

4.6 RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

4.6.1 Introducción

Los diagnósticos de salud, constituyen un valioso instrumento que sirve primordialmente para orientar a quienes deban decidir sobre proyectos de desarrollo.

El presente documento muestra los aspectos más relevantes del perfil epidemiológico de la Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá (ROCC).

Se parte de la situación de la red de salud del área, describiendo y analizando la situación de accesibilidad geográfica, la oferta del recurso humano, cobertura de servicios, sistema de referencia y accesibilidad económica. Estos resultados dejan clara evidencia de los altos niveles de postergación de esta población.

Se describe, además la situación de Morbimortalidad del área, para lo cual se consultaron diversas fuentes: estadísticas de la región, muestreo de expedientes, entrevistas a funcionarios del nivel local y regional y encuesta de campo. El perfil de mortalidad indica, que pese a tener entre las principales causas las mismas que el país, el análisis de causa por corregimiento involucrados en la cuenca, indica que hay causas de muertes que ilustran de manera fehaciente el nivel de postergación de esta población como lo son: muertes por gastroenteritis, desnutrición, diarrea, por causas obstétricas.

En relación a la morbilidad, los resultados encontrados presentan un panorama típico de las áreas pobres y rurales; con bajos niveles educativos y de saneamiento básico. Las enfermedades infecciosas, ocuparon en todos los grupos, en todas las áreas y fuentes los primeros lugares, al igual que las producidas por contacto o consumo de aguas contaminadas.

Dentro de las enfermedades producidas por vectores solo la leishmaniasis cutánea apuntó como la prevalente en el área, siendo la única de aparente relevancia epidemiológica, ya que la capacidad diagnóstica del área es baja, por lo que no se descarta la presencia de otras patologías asociadas a vectores pero que no están registradas. La leishmaniasis, pareciera estar en aumento en el área.

Los resultados encontrados, dejan clara evidencia de la alta vulnerabilidad de esta población a padecer de enfermedades asociadas a las condiciones del medio.

El presente documento es un instrumento de referencia, útil para la toma de decisiones sobre el futuro de la región occidental de la cuenca del canal de Panamá.

4.6.1.1 Objetivos del Estudio

1. Análisis la red de servicios de la Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá desde la perspectiva de infraestructura, recursos humanos, sistema de referencia, accesibilidad y cobertura de servicios.
2. Determinación del perfil epidemiológico de la Región Occidental de la Cuenca.
3. Análisis de la evolución de la condición epidemiológica encontrada, con miras a puntualizar los grupos de riesgos potenciales y más vulnerables, en la Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá.
4. Señalar los posibles factores asociados al perfil epidemiológico encontrado en la Región Occidental de la Cuenca.

4.6.1.2 Metodología

Tipo de Estudio:

El estudio realizado es Epidemiológico Descriptivo Ambipectivo, ya que es el punto inicial, para determinar el estado actual del perfil epidemiológico del área, determinándose la frecuencia de los fenómenos del proceso salud-enfermedad (prevalencia e incidencia) dando los puntos de partida o línea base para estudios analíticos posteriores sobre la situación Epidemiológica del área. Es ambipectivo, ya que se revisaron las características fundamentales de las variables epidemiológicas de persona y lugar, tomándose datos de indicadores de años anteriores y actuales más recientes de la Regiones de impactación, utilizando técnicas de Investigación cuantitativas y cualitativas.

Descripción del Área de Estudio:

Las áreas de salud involucradas en el estudio son: Panamá Oeste, Coclé y Colón. Dentro de cada región, existen instalaciones de salud: Centros o Puestos de Salud inmersos dentro de las 3 subcuencas de la Región Occidental: Coclé del Norte, Río Indio y Caño Sucio.

Población y Muestra:

El estudio involucró a los 41,003 habitantes, esto incluye a los 35,727 habitantes que según datos de la Contraloría General de la República, viven en la Región Occidental de la Cuenca y 5,276 habitantes, que corresponden a las comunidades satélites que están bajo la responsabilidad de las instalaciones de salud, que están inmersas en ROCC. No se pudo segregar esta población, puesto que los registros e información de salud existentes se codifican por instalación y no por el domicilio del usuario. El análisis se realizó por poblaciones atendidas por instalaciones de salud del área, y esta población esta bajo responsabilidad de las mismas.

La muestra tomada en los expedientes involucra a 1245 pacientes o usuarios, que fueron atendidos en las instalaciones de salud ubicadas en las subcuencas.

Muestreo de Expedientes:

Para el muestreo de expedientes se utilizó el Tipo No probabilístico por cuotas. No Probabilístico, porque según Polit (1991) no se estableció la probabilidad de selección que tenía cada elemento de la población atendida en los puestos para integrar la muestra. Por cuotas ya que se les asignó a los asistentes y otro personal de salud de área cuotas de expedientes por instalación de salud existente en el área.

Para calcular el número de expedientes por puestos se utilizaron los siguientes parámetros. Para una muestra de una sola cola, en esta fórmula no se necesita la N o total de expedientes, ya que es desconocida.

- Proporción de la población prevista: Se desconoce cual es el porcentaje real de utilización de las instalaciones de salud, por ser desconocida se fijo en 50% = 0.5
- Nivel de Confianza: 95%
- Precisión Absoluta: 0.10

El resultado, según la tabla de Lwanga (1991) es de 96 expedientes por instalación de salud. Para la selección de expedientes se indicó un intervalo de 5, ya que muchos asistentes archivan por familia. De esta manera se disminuyó el sesgo de selección.

La n o muestra obtenida fue de 1245 expedientes. No todos los puestos remitieron los instrumentos. Esta n variará según la cuenca y centros que estén involucrados en el área.

Con esta muestra se obtuvieron datos que servirán de indicadores bases que ayuden a la comparación, para estudios analíticos futuros.

El principal criterio de selección de los expedientes que salieran en el muestreo era la última fecha de atención. Se les indicó que la fecha debería estar enmarcada de: Febrero del 2000 a febrero del 2001. Todo expediente que estuviese fuera de este rango no debería ser considerado.

OTRAS FUENTES:

- Entrevista a Epidemiólogos Regionales: Se entrevistaron a todos los epidemiólogos regionales, 3 en total.
- Entrevista a los asistentes de Salud: 12 en total: 7 de la Región de Salud de Coclé, 2 de la Región de Salud de Colón y 3 de la Región de Salud de Panamá Oeste.
- Entrevista a Gerentes Regionales: Planificadora Regional de Coclé y Colón y Jefe de provisión de Servicios de Panamá Oeste.

- Entrevista a los Directores Médicos y de Enfermería de los Centros de Salud de: Toabre, Coclesito, Chiguirí Arriba, Capira, El Espino, Icacal, Palmas Bellas.

Técnica de Recolección de Datos:

La técnica de Recolección de Datos fue de orden cualitativa y cuantitativa: Cuantitativa a través de datos numéricos proporcionados en las diversas fuentes y luego procesado según este tipo de estudio: cifras absolutas y relativas: tasa, razones y proporciones.

La técnica cualitativa se hizo a través de entrevistas estructuradas al personal de salud y gerentes del área. Además, en las visitas de reconocimiento, se entrevistaron a moradores de la comunidad. Estos elementos dieron argumentos cualitativos para el análisis de los datos e información recopilada.

Las fuentes utilizadas fueron:

Fuentes Secundarias:

- Expedientes de Puestos y Centros de Salud para los datos de morbilidad
- Información de la Contraloría General de la República: Mortalidad
- Informes Estadísticos del MINSA
- Informes de Estudios de Salud
- Registros Estadísticos de Giras
- Registros Estadísticos de Morbilidad por Instalación de Salud de cada Región.

Fuentes Primarias:

- Entrevistas a Asistentes de Salud y Prestadores de servicios de los Puestos de Salud localizados en el áreas de estudio.
- Entrevista a Personal de Salud: Directores, Médicos, Enfermeras de los Centros de Referencia
- Entrevistas a Gerentes Regionales y Epidemiólogos Regionales y del nivel Central.
- Encuesta aplicada a la comunidad.

Procedimiento para la Recolección de los Datos:

Para la recolección de los datos se realizaron los siguientes pasos:

- Revisión de los términos de referencia.
- Revisión y selección de la documentación existente
- Entrevista con jefes regionales, para viabilizar la recolección de Información
- Confección de Instrumentos
- Cálculo de Muestra
- Selección de instalaciones de salud involucradas y por cuenca,
- Inventario de Infraestructura de los Recursos Humanos de Salud existentes.
- Elaboración de Instrumentos para la recolección de la Información

- Visita de Reconocimiento
- Reunión con asistentes de Salud, para explicar muestreo y entrevistarlos
- Entrevista a Epidemiólogos a nivel nacional y regional.

Instrumentos:

Se confeccionaron 3 instrumentos para la recolección de los datos:

El mismo fue probado con un grupo de 5 asistentes en el Hospital de Coclesito. Una vez aplicado se procedió a calcular su confiabilidad. Para tal fin se utilizó el Coeficiente alfa de Cronbach, el cual usa como parámetro la n o total de la muestra, y la varianza por items. El resultado de la prueba determinó que la confiabilidad estaba por debajo de 0.8 (valor mínimo para ser confiable). Se procedió a corregir el instrumento, básicamente la pregunta que involucraba la causa o diagnóstico consignado en el expediente.

Una vez corregida la pregunta, (no se podían consignar diagnóstico, ya que el asistente no está facultado), se probó nuevamente. Al calcular la confiabilidad, dio por encima de 0.8. Lo que indica que es aceptable su confiabilidad. (Valor máximo de confiabilidad de 1).

1. Encuesta Socioeconómica aplicada en la comunidad.

En el macroinstrumento aplicado se incluyeron 3 preguntas del componente de Epidemiología, las cuales incluían aspectos de Morbilidad, Mortalidad y uso de los asistentes de salud. Detalles metodológicos explicados en otra sección del informe)

Para el análisis de vulnerabilidad se utilizó el Instrumento: Evaluación Ambiental Rápida, sugerido por la Organización Panamericana de la Salud, (Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX), para evaluar de manera objetiva la vulnerabilidad ambiental de una comunidad o segmento. Mide la existencia o no de enfermedades y riesgos de contaminación ambiental de manera cuantitativa, de manera tal de medir la magnitud de la vulnerabilidad de la población que reside en el área de estudio.

