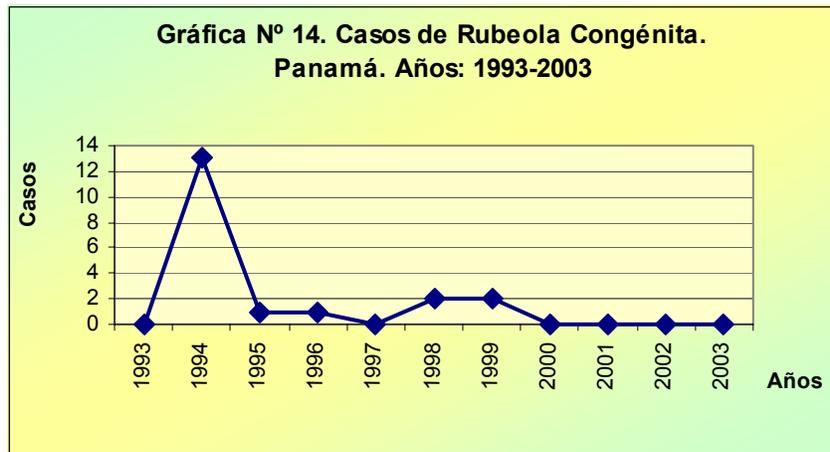
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

En 1986 se incluye como parte de las Normas de Vacunación del PAI, la vacunación Anti-Rubéola. Los últimos brotes epidémicos se registraron en 1986 y en 1993. El comportamiento de la Rubéola evidencia una tendencia al descenso de casos y tasas desde 1993 al 2003, que se refleja en un descenso porcentual de 99.9% hasta el 2002, ya que para el 2003 no se registraron casos de esta patología. Las regiones más afectadas, en 1993, por este problema de salud pública fueron Chiriquí, Azuero, Panamá Oeste y Metropolitana con un rango de sus tasas de 484.6 a 381.8 casos por 100,000 y una tasa nacional de 346.3 casos por 100,000 habitantes. Para el 2002 los 10 casos reportados se reportaron en Coclé (2), Colón (1), Chiriquí (2), Metropolitana (4) y San Miguelito (1). (Gráfica N°13)



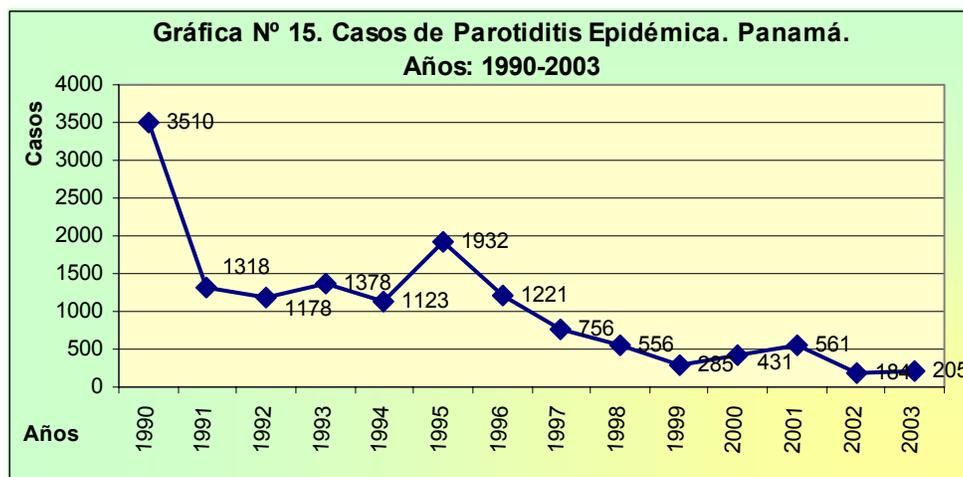
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

Es observable que se dio un incremento de los casos y tasas del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en 1987 y 1994, en este último año, la tasa para la República fue de 0.5 casos por 100,000 habitantes y 11 de los 13 casos se concentraron en las regiones de Chiriquí y Metropolitana con tasas de 1 y 1.4 casos por 100,000 habitantes; aunque Panamá Este con un solo caso reportado alcanzó una tasa de 1.3 casos por 100,000 habitantes. Desde el año 2000 no se reportan casos de rubéola congénita. (Gráficas N°14)



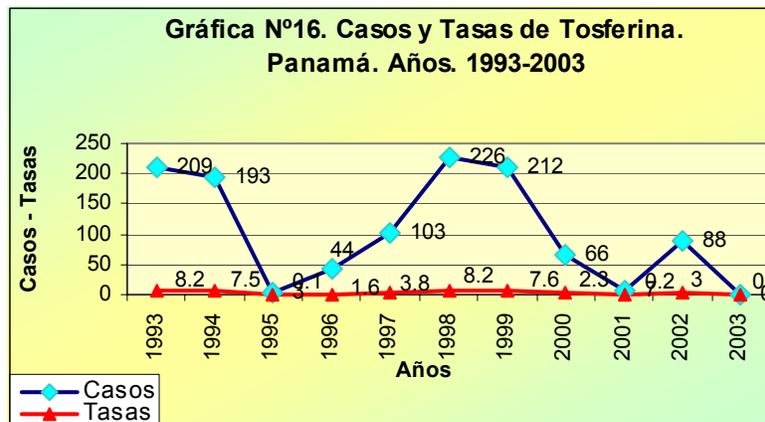
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

La parotiditis reporta un descenso progresivo de sus tasas para un descenso porcentual del 84.7% durante al comparar los años 1994 con el 2003 y una ocurrencia de casos 17 veces mayor en 1990 que en el 2003. (Gráfica N°15) Los casos se presentaron en todas las regiones del país, con variaciones de la frecuencia de ocurrencia en las diferentes regiones cada año. En el 2003, la tasa nacional fue de 6.6 casos por 100,000 habitantes, reportándose las más elevadas en la provincia de Los Santos con un rango entre 19.9 y 24.9 casos por 100,000 habitantes; seguida de la provincia de Coclé ubicada en el rango de 9.9 a 14.8 casos por 100,000 habitantes.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

Durante el periodo 1993 a 2003 la tasa de incidencia de tosferina ha variado de 8.2 a 0.2, siendo el máximo valor reportado en los años 1993 y 1998; y el valor mínimo en el 2003. Este problema se distribuye en todo el territorio nacional y presenta un comportamiento descendente. (Gráfica N°16). A lo largo del periodo se reportaron un total de 1151, el mayor número de casos se ha presentado en la provincia de Bocas del Toro, toda vez que 877 casos se han consignado en la misma, es decir 3 de cada 4 casos ocurridos en el país. En el 2003, la Comarca Ngobé Bugle y Panamá Oeste reportaron las tasas más elevadas.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

Tuberculosis

La población de 15 años y más presentó las tasas más elevadas de tuberculosis en todo el país, siendo el grupo de edad de los mayores de 65 años el que presenta la tasa más elevada (83.8 por 100,000 habitantes) la cual es 1.8 veces mayor al promedio nacional.

Para el año 2003, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis registró 1427 casos para una tasa de 45.7 casos por 100,000 habitantes, se mantiene sin variación la tendencia ascendente que empezó hace 20 años. Las Regiones de Kuna Yala, Ngobe Bugle, Bocas del Toro y Colón presentan mayor riesgo con tasas de 237.7, 192.3, 121.24 y 111.2 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. Estas tasas al ser comparadas con la tasa promedio nacional son entre 5.2 y 2.4 veces mayores. (Cuadro N°18)

**Cuadro N° 18. Incidencia De Tuberculosis Por Región
De Salud. Panamá. Año: 2003**

REGIÓN DE SALUD	CASOS	TASAS
REPUBLICA	1427	45.72
BOCAS DEL TORO	132	121.24
CHIRIQUI	95	24.00
COCLE	25	11.49
COLON	252	111.18
DARIEN	21	39.08
HERRERA	9	8.18
KUNA YALA	85	237.74
LOS SANTOS	12	13.53
METRO	138	23.08
NGOBE BUGLE	240	192.32
PANAMÁ ESTE	48	54.55
PANAMÁ OESTE	140	36.25
SAN MGUELITO	193	41.99
VERAGUAS	28	12.32
N.E.	9	-

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

El análisis por distritos da evidencia que en todo el país, se ubican 17 distritos cuyas tasas son superiores al promedio nacional. Los 5 distritos con las tasas más elevadas son Nole Duima, Besiko, Mirono, Kuna Yala, Muna y sus tasas varían de 565.3 a 154.2 casos por 100,000 habitantes, es decir que su población residente tiene un riesgo de enfermar entre 12.4 y 3.4 veces mayor que el promedio nacional. En todos estos distritos residen poblaciones indígenas. (Cuadro N° 19)

Según los datos del 2002, el Índice de Concentración de Gini para la mortalidad por tuberculosis (TBC) estimado utilizando como variables de ordenamiento de la jerarquía socioeconómica el Índice de Desarrollo Humano del 2002, fue de -0-5701. Según este índice el 42.7% de las defunciones por TBC se ubica en el percentil 10, siendo este el de menor desarrollo humano. El 69.4% de las defunciones por TBC se registraron en el percentil 25.

**Cuadro N° 19. Incidencia De Tuberculosis Por Distrito.
Panamá. Año: 2003**

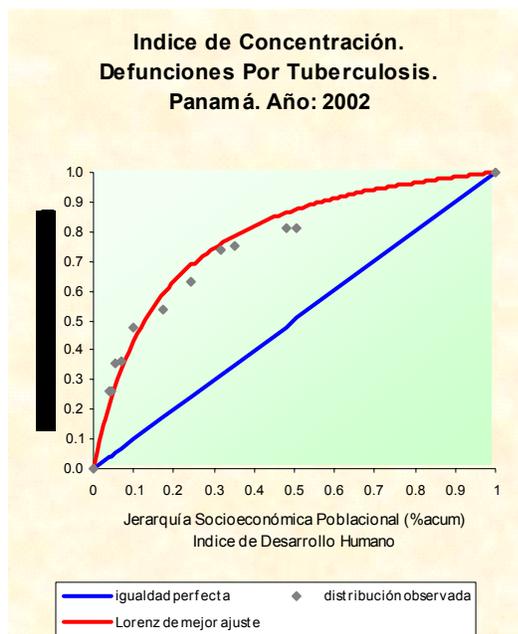
DISTRITO	CASOS	TASAS	DISTRITO	CASOS	TASAS
REPUBLICA				1427	45.72
NOLE DUIMA	58	565.25	ÑURUN	3	24.08
BESIKO	74	404.64	GUALACA	2	22.54
MIRONO	40	356.51	BARU	14	22.20
KUNA YALA	85	237.74	BUGABA	16	21.68
MUNA	47	154.23	CAPIRA	7	20.21
COLON	246	127.48	SAN FRANCISCO	2	18.88
SAN FELIX	7	124.51	SAN CARLOS	3	18.33
CHEPO	42	111.28	ALANJE	3	18.16
CHANGUINOLA	93	106.20	SANTA MARIA	1	13.42
PINOGANA	10	68.12	SANTIAGO	9	10.93
SAN MGTO	193	62.12	LAS PALMAS	2	10.23
KANKINTU	13	53.81	RENACIMIENTO	2	10.19
REMEDIOS	2	52.45	CHAGRES	1	9.75
ARRAIJAN	88	49.89	TONOSI	1	9.56
LA MESA	6	48.91	DONOSO	1	9.13
TOLE	6	48.55	CHITRE	4	8.58
DAVID	63	47.02	LSANTOS	2	7.91
SAN LORENZO	3	42.64	LA PINTADA	2	7.86
BOQUETE	7	38.17	PESE	1	7.56
CAÑAZAS	6	34.21	BOQUERON	1	7.41
PORTOBELO	3	34.09	KUSAPIN	1	5.58
PARITA	3	32.18	NATA	1	5.21
LTABLAS	8	30.60	DOLEGA	1	5.16
CHEPIGANA	9	30.23	CHAME	1	4.72
CHORRERA	41	29.79	BOCAS DEL TORO	5	4.59
POCRI	1	28.63	ANTON	2	4.25
SANTA FE	4	28.25	NE	19	-
PANAMÁ	143	24.90			
PENONOME	19	24.44			

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Al realizar el análisis de desigualdad tomando en consideración el Índice de Pobreza, calculado por la ENV03, para el 2003, aunque el número casos de TBC fue mayor(4.5 casos) en los distritos de menor pobreza(Q4) que en los distritos más pobres(Q1); la tasa de prevalencia de TBC fue 3 veces mayor en los distritos más pobres(Q1) que en los menos pobres(Q4). El rango de esta tasa oscilo entre 2.7 y 11.8 casos por 10,000 habitantes. (Cuadro N° , Gráficas N° y N°).

GRAFICA No. 17



Provincias/Comarcas Ordenadas Según IDH-2002	
1.	Comarca Ngöbe Buglé
2.	Comarca Emberá Wounaan
3.	Comarca Kuna Yala
4.	Darién
5.	Bocas del Toro
6.	Veraguas
7.	Coclé
8.	Colón
9.	Herrera
10.	Chiriquí
11.	Los Santos
12.	Panamá

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Se estima que en Panamá, para el 2003, el número de infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), oscilaba entre 18,000 a 22 ,000 personas entre los 15 a 49 años de edad. (MINSAs; 2003)¹¹ Para este mismo año, el sistema de vigilancia registró 656 casos nuevos de SIDA, para un total de casos acumulados de 6,141 durante el periodo septiembre de 1984 - diciembre de 2003.

Desde el inicio de la epidemia la mayor proporción de casos se ha presentado en los hombres, donde han ocurrido el 75.6% de los casos de SIDA. (Gráfica N°18)

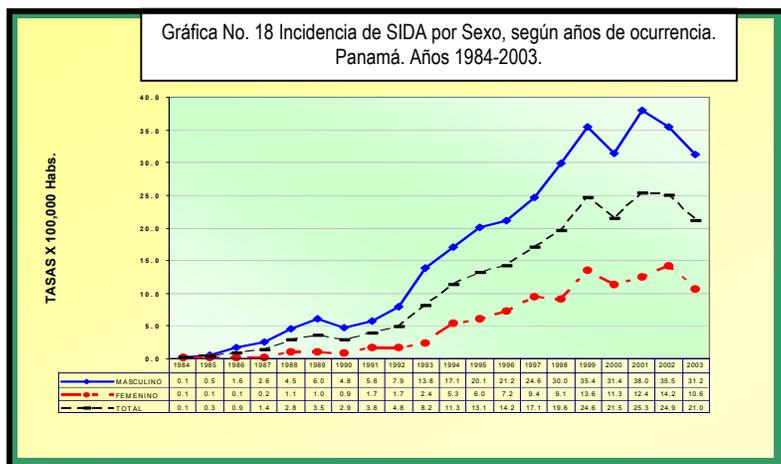
Los grupos de edad más afectados desde el registro del primer caso en el año 1984 hasta diciembre de 2003, han sido los de 30 a 34 años, 35 a 39 y 40 a 44 años, con tasas de incidencia acumulada alrededor de 600 casos por 100,000 habitantes; en tanto que para el grupo de 45 a 49 años de edad la tasa acumulada fue de 489.93 casos por 100,000 habitantes.

En relación a los mecanismos de transmisión, en Panamá el 65.9% de los casos se deben a la transmisión sexual, 3.8% a transmisión madre-hijo (peri natal), 2.3% a transmisión sanguínea (Droga IV, hemofílico, transfusión sanguínea) y el 28.0% restante se desconoce el factor de riesgo.

Del total de casos que tienen como factor de riesgo la transmisión sexual, 2933 (64.0%) corresponden al contacto heterosexual, 838 (27%) a homosexuales y 277 (8.9%) bisexuales. De los casos notificados por transmisión heterosexual 1985 son varones y 948 son mujeres. El 76.5% de los casos del sexo femenino ha sido notificado en los últimos siete años. En este sentido, es importante destacar que durante los primeros años de la epidemia, la notificación de

¹¹MINSAs. División de Epidemiología. Situación Epidemiológica del SIDA en Panamá. Año de 2003.

casos en mujeres, en su mayoría era dada por ser contacto de hombres infectados. Hoy día, se suma a este comportamiento la promiscuidad sexual, que es el riesgo mayormente reportado.



(1) Cifras hasta Diciembre de 2003

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

De los 268 casos notificados en menores de 15 años de edad, 3 de cada 4 se produjeron mediante el mecanismo de transmisión madre-hijo, sumando un total de 203 casos, de los cuales cerca de 4 de cada 5 casos (81.7%) se notificaron en los últimos siete años.

