
PANAMÁ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Panamá tiene una superficie de 75.517 km² y está dividido en 9 provincias, 67 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas y 512 corregimientos. El Canal de Panamá, vía interoceánica de 80 km de longitud, comunica el Atlántico con el Pacífico a través de uno de los lugares más estrechos del istmo continental.

En el último Censo Nacional de Población y Vivienda, en 1990, se determinó una población de algo más de 2,3 millones y se estimó una tasa de crecimiento anual de 2,6% durante los años ochenta. La densidad de población es de 34,9 habitantes/km². Se estima que en 1995 la población llegó a 2,63 millones, de los que 49,5% eran mujeres y 50,5% hombres. Un tercio de la población tiene menos de 15 años, 2,3% son menores de 1 año y 9,3% tienen de 1 a 4 años. Se proyecta para el año 2000 una población de 2,8 a 2,9 millones de habitantes, lo que supondría una tasa de crecimiento demográfico de 2,1% anual durante los años noventa. Algo más de la mitad de la población (53%) reside en áreas urbanas.

La tasa de natalidad estimada para 1995 fue de 23,1 nacimientos por 1.000 habitantes (29,1 en el área rural y 20 en el área urbana). La tasa global de fecundidad es de 2,76 hijos por mujer.

La población está constituida fundamentalmente (91%) por grupos no indígenas, que incluyen el hispano (mayoritario), el afrocolonial y el afroantillano. El resto es población indígena (9%), integrada por cinco grupos: kuna, emberá y wounaan, ngobe-buglé —antes denominados guaymíes—, bokotas y teribes.

En 1995 la población económicamente activa de Panamá era de alrededor de un millón de personas, de las que 61% se concentraban en la ciudad de Panamá. Las mujeres representan 37% de la población económicamente activa. La tasa de empleo de las mujeres se incrementó de 37,7% a finales de los

años ochenta a 41,3% en 1994. En el área metropolitana se concentran 75% del total de empleadas. El salario promedio de las mujeres es 87% del percibido por los varones.

La tasa de desempleo abierto disminuyó de 14,7% en 1992 a 13,7% en 1995, año en el que 10,5% de los varones y 20,1% de las mujeres se hallaban desempleados. El desempleo es mayor en el área urbana (15,8%) que en la rural (10,6%).

En 1995 el producto interno bruto (PIB) se estimó en US\$ 7.144 millones o US\$ 2.746 per cápita. El PIB ha crecido a un ritmo de 7% anual en el período 1990–1994. Sin embargo, la tasa anual de aumento de la ocupación fue de 4,5% y por lo tanto el desempleo se redujo tan solo 2,4% cada año.

A finales de 1995 la deuda pública ascendía a unos US\$ 5.708 millones —equivalentes a 81% del PIB— distribuidos de la siguiente manera: 63% a la banca privada, 13% deuda multilateral, 10% bilateral y 14% bonos externos y deudores diversos.

De los US\$ 3.789 millones de gasto público en 1995, casi la mitad (US\$ 1.566 millones) se asignaron a servicios sociales. El gasto en salud y educación fue equivalente a 12,8% del PIB o 24,4% del gasto público en 1995, aproximadamente US\$ 317 per cápita.

La distribución del ingreso es muy desigual. El decil (10%) más pobre de la población recibe solamente 0,5% del ingreso total del país, mientras que el decil más rico recibe 42,2%. En las áreas urbanas, 40% de los hogares de menor ingreso reciben 6% del total de ingresos. En el área rural la situación se ve acentuada por la mala distribución de la tierra y la falta de acceso a servicios básicos.

En 1995 se estimó que 40% de la población vive en la pobreza, lo que representa una mejora con respecto a 1991, cuando se estimó 49% de pobreza. Se estima que en 1995 se hallaba en extrema pobreza 18,1% de la población general y 15,9% en la región metropolitana. En distritos como La Mesa, Sambú, Las Palmas, Las Minas, Santa Fe y Tolé, se estimó en condiciones de pobreza más de 90% de la población. De las familias con una mujer como jefe del hogar, viven en

condiciones de pobreza 71% en el área rural y 48% en la urbana.

La proporción de analfabetismo en la población general fue de 10,7% en 1990. La proporción correspondiente fue de 15,0% en el área rural, 3,3% en la urbana y 44,3% en la población indígena. La matrícula para 1995 fue de 362.877 estudiantes, lo cual representa una cobertura neta de 91% de la población en edad escolar.

La esperanza de vida al nacer pasó de 70,1 años en 1980 a 72,7 en 1990 y a 73,4 en 1995. A nivel urbano es de 75,1 años y a nivel rural de 71,5; para las mujeres es de 75,4 años y para los varones, de 71,0.

La mortalidad general registrada en 1995 fue de 4,2 defunciones cada 1.000 habitantes, con una tasa estimada de 5,2 una vez ajustada para el subregistro. De las 11.168 defunciones registradas en 1995, 89,4% tuvieron certificación médica. Las principales causas de muerte son las lesiones no intencionales y la violencia (15%), los tumores malignos (14%), las enfermedades cerebrovasculares (11%), el infarto del miocardio (7%) y otras enfermedades isquémicas del corazón (5%). Estas cinco causas representan 52% de todas las defunciones.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha aumentado 2% anualmente en el período 1990–1994 y es ahora uno de los tres componentes principales de la mortalidad general. La diabetes mellitus ha registrado un aumento anual de 8% en el mismo período y de seguir esa tendencia se convertirá en una de las principales causas de muerte en la población adulta.