Procesamiento de los Datos:

1. Encuestas de Expedientes y Estadísticas de Giras:

- Codificación de la Información: Como el estudio es Epidemiológico, se estableció una clasificación de los datos obtenidos de los expedientes, basada en la Relación del Medio Ambiente con el Proceso Salud- Enfermedad, según fuentes de la Organización Panamericana de la Salud y Experiencia de un Médico Salubrista. (Ver Anexo).
- Clasificación de los Datos: Se agruparon los datos, según guía confeccionada

- Capturación de los datos: Se capturaron los datos en base de datos de EPIInfo.
 - Tabulación: Se realizó por Grupos Etareos y Morbilidad General, según parámetros establecidos en el MINSA, además se clasificaron los datos por subcuencas.
2. Registros Estadísticos de Morbilidad por Institución:
- Capturación de datos, ya que la fuente está codificada.
 - Tabulación: Al igual que el resto de la Información se agrupo por Grupos Etareos y Morbilidad General, según parámetros establecidos en el MINSA, además se clasificaron los datos por subcuencas.
3. Entrevistas:
- Los datos obtenidos a través de las entrevistas se consolidaron en tablas.

Análisis de Resultados:

Para la tabulación de la información se utilizó el procesamiento automatizado de datos: EpiInfo versión 6.

Se calcularon los indicadores indicados en este tipo de estudios. La información de tipo cualitativa se resumió en cuadros llamados Matriz de información. Esta información sirvió de base para el análisis de la información.

4.6.2 Resultados

4.6.2.1 Situación de los Servicios de Salud en la Región Occidental del Canal de Panamá

A. Situación de la red de servicios

- **Infraestructura física existente**

La Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá se caracteriza por contar con treinta y nueve instalaciones de salud que conforman una red localizada en las distintas comunidades rurales existentes en el área.

El tipo de instalaciones predominante son conocidas como Puestos de Salud (36 edificios) y constituyen la infraestructura básica dentro de la clasificación oficial de establecimientos de salud de Panamá. Los Puestos de Salud son instalaciones pequeñas (2 cubículos) atendidas por personas de la comunidad que han sido capacitados por el Ministerio de Salud y que reciben el nombre de Asistentes de Salud. Los Puestos de Salud deben poseer un equipamiento consistente en neveras para conservar las vacunas, instrumental para atención de partos y pequeñas heridas, camilla para examen, material para curaciones sencillas, tallímetro, pesas de adultos, de niños, aparato para medir la presión arterial, estetoscopio, entre otros y

algunos muebles de oficina como pupitre y archivador. En la Región en estudio algunos Puesto no cuenta con ello o están en malas condiciones).

Los Centros de Salud que constituyen otro tipo de instalación existente. Los mismos tienen un mayor tamaño puesto que tienen varios cubículos para la atención médica, actividades de enfermería, odontología, farmacia, además de otros muebles de oficina similares a los del Puesto pero en mayor número. Otro tipo de instalación con mayor tamaño, recursos humanos y equipo son los Centros de Salud con cama. (ver cuadro No. 4.6.1)

En general en el área de la Región Occidental existen 36 Puestos de Salud, 1 Centro de Salud con camas (orientado a la atención materno-infantil sin excluir adultos) y dos Centros de Salud sin cama.

- **Recursos Humanos**

Dentro de las área de estudio de la Región Occidental de la Cuenca laboran 32 Ayudantes de Salud (cuyo nivel de formación académica es muy elemental), 4 médicos generales, 5 Enfermeras, 6 auxiliares de enfermería y 3 médicos odontólogos quienes ofrecen atención a la población residente en esta región. Ver Cuadro No. 4.6.2.

Los médicos, enfermeras y odontólogos están ubicados en el área de la subcuenca de Coclé del Norte. Como área de estudio Caño Sucio y Río Indio no cuentan con esta clase de recurso humano.

Con el propósito de conocer cual es la disponibilidad del recurso nuclear básico de la atención curativa como lo es el médico, en relación a la población de la ROOC y utilizando la cifra de 1 médico por cada 3,000 (en referencia a los propuesto por el Dr. Manuel Escala para las zonas rurales) dicha Región cuenta con .29 médico por 3,000 habitantes. Al aplicarse el criterio internacional para países, este sería de .97 por 10,000 habitantes en la ROCC.

Esta Razón de recurso médico expresa la gran falta de equidad en materia de atención curativa.

Al aplicar los mismos criterios considerando al Asistente de Salud como recurso nuclear de la atención curativa/preventiva en este nivel de atención la razón es de 2.33 Asistentes de Salud por 3,000 habitantes, lo que demuestra una relación aceptable de este recurso humano.

Cuadro No. 4.6.1
Instalaciones de Salud existentes dentro de la Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. Agosto 2001

Total	No. De instalaciones	No. Habitantes
	39	7898
Centro de Salud de Coclesito	1	661
Centro de Salud de Toabré	1	559
Centro de Salud de Chiguirí Arriba	1	729
Puesto de Salud de Embarcadero de Cascajal	1	120
Puesto de Salud de Boca de Toabré	1	127
Puesto de Salud de Arenal Grande	1	78
Puesto de Salud de Cutevilla	1	372
Puesto de Salud de San Juan de Turbe	1	68
Puesto de Salud de Limón	1	108
Puesto de Salud del Alto de San Miguel	1	225
Puesto de Salud de San Isidro	1	129
Puesto de Salud del Guayabo	1	95
Puesto de Salud de Tulú Centro	1	278
Puesto de Salud de Coclé del Norte	1	376
Puesto de Salud de Miguel de la Borda	1	
Puesto de Salud de San Cristóbal	1	79
Puesto de Salud de Boca de Uracillo*	1	92
Puesto de Salud de El Jobo de Río Indio*	1	33
Puesto de Salud de Limón #1	1	56
Puesto de Salud de La Encantada	1	115
Puesto de Salud de Santa Rosa	1	59
Sub-centro de Salud de Boca de Río Indio	1	230
Puesto de Salud de Guásimo (P)**	1	50
Puesto de Salud de Tres Hermanas	1	196
Puesto de Salud de Molejón	1	273
Puesto de Salud del Cascajal	1	342
Puesto de Salud de Las Lajas	1	71
Puesto de Salud de San Miguel Centro	1	710
Puesto de Salud de Lurá Centro	1	328
Puesto de Salud de Sardina	1	56
Puesto de Salud de Tucué	1	259
Puesto de Salud de La Palma	1	97
Puesto de Salud del Jordanal	1	193
Puesto de Salud de Claras arriba	1	392
Puesto de Salud de Río Indio Nacimiento	1	39
Puesto de Salud de Santa Rosa #1	1	131
Puesto de Salud de Ciri Grande	1	30
Puesto de Salud de Las Marías	1	107
Puesto de Salud de U-Centro***	1	132

Fuente: Contraloría General de la República, Censo año 2000, según localidades de la Cuenca Occidental. Informe para Dames & Moore. 2001 y .Departamento de Epidemiología de las Regiones de Salud de Coclé, Colón y Panamá Oeste. Agosto 2002.

*Sin recurso humano. **Parte de El Guásimo. ***Parte de la comunidad.

*Sin recurso humano. **Parte de El Guásimo.

Cuadro No. 4.6.2
Tipo de Recurso Humano de Salud en la
Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. Agosto 2001

Tipo de Recurso Humano	Total	Porcentaje (%)
Total	50	100
Médico	4	8
Odontólogo	3	6
Enfermera	5	10
Auxiliar de Enfermería	6	12
Ayudante de Salud	32	64

Fuente: Entrevista a los Directores de los Centros de Salud y Departamentos de Epidemiología de las Regiones de Salud de Coclé, Panamá Oeste y Colón. Agosto 2001.

*Se refiere al recurso nuclear básico dedicado a la atención directa de la morbilidad y/o a las acciones de carácter preventivo y de promoción de salud.

Sin embargo el Asistente de Salud fue diseñado como el recurso humano capacitado en salud curativo/preventivo para atender pequeñas poblaciones, las cuales en principio debían ser de más o menos 100 habitantes. Si aplicamos este concepto la razón sería de .07 Asistentes, lo que también demuestra que aún existiendo un número de 32 Asistentes de Salud en la Región resulta insuficiente como elemento básico de la estrategia de atención primaria en salud.

Tal como se observa al relacionar las cifras del cuadro No. 4.6.2, el 64% del recurso humano está constituido por los Ayudantes de Salud. Los médicos constituyen el 8%, los odontólogos el 6%, las enfermeras y auxiliares de enfermería el 10 y 12% respectivamente.

Existen varias razones por las que el Ayudante de Salud es el recurso humano que prevalece; una de ellas es que hace mas de dos décadas (1979) se estableció la dotación de este tipo de personal como parte de las estrategias de atención primaria para confrontar el perfil epidemiológico de carácter infeccioso existente y de la necesidad de proveer a la población de esta zona, de algunos servicios básicos de atención preventiva en materia de salud materno infantil.

Esto sustentado en la dificultad para establecer instalaciones de mayor capacidad en razón de la dispersión de la población y las otras limitantes de tipo geográfico.

Política que aparentemente se mantiene puesto que durante los últimos cinco años sólo se incrementó el número de médicos en 4 unidades, 5 enfermeras y 3 odontólogo particularmente en la subcuenca de Coclé del Norte, lo que mantiene a

la población en un grado de vulnerabilidad frente a la morbilidad y mayor riesgo de muerte, cuando las acciones de promoción y prevención no son efectivas ni eficaces.

El tipo de recurso humano en una instalación de salud define de manera radical la clase de respuestas que puede ofertar la misma en cuanto a calidad de atención a la población, fundamentalmente cuando se trata del diagnóstico precoz y atención curativa oportuna y de rehabilitación física y mental.

- **Sistema de Referencia**

El sistema de referencia dentro del área de estudio de la Región Occidental funciona según las líneas oficiales, con base en los Puestos de Salud desde donde se refiere en caso de ser necesario (de acuerdo al criterio de los Ayudantes de Salud) a los Centros de Salud más cercanos. Ver Cuadro No. 4.6.3.

En no pocas ocasiones la localización de la residencia y no del Puesto de Salud determina hacia donde se refiere puesto que el flujo natural (geografía, rutas habituales) juega un papel importante además de los vínculos económicos y culturales (mercados hacia donde fluyen sus productos, centros donde se encuentran otros familiares y otras causas religiosas y culturales por ejemplo las parroquias a las que pertenecen).

Los Puestos de Salud refieren en el área de Coclé del Norte al Centro de Salud de Coclesito como primera opción. Sin embargo es posible que los Puestos más distantes a dicho Centro lo hagan a otras instalaciones de Colón (caso del Puesto de Salud de Coclé del Norte quien puede referir por accesibilidad geográfica (próximo al mar) al Centro de Salud de Icacal o al Hospital Amador Guerrero en ciudad Colón) o al Centro de Salud de La Pintada (Provincia de Coclé) en el caso de las comunidades que se comunican directamente con la carretera de Llano Grande - Coclesito.

Los Puestos de Salud del área de la subcuenca de Río Indio que están cerca de las riveras del río (áreas de drenaje), lo hacen hacia los Centros de Salud de la Costa Arriba de Colón (Centro de Salud de Icacal, Palmas Bellas) o hacia el Hospital Amador Guerrero en la ciudad de Colón.