Los casos de SIDA son un problema de salud pública, que afectan a la población residente de todo el país y han tenido un comportamiento ascendente en todas las Regiones sanitarias, aunque en algunas de ellas se concentra un gran número de casos. La variación de las tasas acumuladas entre las Regiones oscilan entre 19.9 y 513.2 casos por 100,000 habitantes, para una tasa acumulada nacional de 235.2 casos por cada 100,000 habitantes.

La epidemia en Panamá está concentrada en los grandes conglomerados urbanos, las tasas de incidencia acumulada, según región fueron, en orden descendente la Metropolitana, Colón, San Miguelito y Panamá Oeste. (Cuadro N°20)

En el año de 2003, las Regiones que presentaron las mayores tasas de incidencia fueron las Regiones de: Colón, Metropolitana y San Miguelito con 68.4, 38.5 y 24.8 por 100,000 habitantes respectivamente.

Con relación al factor de riesgo en las Regiones, encontramos que el 50% y más de todos los casos se han dado por transmisión sexual, predominando en la gran mayoría la transmisión heterosexual, excepto las Regiones de Kuna Yala y Los Santos donde el mayor porcentaje aún se detectan entre los hombres que tienen sexo con hombres.

De los casos por transmisión madre hijo, el 30.0% de los casos provienen de la Región Metropolitana, 27.1% de San Miguelito, 16.5% a Colón, 10.5 % de Panamá Oeste y el 15.9% restante distribuidos en las Regiones de Coclé, Chiriquí, Veraguas y Darién. Solamente Bocas del Toro, Herrera y Los Santos no han notificado casos por transmisión perinatal.

Cuadro N° 20. Tasa de Incidencia Acumulada por Región de Salud. Panamá. Año: 2004.

Región	Tasas de Incidencia Acumulada (casos por 100,000 hab)
Metropolitana	513.2
Colón	481.8
San Miguelito	309.2
Panamá Oeste	275.1
Panamá Este	130.0
Kuna Yala	101.3
Chiriquí	68.5
Coclé	57.4
Los Santos	54.8
Herrera	49.5
Veraguas	35.0
Darién	20.4
Bocas del Toro	19.9

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud Y Enfermedades. Año: 2004

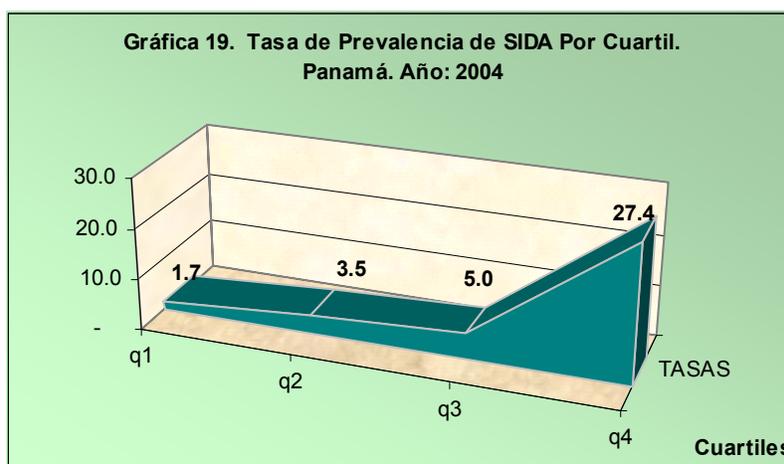
Al analizar los datos por distritos y corregimientos, se aprecia que de los 75 distritos que hay en el país, el 88% (66) han presentado casos de SIDA. Los mas afectados son: Panamá con una tasa de 1482.2 casos por 100,000 habitantes, seguido de Colón 568.6, Arraiján 551.2, San Miguelito 248.2 y La Chorrera 239.2.

De los 593 corregimientos existentes en el país, en 236(40%) se han registrado casos de SIDA, los que han acumulado la mayor cantidad de casos desde el inicio de la epidemia son: El Chorrillo (Panamá) con una tasa de 1,587.6 casos por 100,000 habitantes, Calidonia (Panamá) 1,088.1, Santa Ana (Panamá) 953.0, Barrio Sur (Colón) 933.1, Barrio Norte (Colón) 852.7 y Arraiján (Panamá Oeste) con 704.3 casos por cada 100,000 habitantes.

Al analizar las desigualdades existentes entre distritos, con base a la Incidencia de Pobreza calculado por la ENV03, en el año 2003 los casos de SIDA fueron 483 veces mayores en los distritos de menor pobreza en relación a los distritos más pobres; la tasa de prevalencia tuvo un rango entre 1.7 y 27.4 casos de SIDA por 100,000 habitantes siendo el riesgo de enfermar por esta causa 15.8 veces mayor en los distritos menos pobres. (Cuadro N°21 y Gráficas N°19)

**Cuadro N° 21. Casos y Tasas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Según Cuartil. Panamá. Año: 2004**

Q	Limite Q	Población Total	IPE-2003 ENV	SIDA	
				Casos	Tasas
q1	0.95	288,482	0.766	0.3	1.7
q2	0.47	400,759	0.371	1.5	3.5
q3	0.23	281,042	0.198	2.1	5.0
q4	0.11	2,196,278	0.054	137.3	27.4
Q1-Q4		-1907796	0.71	-137	-25.6313
Q4/Q1		7.61	0.07	483	15.79
Q1/Q4		0.13	14.22	0.0021	0.0633



Malaria

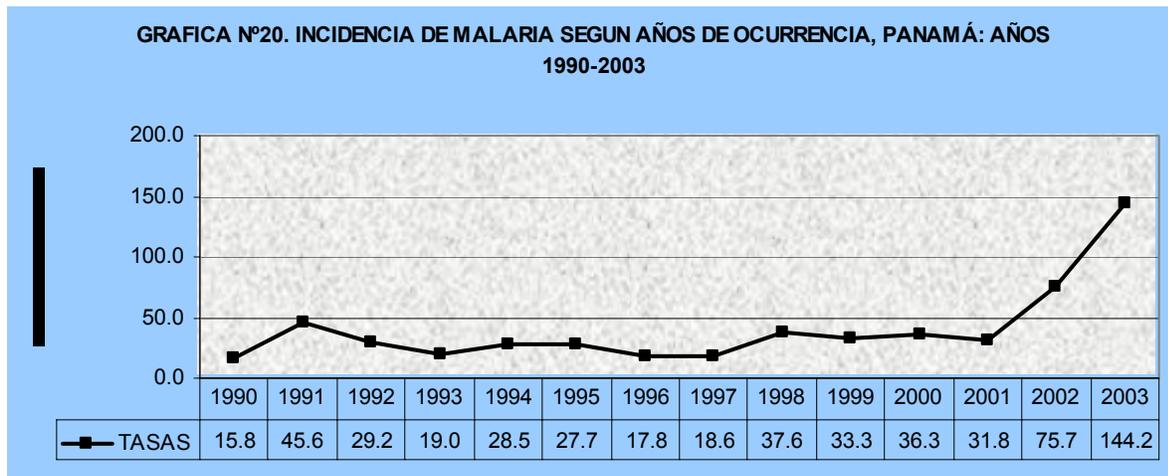
Recientemente en nuestro país se ha dado la migración de grandes grupos poblacionales originada por múltiples causas. Estas migraciones se dan hacia zonas malarias y desde ellas hacia áreas antes libres de la enfermedad. El escaso conocimiento, las limitaciones económicas y los estilos de vida de un número importante de migrantes hacen difícil su rápida incorporación a nuevos modos y condiciones de vida de las comunidades receptoras, haciendo difícil su captación y tratamiento. De igual forma inciden los cambios y la variabilidad en el clima y la debilidad propia de los programas de salud pública en algunas zonas urbanas. A todo esto se suman la resistencia del parásito al medicamento y de los vectores a los insecticidas.

La malaria que parecía un problema residual, en extinción, entre pocos habitantes que permanecían en zonas remotas, que estaba controlada en el decenio de los años setenta y comienzos de los noventa, ha reaparecido, se ha transformando en un problema re emergente, que puede afectar grandes sectores de población, especialmente en Kuna Yala, Darién, Región Gnohe y Panamá Este.

El peligro es real, teniendo en cuenta el número de casos que se están captando, la movilidad de la población, la persistencia de focos malarias, y el comprensible debilitamiento de la capacidad para diagnosticar y tratar el mal, y tomar medidas sanitarias efectivas en poco tiempo y con apoyo social.

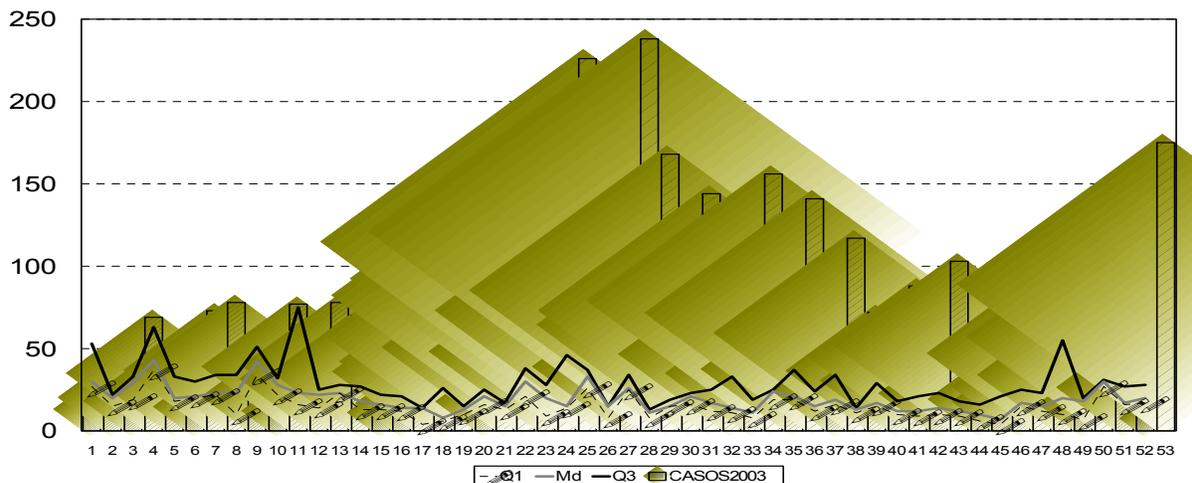
En el 2003, sus cifras alcanzan valores semejantes a los del año 1964 (144 y 150 casos por 100,000 habitantes, respectivamente). La tasa de incidencia por malaria en el 2003 es 7.6 veces mayor que la de 10 años atrás, es decir que la de 1993 (144 y 19 casos por 100,000 habitantes, respectivamente) y es la tasa de incidencia más alta registrada al menos en los últimos 14 años. Este comportamiento, desde la perspectiva de la salud pública denota una reemergencia de la malaria en nuestro país. Al referirnos al número de casos de Malaria en el país, del año 2002 al 2003 los mismos se duplicaron, siendo de 2244 y 4500 casos, respectivamente. (Gráficas N°20).

Para el 2004, el canal endémico da evidencias de la ocurrencia de una clara epidemia de malaria, que ha venido desarrollándose desde el 2002 y que sus tasas de incidencia para el 2003, alcanzaron cifras 7.6 veces mayores a las de 10 años atrás.(Gráfica No. 21).



Fuente: Depto. de Control de Vectores – Subdirección de Salud Ambiental Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

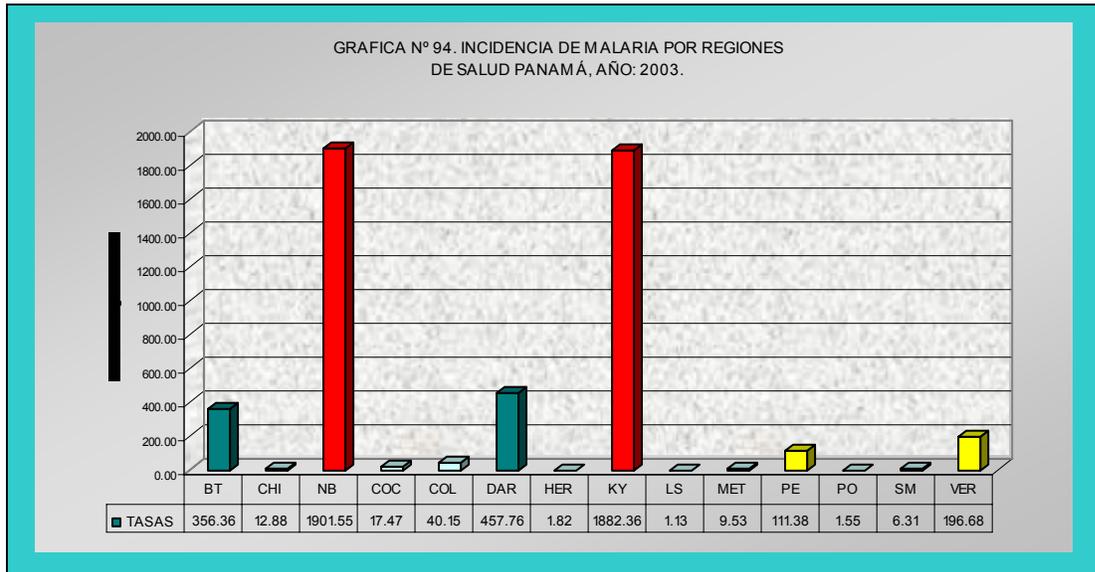
Gráfica N° 21
REPÚBLICA DE PANAMÁ
MALARIA. CANAL ENDEMICO 1998 - 2002
Y CASOS NOTIFICADOS SEGUN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, 2003



FUENTE: DEPTO. DE CONTROL DE VECTORES / VIGILANCIA F.P.R.S.E.

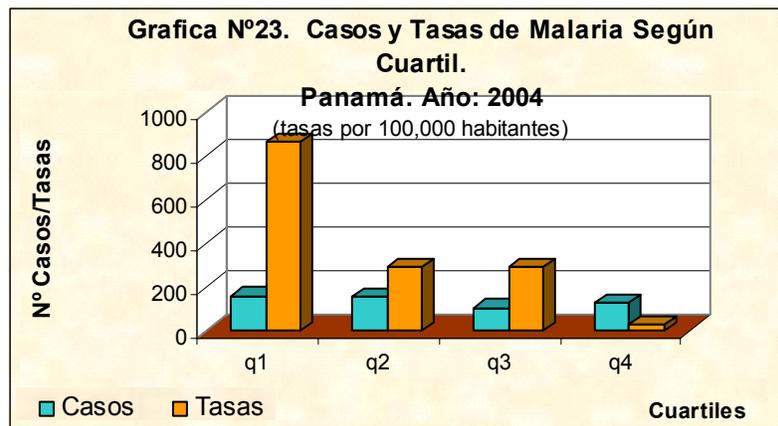
Dada las características climáticas del país, existen Regiones sanitarias con mayor riesgo malárico, siendo las Regiones Ngobe Buglé, KunaYala, Darién, Bocas del Toro y Veraguas las más afectadas, durante el año 2003. Sus tasas superaron el promedio nacional siendo hasta 13 veces mayor en las comarcas indígenas y entre 1.4 y 3.2 veces mayor en las Regiones sanitarias no comarcales. (Gráfica N° 22)

Gráfica N° 22



Fuente: Depto. de Control de Vectores – Subdirección de Salud Ambiental
Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

La malaria, enfermedad transmitida por vector, que en el 2004, concentra el mayor número de casos se concentra en los distritos con índice de mayor pobreza(Q1 y Q2), la tasa de incidencia de malaria fue 32 veces mayor en Q1 que en Q4 siendo la probabilidad de padecer malaria 31.6 veces mayor en los distritos más pobres que en los distritos de menos pobreza. (Cuadro N°22, Gráfica N°23)



El cálculo de este índice considero los distritos ordenados por Índice de Pobreza Extrema – ENV 2003.

Cuadro N°22. Casos y Tasas de Malaria Según Cuartil. Panamá. Año: 2004

Q	Limite Q	Pob Q	IPE-2003 ENV	Malaria	
				Casos	Tasas
q1	0.95	288482	0.77	159	865.6
q2	0.47	400759	0.37	152	291.4
q3	0.23	281042	0.20	103	290.7
q4	0.11	2196278	0.05	128	27.4
Q1-Q4		-1907796	0.71	31.35	838.2
Q4/Q1		7.61	0.07	0.80	0.03
Q1/Q4		0.13	14.22	1.25	31.6

El incremento marcado de la incidencia de la Malaria en el 2003 con respecto al 2002 se debe, principalmente, a los brotes ocurridos en las áreas endémicas. Tal es el caso de la Comarca Ngobe Buglé con 2,373 en el 2003 y 658 en el año 2002; es decir que ocurrieron 3.6 veces más casos. Por su parte en la Comarca Kuna Yala los casos pasaron de 459 en el 2002 a 673 en el 2003, con un incremento porcentual del 46.6%. En Bocas del Toro se mantuvo el mismo número de casos en los años 2002 y 2003 y en Veraguas los casos se cuadruplicaron siendo que pasaron de 100 a 447 casos, para los años 2002 y 2003, respectivamente.