Entre las principales causas de morbilidad en 1995 la influenza y las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con cerca de la mitad del total, seguidos a mucha distancia por la diarrea y las parasitosis intestinales.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Según datos de la Contraloría General de la República, la tasa de mortalidad infantil registrada por 1.000 nacidos vivos fue de 17,2 en 1992 y 18,0 en 1994. La mortalidad infantil en 1994, ajustada según el subregistro, se estima en 18,9 por 1.000. Las tasas regionales de mortalidad infantil son muy desiguales, desde 9,9 por 1.000 en la provincia de Herrera hasta 34,6 por 1.000 en la de Colón. En un estudio del Ministerio de Planificación y Política Económica, de 1994, la tasa de mortalidad infantil en la población indígena fue de 84,1 por 1.000.

En 1993, entre las 1.134 muertes registradas con certificación médica en menores de 1 año, la primera causa de de-

función fueron las afecciones originadas en el período perinatal (9,1 por 1.000), seguidas por las anomalías congénitas (4,1), las neumonías (1,3), las infecciones intestinales (0,8) y la desnutrición proteínocalórica (0,6).

La mortalidad neonatal descendió de 12,0 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 11,2 por 1.000 en 1994. En la diferencia de tasas entre el área urbana (12,8 por 1.000) y el área rural (9,6) indudablemente repercute el subregistro. La tasa de mortalidad posneonatal se mantuvo estable entre 1990 y 1994, año en que se registró una tasa de 6,8 por 1.000 nacidos vivos (8,4 por 1.000 en el área rural y 5,2 en la urbana).

En 1992 en el grupo de menores de 5 años la mortalidad fue de 4,9 por 1.000, siendo las principales causas las lesiones no intencionales, otras formas de violencia, las afecciones intestinales y la neumonía. La Encuesta de Prevalencia de Desnutrición, realizada en 1994 por las instituciones de salud, muestra que 5,2% de la población menor de 5 años padece desnutrición crónica (talla baja para la edad) de grado moderado y 3,4% desnutrición crónica grave.

La cobertura de control de crecimiento y desarrollo para los menores de 1 año fue de 94%, con un promedio de 2,8 consultas. Para los niños de 1 a 4 años la cobertura fue de 40,6%, con un promedio de 2 consultas.

El grupo de edad de 5 a 9 años constituyó 11,3% de la población estimada para 1995. El cuarto censo de talla efectuado en 1994 mostró que 17,7% de esta población padece retardo de crecimiento moderado y 6,2% retardo grave. La tasa de mortalidad en este grupo de 5 a 9 años fue en 1994 de 0,4 por 1.000, sin diferencias importantes entre niños y niñas.

La salud del adolescente

La población adolescente de 10 a 19 años representó 20,3% de la población del país en 1995. En 1994 la tasa de fecundidad específica en el grupo de mujeres adolescentes de 10 a 14 años fue de 3,6 por 100.000 y, en el de 15 a 19 años, de 87,0 por 100.000. Del total de nacimientos, 0,7% correspondió a madres de 10 a 14 años y 18,3% a las de 15 a 19.

Se estima que, en 1994, 0,8% del total de abortos se produjeron en el grupo de 10 a 14 años y 17,1% en el de 15 a 19. Estos porcentajes disminuyeron en 1995 a 0,6% y 15,9%, respectivamente.

En el grupo de 10 a 14 años la mortalidad en 1994 fue de 37,6 por 100.000, sin diferencias significativas por sexo. En cambio, en el grupo de 15 a 19 años fue de 88,1 por 100.000, con una enorme diferencia: 108 en varones y 53 en mujeres.

Un estudio realizado en la provincia de Colón en 1996, en estudiantes de la escuela secundaria de 12 a 18 años de edad, mostró que 48% consumían alcohol. En la provincia de Panamá el porcentaje de consumidores de alcohol fue de 45%.

La salud del adulto y del adulto mayor

El grupo de 15 a 60 años representa 59,1% de la población del país. En este grupo la tasa de mortalidad en 1995 fue de 2,3 por 1.000. En el subgrupo de 20 a 44 años las primeras causas de muerte en 1993-1995 fueron las lesiones no intencionales, los suicidios, los homicidios y otras formas de violencia (15%), los tumores malignos (14%), las enfermedades cerebrovasculares (11%), el infarto agudo del miocardio (8%) y otras enfermedades isquémicas del corazón (5%). En el grupo de 45 a 59 años la primera causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas por el cáncer, las lesiones no intencionales y otras formas de violencia, y la cardiopatía isquémica.

En 1995 la tasa de mortalidad materna a nivel nacional fue de 5 por 10.000 nacidos vivos. Fue máxima en la comarca de San Blas, donde llegó a 44 por 10.000.

En 1993, 41% de las mujeres en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo (49% anovulatorios orales y 37% dispositivos intrauterinos).

El grupo de 60 años y más forma 7,5% del total de la población estimada para 1995. En este grupo las principales causas de morbilidad en 1995 fueron la hipertensión arterial (33%), la influenza (12%), el resfriado común (7%), la gastritis (5%) y las infecciones de las vías urinarias (5%).

La salud de los trabajadores

El programa de salud ocupacional de la Caja del Seguro Social muestra una disminución de la tasa de accidentes de trabajo para cotizantes activos. En 1993 se registró una tasa de 3,4 accidentes por cada 100 trabajadores cotizantes activos; en 1996 la tasa se redujo a 2,8. La explotación de minas y canteras produjo durante los últimos años las tasas máximas de accidentes laborales, registrándose en 1996 una tasa de 15,4 accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores cotizantes activos de este sector.

Entre 1993 y 1996 las tasas de enfermedad ocupacional se redujeron de 2,4 a 1,2 por 1.000 trabajadores cotizantes. La actividad que produjo mayor tasa de enfermedad ocupacional en 1996 fue la construcción, con una tasa de 5,0 por 1.000 cotizantes activos. Por cada 20 accidentes laborales masculinos ocurre uno femenino. En cuanto a enfermedades ocupacionales, ocurren seis casos en varones por cada caso en mujeres.