Los Puestos de Salud que están más distantes de este río y más próximos al área de Panamá Oeste refieren hacia el Centro de Salud de El Espino en el área de Capira o hacia el Hospital Nicolás Solano en La Chorrera. A excepción de Las Marías y U-centro, que se refieren hacia los centros del Distrito de Penonomé.

Cuadro No. 4.6.3
Centros de Referencia Habituales según las Instalaciones de salud existentes en la
Región Occidental de la Cuenca. Año 2001

Instalaciones	Centros de Referencia
Centros de Salud	
Centro de Salud de Coclesito	Hospital Aquilino Tejeira
Centro de Salud de Toabré	Hospital Aquilino Tejeira
Centro de Salud de Chiguirí Arriba	Hospital Aquilino Tejeira
Puestos de Salud	
Embarcadero de Cascajal	Centro de Salud de Coclesito
Boca de Toabré	Centro de Salud de Coclesito
Arenal Grande	Centro de Salud de Coclesito
Cutevilla	Centro de Salud de Coclesito
San Juan de Turbe	Centro de Salud de Coclesito
Sardina	Centro de Salud de Coclesito
Limón	Centro de Salud de Coclesito-El Copé
Molejón	Centro de Salud de Coclesito-La Pintada
Cascajal	Centro de Salud La Pintada
Las Lajas	Centro de Salud La Pintada
Tulú Centro	Centro de Salud de La Pintada-Penonomé
Alto de San Miguel	Centro de Salud de Toabré-Penonomé
San Isidro	Centro de Salud de Toabré-Penonomé
Guayabo	Centro de Salud de Toabré-Penonomé
Lurá Centro	Centro de Salud de Toabré-Penonomé
Tucué	Centro de Salud de Toabré-Penonomé
San Miguel Centro	Centro de Salud Toabré-Chiguirí Arriba
Coclé del Norte	Centro de Salud de Icacal-Colón
Miguel de la Borda	Centro de Salud de Icacal-Palmas -Colón
San Cristóbal	Centro de Salud de El Espino-Penonomé
Boca de Uracillo*	Centro de Salud de Icacal-Colón
El Jobo de Río Indio*	Centro de Salud de Icacal-Colón
Limón #1	Centro de Salud de Icacal-Colón
La Encantada	Centro de Salud de Icacal-Colón
Santa Rosa	Centro de Salud de Icacal-Colón
Guásimo (P)	Centro de Salud de Icacal-Colón
Tres Hermanas	Centro de Salud de El Espino-Chorrera
Jordanal	Centro de Salud de El Espino
Clarar arriba	Centro de Salud de El Espino
Río Indio Nacimiento	Centro de Salud de El Espino
Santa Rosa #1	Centro de Salud de El Espino
Ciri Grande	Centro de Salud de El Espino
La Palma	Centro de Salud de Penonomé-Hospital
Las Marías	Centro de Salud de Penonomé-Hospital
U-Centro	Centro de Salud de Penonomé-Hospital
Sub-Centro de Salud	
Sub-centro de Salud de Boca de Río Indio*	Centro de Salud de Icacal-Colón

*Periódicamente (una vez por semana en el momento del estudio) esta instalación es visitada por el personal médico de Icacal.

Según se aproximen hacia el corazón del corregimiento de Río Indio del distrito de Penonomé lo pobladores son referidos hacia los Centros de Salud de Toabré, de Penonomé, Centro de Salud de Penonomé o al Hospital de Penonomé.

Los habitantes de las comunidades de Toabre y Chiguirí arriba utilizan los centro de salud de sus comunidades, además de otros poblados próximos a ellos, particularmente de las Subcuencas de Coclé del Norte y de Caño Sucio.

- **Accesibilidad geográfica de la red de instalaciones**

Tal como se observa en los cuadros mencionados con anterioridad sobre el número de instalaciones existente en todas las subcuencas en estudio de la Región Occidental de la Cuenca del Canal, aparentemente existe un considerable número de instalaciones que hacen accesible, geográficamente, los servicios de salud a la población.

Cada centro o puestos de salud tiene dentro de su radio de responsabilidad más de 3 comunidades “satélites” las mismas, muchas veces se encuentran entre 1 y 3 horas de distancia mediante los medios disponibles excepto vehículo a motor. Ver diagramas en anexo 3.

El 21.62% de los habitantes que residen en la Región Occidental cuentan con acceso directo a por lo menos un tipo de instalación y recurso humano calificado de salud.

Cuadro No. 4.6.4
Porcentaje de la Población según tipo de Acceso Geográfico a las Instalaciones de Salud. Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. Agosto 2001.

Tipo de Acceso	No.	%
Total	41,003**	100
Con acceso directo	8,867	21.62
Sin acceso directo	32,136	78.38

** Incluye la población de las Comunidades satélites a atender en cada instalación de salud

Fuente: Censo de la contraloría del año 2000 según localidades.

De hecho el 78.38 de los 41003 habitantes debe transitar más de 1 hora y algunos hasta 3 o cuatro horas para acceder a tales recursos.

Al considerar cuántos habitantes residen en lugares a menos de 1 hora de una instalación con el recurso humano de la categoría de médico, solo el 5.97 tienen acceso directo a dicho recurso. De manera que el 94.03 carece de este tipo de atención al alcance sin tener que recorrer horas por senderos y caminos tortuosos, sumados al costo

que ocasiona el tener que trasladarse hacia sitios más distantes o a las ciudades más próximas (Penonomé, Chorrera o Colón).

Si bien es cierto que las tendencias de las últimas décadas plantean la atención de prevención y promoción de la salud como estrategias fundamentales para confrontar las patologías de carácter infeccioso, predominante en estas zonas, situación a la que se ha intentado dar respuesta mediante la estrategia más económica y para muchos eficaces no es posible desconocer el principio de equidad en los servicios.

Sobre todo considerando que el carácter infeccioso del perfil epidemiológico observado en las subcuencas requiere de intervenciones oportunas y de un nivel de conocimientos idóneos dentro del esquema de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad es decir que cuando se presentan independientemente de las razones (falta de efectividad y eficacia del sistema en función en los niveles requeridos) el acceso a los servicios médicos juegan un importante papel para evitar el deterioro, los efectos discapacitantes de la enfermedad o la muerte como generalmente ocurre.

- **Oferta y Demanda de Servicios**

El 56.55% de los servicios que se ofertaron durante el año 2000, en la red de Puestos de Salud por los Ayudantes de Salud fueron utilizados para controles de salud y el 43.45% fueron utilizados para atender la demanda por morbilidad. Cuadro No.4.6.5.

Estas cifras indican claramente el énfasis que el sistema hace en la prevención dentro del proceso salud enfermedad toda vez que se dedica más del 50% del tiempo a este tipo de actividades como lo constituyen los controles de salud.

Sin embargo las cifras de atención por morbilidad indican cuan importante continúan siendo los servicios de tipo curativo e incluso por el volumen de consultas que se observa en las giras con presencia del médico, pudiesen representar solo una ínfima cifra de la demanda potencial existente dadas las condiciones del medio, pero que debido a que el Ayudante de Salud no posee el nivel de respuesta requerida no se muestran en los servicios ofertados por el mismo.

Cuadro No. 4.6.5
Demanda de consulta más frecuente, según tipo de consulta ofertada,
en los Puestos de Salud de la Región Occidental de la Cuenca del
Canal de Panamá. Año 2000

Tipo de consulta	Número de Casos	Porcentaje
Total	1,793*	100
Control de Salud	1,014	56.55
Morbilidad	779	43.45

Fuente: muestreo de expedientes de los Puestos de Salud de la Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. Datos del período Febrero 2000- 2001. Excluye el Puesto de Salud de la Palma en la Subcuenca de Caño Sucio del cual no se obtuvo datos.

- **Coberturas de Vacunación en la Región Occidental de la Cuenca del Canal.**

Según las coberturas de vacunación estudiadas, puede decirse que el estado de las mismas reflejan durante los primeros semestres del 2000 y del 2001 algunas coberturas muy buenas y otras deficientes. Las cuales corresponden a los Distritos y Corregimientos involucrados en el Estudio y bajo la responsabilidad de tres Regiones de Salud: Coclé, Panamá Oeste y Colón.

Si bien al finalizar cada período se observa mejoría en las coberturas respecto a los primeros semestres, este comportamiento no es sostenido y se caracteriza por períodos de coberturas muy bajas (debajo del 50% durante los primeros seis meses y debajo del 95% al finalizar el año) especialmente durante el año 2000.

Por ejemplo estuvieron por debajo de las metas las coberturas en los Distritos de Chagres (especialmente la B.C.G.), Donoso (en todas las vacunas) y La Pintada (en todas las vacunas excepto la B.C.G), Capira y Penonomé (particularmente la que previene el Sarampión).

Durante el Primer semestre del 2001, estas deficiencias se repiten en los Distritos de Penonomé y la Pintada (excepto en la B.C.G.). Igual situación se dio en este período en las poblaciones cubiertas por el Centro de Salud de Icacal (particularmente la vacuna del sarampión) que incluye poblados del Distrito de Donoso ubicados en las áreas del presente estudio.

Dichas inconsistencias en las coberturas hacen la región vulnerable sobre todo al deducirse de ello la existencia de bolsones de población sin inmunizar, lo que de manera acumulativa va dejando una población susceptible a dichas enfermedades y crea las posibilidades de brotes epidémicos.

Las coberturas en Cirí de los Sotos, Cirí Grande (subcuenca de Río Indio), en todos los tipos de vacuna es buena, superando al 100% en casi todos los tipos de vacuna. Igual situación ocurre, en los distritos de Chagres y Capira, en las vacunas de Anti Polio, Sarampión y DPT.

Cuadro No. 4.6.6
Cobertura de Vacunación por Distrito y Según tipo de Vacuna. Provincia de Coclé. Ier. Semestre 2001.

Tipo de vacuna	Distrito		
	Provincial (%)	Penonomé (%)	La Pintada (%)
Cobertura total	95	-	-
BCG	50.7	57.8	51.1
Sarampión	48.5	48.8	46.6
D.P.T./Pentavalen	45.9	47.7	46.3
Te			
Polio	45.9	41.7	46.3

Fuente: Registros Estadísticos de la Región de Salud de Coclé.

Cuadro No. 4.6.7
Porcentaje de Cobertura de Vacunación por Tipo y según Distrito. Provincia de Coclé. Primer Semestre. Año 2000

DISTRITO	TIPO DE VACUNA			
	B.C.G.	SARAMPIÓN	D.P.T.	POLIO
PROVINCIAL	52.2	44.8	47.0	47.5
AGUADULCE	48.5	48.1	50.5	50.6
ANTÓN	46.9	41.7	45.4	44.6
LA PINTADA	48.5	43.9	47.2	48.2
NATA	44.5	55.5	54.3	54.6
OLA	46.2	41.4	34.5	35.9
PENONOMÉ	60.8	43.5	45.9	47.1

Fuente: Oficina de Depósito de material Biológico, Coclé. Agosto 2001.