En el 2003, cerca de 5 de cada 6 casos registrados de Malaria fueron ocasionados por el Plasmodium vivax (3873/4500), en tanto que 14% estaba relacionado con la presencia del Plasmodium falciparum (627 casos). El Plasmodium vivax fue el responsable de los brotes ocurridos en la Ngobe Bugle, Bocas del Toro y Veraguas. Los distritos más afectados fueron los de Kankintú, Kusapín, Nurúm, Río de Jesús, Santiago, San Francisco, Santa Fé, Changuinola y Chiriquí Grande.

En la Comarca Kuna Yala, la especie del parásito responsable del brote fue el Plasmodium falciparum, aunque se siguen presentado casos por Plasmodium vivax. La región de Kuna Yala concentró el 86% de los casos ocurridos por Plasmodium falciparum en el 2003. Sin embargo, se presentaron casos en casi todas las Regiones sanitarias, a saber: el 5.6% (35 casos) en Darién, el 4.6% (29 casos) en Panamá Este, el 2.1% (13 casos) en Panamá Metro, el 0.8% (5 casos) en San Miguelito, el 0.5% (3 casos) en Chiriquí, el 0.3% (2 casos) en Colón, el 0.1% (1 caso) en las Regiones de Coclé y Veraguas.

Es importante resaltar que desde 1996, se da un incremento progresivo de los casos de malaria cuyo agente patógeno es el Plasmodium falciparum. Este comportamiento se hace evidente durante el periodo 95 - 98, cuando la proporción de casos de malaria por plasmodium falciparum se incrementó de 2.5% a 11.9%; es decir en 3.76%. Para el 2003, la proporción de casos por este agente etiológico alcanza el 14% con respecto al total de casos, con un incremento porcentual para el periodo 1995-2003 del 4.6%. (Cuadro N°23). Desde la perspectiva de la salud pública este comportamiento de la epidemia incrementa, progresivamente, los casos con mayor sintomatología y mayor riesgo de muerte.

Cuadro N° 23. Porcentaje de Casos De Malaria Según Especie De Plasmodium Detectada. República De Panamá. Años: 1995-1998 y 2003

Año	Plasmodium vivax	Plasmodium Falciparum
1995	97.5	2.5
1996	94.7	5.3
1997	64.6	35.4
1998	88.1	11.9
2003	86.0	14.0

Fuente: Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. MINSA. Año: 2004

Dengue

Es importante indicar que durante el periodo epidémico 1993 - 2004, han ocurrido 22 casos acumulados de dengue hemorrágico y tres defunciones por esta causa, la primera ocurrida en 1995 y otras dos en el 2004 durante las semanas epidemiológicas N° 27 y 32. En ambas se identificaron post mortem y utilizando la prueba PCR el serotipo Dengue-2, como agente causal. Estas defunciones ocurrieron en áreas netamente rurales.

En los últimos siete (7) años, el país se encuentra en estado de alto riesgo de una posible epidemia de dengue hemorrágico, pues desde 1994 están circulando los 4 serotipos, principalmente el serotipo 2.

El comportamiento de la epidemia de Dengue (1994 – 2003) reflejó un descenso porcentual del 67% en sus tasas de incidencia Para el año 2003 se reportaron un total de 310 casos de Dengue, todos de Dengue Clásico, cifra similar a la del año 2000 y 2.4 veces menor que la del 2002. Este descenso, también se corresponde con el descenso de la tasa de incidencia del país, pues fue 2.6 veces menor en el 2003 que en el 2002, con 9.9 casos por 100,000 habitantes y 25.9 casos por 100,000 habitantes, respectivamente (Cuadro N°24).

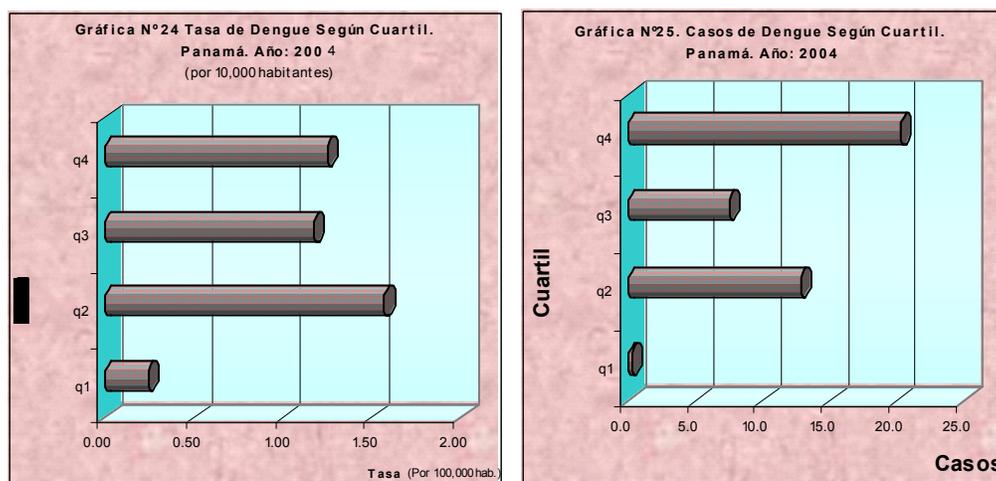
Cuadro N° 24. Casos Notificados De Dengue Según Año. República De Panamá. Años 1993 – 2004(1)

AÑOS	TASAS *	TOTAL DE CASOS	DENGUE CLASICO	DENGUE HEMORRÁGICO
2004	4.5	142	140	2
2003	9.93	310	310	0
2002	25.9	768	763	5
2001	56.2	1605	1598	7
2000	11.1	317	314	3
1999	99.1	2785	2784	1
1998	101.4	2802	2801	1
1997	97.1	2641	2641	0
1996	30.4	812	812	0
1995	117.2	3084	3081	3
1994	30.5	790	790	0
1993	0.6	14	14	0

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

De acuerdo a la tasa de incidencia acumulada en los años 1993-2004, las Regiones de mayor riesgo de Dengue fueron: Panamá Oeste, Metropolitana, Los Santos, Herrera y San Miguelito. De igual forma, puede indicarse que las regiones de salud de Darién y Kuna Yala presentaron tasas de incidencia superiores a la tasa nacional en los años 2001 y 2002, respectivamente.

Para el 2004, el mayor número de casos de Dengue se registró en el cuarto cuartil, es decir en los distritos con Índice de Pobreza Extrema más bajos. La tasa de incidencia de dengue oscilo entre 0.24 y 1.57 casos por 100,000 habitantes, la cifra más elevada se ubico en el Q2, siendo 6.4 y 1.3 veces mayor que en Q1 y Q4, respectivamente. El valor mínimo de la tasa de incidencia fue reportado en el cuartil con mayor Índice de Pobreza Extrema, es decir Q1. (Gráficas N°24 y N°25)

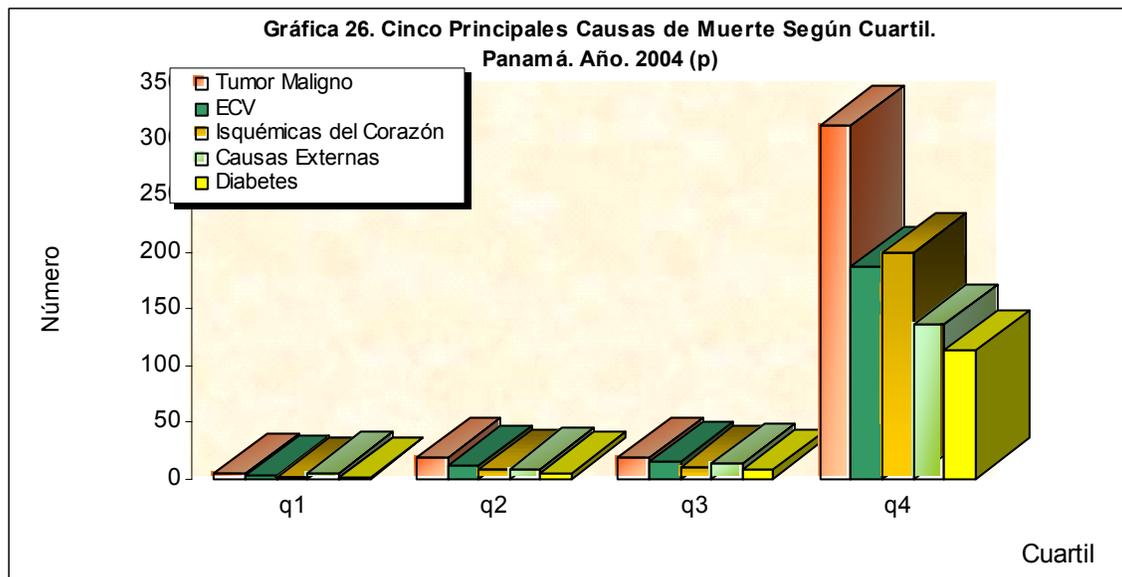
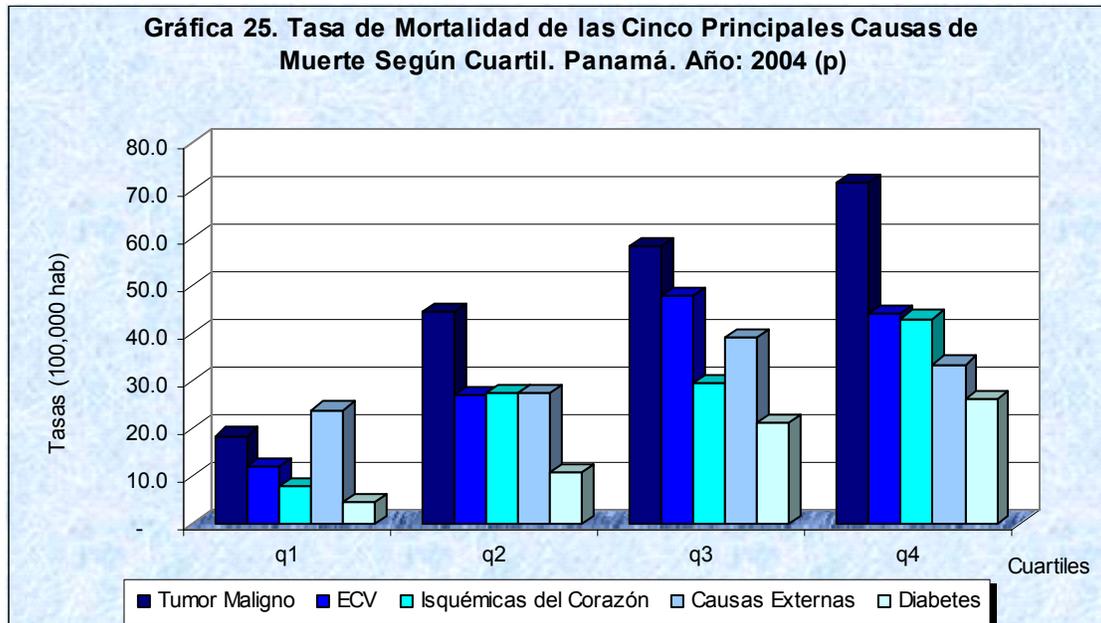


LAS ENFERMEDADES CRONICAS

Un análisis de la distribución de las 5 principales causas de muerte para el 2004, utilizando la Incidencia de Pobreza por distrito calculado por la ENV03, indica que las tasas de mortalidad más elevadas, por estas causas se registraron en los distritos ubicados en los distritos de menos incidencia de la pobreza(Q4). (Gráfica N°26, Gráfica N°27). Este mismo análisis indica que:

- El riesgo de morir por tumores malignos es 4 veces mayor en los distritos menos pobres(Q4) que en los más pobres(Q1). Por cada 78 defunciones ocurridas por esta causa en Q4 ocurre una en Q1;
- Cuando se trata de las ECV este riesgo es 3.6 y 4.0 veces mayor en los distritos ubicados en los cuartiles Q4 y Q3, respectivamente. El comportamiento de las defunciones indica que por cada 62 defunciones en los distritos del cuartil Q4 se reporta una en los distritos del cuartil Q1.
- Las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon en el 2004 la tercera posición entre las 5 principales causas de muerte, siendo que por cada 200 muertes registradas en el grupo de distritos ubicados en el cuartil Q4 se reportó una entre los distritos del cuartil Q1. El análisis del riesgo de morir reflejado por las tasas de mortalidad indica que el mismo es 5 veces mayor en los distritos menos pobres(Q4) que en los distritos de mayor pobreza(Q1) y que el mismo aumenta en la medida en que disminuye el Índice de Pobreza Extrema.

- El mayor número de defunciones por diabetes mellitus se concentra en el grupo de distritos ubicados en el cuartil Q4. El rango de la tasa de mortalidad por esta causa oscila entre 4.5 y 26.2 defunciones por 100,000 habitantes, con el valor máximo en los distritos de mayor pobreza(Q4) y el mínimo en los distritos ubicados en el cuartil(Q1), siendo el riesgo 6 veces más en los distritos menos pobres que en los de mayor pobreza.



Las Enfermedades del Sistema Circulatorio.

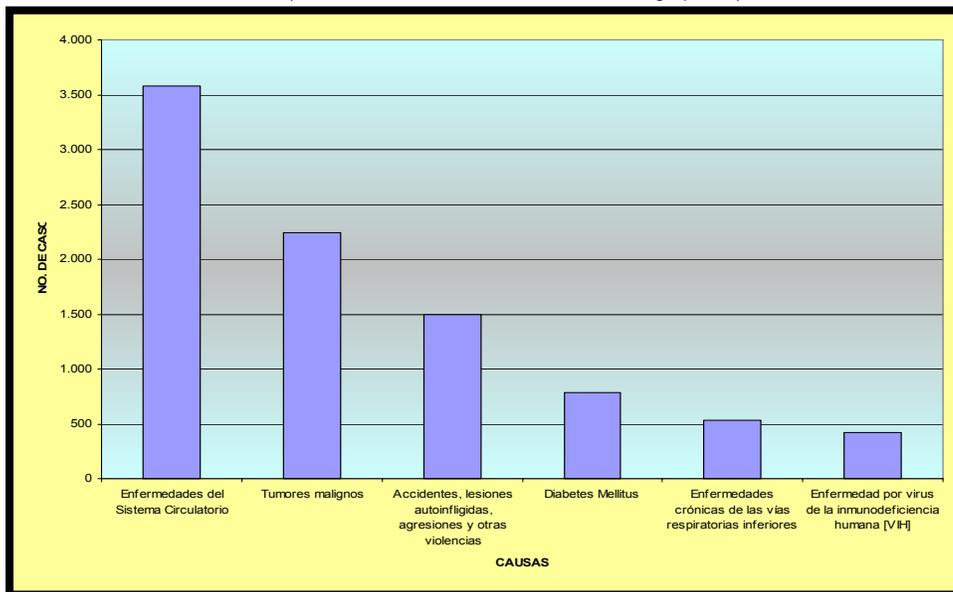
Según Boletín de Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República las Enfermedades Del Sistema Circulatorio agrupan las siguientes entidades nosológicas, a saber:

- Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas.

- Enfermedades hipertensivas
- Enfermedades isquémicas del corazón
- Otras enfermedades del corazón
- Enfermedades cerebrovasculares
- Aterosclerosis
- Las demás enfermedades del sistema circulatorio.