La salud de los discapacitados

Según el Censo de Población de 1990 unos 30.000 panameños son discapacitados. Para la atención de los problemas

de discapacidad, el país cuenta con el Centro de Rehabilitación de Impedidos y el Instituto Panameño de Habilitación Especial.

La salud de los indígenas

No existe información específica desagregada de indicadores de salud para la población indígena, pero las provincias de población predominantemente indígena muestran el mayor deterioro. Así, en la provincia de Bocas del Toro la mortalidad por diarrea en los últimos cuatro años fue de 34,4 por 100.000, unas cinco veces la tasa nacional de 6,4. En la comarca de San Blas se registró en 1993 la incidencia máxima de cólera, 14 por 10.000 habitantes, unas 80 veces la tasa nacional, y la incidencia de neumonía en 1994 llegó a 12 por 1.000, seis veces la tasa nacional.

Las enfermedades transmitidas por vectores también presentan las tasas máximas en las regiones de población mayoritariamente indígena. En 1996 la tasa nacional de leishmaniasis fue de 0,96 por 1.000 habitantes; en Bocas del Toro la tasa alcanzó 7,75 por 1.000.

En la Encuesta Nacional de Vitamina A realizada en 1992 se halló una prevalencia de 13% de niveles bajos de retinol (<20 µg/dl) en la población indígena de 12 a 59 meses de edad. La prevalencia correspondiente a la población no indígena fue de 5%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El problema de la malaria en Panamá está geográficamente focalizado, con predominio en el área rural y en las provincias ubicadas en los extremos este y oeste del país. En las regiones fronterizas con Costa Rica y Colombia se han producido en los últimos tres años más de 85% de los casos. En 1996 se detectaron 25 casos por *Plasmodium falciparum* y 451 por *Plasmodium vivax*. Esta incidencia de casos por *P. falciparum* representa una reducción de 78% respecto a los 111 casos notificados en 1992.

El 19 de noviembre de 1993 Panamá notificó el primer caso de dengue autóctono desde los años cuarenta. Los 14 casos notificados se localizaron en San Miguelito, un área densamente poblada de la región metropolitana. La encuesta seroepidemiológica realizada en el sector y sus alrededores, cinco meses después del primer caso, mostró una prevalencia de anticuerpos para dengue de 5,7%, principalmente en individuos mayores de 44 años de edad. Posteriormente se registraron 790 casos en 1994, 3.084 en 1995 y 812 en 1996. El

dengue persiste predominantemente en San Miguelito y en la región metropolitana. En 1995 circularon los serotipos 1 y 3 y, en 1996, el serotipo 1. En 1995 hubo tres casos y una defunción por dengue hemorrágico.

La leishmaniasis, estable entre 1993 y 1995, con una tasa de 0,6 por 1.000, se recrudeció en 1996, con 2.577 casos y una tasa de 0,96 por 1.000. No se registraron defunciones por esta enfermedad entre 1992 y 1996. Los más afectados fueron los lactantes y menores de 5 años.

La enfermedad de Chagas muestra un franco descenso a partir de 1993. En 1996 se registró un solo caso en la provincia de Herrera. Las últimas defunciones por esta enfermedad se registraron en 1993.

Enfermedades inmunoprevenibles. Los últimos casos de poliomielitis se registraron en 1972 y los de difteria, en 1981. La incidencia de tétanos neonatal presenta desde 1993 una marcada tendencia descendente. En 1993 hubo 4 casos; en 1994, 2; en 1995, 1 y en 1996, ninguno.

La tos ferina tiende a disminuir, pero aún se presentan brotes en áreas de difícil acceso. Se registraron 209 casos en 1993 y 44 casos en 1996, los 44 en un brote en Bocas del Toro.

En 1993 se registraron 191 casos de sarampión. En 1994 y 1995 hubo 19 casos por año y en 1996 no se presentó ningún caso. En 1993 se registraron 8.344 casos de rubéola y en 1996, 1.457. Se notificaron 14 casos de rubéola congénita en 1993 y 11 en 1996. La parotiditis produjo 1.204 casos en 1996. En 1995 se registraron 1.997 casos.

En los menores de 1 año la cobertura con DPT fue de 81,8% en 1993 y 91,6% en 1996. Para la vacuna antipoliomielítica la cobertura fue de 83,0% en 1993 y 92,3% en 1996; para la BCG, de 91,6% en 1993 y 100,0% en 1996, y para la antisarampión, 82,7% en 1993 y 90,2% en 1996. La cobertura con toxoide tetánico para mujeres en edad fértil se ha mantenido baja de 1992 a 1995, alrededor de 24%. Con la vacuna triple contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis se vacunaron en 1993 58.956 niños de 1 a 4 años, lo que representa una cobertura de 24,3%. En 1996 se incrementó este número a 100.474 con una cobertura de 41,2%. En ciertos grupos de riesgo se vacuna contra la hepatitis B y contra la fiebre amarilla.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. El cólera se presentó por última vez en el país en 1993, año en el que se registraron 42 casos, todos ellos fuera de la región metropolitana.

El sistema de vigilancia epidemiológica registró 87.396 casos de diarrea en 1993 y 107.661 casos en 1996. La mortalidad por diarrea se ha mantenido estable en 6 por 100.000. Las regiones más afectadas son Bocas del Toro y Veraguas, con tasas respectivas de 34 y 13 por 100.000. Los grupos de edad que presentan mayor mortalidad por diarrea son los mayores

de 75 años y los menores de 5, con tasas respectivas de 57 y 29 por 100.000. La amebiasis intestinal ocasionó 3.834 casos en 1995, con una tasa de 146 por 100.000, siendo el grupo de menores de 1 año el más afectado, con una tasa de 5,4 por 1.000.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis pulmonar muestra una tendencia clara al aumento. En 1990 se registró una tasa de incidencia de 33 casos por 100.000, que aumentó a 39 por 100.000 en 1994 y a 49,6 en 1996. El grupo más afectado fue el de 65 años y más, con una tasa de incidencia de 102 por 100.000. De los 1.017 casos de tuberculosis pulmonar que se registraron en 1995, 62,1% correspondieron a hombres y 37,9% a mujeres. La región más afectada fue Bocas del Toro, con una tasa de incidencia de 139,9 por 100.000 habitantes. La mortalidad por tuberculosis pulmonar se mantuvo relativamente estable entre 1992 y 1996, con 4,5 defunciones por 100.000 habitantes. Del total de 137 muertes registradas en 1996 por tuberculosis, 88% correspondieron a tuberculosis pulmonar, 4% a tuberculosis miliar e igual porcentaje a meningitis tuberculosa.