Cuadro No. 4.6.8
Porcentaje de Cobertura de Vacunación por Tipo y según Distrito. Provincia de Coclé. Año 2000

DISTRITO	TIPO DE VACUNA			
	B.C.G.	SARAMPIÓN	D.P.T.	POLIO
PROVINCIAL	104.4	93.4	92.3	93.5
AGUADULCE	100.8	98.7	84.1	95.2
ANTÓN	95.5	91.2	84.6	84.0
LA PINTADA	100.5	85.0	87.3	87.8
NATÁ	84.4	115.3	107.2	107.2
OLÁ	104.8	77.9	84.1	84.8
PENONOMÉ	117.5	91.8	95.7	98.4

Fuente: Oficina de Depósito de material Biológico, Coclé. Agosto 2001.

Cuadro No. 4.6.9
Coberturas de Vacunación en Menores de un (1) año, por Distritos y Centros de Salud, Subcuenca de Río Indio. Acumulado hasta Diciembre del 2000.

Distritos	Pob. < de 1 año	BCG	Polio	Sarampión	D.P.T.
		% de cobertura	% de cobertura	% de cobertura	% de cobertura
Donoso	398	37.6	92.9	90.4	92.9
Chagres	261	73.9	115.3	112.2	115.7
Capira	819	117.3	98.4	91.2	98.9

*según la Organización Panamericana de la Salud se considera buena cobertura un 95 % o más de la población blanco.

Fuente: Registros estadísticos del departamento de Epidemiología de la Región de Panamá Oeste y Colón

Cuadro No. 4.6.10
Coberturas de vacunación en menores de (1) año Centro de Salud de Icacal, durante el primer semestre del año 2000 y el primer semestre del año 2001

Centro de Salud de Icacal	Población < de 1 año.	B.C.G.	POLIO	SARAMPION	D.P.T.
Primer semestre año 2000.	66	59.0	68.1	45.4	68.1
Primer semestre año 2001.	53	58.4	111.3	92.4	111.3

Fuente: Informes mensuales enviados por los Centros de Salud. Dpto. de Epidemiología, Región de Salud de Colón. Año 2001.

Cuadro No. 4.6.11
Coberturas de Vacunación en Menores de un (1) año, por Corregimiento de la Subcuenca Río Indio. Distrito de Capira. Año 2000.

Corregimientos	Población < de 1 año	D.P.T.	POLIO	SARAMPION	B.C.G.
Cirí de los Sotos	66	119.7	119.7	104.5	145.4
Cirí Grande	123	95.1	95.9	90.2	130.1

Fuente: Dpto. Epidemiología Región de Salud de Panamá Oeste. Año 2001.

- **Preferencia de Uso de los Servicios de Salud en la Región Occidental de la Cuenca del Canal**

Las familias que residen en la Región Occidental de la Cuenca del Canal generalmente prefieren utilizar los servicios de los Centros de Salud u Hospitales. Sin embargo la estructura del primer nivel de atención estudiada como opciones de preferencia, refleja que los Puestos de Salud y la medicina tradicional constituyen recursos valiosos en el proceso de atención de la salud. La realidad impuesta por las diversas condiciones y localización del área donde residen, aunado a posibles razones de carácter cultural

hacen que hagan un gran uso de los remedios caseros y de los servicios de los Curanderos.

Cuadro No. 4.6.12
Orden de Preferencia Según Lugar Donde Acuden las Familias en Caso de Enfermar,
Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. Año 2001

Lugar donde acude	Número	Porcentaje*
Hospital	713	71.01
Centro de Salud	718	71.51
Puesto de Salud	355	35.36
Policlínica C.S.S.	24	2.39
Curandero	314	31.28
Usa Remedios Caseros	286	28.49
Otros	10	0.99

Fuente: Encuesta de Población realizada por el Consorcio, Año 2001.

*Total de respuesta por pregunta: 1004

En el área de interés específico de la Región Occidental de la Cuenca del Canal, el 71.51% de las familias dijeron que preferían acudir como primera opción a los Centros de Salud como segunda opción a los hospitales en caso de enfermar. Hecho que llama la atención al considerarse las grandes distancias y múltiples obstáculos para trasladarse a estas instalaciones.

Esto puede explicarse por la conciencia que tienen los habitantes de la zona de las limitaciones existentes en el recurso oficial más cercano para atender con eficacia padecimientos más serios que los resfriados y algunas enfermedades o trastornos menores que sí aparecen consignados en los registros de los Puestos de Salud. Es posible que los encuestados se refieren en sus respuestas a enfermedades consideradas por ellos, más complicadas que las ya mencionadas.

En orden descendente los entrevistados manifestaron utilizar o acudir como primera opción a los Puestos de Salud un 35.36%, al Curandero el 31.28% y el 28.49% los remedios caseros.

Si se consideran la visita al Curandero y los remedios caseros juntos, el 59.77% eligen como primeras alternativas estos dos recursos de medicina tradicional.

Estos datos contribuyen a explicar un tanto porqué siendo zonas de alta vulnerabilidad a las enfermedades, en los Puestos de Salud no se registran frecuencias significativas de consultas por morbilidad con relación a las consultas por controles de salud.

- **Accesibilidad Económica**

La accesibilidad económica a los servicios institucionales de salud es una de los condicionantes más importantes en el uso de los mismos y por consiguiente tiene implicaciones en el estado de conservación o deterioro de la salud de la población.

Existen situaciones que se consideran al momento de evaluar cuáles son los niveles o posibilidades de acceso económico.

El costo de los servicios de salud, especialmente los precios de la atención y de los medicamentos es uno de ellos. En la región de estudio se ha podido constatar que en el caso de los Puestos de Salud es prácticamente gratuita la atención puesto que no hay un sistema de cobro para tal fin (sea cobro de la atención o de medicamentos).

En todo caso se ha conocido de aportaciones voluntarias (especie de donaciones) para ser utilizada en alguna necesidad del mismo Puesto de Salud.

Es de conocimiento público la existencia de las Giras Integrales de Salud las cuales según lo informado por las autoridades de salud de las Regiones de Salud involucradas se realizan una o dos veces al año según las condiciones climatológicas lo permitan. Una Gira puede cubrir dos, tres, cuatro y más comunidades puesto que el equipo humano que participa en ellas se ubica en comunidades claves o céntricas para el resto de poblaciones periféricas, como también se trasladan durante varios días visitando varias comunidades a manera de caravana.

En los Distritos de La Pintada y Penonomé se ejecutan aproximadamente según las autoridades entre 10 y 15 giras al año dentro del área de la Región. En tanto que en las Regiones de Salud de Colón y Panamá Oeste éstas son alrededor de 6 giras al año.

Entre las comunidades visitadas están Cutevilla, Arenal Grande, Boca de Toabré, Tulú, Las Palmas, Las Marías, Boca de Uracillo, El Jobo, Tres Hermanas, San Cristobal, etc.

En los momentos en que se realizan las llamadas Giras de Salud, con la presencia de médicos y mayor disponibilidad de medicamentos o el servicio de atención odontológicas (especialmente extracciones de piezas dentales) se efectúa un cobro casi simbólico de B/.0.50 a 1.00 por receta (la que contiene en ocasiones más de un medicamento) ó 0.25 por medicamento según sea el caso.

De todas formas según las entrevistas realizadas a los Directores Médicos de las áreas respectivas el pago de la atención no se impone como una restricción para brindar el servicio.

Tratándose de los servicios brindados en los Centros de Salud la situación varía puesto que los precios responden a una tarifa preestablecida en la que por ejemplo la consulta cuesta 0.50 y el precio de cada medicamento puede ir desde B/.0.02 una vitamina en píldora hasta 2.75 un frasco de antibiótico, ó B/.250 costo de un tratamiento de 10 ampollas como ejemplos.

Según las entrevistas realizadas, existe un sistema de cobro muy flexible puesto que se le permite al paciente abonar (crédito), aportar lo que pueda e incluso con autorización del Director del Centro exonerar el cobro total según se observe las condiciones del usuario que solicita el servicio.

Este sistema incluso es practicado en los hospitales de referencia de la Región en estudio, en los que por ejemplo en el Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé se permite el copago con servicios personales del paciente o de algún familiar en alguna tarea de mantenimiento del hospital.

Otra condición que ayuda en la determinación del acceso económico es el precio del transporte. Los precios oscilan según el lugar de origen o en donde se haga el trasbordo (en las áreas de interés aguas abajo, e incluso en las otras áreas de interés gran parte de los habitantes deben movilizarse en primer lugar por medio acuático.

Los precios van desde B/.3.00, 6.00, 7.00 de día y de manera rutinaria hasta B/.25.00, 40.00 en viajes exclusivos en casos de urgencia.

El factor que evidentemente se constituye en el que más incide en el acceso por los precios antes indicados es precisamente el de transporte y la estadía que incluye la alimentación. La falta de hospedaje se convierte en un obstáculo adicional cuando la familia no tiene otros parientes que le faciliten la estadía.

Los costos monetarios cobran importancia sobre todo cuando la familia tiene la necesidad de trasladarse a instalaciones de salud de mayor complejidad, después del Puesto de Salud.

Estos hechos aunados a la situación económica expresada por la capacidad adquisitiva reflejada en los ingresos promedios (ver el censo del año 2,000) y los niveles de pobreza reinantes en la Región expresados en el último Mapa de Distribución de la Pobreza del País confeccionado por el Ministerio de Economía y Finanzas.

4.6.2.2 Características Epidemiológicas de la Región Occidental

A. Mortalidad

El perfil epidemiológico con relación a la mortalidad en nuestro país ha experimentado en las últimas cuatro décadas importantes transformaciones que han propiciado

avances significativos en la Salud Pública, tales como: mejoras en la educación; adelantos en: la higiene de la población, Salud Pública y Tecnología Médica; los cuales han propiciado un descenso significativo en la tasa de Mortalidad de nuestro país. Es así como de acuerdo a las estadísticas vitales, en 1950 la mortalidad bruta era de 28.0/1000 habitantes, lo cual al compararlo con cifras más recientes señala un nivel menor de 5.3/1000 habitantes para 1990 y de 5.6/1000 habitantes para el año 2000.

Cuadro No. 4.6.13
Tasas Brutas de Mortalidad Año 1990 y 2000.
República y Región Occidental de la Cuenca

Delimitación Geográfica	Tasa Bruta de Mortalidad por 1000 Habitantes.	
	1990	2000
República	5.3	5.6
Total 22 corregimientos	8.3	8.6
El Valle	6.4	7.1
La Pintada	8.7	6.9
Penonomé	8.8	7.2
La Encantada	7.8	9.5
Donoso	8.1	
Capira	7.4	

Nota: Aplicación de métodos indirectos a los censos de la Población.

Fuente: Contraloría General de la República.