En el caso particular de Panamá, el análisis de las enfermedades del sistema circulatorio se ha realizado desagregando las diferentes entidades nosológicas que se agrupan en ellas, lo que se ha reflejado en las principales causas de muerte, pues a través del tiempo han sido los accidentes, suicidios y homicidios, los tumores malignos y la enfermedad cerebro vascular las patologías que han ocupado, de manera alterna, los tres primeros lugares como causa de muerte en la República de Panamá. Un análisis en el que se agrupan las enfermedades del sistema circulatorio da evidencias de que este grupo se constituye en la principal causa de muerte; para el año 2003 las muertes por esta causa sumaron 3,582 defunciones, es decir el 27.0% de todas las muertes ocurridas en la república, es decir, 1 de cada 4 defunciones ocurridas. Además, puede decirse que las defunciones por esta causa fueron 1.6 veces más que por tumores malignos y 2.4 veces más que por accidentes, suicidios y homicidios. Similar comportamiento se refleja en las tasas de mortalidad. (Gráficas N°27 y N°28). El comportamiento por sexo sugiere que por cada mujer que fallece a causa de una enfermedad del sistema circulatorio mueren 1.2 hombres.(Cuadro No. 27)

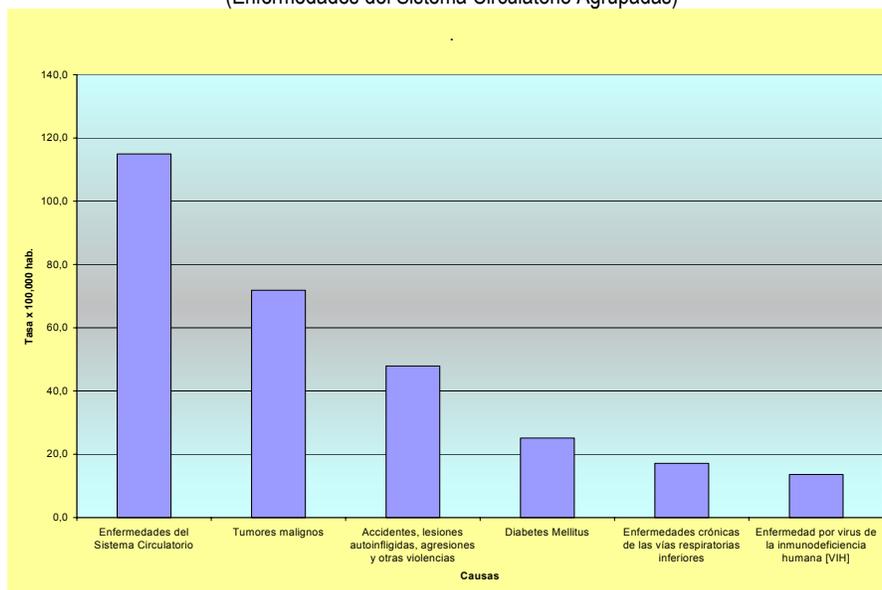
Gráfica 27. Principales Causas De Muerte. Panamá. Año: 2003 (P)
(Enfermedades Del Sistema Circulatorio Agrupadas)



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004.

Durante el año 2003, dentro del grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, destacan las enfermedades cerebro vasculares y las isquémicas del corazón con tasas de 44.6 y 42.3 defunciones por 100,000 habitantes. (Cuadro N°25)

Gráfica N° 28. Tasas De Mortalidad De Las Principales Causas De Muerte.
Panamá. Año: 2003 (P)
(Enfermedades del Sistema Circulatorio Agrupadas)



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004.

Por su parte, las enfermedades cardio - cerebro vasculares, en Panamá, han registrado una tasas de mortalidad relativamente estable al comparar los años 1991 con el 2002, siendo de de 105.7 y 109.5 por 100,000 habitantes, respectivamente. Su comportamiento según provincia destaca a

los riesgos más elevados de morir por esta causa, en orden descendente, en Los Santos, Colón, Panamá y Herrera en 1991; en tanto que para el 2000 y 2002 la provincia de Herrera pasa a ocupar la posición n°2, seguida de Colón y Panamá en el 2000 y por Colón, Veraguas y Panamá en el 2002. (Cuadro N°26)

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV) son la causa más frecuente de mortalidad dentro de la categoría de enfermedades del sistema circulatorio, un análisis de sus tendencias proyecta un incremento de la mortalidad por esta causa y estima las defunciones en más de 1,500 para el año 2006. (Gráfica N°29).

Cuadro N° 25. Cinco Principales Causas de Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio. República de Panamá. Año: 2003
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas	N°	Tasas
Total	885	143.5
Enfermedades Cerebrovasculares	1391	44.6
Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	42.3
Otras Enfermedades del Corazón	510	16.4
Enfermedad Hipertensiva	197	6.3
Aterosclerosis	29	0.9

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2004

Cuadro N° 26. Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Cardio-Cerebro Vasculares. República De Panamá. Años: 1991-2000-2002
(tasas por 100,000 hab.)

Provincia	Años					
	1991		2000		2002	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2575	105.7	3000	105.1	3246	109.5
Bocas del Toro	39	37.9	60	42.6	46	45.9
Coclé	176	97.5	176	88.0	190	91.3
Colón	296	166.8	275	137.4	276	128.6
Chiriquí	329	85.2	400	92.3	417	110.1
Darién	13	26.9	18	27.5	20	39.3
Herrera	120	112.4	152	146.1	153	145.4
Kuna Yala	162	76.0	4	10.0	8	23.6
Los Santos	136	171.2	163	205.0	184	216.1
Panamá	1300	116.0	1529	111.8	1688	116.2
Veraguas	4	11.2	223	99.4	254	117.3
Ngobe Bugle	-	-	-	-	10	8.5

Códigos de Enfermedades cardio cerebro vasculares según CIE-X.
Fuente: Contraloría General de la República. Base de Datos de Mortalidad.

Gráfica N° 29. Comportamiento de las Muertes por Enfermedades Cerebrovasculares. Panamá. Años: 1980 al 2006 (Proyecciones 2003-2006)



Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

Una proyección efectuada de los casos de enfermedades cerebros vasculares (ECV's) dan evidencia de la tendencia al aumento de estos casos, con un incremento porcentual del 27.6% en los casos presentados en el 2002 con respecto a los proyectados en el 2006. (Cuadro N°28)

Cuadro N° 27. Principales Causas de Muerte Según Sexo. Panamá. Año: 2003
(agrupa las enfermedades circulatorias)
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas 1/	Total General			Hombre			Mujer		
	Nº	Tasa	Pos.	Nº	Tasa	Pos.	Nº	Tasa	Pos.
Total General	13.248	425,1	..	7.763	493,6	..	5.485	355,4	..
Enfermedades del Sistema Circulatorio	3.582	114,9	1	2.005	127,5	1	1.577	102,2	1
Tumores malignos	2.239	71,8	2	1.239	78,8	2	1.000	64,8	2
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias	1.492	47,9	3	1.228	78,1	3	264	17,1	4
Diabetes Mellitus	784	25,2	4	343	21,8	4	441	28,6	3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	534	17,1	5	306	19,5	6	228	14,8	5
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	424	13,6	6	315	20,0	5	109	7,1	9
Neumonía	377	12,1	7	205	13,0	7	172	11,1	6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	358	11,5	8	198	12,6	8	160	10,4	7
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	338	10,8	9	196	12,5	9	142	9,2	8
Enfermedades del hígado	243	7,8	10	151	9,6	10	92	6,0	11
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	203	6,5	11	109	6,9	12	94	6,1	10
Tuberculosis respiratoria	195	6,3	12	125	7,9	11	70	4,5	13
Desnutrición	150	4,8	13	70	4,5	13	80	5,2	12
Anemias	95	3,0	14	51	3,2	14	44	2,9	15
Septicemia	94	3,0	14	48	3,1	15	46	3,0	14
Enfermedades de sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	61	2,0	15	18	1,1	16	43	2,8	16
Las demás causas	2.079	66,7	..	1.156	73,5	..	923	59,8	..

1/ Según la Clasificación Internacional de Enfermedades Decima Revisión
Fuente: Base de Dato proporcionada por la Sección de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

Cuadro N° 28. Proyección De Casos De Enfermedades Cerebrovasculares
Estimados Al Año 2006. República de Panamá. Año: 2004

Indicador	AÑOS						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Muertes En Toda La Republica Por ECV's (1)	1.201	1.367	1.310	1.430	1.464	1.498	1.532
Porcentaje De Defunciones Observaciones HST	32,0	23,1	23,4	27,0			
Porcentaje Promedio De Defunciones (2)				26,4			
Morbilidad Estimada Por ECV's En Panamá	3.753	5.918	5.598	5.296	5.545	5.674	5.803

1. Datos de la Contraloría General de la República
2. Datos del Hospital Santo Tomás

Los Tumores Malignos

El análisis del comportamiento de los casos de cáncer en la República de Panamá, para los quinquenios del 90 al 2005, evidencia que para el año 1990 los 5 principales tumores malignos que presenta la población panameña son los de cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago y tráquea, bronquios y pulmón, en ese orden. De igual forma puede decirse que, para los años de 1995 y 1999 se excluyen de entre los 5 primeros diagnósticos de cáncer a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón y se incluyen los tumores de piel. Las proyecciones realizadas para el año 2005, sugieren que de mantenerse las mismas condiciones de riesgo el comportamiento de la incidencia de cáncer será similar. (Cuadro N°29)

Al comparar las tasas de morbilidad (quinquenios 1990-2005) se observa un descenso porcentual del 11.6% para el cáncer de cérvix, que para el 90 tenía una tasa de 81.0 casos por 100,000 habitantes de 15 años y más; y para el 2005 se proyecta una tasa de 71.6 casos por 100,000 habitantes de 15 años. Cuando se trata del cáncer de próstata, para el 2005, las tasas alcanzarían cifras 2.2 veces mayores que las del año 1995; por su parte, para el 2005, el cáncer de mama femenina duplica sus tasas con respecto a cifras alcanzadas en 1999.

Por otra parte, es importante destacar la tendencia ascendente de la morbilidad por cáncer y del cáncer de mama, así como el comportamiento fluctuante en la tendencia del cáncer de próstata y la tendencia estable para los cánceres de cuello de útero, estómago, colón, piel y tráquea, bronquios y pulmón. (Gráfica N°30)

**Cuadro N° 29. Tasas De Incidencia De Los Principales Tumores Malignos
República De Panamá. Quinquenios. 1990 A 2005**

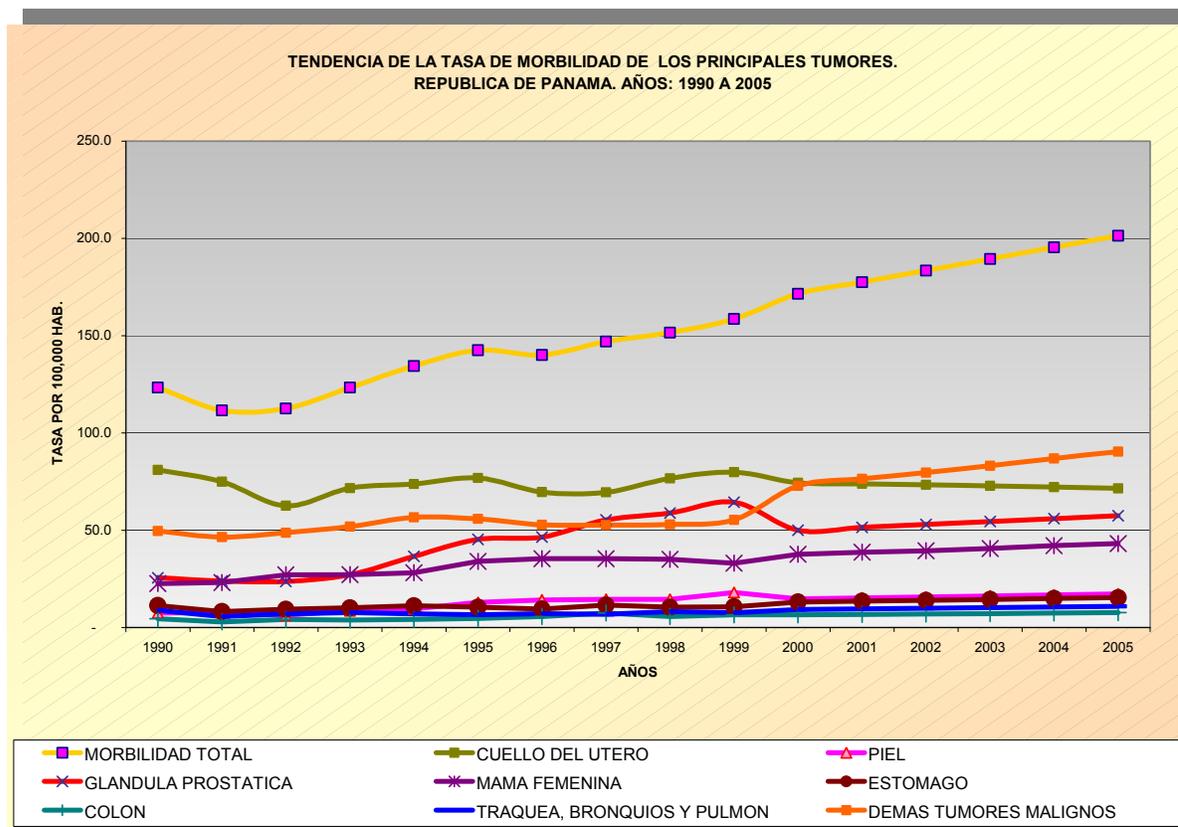
(tasas por 100,000 habitantes)

TIPO DE CÁNCER	AÑOS							
	1990		1995		1999		2005 *	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	623	81.0	670	76.9	763	79.8	801	71.6
PIEL	181	7.5	341	12.9	505	14.5	557	17.3
GLANDULA PROSTATICA	200	25.6	400	45.3	620	64.4	648	57.5
MAMA FEMENINA	174	22.6	297	34.0	316	33.1	483	43.2
ESTOMAGO	272	11.3	276	10.4	301	10.7	496	15.4
COLÓN	109	4.5	125	4.7	184	6.5	247	7.6
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	212	8.8	173	6.5	273	7.6	351	10.9
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	1,189	49.6	1,469	55.8	1,555	55.4	2,918	78.0

* Datos estimados

Durante el año 2002, la tasa de incidencia por cáncer fue 1.5 veces mayor en las mujeres que en los hombres, siendo que de los 3147 casos reportados como nuevos el 59.3% se registraron en población femenina. Los casos de cáncer de laringe, esófago, riñón y próstata se consignaron únicamente en hombres, en tanto que, los tumores malignos de tiroides, mama. Ovario. Cuerpo y cuello de útero se reportaron únicamente en población femenina.

Gráfica N°30



El mayor número de defunciones por cáncer, durante los quinquenios en estudio se debió a los cánceres de estómago, próstata y tráquea, bronquios y pulmón. Cuando se analizan las tasas de mortalidad de las 7 principales causas de muerte por cáncer, son los tumores malignos de glándula prostática, cuello de útero y estómago, los que alcanzan las cifras más elevadas. Cabe destacar que el comportamiento del cáncer de mama femenina presenta una tendencia al aumento, siendo que su tasa presentó un incremento porcentual del 70% del año 1990 al 2000. Para el año 2005, se proyecta el mismo comportamiento. (Cuadro N°30)

Durante el año 1990 las provincias de Coclé, Colón, Herrera, Los Santos y Panamá presentaron las tasas de mortalidad por tumores malignos más elevadas, con un rango de 58.3 a 69.9 defunciones por 100,000 habitantes, ubicándose el máximo valor en la provincia de Panamá y el mínimo en Los Santos. En el año 2000, la distribución geográfica fue similar aunque con incremento en los valores de sus tasas, para un rango de 63.5 a 95.6 defunciones por 100,000 habitantes situándose el valor máximo en la provincia de Herrera y el mínimo en Coclé. Para el 2003, se excluye de este grupo la provincia de Coclé y se incorpora la de Chiriquí. El rango de las tasas osciló entre 76.3 y 94.1 defunciones por 100,000 habitantes. Como puede notarse con el paso del tiempo las tasas fueron incrementándose. (Cuadro N°31)

En el 2003 las Provincias de Colón, Herrera y Los Santos presentaron las tasas más elevadas de cáncer con un rango entre 78.9 y 94.1 defunciones por 100,000 habitantes, con una tasa nacional de 71.8 defunciones por 100,000 habitantes. Llama la atención que las Comarcas Indígenas de Kuna Yala y Ngobé Buglé y la Provincia de Darién registraron las tasas de mortalidad más bajas, con un rango de 18.3 a 48.5 defunciones por 100,000 habitantes, es decir 1.5 veces menor que la tasa nacional.

**Cuadro N°30. Principales Causas De Mortalidad Por Cáncer
República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005**

(tasas por 100,000 habitantes)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS							
	1990		1995		1999		2005	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	109	9.2	97	7.5	144	8.0	141	8.8
PIEL	7	0.3	5	0.2	5	0.5	12	0.4
GLANDULA PROSTATICA	136	11.2	182	13.7	231	16.6	241	14.8
MAMA FEMENINA	63	5.3	79	6.1	99	9.0	130	8.2
ESTOMAGO	174	7.3	193	7.3	213	6.9	279	8.6
COLÓN	69	2.9	82	3.1	130	5.0	126	3.9
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	171	7.1	144	5.5	182	6.2	246	7.6
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	669	27.9	819	27.7	792	31.0	1,137	34.6

* Datos estimados.