En 1992 hubo en Panamá un total de 133 casos de lepra registrados que equivalen a una prevalencia de 0,5 por 10.000. Las formas multibacilares representan 61% y las paucibacilares, 39%. En 1996 se detectaron 36 casos.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas son la causa más frecuente de morbilidad en los menores de 5 años, en los que en 1994 causaron 10% de las defunciones registradas. La neumonía fue la segunda causa de mortalidad entre las enfermedades transmisibles, con tasas de incidencia respectivas de 200 y 156 por 100.000 en 1994 y 1995 y una tasa de mortalidad de 9,8 por 100.000 en 1995. Los grupos más afectados son el de 65 a 74 años, con una incidencia de 27 por 100.000, y el de 75 y más, con una tasa de 235 por 100.000.

Rabia y otras zoonosis. Todavía se registran casos de rabia silvestre, transmitida principalmente por vampiros (en especial *Desmodus rotundus*). En 1995 se registraron en bovinos y equinos 71 casos, 19 confirmados por laboratorio. En 1996 se confirmaron por laboratorio 28 casos. En 1995 se presentaron dos casos de rabia humana transmitida por vampiros en la provincia de Darién, en buscadores de oro.

En 1995, después de ocho años, ha reaparecido la encefalitis equina, aparentemente del Este (diagnóstico serológico), de la que también se diagnosticaron clínicamente 12 casos en 1996.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El primer caso de sida se diagnosticó en Panamá en 1984, y hasta 1995 se han registrado 1.044 casos, con una letalidad de 59,1%. En el período 1984–1994 la mayor proporción de

casos (74%) se dio en el grupo de 20 a 44 años, con una proporción también importante (4%) en los menores de 5. La vía de transmisión sexual continúa siendo la más frecuente (84%), con exposición heterosexual en 44% de los casos y homosexual/bisexual en 40%. La transmisión por transfusiones aporta 1% de los casos y la perinatal 5%. La provincia de Panamá es la más afectada, con 77% de los casos.

Los casos registrados de otras enfermedades de transmisión sexual han experimentado una disminución entre 1993 y 1996. El chancro blando pasó de 4,8 casos por 10.000 en 1993 a 2,9 en 1996. La sífilis precoz sintomática disminuyó de 5,8 a 2,0 por 10.000. La sífilis congénita presentó tasas de 0,5 y 0,2 por 1.000 nacidos vivos en 1992 y 1996, respectivamente. En 1996 la tasa de casos de gonorrea fue de 88 por 100.000.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1994 se realizó una evaluación nutricional que incluyó una muestra aleatoria de 945 menores de 5 años que asistieron a centros de salud durante una semana determinada al azar. A fines de la evaluación se definieron como desnutridos los que presentaron una talla o un peso dos desviaciones estándar por debajo de la media. Se halló una prevalencia de desnutrición de 5,2% según el peso para la edad, de 3,4% según el peso para la talla y de 5,2% según la talla para la edad.

Estudios efectuados en la población indígena indican que aproximadamente una cuarta parte de los menores de 5 años están desnutridos.

La Encuesta Nacional de Indicadores Múltiples, realizada en 1996 con una muestra de 1.569 menores de 5 años, mostró que 91,5% de los encuestados habían sido amamantados alguna vez y 86% de los menores de 6 meses seguían siendo amamantados. La frecuencia de lactancia materna exclusiva en menores de 4 meses fue de 32% y en los menores de 6 meses, de 25%.

En 1991, en 1.603 escolares de la región de Azuero se halló una prevalencia de bocio de 23,2%. En el resto del país la prevalencia en una muestra de 1.459 escolares fue de 12,3%.

En la Encuesta Materno-Infantil de 1992 realizada en Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas, San Miguelito, Región Metropolitana, San Blas, Herrera y Los Santos, 43,4% de los menores de 1 año, 38,4% de los niños de 1 a 4 años, 20,2% de los escolares y 38,9% de las embarazadas presentaron anemia (hemoglobina < 11 g/dl). En otra encuesta realizada en 1992 con una muestra de 929 niños de 12 a 59 meses de edad 18% presentaron anemia (diagnosticada con igual criterio).

En la Encuesta Nacional de Vitamina A de 1992 no se hallaron en niños de 12 a 59 meses concentraciones de retinol

plasmático inferiores a 10 µg/dl, pero en 6% de este grupo se hallaron niveles bajos, de menos de 20 µg/dl. En los hospitales de Chiriquí y Changuinola, en Bocas del Toro, en 1992 se detectaron 24 niños con lesiones oculares por deficiencia de vitamina A.

En 1993 la diabetes mellitus ocupó el octavo lugar como causa de muerte, con una tasa de 13,8 por 100.000 habitantes.

Enfermedades cardiovasculares. La hipertensión arterial es la tercera causa de morbilidad en el grupo de 20 a 59 años y la primera en el grupo de 60 y más. En la morbilidad general ocupa el sexto lugar.