El área de estudio está conformada por 22 corregimientos, con un comportamiento de mortalidad, en el periodo estudiado de un nivel mayor del total del país, lo cual presenta alguna variación de acuerdo a la ubicación geográfica.

Se advierte al lector que las tasas brutas de mortalidad están afectados por la estructura por edad de la población, razón por lo cual para apreciar mejor los niveles de tendencia de la mortalidad general se hace uso del indicador esperanza de vida al nacer, el cual está exento del efecto de este indicador.

Cuadro No. 4.6.14
Esperanza de Vida al Nacer Año 1990 y 2000.
República y Región Occidental de la Cuenca

Delimitación Geográfica	Esperanza de Vida al Nacer (Años).	
	1990	2000
República	72	74
Total 22 corregimientos	65	68
El Valle	70	68.5
La Pintada	67	67.7
Penonomé	66	69.3
La Encantada	63	67.7
Donoso	61	
Capira	64	

Nota: Aplicación de métodos indirectos a los censos de la Población.

Fuente: Informe Demográficos, Cuadro 21 y 22

De acuerdo al cuadro anterior, en el área de estudio la esperanza de vida al nacer (en ambos sexos), en el año 2000 alcanzó los 68 años, lo cual significa una ganancia de 3 años de vida en un periodo de 10 años, obstante este indicador es menor que el promedio de la república, que para el año 2000 alcanzó los 74 años, sin embargo se nota una tendencia a disminuir la diferencia, ya que en el año 90 esta era de 7 años y en el año 2,000 de 6 años.

De acuerdo a los datos del 90, los niveles más altos de esperanza de vida se aprecian en los corregimientos de El Valle y en corregimientos del área de estudio ubicados en los distritos de la Pintada y Penonomé.

Al revisar las causas de muertes, en los distritos y corregimientos involucrados en el área de Coclé del Norte, vemos que prevalecen enfermedades Infecciosas como: Bronquitis, Neumonía, Diarrea, gastroenteritis, lo cual está directamente relacionado con las condiciones de Saneamiento Ambiental del área, calidad del agua, accesibilidad de alimentos, entre otras.

También se encuentran dentro de las cinco primeras causas de muerte los Tumores Malignos, Accidentes Suicidios y Homicidios y otras Violencias y las accesibilidad Cerebro Vasculares, según reporte estadístico de la Contraloría General de la República, (Cuadros No. 4.6.15 al 4.6.20) lo cual es compatible con el perfil epidemiológico nacional y provincial, atribuido por las accesibilidad de Salud a un proceso de Transición Epidemiológica ligado a los estilos de vida.

En el análisis de las cinco primeras causas de muertes en la subcuenca de Coclé del Norte, vemos que los grupos más vulnerables siguen siendo la población infantil, donde según el MINSA, se darán la mayor frecuencia de muertes por causas exógenas, asociadas a indicadores deficientes de Saneamiento Básico (dotación de agua potable, disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos, viviendas insalubres y hacinadas) los cuales son factores de riesgos que aumentan la vulnerabilidad de estas poblaciones postergadas que viven la zona.

Como es sabido las causas de muerte de las personas pueden ser de dos tipos: las exógenas motivadas por las enfermedades generadas en el ambiente de vida (infecciones de tipo parasitarias, etc.) y las Endógenas originadas por las características biológicas de los individuos (congénitas, degenerativas, etc.). En general las causas exógenas son responsables de parte importante de las muertes de las áreas pobres y marginadas, como lo son los corregimientos estudiados.

En los corregimientos ubicados en la zona de la cuenca de Coclé del Norte, prevalecen las causas exógenas, lo que indica que tenemos una población altamente vulnerable, por poseer condiciones de vida deplorables con altos niveles de pobreza y escaso

desarrollo, caracterizado por una alta dispersión geográfica, escasos recursos e inaccesibilidad económica, geográfica y cultural. Estas guarda estrecha relación con la decisión del cliente o usuario de decidir cuando acudir al sistema formal de salud.

En los años revisados del 1996 al 98, las causas como: Neumonía, Las Infecciones Originadas en Menores de 1 año, Infecciones Parasitarias aparecen como Causas de muerte, tal como se observa en los reportes de causa de muerte proporcionados por la Contraloría, de los años 96, 97 y 98. Ver Anexos.

Es importante hacer mención que las Causas Obstétricas directas están presente como causa de Muerte, en alguno de los años revisados, situación que es compatible con las estadísticas a nivel nacional, donde en la Región de Salud de Coclé aparece registradas como la 2da provincia con mayor tasa de muerte materna (1.2 por mil nacidos vivos). Esta situación está directamente relacionada a su control prenatal deficiente o nulo, atención NO profesional del parto, condiciones insalubres del medio e inaccesibilidad geográfica.

Al entrevistar a los funcionarios de salud de los Centros y Puestos de salud del área de estudio, sobre las causas de mortalidad, vemos que indican Tumores Malignos, Enfermedades Infecciosas, Obstétricas, del Sistema Circulatorio y los Accidentes Suicidios y Homicidios como causas de muerte. Como vemos el perfil se mantiene. Cuadro No. 4.6.21 de anexos.

Por otro lado, en la región de la Cuenca de Río Indio, los distritos involucrados han experimentado un descenso significativo en las tasas de mortalidad, situación que refleja, igual que en el caso de los distritos de la Cuenca de Coclé del Norte, el interés positivo en los avances en Salud Pública. Es así, que Capira con la menor tasa de mortalidad del área en estudio tuvieron un descenso discreto de 2.9 en 1996 a 2.3/1,000 habitantes, en el año 2000. Chagres es el distrito con la tasa más alta de mortalidad del área que tuvo un importante descenso donde se redujo de 4.06 a 3.2/1,000 hab. Sin embargo, en el distrito de Donoso, pareciera que la tasa de Mortalidad tiene una tendencia al aumento, situación que se explica por el deterioro de las condiciones de saneamiento del medio, socioeconómicas y estilos de vida en que vive esta población.

El análisis de las causas de mortalidad en los corregimientos concernientes a los distritos de Colón, involucrados en la Cuenca de Río Indio, de manera directa e indirecta, nos demuestran; según datos proporcionados por la Contraloría General de la República, que para el año 1996 y 1997, prevalecía un perfil de mortalidad similar a la provincia, (ver Cuadros No. 4.6.22 y 4.6.26) y al resto del país: tumores malignos, enfermedades crónicas degenerativas: diabetes, enfermedad cerebro vascular.

Sin embargo, para el año 1998, (Cuadro No. 4.6.27) ocurren algunas variantes que son importantes de mencionar: 1 defunción por diarrea, 2 por afecciones en periodo perinatal. Ambas directamente relacionada con las condiciones de saneamiento del medio: condición del agua, sistema de disposición de excretas, manipulación de alimentos. Además se puede asociar a la accesibilidad a las instalaciones de salud que maneje de manera oportuna, integral y precoz los padecimientos de salud que padezcan estos panameños.

Es importante mencionar, que el corregimiento de Río Indio, pertenece al distrito de Donoso, el cual pareciera que ha experimentado un aumento en la tasa de mortalidad, situación que corrobora lo antes expuesto, donde existen factores asociados a las condiciones de saneamiento con el perfil de mortalidad.

Al analizar el perfil del Distrito de Capira, se aprecia que en los corregimientos de Cirí de Los Sotos y Cirí Grande, (Ver Cuadros en anexos No. 4.6.29, 4.6.30 y 4.6.31) se hace más evidente la situación de postergación en que vive esta población. Para el periodo 1996 - 1998 se registraron 4 muertes por infección intestinal. En todos los años investigados se presentaron mortalidades similares a las del distrito (ver Cuadros No. 4.6.28 de anexos) donde el perfil es muy similar al del nivel nacional.

La situación de mortalidad encontrada se correlaciona con los niveles de pobreza que presentan los corregimientos catalogados entre los más pobres de la región de Panamá Oeste.

En la Cuenca de Caño Sucio el perfil de mortalidad encontrado indica claramente el grado de postergación de la población que reside dentro del área.

En el distrito de Penonomé, donde se encuentra ubicado el corregimiento de Río Indio, pareciera que la mortalidad va en descenso, mientras que en Donoso, se presenta un aumento, cuadro No. 4.6.23 , tasas distritales, que son indicadores poco precisos de los corregimientos, estudiados.

El análisis de las causas, ver cuadros No. 4.6.23, 4.6.24 y 4.6.25 de anexos, nos da un panorama más real de la situación. Encontramos, según reporte de la Contraloría General de la República para los años 1996, 1997 y 1998, que en los tres corregimientos involucrados en la subcuenca de Caño Sucio, (Río Indio de Penonomé, El Guásimo y Miguel de la Borda de Donoso), muertes por: enfermedades infecciosas (Tuberculosis, Infecciones Intestinales mal definidas, Neumonías), Prevenibles por Vacuna (Tos Ferina), No atención profesional del Embarazo y parto (Causas obstétricas directas, causas peri natales).

Esta realidad deja clara evidencia de la poca accesibilidad geográfica, económica y cultural de esta población a los servicios de salud y a las condiciones de saneamiento del medio del área.

Es importante mencionar, que en el Corregimiento de Río Indio, también aparecen dentro de las causas de mortalidad causas similares a las del resto del país.

- *Resultados de Encuestas de Campo*

Los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas en la Región Occidental de la Cuenca del Canal, indicaron 28 defunciones. Dentro de las mismas apuntan dentro de las principales causas las enfermedades del sistema respiratorio y Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio: como las neumonías, bronquitis crónica, enfisema, asma y enfermedades de la circulación pulmonar, anemias, enfermedades virales. Les siguen en orden de frecuencia los Tumores Malignos, Enfermedades del sistema nervioso, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (Diabetes, desnutrición), Infecciosas y Parasitarias (diarreas, TBC, Meningitis, septicemias).

Cuadro No. 4.6.32
Principales Causas de Muerte.
Región Occidental de la Cuenca del Canal. Año 2001.

Causa	Total
TOTAL	28
-Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	3
-Tumores Malignos	4
-Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y metabólicas	3
-Enfermedades del Sistema Nervioso	3
-Enfermedades del Sistema Circulatorio	1
-Enfermedades del Sistema Respiratorio	5
-Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	1
-Síntomas, Signos y Hallazgos anormales clínicos y de Laboratorio	5
-Causas Externas de Mortalidad y Morbilidad	3

Fuente: Encuesta aplica por el Consorcio, en la Región Occidental. Enero 2002.

Estos resultados con cónsonos con los encontrados en la Contraloría General de La República y reflejan un perfil de mortalidad de poblaciones pobres, los cuales tienen menos acceso a los servicios de salud utilizando la automedicación o las recomendaciones de otros familiares cuando sufren alteraciones a su salud, lo que hace que no acudan de manera oportuna y precoz y que la historia natural de la enfermedades, muchas manejables y tratables, terminen con la muerte.