Tasas sin Normalizar, en base a toda la población. Año 2000 según registros de la Contraloría.

Cuadro N°31. Tasa De Mortalidad Por Tumores Malignos Según Provincia. República De Panamá. Años: 1990, 2000, 2003
(Tasas Por 100,000 Hab.)

Provincia	Años					
	1990		2000		2003	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	1,398	57.8	1938	67.9	2239	71.8
Bocas del Toro	40	47.7	31	22.0	51	50.7
Coclé	101	58.6	127	63.5	128	58.5
Colón	116	67.5	133	66.4	193	86.2
Chiriquí	166	43.4	246	56.7	309	78.1
Darién	7	16.6	17	26.0	20	38.0
Herrera	68	64.2	82	78.8	93	85.6
Kuna Yala	4	9.3	5	12.5	12	33.1
Los Santos	48	58.3	76	95.6	83	94.1
Panamá	779	69.9	1098	80.3	1179	76.3
Veraguas	69	31.5	123	54.8	148	66.9
Comarca Ngobe Buglé					23	18.3

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

MORBIMORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS

Las causas externas desde hace varias décadas figuran entre las principales causas de muerte, alternando con los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular, las primeras posiciones como causa muerte. Entre ellas se incluyen los suicidios, homicidios y otras violencias, que afectan a la población panameña de todas las edades, pero principalmente a los jóvenes y adultos en edad productiva. Este comportamiento hace de las causas externas un problema de salud pública de alta magnitud, gravedad y trascendencia social, con importantes implicaciones para los servicios de salud, pero principalmente para la unidad familiar y para la capacidad laboral y productiva de la sociedad panameña.

En el periodo 1980 - 2003 ocurrieron 23,034 muertes debido a causas externas, con un promedio anual y mensual de 1212 y 101 defunciones, respectivamente. Cada día fallecen 3.4 personas por esta causa. (Cuadro N°32). En este periodo, el mayor peso relativo lo tuvieron los otros accidentes, con un 46% del total de las muertes, seguido de los accidentes de tránsito con el 32.7%; es decir que cerca de 3 de cada 4 defunciones por causas externas (78.7%). Sin embargo,

es de hacer notar el incremento porcentual de los homicidios y suicidios a expensas de un descenso porcentual en los accidentes como causa externa de muerte. (Cuadro N°32).

Cuadro N°32 Promedio De Defunciones Anual, Mensual y Diario de Muertes Por Causas Externas.
República De Panamá. Años: 1980- 2003

Año	Causas Externas	Homicidios	Suicidios	Accidentes de Tránsito	Otros Accidentes
Total	23034	3403	1526	7526	10579
Promedio Anual	1212	179	80.3	396	556.8
Promedio Mensual	101	15	6.7	33	46.4
Promedio Diario	3.4	0.5	0.2	1.1	1.5

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de salud. MINSA. 2005

Un análisis del comportamiento de las causas externas por tipo de causa y año de ocurrencia de la muerte, indica que los años de 1989 a 1999 presentaron las tasas más elevadas por causas externas; además, da evidencias del incremento de la tasa de suicidios, cuando se observa que de 1980 a 2003 esta se triplicó, pasando de 2.0 a 6.3 muertes por 100,000 hab.; mientras que los accidentes de tránsito reportaron un descenso porcentual del 22.2% con tasas que han oscilado en un rango de 34.6 a 13.8 defunciones por 100,000 habitantes. El valor máximo se alcanzó en 1997 y el mínimo en 1991. Por su parte, los homicidios presentan un comportamiento ascendente de sus tasas, pues en el 2003 son 5.4 veces mayor que en 1980. (Cuadro N°33, Gráfica N°31)

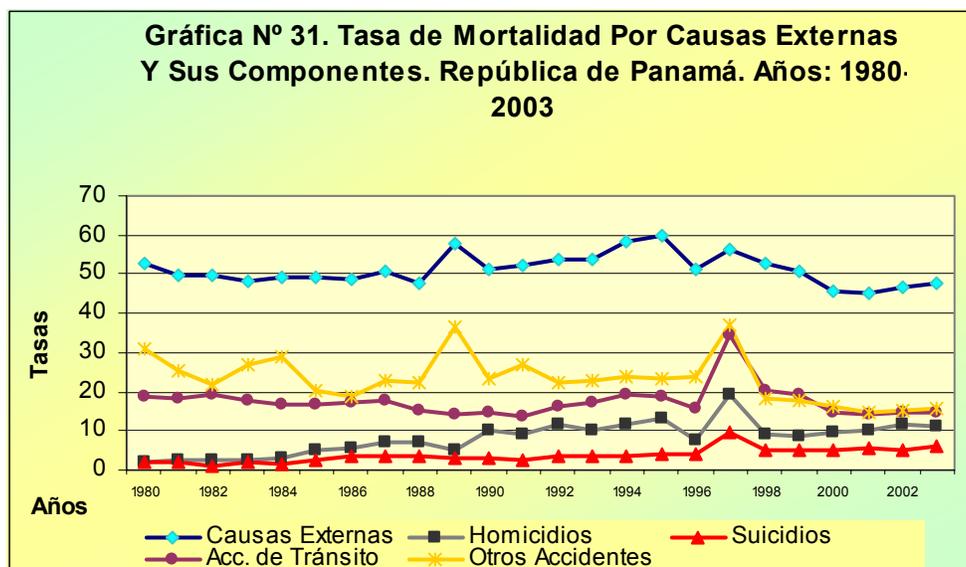
Cuadro N° 33. Tasa Anual De Muertes Por Causas Externas.
República De Panamá. Años: 1980- 2000, 2003
(Tasa por 100,000 habitantes)

Año	Causas Externas		Homicidios		Suicidios		Accidentes de Tránsito		Otros Accidentes	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1980	1035	52.9	41	2.1	39	2.0	364	18.9	591	30.8
1981	949	49.5	48	2.4	37	1.9	361	18.1	503	25.6
1982	901	49.6	41	2.6	23	1.1	397	19.4	440	21.9
1983	1011	48.4	50	2.4	39	1.9	368	17.6	554	27.0
1984	1049	49.2	59	2.8	29	1.4	357	16.7	604	28.8
1985	956	49.2	109	5.3	53	2.4	362	16.6	432	20.2
1986	991	48.8	116	5.5	74	3.7	385	17.3	416	19.0
1987	1157	50.9	156	6.9	86	3.8	402	17.7	513	23.0
1988	1107	47.7	160	6.9	87	3.7	355	15.3	505	22.1
1989	1373	57.9	123	5.1	70	2.9	334	14.1	846	36.3
1990	1232	51.3	241	10.0	74	3.0	358	14.9	559	23.3
1991	1279	52.3	220	9.0	68	2.7	339	13.8	652	26.7
1992	1345	54.0	287	11.5	89	3.5	408	16.3	561	22.5
1993	1368	53.9	255	10.0	96	3.7	442	17.4	575	22.7
1994	1506	58.3	299	11.5	100	3.8	495	19.1	612	23.7
1995	1571	59.7	351	13.3	111	4.2	495	18.8	614	23.3
1996	1375	51.4	205	7.6	112	4.1	417	15.6	641	24.0
1997	1524	56.1	292	19.2	143	9.4	527	34.6	562	36.9
1998	1458	52.8	246	8.9	145	5.2	563	20.4	504	18.2
1999	1430	50.9	243	8.6	143	5.1	544	19.4	500	17.8
2000	1337	45.4	286	9.7	144	4.9	428	14.5	479	16.2
2001	1348	44.9	308	10.3	162	5.4	431	14.3	447	14.9
2002	1434	46.9	365	11.9	160	5.2	448	14.6	461	15.1
2003	1492	47.9	356	11.4	195	6.3	550	17.7	391	12.6

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

Los accidentes han representado más del 60% del total de defunciones por causas externas durante el periodo 2000 – 2003 y cerca de 1 de cada 4 muertos han fallecido debido a un homicidio. (Gráfica N°31)

Un análisis quinquenal da evidencia de que en años 80, 85, 90, 95, 2000 y 2003 las causas externas han ocupado el primer lugar como causa de muerte en la población de 15 a 44 años y el segundo lugar en el grupo de 45-65 años, excepto en el año 2000 cuando ocuparon la tercera posición como causa de muerte para este grupo etáreo.



La distribución espacial de defunciones por causas externas en el 2003, evidencia que tasas superiores a la nacional se registraron en 6 de las 14 regiones de salud, tal fue el caso de Colón, Los Santos, Panamá Este, Metropolitana, San Miguelito y Kuna Yala. Es oportuno anotar que 1 de cada 5 muertes por causas externas ocurrió en la Región Metropolitana de Salud y cerca de 1 de cada 3 (35%) se reportaron en Metro y San Miguelito. (Cuadro N°35).

En el 2003, el comportamiento del riesgo de morir por suicidios fue mayor en Darién y Los Santos, siendo en esta última región 2 veces mayor al del país. También reportaron tasas superiores a la nacional Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Herrera y Veraguas. Además, uno de cada 7 defunciones por suicidio se presentó San Miguelito y 1 de cada 8 se reportaron en Chiriquí. (Cuadro N°34). Las regiones de salud de Colón, Darién, Metropolitana y San Miguelito reportaron, en orden descendente, tasas de homicidio más elevadas a la nacional. Uno de cada 3 defunciones ocurrió en la Metropolitana y 13.5% de las mismas se consignaron en Colón. (Cuadro N°34). El riesgo de accidentes de tránsito fue mayor, en orden descendente, en Colón, Metropolitana, Herrera y Chiriquí; 2 de cada 9 defunciones (22.2%) a causa de los mismos se presentó en la Metropolitana y 1 de cada 2 defunciones por accidentes de tránsito se reportó en la Provincia de Panamá. (Cuadro N°34).

**Cuadro N°34. Tasas De Mortalidad De Las Cinco Principales Causas De Muerte
Por Provincia República De Panamá. Año 1990, 2000 Y 2003**

Provincias Comarca	Años																	
	1990						2000						2003					
	Total	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5
República	405.3	57.8	51.0	39.9	28.1	22.7	414.6	67.9	46.8	42.1	40.2	21.8	425.1	71.8	47.9	44.6	42.3	25.2
B. del Toro	48.4	47.7	45.3			26.2	29.0	22.0	28.4	13.5	12.8		40.3	50.7	75.5	8.0	10.9	11.9
Coclé	45.2	58.6	38.8	53.3		27.3	38.7	63.5	36.0	41.5	22.5	10.5	42.0	58.5	35.7	53.9	27.4	17.8
Colón	60.1	67.5	67.5	77.4			52.5	66.4	58.9	56.4	52.4	35.5	50.4	86.2	62.6	45.1	44.7	29.0
Chiriquí	310	43.4	42.1	29.0	19.4	19.4	37.1	56.7	49.1	32.9	42.2	21.4	40.5	78.1	44.7	39.4	41.9	32.0
Darién	25.8	16.6	63.9	14.2	11.8	7.1	21.4	25.9	30.6	15.3	7.6		30.5	38.0	58.9	13.3	7.6	
Herrera	40.9	64.2	37.8	42.5	27.4		40.3	78.8	43.2	62.5	44.2	17.3	46.3	85.6	41.4	69.9	51.5	21.2
Kuna Yala	29.8		16.3			14.0	53.6		42.4				65.7	33.1	33.1			
Los Santos	46.8	58.3	49.8	63.2	34.0		59.6	95.6	50.3	93.0	65.4	45.3	59.3	94.1	72.5	87.3	70.3	34.0
Panamá	40.4	69.9	56.6	39.0	38.2	23.3	42.7	80.3	49.6	42.2	45.7	25.6	42.0	76.3	46.4	48.3	49.7	29.5
Veraguas	38.2	31.5	47.5	32.4		21.5	40.4	40.6	38.5	46.6	27.8	10.7	39.9	66.9	48.3	41.6	41.6	13.1
Ngobe Bugle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29.7					

**Cuadro N°35. Defunciones y Tasas de Mortalidad por causas Externas Según
Región De Salud. Panamá. Año: 2003**

República / Provincias	Causas Externas							
	Todas las Causas Externas		Suicidios		Homicidios		Accidentes de Transporte	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
República	1492	42.4	195	6.3	356	11.4	550	17.7
Bocas del Toro	76	40.3	8	7.9	8	7.9	15	14.9
Coclé	78	42.0	18	8.2	7	3.2	31	14.2
Colón	140	50.4	15	6.7	48	21.5	50	22.3
Chiriquí	177	40.4	26	6.6	29	7.3	76	19.1
Darién	31	30.5	6	11.4	10	19.0	4	7.6
Herrera	45	46.3	7	6.4	4	3.7	21	19.3
Kuna Yala	12	65.7	1	2.8	1	2.8	1	2.8
Los Santos	64	59.3	12	13.6	4	4.5	33	37.4
Ngobe Buglé	44	29.7	10	8	8	6.4	4	3.2
Panamá Este	50	56.8	4	4.5	9	10.2	22	25
Panamá Oeste	144	37.3	16	4.1	30	7.8	60	15.5
Metropolitana	304	50.8	23	3.8	111	18.6	125	20.9
San Miguelito	220	47.9	28	6.1	77	16.8	72	15.7
Veraguas	107	39.9	21	9.5	10	4.5	36	16.3

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004

La distribución por sexo de la mortalidad general en Panamá, da evidencia de la existencia de un riesgo 1.3 veces mayor de morir de los hombres en relación con las mujeres. En el caso particular

de las causas externas el riesgo de morir es cerca de 5 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

En el 2003, los accidentes de tránsito ocurren 4 veces más en la población masculina que en la femenina y en todas las edades excepto entre los 15-19 años el riesgo es mayor en los hombres. La población de 20 a 59 años tuvo 1.4 veces mas riesgo de morir por esta causa; en tanto que en la de 60 y más el riesgo fue 2.3 veces mayor. Los adolescentes de 15-19 años presentaron 2.8 veces más riesgo de morir por accidentes de tránsito que los de 10 a 14 años. (Cuadro N°36)

**Cuadro N°36. Mortalidad Por Accidentes de Tránsito
Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003
(Tasas por 100,000 hab.)**

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	550	17.7	440	28	110	7.1
< de 1 año	0	0	0	0	0	0
1 a 4	12	4.5	8	5.8	4	3.0
5 a 9	14	4.4	11	6.7	3	1.9
10 a 14	13	4.3	7	4.5	6	4.0
15 a 19	35	12.0	17	11.4	18	12.6
20 a 59	361	22.6	313	38.9	48	6.0
60 y más	110	42.3	80	63.0	30	22.6

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

Los homicidios como componente de la mortalidad por causas externas, reportó en el 2003, un riesgo 8 veces mayor en los hombre que en las mujeres. Fallecieron por esta causa 3.5 veces más niños menores de un año que niñas. los accidentes de tránsito ocurren 4 veces más en la población masculina que en la femenina y en todas las edades excepto entre los 15-19 años el riesgo es mayor en los hombres. La población de 20 a 59 años tuvo 1.4 veces mas riesgo de morir por esta causa; en tanto que en la de 60 y más el riesgo fue 2.3 veces mayor. Tres de cada 4 defunciones por homicidios ocurrió en la población de 20 a 59 años, donde le riesgo fue 8.7 veces mayor en hombre que en mujeres. Uno de cada 7 muertes por esta causa ocurrió en adolescente entre 10 a 19 años, sin embargo los adolescentes entre 15 y 19 años tuvieron 10 veces más riesgo de morir que los de 10-14 años. Se estima que los chicos de 15 – 19 años presentaron 22 veces más riesgo de morir por homicidio que las chicas del mismo grupo de edad. (Cuadro N°37)

Cuadro N°37 Mortalidad Por Homicidios. Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003 (Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	356	11.4	318	20.2	38	2.5
< de 1 año	9	13.0	7	19.8	2	5.9
1 a 4	4	1.5	1	0.7	3	2.3
5 a 9	0	0	0	0	0	0
10 a 14	5	1.6	3	1.9	2	1.3
15 a 19	48	16.4	46	30.9	2	1.4
20 a 59	264	16.5	237	29.5	27	3.4
60 y más	24	9.2	22	17.3	2	1.5
N. E	2	0.0	2	0.0	0	0.0

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

El riesgo de morir a causa de un suicidio fue 1.8 veces mayor en los hombre que la tasa general de país y 8 veces mayor que en las mujeres. No se dieron casos de suicidios en menores de 9 años y el 100% de las defunciones por esta causa en el grupo de 10 a 14 años ocurrió en chicos. Uno de cada 7 suicidios se reporto entre jóvenes de 10 a 19 años, con una tasa 9 veces mayor en el grupo de 15 a 19 años. Cerca de 4 de cada 5 (81%) suicidios en jóvenes de 15-19 años se consigno en chicos. El 70% de los suicidios se reportó en población entre los 20 y 59 años, con una tasa 8.6 veces mayor en los hombres que en las mujeres. En la población de 60 y más años la tasa general fue la más elevada, con un diferencial por sexo de 20.5 defunciones por 100,000 hombres y 1.5 defunciones por 100,000 mujeres. (Cuadro N°38).