Tumores malignos. En 1993 se registraron 3.128 tumores malignos (42,9% en hombres y 57,1% en mujeres), con una tasa de 123 por 100.000 habitantes. El grupo más afectado fue el de mayores de 70 años, con 34,5% del total de casos. En las mujeres el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar, con una tasa de 72 por 100.000 mujeres mayores de 15 años; sigue el cáncer de mama con una tasa de 27,2 por 100.000 mujeres mayores de 15 años. En los varones el tumor más común es el de próstata, con una tasa de 27,2 por 100.000 hombres mayores de 15 años; los mayores de 70 años dan cuenta de 67% del total de casos.

Causas externas. En conjunto, las lesiones no intencionales o accidentes, los suicidios, homicidios y otras formas de violencia ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en 1993, con una tasa de 54,4 por 100.000 habitantes. En las provincias de Colón, Bocas del Toro, Darién y Veraguas estas causas externas ocuparon el primer lugar entre los motivos de defunción. Del total de muertes registradas en 1993 por causas externas, 81,9% ocurrieron en varones.

La tendencia de la mortalidad por causas externas es ascendente, con una tasa de 54,0 por 100.000 en 1992 y 58,3 por 100.000 en 1994. Las defunciones relacionadas con el tráfico ocuparon el primer lugar entre las muertes por causas externas en 1993, con una tasa de 16,3 por 100.000.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La salud ocupa un lugar central en las orientaciones políticas del Gobierno, plasmadas en el documento "Desarrollo Social con Eficiencia Económica". Las orientaciones políticas del Ministerio de Salud para el quinquenio 1994-1999 son las siguientes:

- Refuerzo del liderazgo del Ministerio.
- Fomento de la atención primaria, consolidando un sis-

tema de salud integrado y descentralizado, organizado por niveles de atención.

- Establecimiento de programas de salud ambiental tendientes al desarrollo sostenible.
- Promoción de programas de salud en grupos específicos de población.
- Desarrollo de la capacidad y la responsabilidad individual para una mejor calidad de vida.
- Fortalecimiento de la participación social en la promoción, prevención, atención y gestión de la salud.
- Mejoramiento del uso de fuentes presupuestarias ordinarias y extraordinarias, y búsqueda de otras fuentes de financiamiento para incrementar el presupuesto destinado al sector salud.
- Capacitación de los recursos humanos en las áreas requeridas para el fortalecimiento de los planes y programas nacionales y locales de salud.
- Impulso de las investigaciones en el campo de la salud y difusión de la información y conocimientos científico-técnicos para el desarrollo del sistema de salud.

El proceso de la descentralización con activa participación social es uno de los mecanismos para lograr la eficiencia de la gestión pública. Sin embargo, este proceso de ajuste debe permitir a nivel provincial, municipal y local que se asuma la responsabilidad de la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos transferidos.

La Caja del Seguro Social tiene la misión de garantizar servicios de salud integral frente a los riesgos y daños biopsicosociales, ambientales y laborales de los asegurados, según los principios de universalidad, solidaridad, integridad y equidad, con calidad y de manera eficiente, en el marco de una filosofía de empresa social.

La reformulación de la estrategia de gestión pública, incluidas las políticas de salud, constituye parte integral del proceso de reforma y modernización del Estado en el que se procura mejorar la eficiencia y calidad de los servicios prestados por el sector público. En el sector salud es prioritaria la descentralización, orientada básicamente a la atención primaria, que implica dar prioridad a los grupos humanos postergados, desarrollar el primer nivel de atención y mejorar la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud. Entre otras estrategias, el proceso de reforma y modernización que impulsa el Ministerio de Salud incluye la ampliación de la cobertura de los servicios de salud integral a toda la población; la financiación de la atención de los grupos más vulnerables; el fortalecimiento de la red de servicios del Sistema Nacional de Salud; el desarrollo de mecanismos de financiación del sistema de salud, y el fortalecimiento del papel de la autoridad sanitaria nacional.

El nuevo modelo de financiamiento, gestión y provisión de servicios de salud se implantó en la región sanitaria de San Mi-

guelito en 1997. Este nuevo modelo busca dar cobertura universal a las necesidades y problemas de salud de la población y del ambiente, de manera eficiente, con calidad y equidad, integrando todos los recursos y potencialidades de los sectores público y privado y de la comunidad. El objetivo es que la financiación de los servicios se separe de la Caja del Seguro Social y que la provisión de servicios se separe del Ministerio de Salud. Para ello se establecerá un organismo encargado de la gestión de los servicios hospitalarios y ambulatorios.

La Caja del Seguro Social se ha propuesto un nuevo modelo de atención que garantice el cumplimiento de los principios de equidad, eficiencia, eficacia, efectividad, solidaridad y universalidad. Las acciones de seguimiento de esta propuesta están definidas según niveles de atención. En el primer nivel se propone la descentralización y desconcentración de los servicios, la operación del sistema de envío, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las unidades locales de atención primaria, la prevención de la violencia familiar y la dependencia de sustancias, y la atención domiciliaria. En el segundo nivel de atención se busca fortalecer la capacidad resolutive de las policlínicas, y establecer cirugía ambulatoria, unidades de rehabilitación simple, unidades de corta estancia, hospitales de día, intermedios y para casos crónicos, y un hospital general de segundo nivel en el área metropolitana. En el tercer nivel se busca dividir la gestión del Complejo Médico Hospitalario en dos unidades de diferente complejidad, así como crear una unidad de trasplantes y otra de quemados, y establecer la extensión hospitalaria domiciliaria.

En 1997 se formó la Red Panameña de Municipios Siglo XXI, con el propósito de promover el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias y fomentar la solidaridad, cooperación y comunicación entre los municipios participantes en un programa de municipios saludables.

En el marco de la Iniciativa de Salud de Centroamérica y del Programa "Fronteras Solidarias" se realizan actividades en Changuinola, Barú y Renacimiento, municipios de la zona fronteriza con Costa Rica, en los que se llevan a cabo intervenciones de promoción de la salud y acciones de prevención de enfermedades diarreicas, cólera, malaria, dengue y sida.