Con relación a las edades de defunción, se aprecia que el mayor número de defunciones se dio en el grupo de 60 años y más, seguidos del grupo de 20 a 59 años. Esto nos indica que un 43.9% de las defunciones incluyen personas económicamente activas, lo cual confirma un perfil de mortalidad típico de regiones postergadas como se ha expuesto anteriormente. Sin embargo, vale la pena mencionar, que no se encontraron defunciones en el grupo de 5 a 9 años, lo cual es un indicador que el programa de escolar, que cubre esta población, pudiera estar haciendo la captación temprana de las morbilidades que se presenten en este grupo etareo.

Llama la atención, que no se reportaron defunciones en menores de 1 año en las encuestas de campo aplicadas, lo cual no resulta compatible con las causas de mortalidad reportadas en la Contraloría General de la República donde las causas perinatales y exógenas aparecen, las cuales afectan a este grupo sobre todo en áreas rurales.

Cuadro No. 4.6.33
Causas de Defunción por Grupo Etareo.
Región Occidental de la Cuenca del Canal. Año 2001.

Causa	Total	Años			
		1-4	10-19	20-59	60 y Más
TOTAL	28	2	1	12	13
-Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	3	-	-	3	-
-Tumores Malignos	4	-	-	-	4
-Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y metabólicas	3	-	-	1	2
-Enfermedades del Sistema Nervioso	3	-	-	2	1
-Enfermedades del Sistema Circulatorio	1	-	-	-	1
-Enfermedades del Sistema Respiratorio	5	1	-	3	1
-Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	1	-	-	-	1
-Síntomas, Signos y Hallazgos anormales clínicos y de Laboratorio	5	1	-	1	3
-Causas Externas de Mortalidad y Morbilidad	3	-	1	2	-

Fuente: Encuesta aplica por el Consorcio, en la Región Occidental. Enero 2002

B. Morbilidad

- Morbilidad General

Debido a que la población acude a las instalaciones de salud por el padecimiento que los afecte o por accesibilidad geográfica, cultural y económica el análisis cualitativo y cuantitativo de la morbilidad del área de estudio

constituyó una variable difícil de determinar, ya que la instalación de salud utilizada por el usuario o paciente no necesariamente coincide con la residencia.

Dentro de las primeras causas de morbilidad, en el año estudiado, vemos que en las instalaciones de salud, giras y reportes revisados, aparecen enfermedades causadas por problemas de naturaleza infecciosa: resfriado común, parasitosis intestinal, Pediculosis, Influenza.

Cuadro No. 4.6.34
Cinco Primeras Causas de Morbilidad General.
Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá.
Agosto 2001.

Causa	Número	Tasa / 1000 hab.
Rinofaringitis ó Resfriado Común	989	24.12
Parasitosis Intestinal	509	12.41
Piodermia	434	10.58
Influenza	364	8.87
Anemia no Especificada	120	2.92

Fuente: Registros Estadísticos de la Región de Salud de Coclé, Colón y Panamá Oeste.
Población: 41,003 habitantes, total de población de comunidades satélites a atender por instalaciones de salud.

La génesis y evolución de estas patologías condicionadas por factores biológicos del huésped y factores ambientales que incluyen condiciones de hacinamiento y saneamiento básico: viviendas con deficiente iluminación y ventilación, con deplorable sistema de disposición de agua y desechos sólidos e infraestructura inapropiada, lo cual es típico de una población pobre y postergada.

Según los datos estadísticos encontrados indican que las cinco primeras causas de morbilidad general atendidas durante el año 2000, en las instalaciones de salud que se encuentran en el área, todas de origen infecciosos, que afectan el sistema respiratorio, digestivo y de la piel lo cual puede estar asociado a las condiciones de saneamiento del medio.

La anemia, es la enfermedad carencial, que sale del perfil epidemiológico infeccioso encontrado, la cual puede tener su génesis en una escasa o inadecuada ingesta de nutrientes, por inaccesibilidad económica, geográfica y muchas veces cultural de esta población.

- *Muestreo de Expedientes*

Los resultados encontrados en el muestreo de expedientes, donde la mayor parte de la muestra eran de puestos de salud, demostraron un resultado similar al dictaminado por los médicos. Prevalcen las enfermedades infecciosas, las

producidas por contacto e ingestión de agua contaminada. Esto confirma lo encontrado en los registros estadísticos.

Por otro lado aparecen también los trastornos menores y mayores, los cuales incluyen las heridas en diversas partes del cuerpo, diagnóstico que se asocia a la principal ocupación de la población masculina: la agricultura. En la misma es frecuente las cortaduras con objetos punzo cortantes y como es lógico acuden de manera rápida a las instalaciones de salud más próxima que en la mayoría de los casos es un puesto de salud, donde el asistente está capacitado para realizar suturas menores y curar las mismas.

Cuadro No. 4.6.35
Cinco Primeras Causas de Morbilidad General en
Centros y Puestos de Salud del Área de la Región Occidental de la
Cuenca del Canal de Panamá. Agosto 2001

Causa	Número	Tasa/1000 hab.
• Enfermedades Infecciosas Agudas. Contagiosas y No Contagiosas	500	278.86
• Trastornos Menores y Mayores	211	117.67
• Enfermedades por Contacto con Aguas Contaminada (higiene y Agua)	176	98.15
• Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	159	88.67
• Síntomas Poco Precisos o Mal Definidos.	157	87.56

Fuente: Expedientes Clínicos de Puestos y Centros de Salud de la Región Occidental de la Cuenca. Mayo- Agosto 2001.

Población: 1793 expedientes de puestos de salud.

- *Grupo Etareo*

Las principales morbilidades encontradas en el grupo de menores de un año a 14 años es muy parecido al encontrado en el perfil de mortalidad general: prevalecen las enfermedades infecciosas, lo cual es un indicador que demuestra el nivel de postergación de la población que vive en el área.

Cuadro No. 4.6.36
Cinco Primeras Causas De Morbilidad Según Grupo Etareo.
Región Occidental De La Cuenca. Canal De Panamá. Agosto 2001.**

Grupo Etareo	Causa	Número
Menores de 1 año	Rinofaringitis o Resfriado Común	475
	Parasitosis	207
	Influenza	185
	Piodermia	165
	Anemia	120

Grupo Etareo	Causa	Número
1 – 4 años	Rinofaringitis o Resfriado Común	274
	Piodermatitis	201
	Parasitosis	145
	Leishmaniasis	59
	Influenza	47
5 – 14 años	Resfriado Común	240
	Parasitosis	291
	Piodermatitis	163
	Pediculosis	157
	Influenza	74
	Leishmaniasis	61
15 – 19 años	Resfriado Común	79
	Leishmaniasis	24
	Lumbalgia	17
	Heridas en Miembros Inf. Y Sup.	12
	Anemia	14
20 – 59 años	Lumbalgia	207
	Resfriado Común	204
	Anemia	150
	Heridas en Diversas Partes del Cuerpo	63
	Influenza	42
60 y más	Hipertensión Arterial	45
	Resfriado Común	41
	Lumbalgia	39
	Anemia	36
	Artritis	14

Fuente: Registros Estadísticos de las Regiones de Salud de Coclé, Colón y Panamá Oeste. Agosto 2001.

** Solo se sumaron las enfermedades que figuraban dentro cinco primeras causas.

*** Se sumaron los Casos diagnosticados por los asistentes de salud.

En todos los grupos etareos aparecen enfermedades de tipo infecciosas siendo la principal el resfriado común; seguidas de las enfermedades de la piel y parasitosis todas asociadas a las condiciones de salubridad del medio: dotación inadecuada de agua potable, nulo o deficiente sistema de disposición de excretas y viviendas con ventilación e iluminación deficientes, aunado a la existencia de vectores propios del medio y a la alta contaminación del agua en uso para el aseo y a los pocos hábitos de higiene personal existente en estas poblaciones ya conocidos según referencia de los trabajadores de salud del área.

Sin embargo existen algunas variantes que merecen ser analizadas: en el grupo de menores de un año a 4 años se encuentran entre las primeras causas de morbilidad las enfermedades infecciosas, agravadas por la desnutrición, situación que según informes del MINSA sigue la misma distribución geográfica de la pobreza. El área de estudio es eminentemente rural, se encuentran los porcentajes mas alto de desnutrición del país, donde se estima, según informe

de la FAO, uno de cada 10 niños presenta forma severa o moderada de desnutrición, situación que se agrava en las áreas rurales e indígenas de nuestro país.

La leishmaniasis también aparece en casi todos los grupos entre las primeras causas de morbilidad, dejando clara evidencia que este padecimiento es endémico en el área. Según Vásquez, et al. En su documento Leishmaniasis en Panamá está frecuentemente asociada a la tala de árboles en áreas nuevas sujetas a la fuerte expansión poblacional. Por lo que es usual que la contraigan personas de escasos recursos, nivel educativo bajo, que entran en contacto con un foco zoonótico.

Se encontraron mayor número de casos en los jóvenes adultos del sexo masculino, por la ocupación. Los casos nuevos reportados son el grupos de niños, ya que con frecuencia el adulto ha contraído la enfermedad previamente. En los grupos etareos de 15 a 59 años aparecen las enfermedades asociadas a la ocupación: lumbalgias, heridas en diversas partes del cuerpo. En estas áreas los jóvenes inician su actividad laboral a los 15 años, y casi siempre la realizan hasta edades muy avanzadas.

En el grupo de 60 y más aparecen enfermedades crónicas como la Hipertensión y la artritis, las cuales son típicas de estos grupos etareos y son asociadas a factores multicausales como lo son los estilos de vida y factores hereditarios. Por la capacidad resolutive de las instalaciones de salud encontradas en el área sólo se reportaron estas dos patologías crónicas, lo que no invalida la existencia de otras.

- *Infecciosas*

El análisis de las enfermedades infecciosas de mayor incidencia en la región occidental, en el periodo estudiado, apuntan hacia las enfermedades respiratorias. Es así como la Rinofaringitis o Resfriado Común ocupa el primer lugar y la Influenza el cuarto, seguido de las infecciones intestinales: parasitosis y las infecciones de la piel: piodermatitis, la leishmania, también está entre las cinco primeras.

Todas las patologías registradas, como principales causas de morbilidad infecciosa, están asociadas a las condiciones del medio ambiente que existe en el área, tanto los de naturaleza física como lo son: clima, agua y aire; sino también los de naturaleza biológica (seres vivos: animales y vegetales), social y cultural, agravados por los serios problemas de accesibilidad de todo tipo que confronta esta área del país.

Cuadro No. 4.6.37
Cinco Primeras Enfermedades Infecciosas Diagnosticadas en la Población.
Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. Agosto 2001 **

Causa	Número	Tasa /1000 Hab.
Resfriado Común	1020	24.87
Parasitosis Intestinal	510	12.44
Piodermitis	442	10.78
Influenza	362	8.82
Leishmaniasis ***	131	3.19

Fuente: Registros Estadísticos de las Regiones de Salud de Coclé, Colón y Panamá Oeste. Agosto 2001.
 Población: 41,003 habitantes, total de población de comunidades satélites a atender por instalaciones de salud..