Cuadro N° 38. Mortalidad Por Suicidio. Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003
(Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	195	6.3	174	11.1	21	1.4
< de 1 año	0	0	0	0	0	0
1 a 4	0	0	0	0	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0	0
10 a 14	3	1.0	3	1.9	0	0.0
15 a 19	26	8.9	21	14.1	2	3.5
20 a 59	138	8.3	124	15.4	14	1.8
60 y más	28	10.8	26	20.5	2	1.5

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

La evolución de la razón de años de vida productiva perdidos a causa de las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, ha presentado un incremento importante, en términos absolutos, cuando se comparan los años 90 y 95 y 90 y 2003. Este es más evidente cuando se analiza su incremento porcentual de los AVPPP, toda vez que ha alcanzado valores del 14.9% y de 33.5%. (Cuadro N°39)

Cuadro N° 39 Evolución De La Razón De Años De Vida Productiva Perdidos Prematuramente¹ Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1990-1995

Indicador	Años			
	1990	1995	2002	2003
Total de Muertes	1232	1571	1434	1492
Tasa de Mortalidad	51.3	59.7	46.9	47.9
Razón de AVPPP ¹	1428.9	1641.8	1763.0	1908.0
% de Variación 90-95				14.9
% de Variación 90-2003				33.5

Fuente: Contraloría General de la República. Años: 1990-1995-2000-2003

Maltrato y violencia intrafamiliar

Como parte de las violencias, se hace especial énfasis en la **Violencia Intra Familiar (VIF)**, que en Panamá, presenta un panorama similar al de otros países en la región, a pesar de la falta de estadísticas fidedignas, se sabe que en el 2000 se registraron 30 muertes en mujeres, víctimas de sus parejas, que el 28,8% de los delitos que se investigan en las fiscalías de la ciudad de Panamá corresponden a violencia doméstica, y que este mismo año la Policía Técnica Judicial tramitó más de 1.500 denuncias de violencia contra mujeres.

Según el Registro de Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, durante el periodo 1998-2003 los casos acumulados de violencia sumaron 13,348 con un promedio anual de 2224.7 casos. Cada mes se dieron, en promedio 185.4 y cada día hubo 6.2 casos.

En el año 2003, las instalaciones de salud del país, reportaron 2371 casos de sospecha de violencia doméstica y maltrato. Cerca de uno de cada 3 casos fueron reportados por el Hospital Santo Tomás, casi 1 de cada 4 casos se registró en las instalaciones de primer y segundo nivel de la provincia de Panamá (26.3%), siendo el 12.1% procedente de la región de salud de Panamá Oeste, que durante todo el periodo 1998-2003 ha mantenido una proporción similar.

Un 15.4% de los casos fueron consignados en Colón y 12.0% en el Hospital de Niño. Los últimos datos reportados por la Caja de Seguro Social se dieron en 1998, cuando el 26.9% de los casos sospechosos procedían de dichas instalaciones. En general el comportamiento de reporte de casos según región de salud ha sido similar durante todo el periodo, concentrándose la mayor proporción en Colón, Panamá Oeste, Panamá Metro y San Miguelito. (Cuadro N°40).

Por cada 4.3 mujeres víctimas de violencia hubo un hombre en esta condición; en tanto que por cada 4.6 hombres victimarios se reportó en una mujer victimaria.

El 28.2% de las víctimas de violencia intrafamiliar reportadas durante el periodo 1998-2003 eran solteras. Por cada víctima casada hubo 2.3 casos en solteros y 1.7 víctimas unidas. Cerca de 2 de cada 5 reportes de víctimas no consignaron el estado civil. .

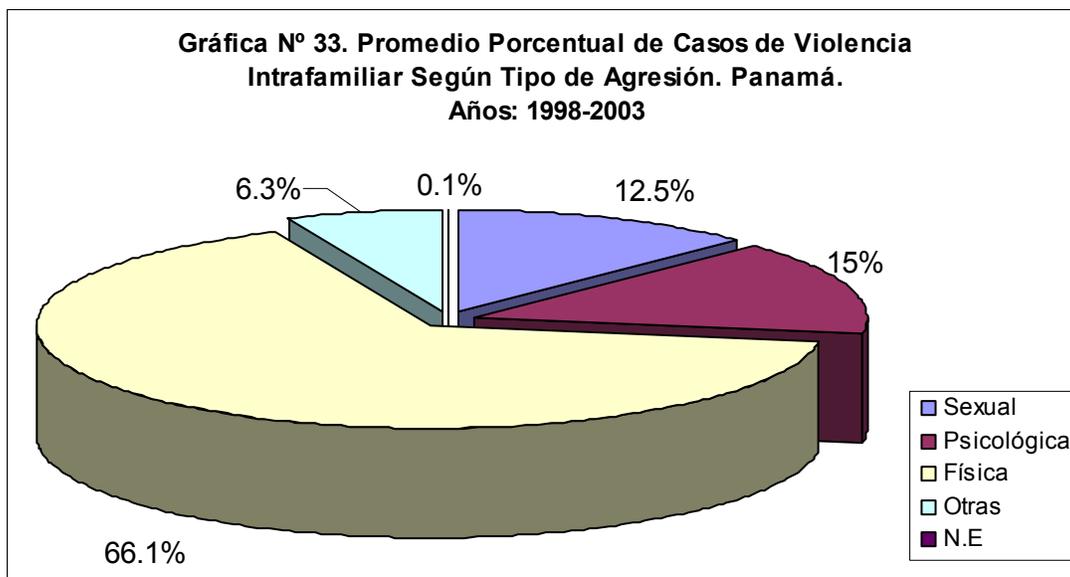
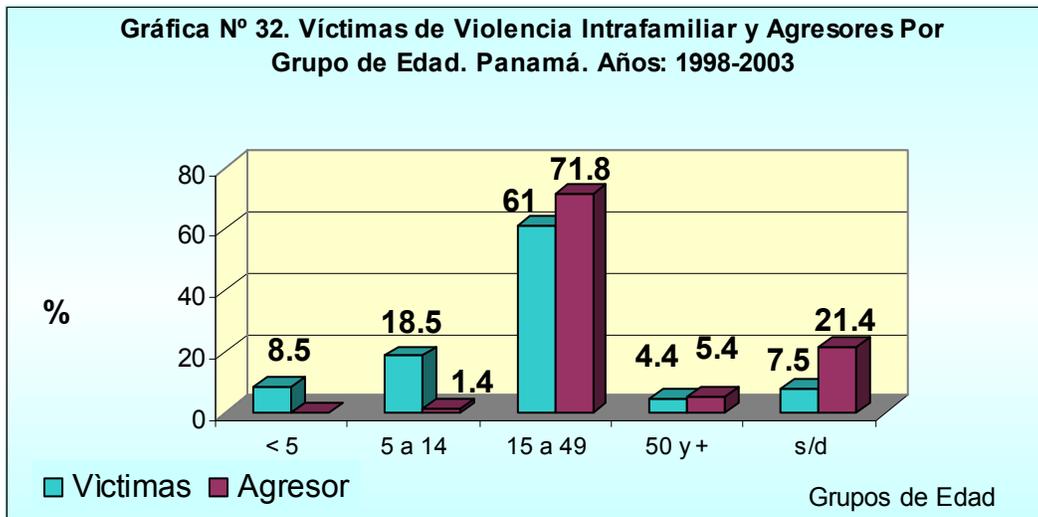
Cuadro N° 40. Casos De Sospecha Por Violencia Domestica Y Maltrato Al Niño, Niña, Adolescente, Adulto Y Adulta Mayor Según Región De Salud Y Hospitales Nacionales. República De Panamá. Años: 1998 - 2003

REGION DE SALUD	Años											
	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	2,807	100.0	1,905	100.0	1,761	100.0	1,992	100.0	2,512	100.0	2371	100.0
BOCAS DEL TORO	118	4.2	26	1.4	0	0.0	4	0.2	4	0.2	66	2.8
COCLE	131	4.7	112	5.9	82	4.7	186	9.3	137	5.5	33	1.4
COLON	367	13.1	418	21.9	323	18.3	264	13.3	302	12.0	366	15.4
CHIRIQUI	48	1.7	61	3.2	30	1.7	24	1.2	61	2.4	103	4.3
DARIEN	19	0.7	15	0.8	8	0.5	18	0.9	46	1.8	47	2.0
HERRERA	43	1.5	33	1.7	41	2.3	66	3.3	42	1.7	14	0.6
LOS SANTOS	32	1.1	...	...	27	1.5	68	3.4	92	3.7	53	2.2
PANAMÁ	892	31.8	521	27.3	544	30.9	606	30.4	595	23.7	624	26.3
PANAMA ESTE	5	0.2	6	0.3	12	0.7	13	0.7	31	1.2	11	0.5
PANAMA OESTE	322	11.5	282	14.8	313	17.8	333	16.7	355	14.1	288	12.1
METROPOLITANA	114	4.1	172	9.0	103	5.8	91	4.6	41	1.6	199	8.4
SAN MIGUELITO	451	16.1	61	3.2	116	6.6	169	8.5	168	6.7	126	5.3
VERAGUAS	90	3.2	78	4.1	121	6.9	130	6.5	140	5.6	66	2.8
KUNA YALA	3	0.1	15	0.8	19	1.1	28	1.4	51	2.0	11	0.5
NGOBE BUGLE	1/	1/	1/	1/	1/	1/	1/	1/	5	0.2	3	0.1
H. SANTO TOMAS	308	11.0	422	22.2	362	20.6	425	21.3	773	30.8	700	29.5
H. DEL NIÑO	...	...	204	10.7	204	11.6	173	8.7	264	10.5	285	12.0
CSS	756	26.9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

1/ No se cuenta con información para estos años ya que fue creada en el año 2000. .../ Cifra no disponible

Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

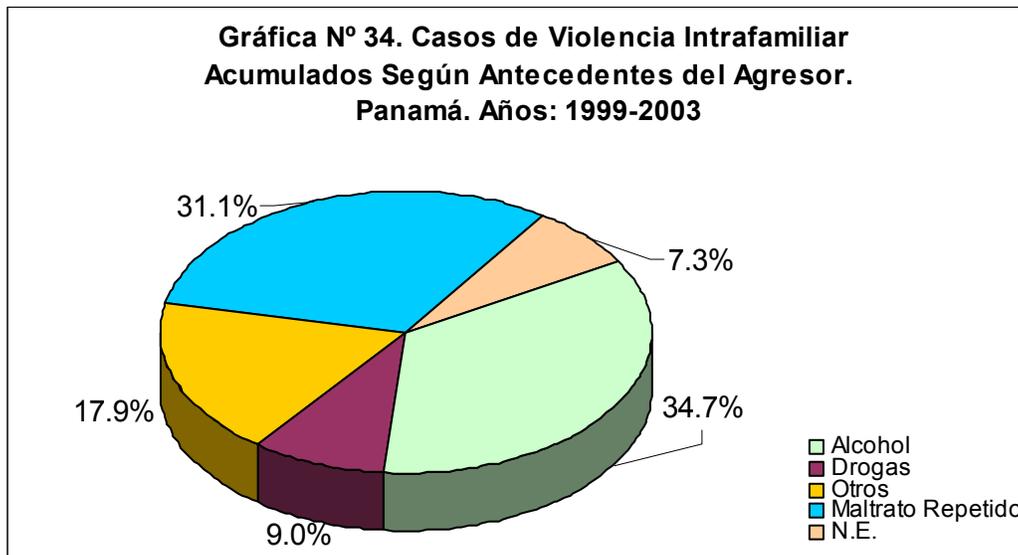
Durante el periodo 1998- 2003, se destaca que el 60% de las víctimas tuvieron entre 15 y 49 años y 3 de cada 4 agresores tenían entre 15 y 49 años. Es importante destacar que para 1 de cada 5 agresores no se le consigno la edad. La violencia física se reportó en 2 de cada 3 casos de VIF; en tanto que la violencia sexual afectó al 6.3% de las víctimas, la mayor proporción de ellas mujeres. (Cuadro No. 32)



Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

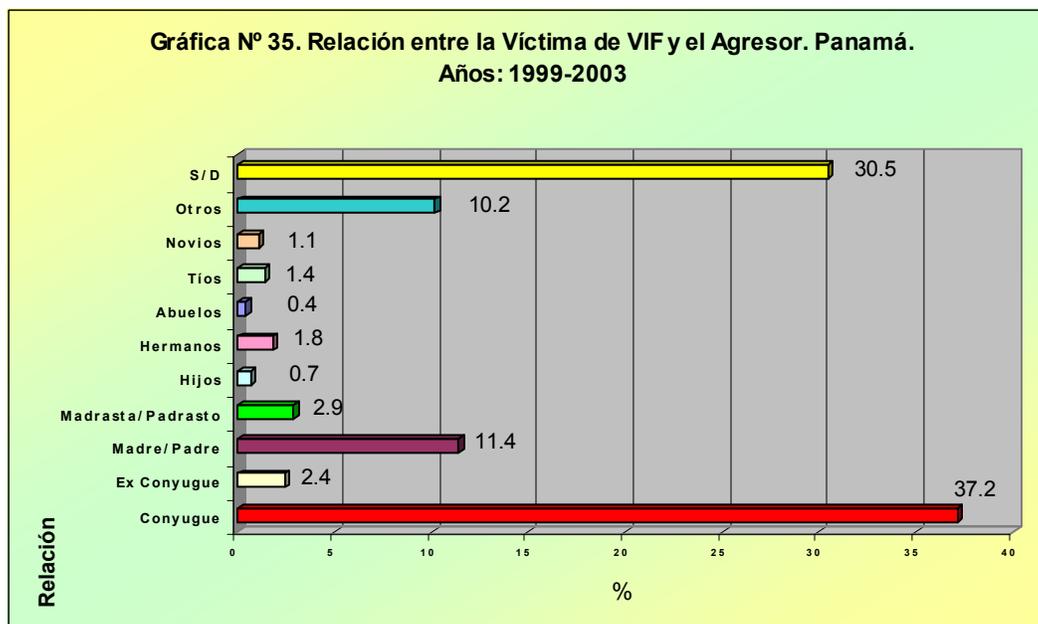
La fuerza física fue utilizada por el agresor en 3 de cada 4 casos de VIF, en uno de cada 6 casos se registró un instrumento diferente a la fuerza física o armas de fuego y blanca. (Gráfica N° 33). Los reportes de VIF durante el periodo 1998-2003 consignan que el 43.7% de los 7047 antecedentes consignados, indicó que era consumidor de algún tipo de drogas., siendo que 1 de cada 3 agresores tenía antecedentes de consumo de alcohol y 9% era consumidor de drogas. Se destaca que un tercio de los agresores tuvo antecedentes de maltrato repetido. (Gráfica N° 34)

En relación con la relación entre la víctima y el agresor, se reportaron en registro del VIF 7402 casos en los cuales se identificó que 2 de cada 5 agresores eran cónyuges o ex cónyuges de las víctimas y que el 14.3% de agresores eran padres-madres o padrasto-madrasta de las víctimas. Cerca de 1 de cada 3 registros no consignó esta información. (Gráfica N°35)



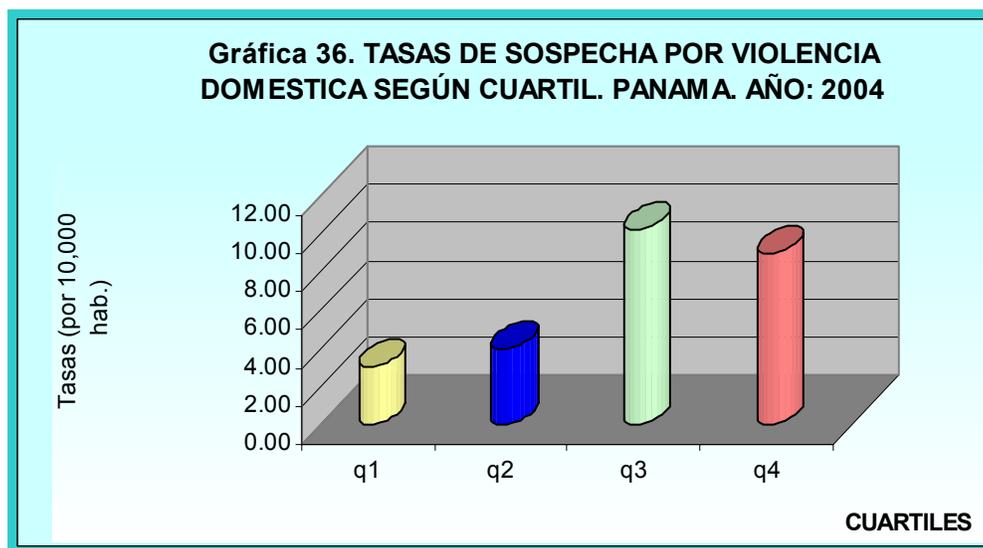
Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

A pesar de la información existente, es importante indicar que persisten problemas para la cuantificación de la violencia intrafamiliar. Es necesario mejorar la calidad de los registros y efectuar más estudios que faciliten la caracterización de la violencia en Panamá y ampliar el conocimiento existente para la aplicación de medidas más efectivas de prevención y control.



Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

Al realizar el análisis de desigualdades por distrito, utilizando la Incidencia de Pobreza calculado por la ENV03, encontramos que por cada 50 casos de sospecha de violencia reportados en los distritos de menor pobreza se consigno uno en el grupo de distrito de mayor pobreza. La tasa de sospecha de casos de violencia oscilo entre 2.98 y 10.21 casos por 10,000 habitantes y el riesgo es 3 veces mayor en los distritos de menor pobreza que en los distritos más pobres. (Gráfica N°36)



LOS SERVICIOS DE SALUD

La atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores organizados en redes según nivel de atención con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Los establecimientos de la red de atención pública hospitalaria se clasifican de acuerdo a la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del proceso asistencial, en hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención.

La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud cuentan con más de 20,000 funcionarios de salud de diversas calificaciones y competencias técnicas. Es claro que existe un conjunto de problemas que generan iniquidad y duplicidad normativa en materia de recursos humanos; esta situación se refleja en la desigualdad geográfico poblacional en la asignación de recursos humanos para la gestión administrativa y clínica.

La población protegida por la seguridad social alcanzó en el 2003 cerca del 60.0% de la población total y se estima que por cada jubilado o pensionado hay 5 trabajadores solidarios con él, y que por cada cotizante activo hay un promedio de tres dependientes o beneficiarios. La Caja de Seguro Social provee servicios de atención directa a la población derecho-habiente, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte.

Tanto la Caja de Seguro Social como el Ministerio de Salud vienen desempeñándose como entes financiadores de los servicios de salud. El recurso financiero que permite la gestión sanitaria tiene como fuentes de financiamiento los recursos del gobierno central que se

obtienen vía la recaudación de impuestos; de igual forma los usuarios del sistema, aportan mediante cuotas de copago y esta condicionado a la posibilidad de pago de cada uno de los individuos y familias que demanda atención de salud. En cuanto al financiamiento de la seguridad social, el mismo es provisto mediante el pago de cuotas obrero patronales.

Al revisar los datos observados en la última Encuesta de Niveles de Vida 2003¹², podemos afirmar en términos generales, que existe una amplia cobertura de los servicios del Sistema de Salud y un comportamiento de la demanda observada de la población acorde a la oferta de servicios existentes, sin embargo subsisten marcadas desigualdades en el acceso y la calidad del servicio.

Así por ejemplo, se observa que para la atención de sus problemas de salud en general, las personas, en un alto porcentaje, suelen acudir a las instalaciones y servicios del primer nivel de atención como lo son los Centros, Sub Centros, ULAPS; por otro lado, el porcentaje de utilización de los servicios hospitalarios públicos es muy similar tanto para las personas de áreas urbanas, rurales e indígenas, así como para las personas pobres y no pobres. Cabe resaltar el hecho de que un 7.7% de los pobres y un 9.2% de los pobres extremos habían utilizados los servicios privados de salud. (Cuadro No. 41)

Sin embargo acorde con la disponibilidad y el acceso a las instalaciones de salud, la utilización de las mismas, por parte de la población para la atención del parto, evidencia que en las áreas urbanas y rurales un alto porcentaje utiliza instalaciones hospitalarias en tanto que en las áreas indígenas el mayor porcentaje de los parto se dan en la casa; por otra parte, un 65% de las necesidades de atención de los menores de 5 años son atendidas en el hogar.

Al observar el comportamiento de la población respecto ha que persona lo atendió tanto en las áreas urbanas, principalmente, como en las áreas rurales el mayor porcentaje se atendió con un personal médico o de salud (76% y 69% respectivamente), mientras que en las áreas indígenas menos de la mitad de las personas fueron atendidas por personal de salud (41%). Llama la atención que cerca del 52% de la población indígena se auto medica o es atendida por un familiar.

Respecto a la atención del parto, más del 80% de las mujeres embarazadas de las áreas urbanas y rurales son atendidas por un médico, en tanto que en las áreas indígenas el un tercio de los partos son atendidos por algún familiar en el hogar y un 29% son atendidos por parteras empíricas o médico tradicional; vale la pena resaltar la poca participación del personal de enfermería en la atención del parto, lo cual puede ser atribuido entre otras cosas a la baja utilización de este recurso humano para estas funciones por parte del Sistema de Salud. En relación a la cobertura de mujeres entre 15 y 49 años con exámenes de Papanicolau, los resultados de la encuesta reportaron que tanto en las áreas urbanas como en las rurales la cobertura se encontraba por debajo del 80% y en las áreas indígenas apenas llegaban al 53%; la cobertura de examen de Mamas en todos los casos fue menor al 25% de las mujeres.

En relación a la atención de los menores de 5 años de edad, es notable que mientras en las áreas urbanas y rurales más del 50% de los niños habían sido atendidos por un médico en las áreas indígenas estos apenas representaron un 14%; de igual forma es relevante señalar que en la población en pobreza extrema en particular de las áreas indígenas más del 50% de los niños menores de 5 años con padecimientos de diarrea y enfermedades respiratorias fueron atendidas por un familiar en el hogar. Respecto a las coberturas de vacunación aunque en la

¹² Encuesta de Niveles de Vida, 2003. Ministerio de Economía y Finanzas.

mayoría de la población menor de cinco años en las áreas urbanas, rural e indígena, mostró evidencias de un porcentaje mayor al 90%; la cobertura contra el Sarampión estuvo por debajo del 90% y en la población de pobreza extrema de las áreas indígenas esta cobertura se mantuvo por debajo del 75%.

Al observar las explicaciones dadas por las personas encuestadas, respecto a las razones de no acudir a una instalación o servicios de salud, tanto en las áreas urbanas como rurales la mayoría respondió que consideraba que era leve la enfermedad (74% y 59% respectivamente), en tanto que en las áreas indígenas la principal razón fue la lejanía del servicio y los costos que implicaba acudir a los mismos (56%).

Cuadro No.41. Características de acceso y calidad de los servicios de salud. Encuesta de Niveles de Vida 2003.

Características	Total del país	Área			Nivel de Pobreza		
		Urbana	Rural no Indígena	Indígena	Pobres		No pobres
					Total	Extremos	
A. Personas enfermas y accidentadas durante el último mes 1/	26.2	26.4	26.8	22.1	23.2	21.6	28.0
B. Utilización de los Servicios de Salud							
1. Persona que Consultó 2/							
Personal Médico	68.4	74.4	65.6	21.3	54.7	38.0	74.9
Enfermera Auxiliar	2.5	1.5	2.7	11.1	4.2	6.8	1.6
Ayudante o Asistente de Salud o Promotor	0.9	0.0	1.0	8.5	2.4	4.7	0.1
Curandero/Médico tradicional Indígena/Hierbero	1.2	0.3	1.8	7.0	3.0	5.5	0.3
Farmacéutico/Boticario	1.7	2.4	0.7	0.3	0.7	0.2	2.2
Familiares/Automedicación o no Hizo Nada u Otro.	25.4	21.4	28.1	51.7	35.0	44.8	20.8
2. Sitio de atención 3/							
Hospital Público	24.6	24.2	25.7	23.3	27.2	27.6	23.6
Hospital Privado	2.1	2.9	0.5	NA	0.2	0.2	2.8
Policlina/Ulaps	25.3	29.7	18.7	0.7	16.9	21.5	28.5
Consulta Privada o Clínica Privada	19.9	23.2	14.4	7.2	7.7	9.2	24.6
Centro de Salud	21.3	15.7	31.8	33.0	34.5	32.8	16.2
Subcentro/Puesto de salud	2.1	0.4	3.1	25.3	5.6	2.6	0.8
Farmacia/Gira Y otro.	4.7	3.9	5.7	10.4	7.9	6.0	3.5
3. Tiempo para llegar al sitio de consulta(promedio en minutos).	28	18	35	45	36	46	21
4. Tiempo de Espera Para la Consulta (promedio en minutos)	73	68	81	78	83	81	69
C. Razones de No consulta al Personal de Salud							
1. Razones de No Consulta al Personal de Salud-Todos los casos							
Caso Leve	63.4	74.1	59.2	29.8	49.3	39.5	74.6
No tuvo tiempo	4.0	5.0	3.2	1.9	3.0	1.6	4.9
Muy lejos/ transporte/no hay dinero	16.2	5.8	23.4	40.0	26.5	35.6	8.0
Servicio Costoso	5.9	4.6	4.4	15.8	9.2	12.8	3.3
No cree en estas personas	1.7	1.4	1.7	2.7	1.8	2.4	1.6
No hay Médicos/enfermeras	0.9	0.5	1.6	0.5	1.2	1.3	0.6
Otro	7.9	8.5	6.5	9.4	9.1	6.8	6.9

D. Mujeres de 15 a 49 años							
1. Examen de Papanicolau	74.3	76.0	74.6	52.5	76.0	75.9	75.8
2. Examen de Mamas	20.0	21.6	18.2	10.0	13.1	11.2	23.1
2. Atención al Parto 4/							
Médico o Ginecólogo	83.2	93.8	83.2	27.1	70.1	48.5	95.5
Partera o curandero/hierbero o Médico tradicional indígena	6.0	2.9	4.0	28.5	10.9	18.8	1.5
Enfermera/auxiliar de enfermería	4.0	2.2	6.9	4.9	5.9	7.8	2.2
Padres o miembros del Hogar	5.2	0.5	4.3	32.7	10.3	19.9	0.5
Farmacéutico/boticario o ayudante/asistente de salud u otro	1.5	0.6	1.5	6.7	2.8	5.0	0.3
3. Sitio de atención al parto							
Hospital Público	77.9	85.2	83.4	23.3	71.4	49.9	84.1
Hospital Privado	3.4	5.4	1.1	NA	0.7	NA	6.0
Centro de Salud/subcentro/puesto	3.8	1.6	5.8	10.3	6.3	8.7	1.5
Policlínica/ULAPS	1.5	2.1	1.1	NA	0.5	0.6	2.5
Consultorio Privado	2.6	4.3	0.4	NA	0.1	NA	4.9
En la casa de la partera	1.1	0.0	0.3	8.7	2.2	4.2	NA
En su casa	9.4	1.3	7.7	57.4	18.5	36.0	0.8
Otro	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.5	0.2
E. Utilización de los Servicios de Salud en niños menores de 5 años.							
1. Menores de 5 años con diarrea y enfermedades respiratorias durante el último mes.							
Tuvo Diarrea	21.1	18.7	17.5	40.0	24.3	29.8	17.3
Tuvo Infección Respiratoria	46.0	48.0	41.5	48.7	46.5	47.4	45.4
2. Utilización de los servicios de salud 5/							
a. Personal que Consultó							
Curandero/Médico tradicional indígena/ Hierbero	3.1	1.9	3.5	6.6	3.9	5.7	2.1
Ayudante de Salud	1.9		2.2	8.1	3.3	5.5	
Enfermera o Auxiliar de enfermería	2.8	0.5	2.2	12.8	4.9	7.4	0.1
Médico	57.5	69.4	56.3	14.3	43.6	28.1	75.1
Miembros del Hogar	34.2	27.3	35.4	57.9	43.8	53.0	22.0
Farmacéutico, boticario u otro	0.6	0.9	0.3	0.3	0.6	0.4	0.7
b. Sitio de Atención							
Hospital Público	18.0	20.6	18.4	7.2	16.0	14.2	20.6

Hospital Privado	0.4	0.8	NA	NA	0.2	NA	0.7
Policlínica/Ulaps	14.0	19.2	NA	NA	10.0	3.8	19.1
Centro de Salud	18.3	17.7	22.0	13.2	19.6	15.9	16.7
Sucentro/Puesto de Salud	3.0	0.7	3.3	10.9	4.4	6.8	1.2
Consultorio/Clínica Privada	9.3	11.5	9.3	1.1	2.3	1.4	18.2
Casa	35.7	28.8	34.3	64.6	45.7	56.0	22.9
Botica o Farmacia/otro/gira	1.3	0.7	1.5	3.0	1.9	1.9	0.5
c. Inmunización							
Vacuna contra la Tuberculosis	96.1	97.6	96.3	89.1	94.1	91.5	98.4
Vacuna Contra el DPT6/	94.6	96.1	94.6	88.7	92.5	90.6	97.1
Vacuna contra el Polio	95.9	98.0	95.3	88.7	93.4	89.5	98.8
Vacuna contra el Sarampión	80.6	82.0	81.5	72.2	77.0	74.4	84.8

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 2003. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas.

1/ Porcentaje de personas enfermas o accidentadas, no incluye diarrea ni gripe en menores de cinco años.
2/ Datos aportados por los padres o personas mayores en el caso de los menores de edad.
3/ Excluye los que se atendieron en la casa.
4/ Mujeres de quince a cuarenta y nueve años con niños nacidos vivos en los últimos cinco años.
5/ Porcentaje de niños menores de cinco años con diarrea o enfermedades respiratorias.
6/ Vacuna contra la Difteria, Tétano y Tosferina.
NA: No aplica al grupo

ANEXO 3

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL MINISTERIO DE SALUD

NIÑAS (OS) DE 0-5 AÑOS PROMOCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
SESIONES EDUCATIVAS 1. Salud psico-social en el medio familiar y comunitario	Padres y madres de familia de los Niños y niñas menores de 5 años en las áreas urbanas y rurales beneficiarias del sistema de protección social.	1 sesión al mes con duración máxima 30 minutos	Acudir a las 12 sesiones educativas al año.
2. Prevención de accidentes y de enfermedades del niño en su ambiente familiar			
3. Crecimiento y Desarrollo Integral del niñ@ en la familia y la comunidad <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado, higiene y desarrollo humano en el menor de 5 años • Estimulación temprana del desarrollo • Vigilancia del crecimiento del niño en el hogar • Uso adecuado de las SRO 			
4. Alimentación del menor de 5 años Importancia de la lactancia materna Incorporación del niño a la dieta familiar a partir del año de edad			
5. Salud Bucal			

NIÑAS (OS) DE 0-5 AÑOS PREVENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<p>PROGRAMA DE SALUD A LA NIÑEZ Control de Crecimiento y Desarrollo (0 a 5 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección y captación temprana • Confección de expediente clínico <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia clínica ○ Examen físico 	Niños y niñas de 0 a 5 años beneficiarios del sistema de protección social	9 citas de control. En el menor de 1 año 2 citas al año en el grupo de 1 a 5 años	Acudir a las 9 citas del niño y la niña menor de un año. Acudir a las 2 citas anuales del niño y la niña de 1 a 5 años.
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de Laboratorios 	Niños y niñas de 0 a 5 años beneficiarios del sistema de protección social	A los 6 meses de edad 1 vez al año en el grupo de 1 a 5 años	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Nutricional y orientación sobre la lactancia y alimentación del menor de 5 años. <ul style="list-style-type: none"> ○ Peso Talla ○ Peso Edad ○ Talla Edad 	Madres y padres de niños y niñas de 0-5 años	Según norma	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de las deficiencias de nuevos nutrientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Suplemento de hierro, ○ vitamina A, ○ Iodo) • Registro y Entrega de alimentos. • Entrega de nutricrema 	Niño(a) a partir de los 4 meses de edad.	De acuerdo al esquema de vit. A De acuerdo a la norma del PAC Cada dos meses	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del crecimiento y del desarrollo 	Niño(a) a partir de los 4 meses de edad.	Según norma	
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunización Menores de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> • Polio • BCG • Hepatitis B • Pentavalente (DPT– Hib– HpB) De 12 meses hasta 6 años <ul style="list-style-type: none"> • Tetravalente (DPT – Hib) • D.P.T. • Triple Viral (MMR o SPR) 	Recién nacido Menores de 1 año Menores de 5 años	Según norma	Cumplir con esquema de vacunación: <ul style="list-style-type: none"> • 2 meses • 4 meses • 6 meses • 12 meses • 15 meses • 4 – 5 años
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal 	Niños y niñas de 6-59 meses	Según norma	