Las autoridades de salud han categorizado la violencia como un problema de salud pública y se ha estructurado un plan institucional para su prevención y control. Una comisión nacional multisectorial se encarga de la coordinación de las acciones y el Ministerio de Salud ha puesto en práctica el registro de sospecha de violencia familiar, con carácter obligatorio en las unidades de salud.

Organización del sector salud

La Constitución de la República de Panamá establece como "función esencial del Estado velar por la salud de la población

de la República” e indica que el individuo “como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud”, así como “obligación de conservarla”. Para cumplir estas responsabilidades, el Estado ha creado una serie de instituciones que proveen servicios de salud, de las que las principales son el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y la Dirección Metropolitana de Aseo.

Los servicios de salud de la Caja del Seguro Social se encuentran bajo la responsabilidad de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. Los asegurados de la Caja tienen dos clases de beneficios: prestaciones médicas, dirigidas a la protección integral de la fuerza de trabajo y ejecutadas por la red nacional de servicios de salud de la institución, y prestaciones económicas para los trabajadores en situación de retiro definitivo o temporal por cualquier causa (vejez, invalidez, maternidad, enfermedad, etc.). Las instituciones privadas participan en la Caja del Seguro Social como prestadoras de servicios de salud.

Legislación sanitaria

El anteproyecto de Ley General de Salud se encuentra en la fase de análisis y consulta a nivel interno e institucional. Con respecto al Código de Salud actualmente vigente, la Ley General de Salud esboza la organización del sistema nacional de salud, establece normas relacionadas con la salud y no solo con la enfermedad, incluye elementos referentes a los deberes y derechos de la población en materia de salud y fija un marco de referencia de las responsabilidades del Gobierno, la sociedad civil y los individuos.

En la legislación reciente se han tipificado los delitos de violencia familiar y maltrato de menores y se ha ordenado el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Vigilancia epidemiológica. El sistema de vigilancia epidemiológica está organizado por niveles —local, regional y central— y según la prioridad hay enfermedades de notificación inmediata, de notificación semanal telefónica y de notificación semanal rutinaria. Las enfermedades objeto de vigilancia son las incluidas en el Reglamento Sanitario Internacional, los brotes y epidemias, en especial las de sarampión, rubéola, botulismo, encefalitis, meningitis vírica, intoxicación alimentaria y envenenamientos. Las enfermeda-

des transmitidas por vectores están a cargo de un subsistema específico de vigilancia. Para la vigilancia en las zonas fronterizas existe un comité binacional que se reúne periódicamente y controla las actividades de saneamiento básico, control de vectores, inmunización, y enfermedades emergentes y reemergentes.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades nosocomiales se lleva a cabo desde 1995. Su objetivo es formular estrategias adecuadas para el control de problemas hospitalarios específicos, propiciando el cambio de conductas perjudiciales del personal, la aplicación de prácticas preventivas en el cuidado de los pacientes y el desarrollo de programas de capacitación en servicio.

Agua potable, alcantarillado y residuos sólidos. El manejo de los recursos hídricos lo llevan a cabo el Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales, que han iniciado la elaboración de planes integrales e integrados de vigilancia conjunta. En 1996 se elaboraron las normas de calidad del agua. Se ha iniciado la elaboración de normas de calidad del agua residual. El Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y el Ministerio de Salud son los responsables de aplicar las normas para el control de calidad del agua potable.

A pesar de existir un plan de manejo, recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos, no se ha podido controlar su manejo sanitario. Este es responsabilidad de los municipios, a excepción de los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón que cuentan con una institución autónoma, la Dirección Metropolitana de Aseo, responsable de la gestión de los residuos sólidos. En 1996 los municipios de Panamá y San Miguelito produjeron 845 toneladas diarias de basuras. Estas se transportan al relleno sanitario de Cerro Patacón, donde se les proporciona una disposición aceptable.

Los desechos hospitalarios se mezclan con los residuos comunes, lo que constituye un riesgo para la salud y la seguridad de la población general. Solo se separan los residuos punzocortantes, que se depositan en recipientes rígidos. En 1996 se emitió una norma legal que establece requisitos mínimos para el manejo de desechos peligrosos en hospitales.

Riesgos ambientales. Los riesgos generados por el uso de sustancias químicas en cantidades crecientes son cada vez mayores. Como respuesta institucional se crearon en 1995 la Unidad de Planificación Ambiental y la Subdirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. La prioridad es la ejecución de proyectos de investigación y capacitación que permitan la reducción y eliminación de riesgos de salud ambiental. La alta mortalidad por tumores malignos y anomalías congénitas pueden tener relación con el carácter carcinógeno y teratogénico de las sustancias químicas utilizadas en las activi-

dades agroindustriales y domésticas. De momento, las medidas preventivas, correctivas, de control y de vigilancia de estos riesgos son muy limitadas. Está en marcha un proyecto para conformar una red nacional de vigilancia de productos químicos, que tendría a su cargo el control de la producción, transporte y eliminación de los mismos. También se está desarrollando un plan nacional de respuestas a emergencias por accidentes químicos.

Se ha aprobado una ley que establece límites máximos permisibles de emisión de gases para los automóviles y existen también normas para reducir la exposición al humo del tabaco en edificios públicos y hospitales y otras instituciones de salud.

En 1992 se estableció el Reglamento de Protección Radiológica, que regula el uso de dispositivos generadores de radiaciones ionizantes.

Regulación farmacéutica. El Ministerio de Salud elaboró el Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales y trabaja actualmente en la propuesta para la producción del cuadro básico de medicamentos. La Caja del Seguro Social utiliza la Lista Oficial de Medicamentos, que se somete a revisión cada año con la participación representativa de todas las profesiones de salud y sus gremios correspondientes.