** Se sumaron todos los casos, independientemente que no aparecieran dentro de las cinco primeras causas.

*** Solo incluye los casos diagnosticados por médicos.

Llama la atención que en los informes epidemiológicos regionales, aparecen las Diarreas entre las primeras causas de enfermedades infecciosas, pero en los registros de los puestos de salud no figuran entre las primeras causas. Situación que pudiese explicarse, por el tipo de instalaciones de salud que se encuentra en el área, ya que la población trata en primera instancia este padecimiento con la medicina tradicional, y luego busca una instalación con mayor poder de resolución.

- *Crónicas*

Dentro de las enfermedades crónicas, reportadas, por la capacidad diagnóstica de las instituciones involucradas en el estudio, está en primer lugar la hipertensión arterial, causa compatible con la situación presentada a nivel de las provincias involucradas en el estudio e incluso el país, asociadas a los estilos de vida de la población.

En segundo y tercer lugar apuntan la artritis y el asma, esta última, según estudios realizados, asociada al humo que se desprende en los fogones altos y bajos utilizados sobre todo por las mujeres en la cocción de los alimentos.

Cuadro No. 4.6.38
Primeras Enfermedades Crónicas Diagnósticas en la Población .
Región Occidental de la Cuenca. Año 2001

Causa	Número
Hipertensión Arterial	54
Artritis	23
Asma	14

Fuente: Registros Estadísticos de las Regiones de Salud de Coclé, Colón y Panamá Oeste. Agosto 2001.

Este resultado no invalida la probabilidad de que en el área existan otras patologías crónica de importancia epidemiológica que no son diagnósticas por la poca capacidad diagnóstica de las instalaciones de salud que se encuentra en el área, recordemos que la mayoría son puestos de salud, donde sólo se cuenta con escaso materia y equipo y personal con formación básica.

- *Encuestas de Campo*

Los resultados encontrados en el muestreo de campo hecho, corroboran los encontrados en las diversas fuentes consultadas. Las enfermedades infecciosas aparecen como la primera causa de morbilidad, según las respuesta de los moradores de la región occidental, al igual que las enfermedades asociadas al agua contaminadas, ya sea por ingestión o contacto, lo cual esta directamente relacionado con las condiciones del medio y los niveles de contaminación de las aguas, reportadas por técnicos en la materia.

Las enfermedades crónicas degenerativas: Asma, Bronquitis, Hipertensión Arterial, aparecen como segunda causa, lo que corrobora que algunas de estas patologías, no son diagnosticadas por algunas instalaciones de salud del área por su baja capacidad de resolución, razón por lo cual no apunta como primeras causas, en los registros antes revisados.

Los trastornos menores y mayores, siguen siendo un problema frecuente en el área, relacionado a el uso de objetos cortantes como instrumento de trabajo de la mayoría de la población, los mismos aparecen registrados, por que los puestos y centros de salud, están equipados y el personal capacitado para atender de manera oportuna este padecimiento fortuito.

Es importante mencionar, las tres muertes por patologías y condición obstétricas de la mujer, esto confirma, las estadísticas encontradas en la contraloría General de la República y en la región de Salud, donde Coclé, provincia mayormente involucrada en la región occidental, está entre las tres primeras provincias con muertes maternas.

La única enfermedad producida por vectores, reportada en la encuesta aplicada a la comunidad fue la leishmaniasis, la cual es endémica en el área.

De leishmaniasis, fueron reportados cinco casos, lo cual sugiere claramente, según expertos del Ministerio de Salud, muchos casos subregistrados, ya que se estima que por cada caso reportado hay 20 sin reportar, lo que hace una proporción de 1:20.

Estos resultados no invalidan la existencia de otras enfermedades de este orden en el área, por la poca capacidad diagnóstica de las instalaciones de salud ubicadas en el área. Tal pudiese ser el caso de la Enfermedad de Chagas, que según expertos en la materia, existen en el área el agente causal, pero que no se ha reportado casos en el área.

Las enfermedades y Accidentes asociadas a sustancias químicas, plantas, ofidismo, reacciones anafilácticas, también figuran entre las enfermedades reportadas. Como es sabido la picadura de ofidios, es un riesgo frecuente en el área y el uso indiscriminado de los plaguicidas son un problema de salud pública en esta región del país, tal como lo señala el informe del MINSA: Situación Nacional de Salud de enero del 2000.

Cuadro No. 4.6.39
Causas de Morbilidad Reportadas por los Moradores de la Región Occidental de la Cuenca del Canal Año 2001

Causa	N°
Enfermedades Infecciosas. Contagiosas y No Contagiosas	172
Enfermedades Crónicas Degenerativas	108
Trastornos Menores y Mayores	49
Enfermedades por ingestión de agua y Alimentos Contaminados	47
Enfermedades por Contacto con aguas contaminadas	26
Enfermedades y Accidentes Asociados a Sustancias Químicas, plantas, ofidismo, reacciones anafilácticas	7
Patología y Condición Obstétrica de la Mujer	8
Leishmaniasis	5
Asociada a Vectores	2
Enfermedades Inmunoprevenibles	9
Enfermedades por Trastornos Nutricional	-
Signos y Síntomas Poco Precisos y Mal Definidos	24

Fuente: Encuesta aplica por el Consorcio, en la Región Occidental. Enero 2002.

Dentro de los resultados obtenidos aparecen 9 casos dentro del grupo encuestados de enfermedades inmunoprevenibles, lo cual es coincidente con la información recogida en los departamentos de estadísticas de las regiones donde, se reportaron en el mismo periodo, casos de varicela, enfermedad inmunoprevenible, pero cuya vacuna no entra en el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Los síntomas poco precisos o mal definidos, en un número de 44 nos indican que mucha de la población del área no tiene acceso a un facultativo, en al caso de padecer de una enfermedad, por lo que un porcentaje significativo de la población no es diagnosticada, lo que trae como consecuencia que en la mayoría

de las veces, el perfil epidemiológica sea difícil de determinar de manera fehaciente, ya que existe un enorme sub registro.

Los resultados de la encuesta de campo por grupo etareo, también corroboró, los resultados encontrados en los otros registros y fuentes consultadas, (expedientes, entrevistas, estadísticas de salud regional)

En todos los grupos estudiados ocupan dentro de las cinco primeras causas de morbilidad las enfermedades infecciosas, las de consumo y contacto con aguas contaminadas. Asociadas a los condiciones del medio antes expuestas.

Las Enfermedades crónica degenerativas, el asma y bronquitis, en la población infantil, también apuntaron dentro de las principales causas. Mientras que en el grupo de 60 años y más se trata de la hipertensión arterial.

En la población de 15 años y más aparecen los trastornos menores y mayores (incluye heridas en diversas partes del cuerpo y fracturas), dentro de las principales causas, asociado a su principal actividad laboral.

El análisis por grupo etareo de las causas de morbilidad, arrojadas en la encuestas aplicadas en la población de la región occidental, confirma los hallazgos anteriores. El perfil epidemiológico se mantiene, dejando una vez más en evidencia el alto grado de vulnerabilidad de esta población a padecer enfermedades prevenibles y manejables, íntimamente relacionadas con las condiciones de pobreza, saneamiento del medio, accesibilidad geográfica, económica y cultural.

Cuadro No. 4.6.40
Primeras Causas de Morbilidad según Grupo Etareo. Región Occidental
de la Cuenca. Canal de Panamá. Año 2001

Grupo Etareo	Causa	N°
Menores de 1 año	• Enfermedades Infecciosas. Contagiosas y No Contagiosas	10
	• Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	3
	• Enfermedad por Contacto con Aguas Contaminadas	1
	• Enfermedades Crónicas Degenerativas	2
1 – 4 años	• Enfermedades Infecciosas. Contagiosa y No contagiosa	46
	• Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	16
	• Enfermedades por Contacto con agua contaminada	5
	• Enfermedades Crónicas Degenerativas	5
	• Trastornos Menores y Mayores	4
5 – 14 años	• Enfermedades Infecciosas. Contagiosa y No contagiosa	36
	• Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	9
	• Enfermedades por Contacto con agua contaminada	6
	• Enfermedades Crónicas Degenerativas	3
	• Trastornos Menores y Mayores	4
15 – 19 años	• Enfermedades crónicas Degenerativas	5
	• Enfermedades Infecciosas. Contagiosa y No contagiosa	6
	• Trastornos Menores y Mayores	3
	• Enfermedades inmunoprevenibles	2
	• Enfermedades por Contacto con Agua Contaminada	2
20 – 59 años	• Enfermedades Infecciosas. Contagiosa y No contagiosa	51
	• Trastornos Menores y Mayores	29
	• Enfermedades Crónicas Degenerativas	34
	• Síntomas Poco Precisos y Mal Definidos	21
	• Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	11
60 y más	• Enfermedades Crónicas Degenerativas	51
	• Enfermedades Infecciosas. Contagiosa y No contagiosa	20
	• Trastornos Menores y Mayores	10
	• Síntomas Poco Precisos o Mal Definidos	16
	• Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	6
	• Enfermedades por Contacto con agua contaminada	3

Fuente: Encuesta aplica por el Consorcio, en la Región Occidental. Enero 2002

C. Enfermedad Producida por Vectores en la Región Occidental

En todas las instalaciones sanitarias del área de la Región Occidental de la Cuenca, se reportaron casos de leishmaniasis cutánea, constituyéndose en la principal enfermedad producida por vectores, Ver anexos, cuadros No. 4.6.41 al 4.6.43.

Este resultado, confirma lo descrito por las autoridades de salud panameñas, que identifican a la Provincia de Coclé, Colón y Panamá Oeste dentro de las tres áreas sanitarias del país con la mayor incidencia de la enfermedad.

Según las interpretaciones de los técnicos sanitarios; el aumento de los casos y la expansión territorial de zonas donde tradicionalmente no había reportes; están íntimamente ligados por un lado, a los procesos de urbanización resultados de los cambios demográficos, sufridos en la década del 90 para irrumpir en zonas de alto riesgo vectorial en las denominadas **fronteras agrícolas**. Según dicha fuente, la población de 15 años y menos es la que registra la mayor demanda por dicha causa por un **“ciclo endémico”**. En los registros estadísticos revisados en la región en todos los grupos etareos, a excepción del grupo de 60 años y más, se presentó dicha enfermedad entre; las 5 primeras causas de morbilidad atendida. Estas observaciones confirman, el patrón de actividad laboral de todos los miembros de las familias que en busca de oportunidades se han aproximado a los nichos ecológicos del vector

El área de la Cuenca de la región Occidental, presenta características de “fronteras Agrícolas”. Ya que es un hábitat del principal reservorio, en nuestro país, del mono perezoso de dos uñas, lo cual es capaz de desplazarse hasta 38 metros diarios. Dicha información esta contenida en el Atlas Nacional de Salud y el Ambiente con las siguientes características prevalentes de alta dispersión geográfica, bajo nivel educativo y hacinamiento de los asentamientos humanos que las exponen a factores de riesgo asociados a esta enfermedad y por ende en zonas de alta vulnerabilidad epidemiológica. Es importante señalar; que pese a que en dicha área solo se han registrado casos de leishmaniasis cutánea, expertos entomólogos afirman que han encontrado otros vectores causantes, de leishmaniasis visceral y mucocutánea lo cual no descarta su existencia (en muy baja probabilidad) en la zona estudiada, probablemente sub registrada por no tener medios diagnósticos accesibles.