NIÑAS (OS) DE 0-5 AÑOS ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> Detección precoz de las discapacidades y situación de riesgo en menores de 5 años 	Niños y niñas de 0 –5 años con trastornos del desarrollo o con trastornos emocionales, de conducta, o necesidades especiales	Según demanda de atención por morbilidad	Acudir a la cita de referencia y seguir el tratamiento indicado
<ul style="list-style-type: none"> Atención y referencia del niño con problemas del desarrollo y de morbilidad discapacitante más frecuente 	Discapacitad@s 0 a 5 años, familia, comunidad, equipos de salud		
<ul style="list-style-type: none"> Atención y referencia a la familia disfuncional <ul style="list-style-type: none"> Niños maltratado Abuso sexual Hiperactividad Prob. Emocionales y de conducta 			
<ul style="list-style-type: none"> Atención y Referencia de niños con Desnutrición grave 	Niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición grave		Acudir a la cita de referencia y seguir el tratamiento indicado
<ul style="list-style-type: none"> Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI 1): IRAS, EDAS, MALARIA, <ul style="list-style-type: none"> Detección y captación Diagnóstico y tratamiento Anamnesis y examen físico Toma de Peso y Talla Evaluación nutricional Toma de temperatura Revisión de carnet Urgencia 	Niños y niñas de 0 a 5 años con patología	Según guías y protocolos de AIEPI	Seguir los tratamientos indicados
<ul style="list-style-type: none"> Atención de morbilidad odontológica 	Niños y niñas de 0 a 5 años con afección o patología odontológica	Por demanda de morbilidad	Seguir los tratamientos indicados

NIÑAS (OS) DE 5-9 AÑOS PROMOCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
SESIONES EDUCATIVAS			
<ul style="list-style-type: none"> Salud psico-social en el medio familiar y comunitario <ul style="list-style-type: none"> 	Padres y madres de familia de los Niños y niñas menores de 5 años en las áreas urbanas y rurales beneficiarias del sistema de protección social	1 sesión al mes con duración máxima 30 minutos	Acudir a las 12 sesiones educativas al año.
<ul style="list-style-type: none"> Crecimiento y Desarrollo Integral del niñ@ en la familia y la comunidad 			
<ul style="list-style-type: none"> Alimentación del menor de 5 a 9 años y de riesgos nutricionales 			
<ul style="list-style-type: none"> Promoción y educación en el desarrollo integral del discapacitado 	Padres y Madres de niñ@ con necesidades especiales		
<ul style="list-style-type: none"> Salud Bucal y prevención de accidentes 			

NIÑAS (OS) DE 5-9 AÑOS PREVENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
PROGRAMA DE SALUD A LA NIÑEZ			
<ul style="list-style-type: none"> Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano y del niño con necesidades especiales 	Niños y niñas de 5 a 9 años beneficiarios del sistema de protección social	1 cita al año como mínimo.	Acudir a la cita de control del niño y la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de Laboratorios 			Acudir a la cita de control del niño y la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación Nutricional <ul style="list-style-type: none"> Peso Talla Peso Edad Talla Edad 	Madres y padres de niños y niñas de 0-5 años	Según norma	Acudir a la cita de control del niño y la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Prevención de las deficiencias de nuevos nutrientes (Suplemento de hierro, vitamina A, Iodo) Administración de antiparasitarios 	De acuerdo al esquema de vit. A	Según norma	Cumplir con el tratamiento indicado
<ul style="list-style-type: none"> Orientación familiar sobre salud sexual y reproductiva, alimentación mínima recomendada para el escolar, Prevención de accidentes y Prácticas saludables. 		Según norma	Acudir a la cita de control del niño y la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del crecimiento Evaluación y estimulación del desarrollo 	Niño(a) a partir de los 4 meses de edad.	Según norma	Acudir a la cita de control del niño y la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación bucal 		Según norma	Acudir a la cita de control del niño y la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Inmunización De 6 hasta 12 años <ul style="list-style-type: none"> Polio TD adulto 		Según norma si no se le ha aplicado antes.	Acudir a la cita de control del niño y la niña.

• M.R			
-------	--	--	--

**NIÑAS (OS) DE 5-9 AÑOS
 ATENCION Y REHABILITACION**

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> Detección, captación, diagnóstico y tratamiento de alteraciones psicosociales, morbilidades más frecuentes o discapacidad física o mental. Examen de laboratorio 	Niños y niñas de 5-9 años beneficiarios del sistema de protección social		Seguir las indicaciones y tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Atención y referencia de la morbilidad biosicosocial del discapacitado 			
<ul style="list-style-type: none"> Atención o referencia por morbilidad de ITS y VIH-SIDA 			
<ul style="list-style-type: none"> Examen bucal para diagnóstico de la condición de tejidos duros blandos y oclusión 			

ADOLESCENTE DE 10-19 AÑOS PROMOCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
SESIONES EDUCATIVAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Salud integral del adolescente ○ Salud sexual y reproductiva con enfoque de genero y biopsicosocial ○ Prevención de factores psicosociales y de riesgo en adolescentes ○ Promoción de la Salud Mental del adolescente ○ Promoción y Educación para la salud bucal ○ Salud familiar ○ Ambiente Seguros y Sanos ○ Derechos y deberes de los adolescentes ○ Organización y participación comunitaria. 	Adolescentes de 10-19 años Padres y madres de familia	2 sesiones al mes con duración máxima 30 minutos	Acudir a las 2 sesiones educativas al año.

ADOLESCENTE DE 10-19 AÑOS PREVENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ● Control de Crecimiento y Desarrollo (10 a 19 años) 	Niños y niñas de 10 a 19 años beneficiarios del sistema de protección social	1 cita al año como mínimo.	Acudir a la cita de control
<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes de Laboratorios 			Acudir a la cita de control
<ul style="list-style-type: none"> ● Inmunización <ul style="list-style-type: none"> ● Hepatitis B ● MMR ● TD de adulto 		Según norma si no se le ha aplicado antes.	Acudir a la cita de control
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación de la Salud Mental 	Adolescentes de 10 – 19 años.	1 vez al año	Acudir a la cita
<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación y Orientación de la Salud Sexual y Reproductiva 	Adolescentes de 10 – 19 años	1 vez al año	Acudir a la cita
<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación Social 	Adolescentes de 10 – 19 años.	1 vez al año	Acudir a la cita
<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación bucal 	Adolescentes de 10 – 19 años.	1 vez al año	Acudir a la cita

**ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS
ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN**

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> Detección, captación, diagnóstico y tratamiento de la morbilidad más frecuente Exámen de Laboratorio 	Adolescentes de 10-19 años beneficiarios del sistema de protección social.		Seguir las indicaciones y tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Atención y referencia del adolescente en riesgo psicosocial y farmacodependientes 			Acudir a las citas Seguir las indicaciones y tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Atención a la familia disfuncional del adolescente 	Adolescentes de 10-19 años y padres beneficiarios del sistema de protección social.		Acudir a las citas Seguir las indicaciones y tratamiento
Atención de Trastornos Mentales o alteraciones del comportamiento.	Adolescentes de 10 – 19 años.		Acudir a la cita Seguir las indicaciones y tratamiento
Atención Orientación de la Salud Sexual y Reproductiva	Adolescentes de 10 – 19 años.		Acudir a la cita Seguir las indicaciones y tratamiento
Atención de morbilidad y problemas bucales	Adolescentes de 10 – 19 años.		Acudir a la cita
Atención y referencia de los adolescentes discapacitados o con necesidades especiales	Adolescentes de 10 – 19 años.		Acudir a las citas y seguir el tratamiento indicado.

HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 59 AÑOS PROMOCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
SESIONES EDUCATIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Salud Ambiental • Salud Familiar • Salud del Adulto • Salud Sy Reproductiva • Organización y participación comunitaria 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	2 sesiones al mes con duración máxima 30 minutos	Acudir a las 2 sesiones educativas al año.

HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 59 AÑOS PREVENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Salud de adultos <ul style="list-style-type: none"> • Controles de salud de adultos (20 a 59 y 60 y más años) 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	1 cita al año como mínimo.	Acudir a la cita de control
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de Laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	1 cita al año como mínimo.	Acudir a la cita de control
<ul style="list-style-type: none"> • Control de Enfermedades Inmunoprevenibles 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	Según norma	Acudir a la cita de control
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunización de mujeres en edad fértil <ul style="list-style-type: none"> • TD de adulto • MMR o Rubéola 			
<ul style="list-style-type: none"> • Examen y control de higiene bucal • Evaluación bucal 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	1 vez al año	Acudir a la cita
<ul style="list-style-type: none"> • Detección y referencia de personas con riesgo de enfermedades crónicas y control de los factores de riesgo. 	mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	Según norma	Acudir a la cita de control y seguir el tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Detección, captación y tratamiento de personas con riesgo de enfermedades infecciosas • TBC • Enfermedades de transmisión sexual • ITS/HIV / SIDA 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.	Según norma	Acudir a la cita y seguir el tratamiento

**HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 59 AÑOS
 ATENCION Y REHABILITACION**

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
○ Atención y referencia de enfermedades crónicas y degenerativas, Enfermedades infecciosas, Enfermedades del metabolismo y de la nutrición, Enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.		Seguir las indicaciones y tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación Nutricional <ul style="list-style-type: none"> ● Peso y talla ● Índice de masa corporal 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.		Seguir las indicaciones y tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención Bucal 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.		Acudir a la cita
<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación Psicosocial 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.		Seguir las indicaciones y tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes de laboratorio y de gabinete 	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.		Acudir a la cita de control
Atención y referencia de personas con necesidades especiales o discapacidad.	Adultos mayores de 20 años beneficiarios del sistema de protección social.		Acudir a las citas y seguir el tratamiento indicado.

HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS PROMOCION

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
SESIONES EDUCATIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la Promoción de la salud y del ambiente • Educación para la salud – Gerocultura • Promoción de salud alimentaria y nutricional • Promoción de salud bucal Conservación del ambiente comunitario y saludable. Promover ambientes saludables y seguros			

HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS PREVENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgos psicosociales individuales y familiares • Prevención de accidentes y violencias 			
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Salud de la 3ª edad <ul style="list-style-type: none"> • Controles de salud de adultos (20 a 59 y 60 y más años) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de Laboratorio 			
<ul style="list-style-type: none"> • Examen y control de higiene bucal Evaluación bucal 			
<ul style="list-style-type: none"> • Control de Enfermedades Inmunoprevenibles <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación con toxoide tetánico • Vacunación fiebre amarilla • Vacunación Anti Rubeola • Vacunación contra Hepatitis B • TD 			
<ul style="list-style-type: none"> • Referencia de enfermedades metabólicas y de la nutrición • Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas e infecciosas 			

HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS ATENCIÓN Y REHABILITACION.

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
• Organización y manejo de grupos de rehabilitación psicosocial			
• Capacitación a cuidadores de personas mayores de 60 años			
• Organización de grupos de familiares de los adultos mayores de 60 años			
• Referencia hacia instituciones y servicios existentes en la comunidad que ofrezcan atención a personas mayores de 60 años			
• Organización de terapia ocupacional y laboral			
• Evaluación del nivel de dependencia de las personas mayores de 60 años			
• Rehabilitación de trastornos de la fonación y deglución			
• Tratamiento de la morbilidad física			
• Rehabilitación de los déficit funcionales, físicos y cognoscitivos			
• Atención domiciliaria a cargo de la familia o del equipo de rehabilitación			
• Referir al nivel con capacidad resolutive pertinente			
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio y de gabinete <ul style="list-style-type: none"> • BH completo • Glicemia • Perfil lipídico • UN • Creatinina • Hemoglobina glicosilada (*) • Rayos X • EKG • Baciloscopia (*) • VDRL (*) • Prueba de VIH (*) • Frotis por GC (*) • PAP (*) • Mamografía (*) • Examen rectal (*) • Prueba de P.S.A. (*) • Serie gastroduodenal (*) 			
• Evaluación Psicosocial			
• Atención Bucal			
• Referencia a especialistas en caso complejos			

ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA PROMOCION

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación individual y grupal sobre <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna, • Salud sexual y reproductiva • Familia paternidad responsable • Educación de los hijos • Prevención psicosocial • Salud Bucal • Salud nutricional 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social	7 citas de control durante todo el embarazo	Acudir a los 7 controles

ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA PREVENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Control del embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Detección y captación temprana de la gestante • Control prenatal según norma <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica ▪ Examen físico ▪ Peso y talla ▪ Examen gineco obstétrico • Examen de laboratorio y de gabinete • Inmunizaciones <ul style="list-style-type: none"> ▪ TD • Examen y control de Higiene Bucal • Evaluación y orientación psicosocial • Evaluación social • Evaluación nutricional • Entrega del complemento alimentario y suplementación de hierro • Orientación Nutricional y fomento de la lactancia materna • Orientación sobre el momento del parto • Referencia al 2do nivel de atención 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social	7 citas de control durante todo el embarazo	Acudir a los 7 controles
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y capacitación en los primeros días del post parto o post aborto <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento, Control y seguimiento biopsicosocial del pos-parto y post aborto • Consulta conjunta con el cónyuge en el post-parto y post-parto con atención del recién nacido 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social	Según norma	Acudir a las citas

<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción y entrega de métodos anticonceptivos 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social	Según norma	Acudir a las citas
<ul style="list-style-type: none"> • Salud Bucal 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social	Según norma	Acudir a las citas

ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA ATENCIÓN

Servicios de Salud	Población Objetivo	Frecuencia o concentración	Corresponsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del Periodo de labor del parto <ul style="list-style-type: none"> • Admisión, orientación e instrucciones • Historia clínica • Diagnóstico de la labor de parto • Valoración del riesgo según Historia perinatal • Examen físico <ul style="list-style-type: none"> • PA • FC • Evaluación del bienestar fetal <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo fetal • Atención según normas <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de tono uterino y • Evaluación de la dilatación • Evaluar exámenes de laboratorio 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del periodo expulsivo <ul style="list-style-type: none"> • Atención del parto según normas 	Mujeres embarazadas beneficiarias del Sistema de Protección Social		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del Recién Nacido <ul style="list-style-type: none"> • Registrar datos del RN y del puerperio la H.C.P:B • Atención del RN según normas • Evaluación médica del RN • Valorar el APGAR del RN • Tratamiento profiláctico con Nitrato Palta al 1% en cada ojo • Inmunizaciones <ul style="list-style-type: none"> ▪ BCG ▪ Polio oral ▪ Vitamina K 	Recién nacidos	Según Norma	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del puerperio <ul style="list-style-type: none"> • Atención del puerperio según norma <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales • Evaluación clínica de la madre y del RN 	Púerperas beneficiarias del Sistema de Protección Social		Seguir las indicaciones

<ul style="list-style-type: none"> • Alumbramiento • Puerperio inmediato • Puerperio después de 8 días del parto • Inmunizaciones <ul style="list-style-type: none"> • Rubéola • TD PRN • Administrar dosis de Megadosis de Vitamina A • Suplemento de hierro y ácido fólico 			
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Patología asociada al embarazo, y puerperio • Identificar el alto riesgo y la patología obstétrica • Atención según las normas de atención de: <ul style="list-style-type: none"> ○ la embarazada de alto riesgo ○ las complicaciones del embarazo ○ el parto y ○ el puerperio • Referir al nivel resolutivo correspondiente 	<p>Embarazadas y Púerperas beneficiarias del Sistema de Protección Social</p>	<p>Según normas</p>	<p>Seguir las indicaciones</p>

RECURSOS DE LABORATORIO

Recurso Humano

- Laboratorista
- Personal Flebotomista Capacitado

PRUEBAS DE LABORATORIOS

- BH completo
- Urinalisis
- Heces
- Tipaje y Rh
- Solubilidad de Hemoglobina
- VDRL
- Glicemia
- Creatinina o NU
- Colesterol total – triglicéridos
- Baciloscopía
- Orina gral, proteinuria y glucosuria
- Glicemia
- Toxo Test
- Citología vaginal PAP

- Otros análisis especiales
 - VIH de (serodiagnóstico)
 - P:C:R:
 - Test por clamidias y monilias
 - Frotis X G:C:
 - Perfil lipídico