El Ministerio de Salud mantiene el registro de los medicamentos y productos biológicos que pueden comercializarse en el país. Como política específica se promueve el uso de medicamentos genéricos.

Solo se cuenta con un laboratorio especializado de análisis, que atiende los procesos de vigilancia permanente de la calidad física, química y biológica de los medicamentos.

Protección y control de los alimentos. En 1996 se han actualizado la ley y las normas y reglamentos relacionados con los productos cárnicos, lácteos, mariscos, harinas y registro de alimentos. El plan 1994–1999 del Ministerio de Salud incluye una política y un plan de acción sobre inocuidad de los alimentos. Para su vigilancia y control se creó la Comisión Nacional de Protección de Alimentos, integrada por representantes del Ministerio de Salud, otras instituciones públicas y privadas y consumidores.

Los manipuladores de alimentos reciben capacitación para que desarrollen sus actividades con el menor riesgo para la población. A partir de 1996 se inició el sistema de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos, para el que se ha desarrollado una guía específica. Este sistema registró en 1995 10 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.

Para el análisis y control de alimentos se cuenta con cinco laboratorios regionales, el laboratorio central, laboratorios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, el Ministerio de Desarrollo Agropecuario y cuatro laboratorios privados.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En el nivel de atención primaria, la República de Panamá cuenta con 155 centros de salud, 112 subcentros, 376 puestos de salud, 34 policlínicas y 6 dispensarios. En el segundo y tercer nivel existen 37 hospitales, de los que 5, situados en la ciudad de Panamá, ofrecen servicios de tercer nivel. En total prestan servicios de salud 720 establecimientos de diferentes grados de complejidad, 19,6% concentrados en la provincia de Panamá. La Caja del Seguro Social cuenta con 10 hospitales y 27 policlínicas.

En 1995 el Ministerio de Salud prestó 5,6 millones de servicios de salud, de los que 71,2% fueron servicios médicos, 14,8% servicios odontológicos, 10,2% servicios de enfermería y 3,8% servicios de personal técnico. De este total, 10,7% fueron servicios proporcionados en los cinco hospitales nacionales. De los 3,98 millones de consultas médicas de atención ambulatoria (38% más que en 1993), 15,7% se clasificaron como de urgencia y 5,9% fueron atendidas por médicos especialistas.

La Caja del Seguro Social atendió 4,65 millones de consultas médicas en 1996 (31% más que en 1992). Del total de consultas de 1996, 12,5% fueron para no asegurados. Se atendieron 15.946 partos, 18,7% de los mismos con cesárea.

Según los registros de la Caja del Seguro Social, en 1996 la población protegida por esta institución fue de algo más de 1,6 millones de personas, 61,4% de la población panameña. Del total de asegurados, 40,3% son cotizantes y 59,7% dependientes. Desde 1992 el total de asegurados se ha incrementado 19,9%, mientras que los asegurados cotizantes se han incrementado 12,5%. En 1996 había aproximadamente cinco cotizantes activos (545.500) por cada pensionado (116.000).

En 1995 el país contaba con un total de 7.138 camas hospitalarias, de las que 86,5% pertenecían al sector público y 13,5% al privado. La disponibilidad es de 2,7 camas por 1.000 habitantes, muy desigualmente repartidas, con 7,5 camas por 1.000 habitantes en la ciudad de Panamá y solo 1,7 en Veraguas y 1,4 en Coclé. El porcentaje de ocupación nacional es de 61,6%, siendo mayor en los centros públicos (66,3%) que en los privados (33,1%). El promedio nacional de días de estancia hospitalaria es de 5,5 (7,7 días en las instituciones públicas y 4,0 en las privadas). Las 2.090 camas de la Caja del Seguro Social produjeron 77.256 egresos en 1995.

En 1994, del total de consultas de control prenatal 1,6% correspondió a embarazadas de 10 a 14 años y 19,4% a embarazadas de 15 a 19 años. La cobertura de control prenatal en 1995 fue de 89,1% de las embarazadas, con un promedio de 3,1 consultas por embarazada. El 86,5% de los partos se atendieron a nivel institucional; de estos, 16,6% se llevaron a cabo con cesárea.

Una institución importante es el laboratorio del Centro Conmemorativo Gorgas, que realiza diagnósticos serológicos y víricos del dengue y funciona como laboratorio de referencia para los países centroamericanos en el diagnóstico del sarampión y la poliomielitis. Esta institución participa en proyectos de investigación relacionados con la reemergencia del dengue, leishmaniasis, retrovirus, drogas antimaláricas, vacunas ADN recombinantes y epilepsia.

Insumos para la salud

Existe un proceso de registro de medicamentos, previo a su comercialización, y a nivel institucional se han conformado comités de farmacovigilancia para velar por el empleo de medicamentos de calidad, efectivos e inocuos.

La mayoría de los medicamentos adquiridos institucionalmente son importados. Para su adquisición se cuenta con un formulario nacional de medicamentos esenciales y una lista oficial de medicamentos de la Caja del Seguro Social.

La Caja del Seguro Social gastó en 1993 y 1997 aproximadamente 11% de su presupuesto en productos farmacéuticos. En 1993 este porcentaje representó US\$ 22,5 millones y en 1997, US\$ 36,2 millones.

Las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) son suministradas al país por medio del Fondo Rotatorio del PAI.

Actualmente está en proceso de consolidación el departamento técnico de la Dirección General de Infraestructura y Mantenimiento, responsable del mantenimiento del equipo biomédico así como del control de la incorporación de tecnologías nuevas.

Del total del presupuesto asignado en 1995 para inversiones en el Ministerio de Salud, solo 7,1% se utilizó para equipamiento de instalaciones de salud. En comparación con 1994 esto representa una sensible reducción en cifras absolutas y relativas, ya que en 1994 se utilizó 49,6% del presupuesto de inversiones para el equipamiento de instalaciones de salud. En 1996 la Caja del Seguro Social invirtió en compra de equipo US\$ 38,2 millones, 12,2% de su presupuesto para salud, US\$ 5,9 millones, 1,9%, se dedicaron a mantenimiento.

Actividades de salud y acreditación profesional

El Consejo Técnico de Salud está integrado por representantes de las instituciones de salud y de los diferentes gremios sanitarios. Sus funciones son la acreditación de hospitales, clínicas y laboratorios y la autorización de uso de medicamentos restringidos. Actualmente está en proceso de análisis y consulta nacional un anteproyecto de ley para establecer los

requisitos de idoneidad y libre ejercicio para los profesionales y técnicos de salud y crear un Consejo Nacional de Acreditación de Recursos Humanos.

Como recomendación de la Comisión de Especialidades Médicas, se reconocieron oficialmente 95 especialidades médicas.

Recursos humanos

En 1995 el Ministerio de Salud contaba con una plantilla de 21.899 empleados y la Caja del Seguro Social con 12.344. El personal del Ministerio de Salud estaba integrado por 3.702 médicos y odontólogos, 2.566 enfermeros, 2.704 auxiliares de enfermería, 107 veterinarios y agrónomos, 944 funcionarios de laboratorio, 79 nutricionistas, 1.012 funcionarios de farmacia, 471 inspectores de salud ambiental, 541 asistentes y ayudantes de salud, 125 administradores y 39 asesores legales. Los demás funcionarios son otros profesionales y técnicos relacionados con la gestión de salud. Médicos, enfermeros y odontólogos constituyen 28,6% del total de funcionarios; el personal administrativo, 34,3%; el resto, 37,1%.

El personal de la Caja del Seguro Social en 1995 estaba formado por 1.936 médicos, 227 odontólogos, 1.410 enfermeros, 1.450 auxiliares de enfermería, 316 farmacéuticos, 202 técnicos de rayos X, 343 laboratoristas, 806 profesionales de la salud de otras categorías y 1.794 empleados de personal auxiliar.

En 1995 había en Panamá un médico por cada 841 habitantes, un odontólogo por cada 4.576 y un enfermero por cada 1.025. Las regiones de salud que tienen menos recursos humanos de salud por habitante son San Blas, San Miguelito y Darién.

En la Universidad Nacional de Panamá cada año ingresan algo más de 250 alumnos a los estudios de medicina, y anualmente egresan alrededor de 60 médicos. En 1994 se crearon dos escuelas privadas de medicina cuya matrícula ha aumentado rápidamente, hasta 138 estudiantes de primer curso en 1996.

En 1994 egresaron de la Universidad de Panamá un total de 85 enfermeros, 28 farmacéuticos y 28 odontólogos.

En 1997 el país disponía de 4.434 médicos, 1.397 odontólogos, 3.923 enfermeros profesionales, 756 farmacéuticos y 213 especialistas en salud pública.

Gasto y financiamiento sectorial

No es posible estimar el gasto total en salud, debido a que no se cuenta con información sobre el sector privado, ni el gasto directo que hacen las personas en la compra de medicamentos, insumos y exámenes complementarios.

En 1995 el gasto público en salud fue de US\$ 547 millones, cifra que representa 6,9% del producto nacional bruto y 14,5% del gasto público total. En la asignación del gasto público de 1995, la Caja del Seguro Social ocupó el primer lugar con 55%. Al Ministerio de Salud se le asignó 37% y otras instituciones del área social recibieron el 8% restante. El presupuesto total del Ministerio de Salud fue de US\$ 150,1 millones, de los que US\$ 132,6 millones se gastaron en funcionamiento y el resto en inversión. El gasto público total en salud se estimó en US\$ 210 por habitante.

El presupuesto global de funcionamiento del Ministerio de Salud en 1995 tuvo una disminución de casi medio millón de dólares con respecto a 1994.

La Caja del Seguro Social contó en 1996 con un presupuesto total de US\$ 868,6 millones, de los que asignó a salud US\$ 313,1 millones, 36,1% del presupuesto de la institución. Del total asignado a salud, 72,9% se utilizó en gastos de funcionamiento y 27,1% en inversiones.

Los servicios públicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación están financiados básicamente por el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social. Las principales fuentes de financiamiento del sistema de salud estatal son los ingresos corrientes del Gobierno, los aportes obreros y patronales a la Caja del Seguro Social, los fondos extraordinarios captados a través de préstamos y las donaciones de organismos internacionales públicos y privados. También son fuentes de ingresos los pagos por servicios de salud prestados a la comunidad. Los servicios que brinda el Ministerio de Salud a los no asegurados en las instalaciones del primer nivel de

atención tienen un costo de US\$ 0,50 por consulta, el cual constituye una donación del usuario a la instalación y no una retribución basada en el costo de los recursos empleados para su producción. Para la recuperación de costos de los servicios de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y servicios auxiliares o intermedios, el pago se establece mediante tablas y el cobro se hace según la capacidad de pago del usuario.

En 1995 el presupuesto del Ministerio de Salud tuvo las siguientes fuentes de financiamiento: 74,4% de fondos nacionales, 12,1% de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, y 13,5% de fondos externos procedentes entre otros de la Unión Europea y el Japón.

Cooperación técnica y financiera externa

La cooperación financiera externa presenta un comportamiento irregular, debido generalmente a los indicadores positivos de salud. Entre los organismos de cooperación externa que proporcionan apoyo técnico a Panamá en los últimos años destacan la OPS/OMS, el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Unión Europea, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón y la Agencia Española de Cooperación Internacional. Todos estos organismos proporcionan cooperación técnica y cooperación financiera no reembolsable. El BID y el Banco Mundial otorgan préstamos "blandos" y a largo plazo. Ambos apoyan el desarrollo del nuevo modelo de atención y los procesos de reforma y modernización del sector salud.