Cuadro No. 4.6.41
Casos y Tasas de Leishmaniasis Reportados en los Distritos Involucrados
en el Área de la subcuenca de Coclé del Norte. Coclé. 1998-2000.

Distrito	Años					
	1998		1999		2000	
	Casos	*Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Provincial	349	178.2	205	103.0	178	89.0
Penonomé	159	229.0	114	163.0	118	166.0
La Pintada	65	275.0	42	176.0	41	141.0

Fuente: Departamento de Epidemiología Regional. Julio 2001.
 Tasa por 100,000 habitantes.

En el cuadro anterior vemos que en distrito de Penonomé pareciera que la tendencia va en aumento. El epidemiólogo regional coincide en afirmar; que la tasa de 166 casos , de leishmaniasis por cada 100,000 habitantes en el distrito de Penonomé reflejan una tendencia al aumento en la región de Coclé sobre todo, en los distritos involucrados en la cuenca de Coclé de Norte. Además las autoridades del Ministerio de Salud han estimado un subregistro de 1:20 a escala nacional; lo que se ha explicado como el resultado de una mayor incidencia y aparición de nuevos casos en estas áreas que son zonas de transición entre tierras de uso agropecuario y zonas de bosques primarios, dándose la interacción entre los humanos y el ciclo epidemiológico selvático de la enfermedad, situación que aumenta la vulnerabilidad epidemiológica de los grupos humanos

Al igual que en la subcuenca de Coclé de Norte, en todas las estadísticas revisadas, la principal enfermedad producida por vectores reportada en el área es la Leishmaniasis.

La situación y tendencia de esta enfermedad en esta área de la subcuenca de Río Indio, es preocupante, a pesar de los adelantos que se han hecho en salud en las tres regiones involucradas en la cuenca ya que se siguen registrando altas tasas de incidencia, lo que se traduce en un problema de Salud Pública.

Por ejemplo, durante el periodo de 1996 al 2001 se reportaron un total de 2017 personas procedentes de diversas instalaciones de la provincia, con este diagnóstico.

Cuadro No. 4.6.42
Casos de Leishmaniasis Registrados en la Provincia de Colón,
según Instalación de Salud que Reporta. Años 1996-2000-2001

Instalación	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
Chmag	14	30	2	3	11	10
Hugo Spadafora	41	17	20	10	48	27
Nvo.	55	54	28	10	44	40
Sanjuán						
Sabanita	68	81	46	31	63	63
Palmas Bellas	33	26	5	11	59	21
Icacal	42	18	09	10	45	29
Escobal	64	21	7	21	55	62
Nombre De Dios	38	48	07	22	19	08
P.Duncan	03	01	-	31	15	08
Juan A. Núñez	16	-	16	03	03	02
Buena Vista	15	37	29	05	32	19
Portobelo	36	47	24	11	40	08
Cuipo	88	7	3			02
Sardinilla				15	02	04
Total	513	387	196	182	436	303

Fuente: Informes de las diferentes instalaciones de salud de la Provincia de Colón.

* hasta el 30 de junio 2001.

Para el año 2000, Colón, región de salud, cuyos puestos de salud, son los de mayor número, en la cuenca de Río Indio, reportó, 436 casos que representó una tasa de 2.24/1000 hab. Y para el primer cuatrimestre del año 2001 se habían reportado 304 casos lo que representa un número significativo al comparar el número de casos reportados para el mismo periodo en el año pasado, (164 casos).

Esto se corrobora, con los casos reportados para el año 2000 en los puestos de salud e informes estadísticos de las giras, en la Región Occidental. Ver cuadro No. 4.6.43).

Cuadro No. 4.6.43
Casos Reportados de Leishmaniasis en Centro de Salud de Referencia Por Año.
Subcuenca de Río Indio. Años 1998- 1999- 2000

Instalación de Salud	Año		
	1998	1999	2000
	Nº	Nº	Nº
Centro de Salud El Espino	73	46	65
Centro de Salud Icacal	9	10	45

Fuente: Registro estadísticos de la Región de salud de Colon y Panamá Oeste. Agosto 2001.

Cuadro No. 4.6.44
Casos Reportados de Leishmaniasis según Instalación de Salud.
por Año. Subcuencas Río Indio. Año 2000

Instalación de Salud	Casos
Total	42
Puesto de Salud de Limón de Donoso	3
Puesto de Salud de la Encantada	-
Puesto de Salud Santa Rosa N°2	11
Puesto de Salud Boca de Río Indio	10
Puesto de Salud Guasimo	-
Puesto de Salud de San Cristóbal	-
Puesto de Salud Boca de Uracillo	-
Puesto de Salud de El Jobo de Río Indio	-
Puesto de Salud Tres Hermanas	18

Fuente: Registro estadísticos y de giras de las provincias de Colón, Coclé y Panamá Oeste. Septiembre 2001.

Cuadro No. 4.6.45
Casos de Leishmaniasis Registrados según Instalación de Salud.
subCuenca de Río Indio. Año 2000

Instalación Sanitaria	Nº
Total	69
P.S Claras Arribas	11
P.S Rio Indio Centro	12
P.S Santa Rosa N° 1	31
P.S Ciri Grande	15
P.S Jordanal*	-
P.S Las Marías	-
P.S U Centro	-

* en Jordanal no existe puesto de salud.

Fuente: Registro estadístico y de giras de salud de la región de Colon, Coclé y Panamá Oeste. Sept 2001.

El análisis por grupo etareo, en las diversas áreas de estudio en Panamá Oeste, Colón y Coclé, reveló que en casi todos los grupos etareos, este diagnóstico aparece registrado entre las principales causas de morbilidad diagnosticada, no solo por los asistentes de Salud, sino por los médicos que prestaron servicio en las giras de salud. Según los datos obtenidos, se refleja que la población de niños es susceptible, los menores de 15 años y los adultos, ya que por asuntos de trabajo, entran al ciclo selvático, sobre todo en temporada de verano, donde se realiza con mas frecuencia la tala de árboles y por consiguiente se penetra en las áreas boscosas, donde vive el reservorio.

Estudios realizados por el MINSA (1997) indican que se han identificado factores de riesgo asociados a la transmisión como lo son los de aspectos socioeconómicos (vivienda, disposición de basura, tipo de vestido), movimientos de población (nuevos asentamientos, proyectos agrícolas), cambios ambientales (deforestación, crecimiento de

bosques, régimen de lluvias, humedad) y fluctuaciones periódicas en poblaciones del vector. Estos factores de riesgo están presentes en la población estudiada lo cual explica la alta incidencia de esta enfermedad.

Los registros encontrados a nivel de las regiones de salud involucradas en la región occidental de la cuenca, parecieran sugerir que la tendencia de la enfermedad va en aumento. Según la Dirección Nacional de Políticas de Salud, del Ministerio de Salud, que hace referencia a un documento del Centro de Control de Enfermedades, publicado en julio de 1998, se estimó, a partir del comportamiento de la leishmaniasis el número estimado para los años 2000 y 2005, utilizando como base los casos reportados en los años 1988 y 1997, levantando la estimación mediante al procedimiento de regresión lineal. El resultado obtenido señala un estimado de 2,475 casos en el año 2000 y de 3,151 casos de leishmaniasis en el año 2005 en el país, lo que sugiere un claro aumento de los casos, situación que pudiese darse en la región occidental de la cuenca, dependiendo de los cambios ambientales que ocurran en el área.

4.6.2.3 Vulnerabilidad

Para el análisis de la vulnerabilidad de la población a padecer enfermedades asociadas al ambiente hemos utilizado un instrumento desarrollado por Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la cooperación española de Programas de Protección al Medio, el cual fue modificado en algunos aspectos para poder operacionalizarlo en este tipo de estudio epidemiológico, buscando asociar las principales patologías encontradas en el perfil con las condiciones ambientales desde la perspectiva de: vulnerabilidad, propensión del medio, calidad de servicios públicos y accesibilidad económica y cultural.

El mismo permite expresar de manera no solo cualitativa sino en términos cuantitativos los problemas ambientales que hacen más vulnerable a la población que vive en el área, basada en informaciones recogidas de la atención de las personas, observaciones *in situ*, datos e informaciones de órganos gubernamentales y de la comunidad.

Se tomaron 9 problemas a evaluar: Enfermedades Infecciosas (contagiosas y no contagiosas), Enfermedades por ingestión de agua y alimentos contaminados, Disposición de Residuos sólidos, Amenaza a flora y Fauna Nativa, Enfermedades por contacto con aguas contaminadas, Enfermedades Producidas por Vectores (leishmaniasis), Volcamiento de aguas servidas, Trastornos asociados a condiciones y ambiente laboral y uso de plaguicidas.

Cada uno de ellos será evaluado de manera imparcial y basado en criterios objetivos, desde las cuatro perspectivas antes expuestas, dándosele una ponderación de 1 a 3, con valores descendentes, y evaluado según la escala que da la OPS.

Cuadro No. 4.6.46
Ponderación de la Vulnerabilidad

Ubicación: Región Occidental de la Cuenca del Canal				
Fecha de Evaluación: Enero 2002				
Problema	Puntaje * de vulnerabilidad de Comunidad	Puntaje * de Propensión del Medio	Puntaje * de Calidad de Servicios	Accesibilidad Económica y Cultural *
Enfermedades Infecciosas	1	1	1	1
Enfermedades por ingestión de Agua y Alimentos Contaminados	1	1	1	1
Disposición de Residuos Sólidos	2	2	2	2
Amenaza de Flora y Fauna Nativa	1	1	2	1
Enfermedades por Contacto con Aguas Contaminadas	1	1	1	1
Enfermedades Transmitidas por Vectores (leishmaniasis)	1	1	1	1
Volcamiento de Aguas Servidas	1	2	1	1
Trastornos Asociados a la Condición y Ambiente Laboral	1	1	3	2
Uso de Plaguicidas	2	2	1	2

- Guía de Ponderación de Puntaje en anexo.

Análisis de la Ponderación

Enfermedades Infecciosas:

La ponderación del problema de la Enfermedades Infecciosas: resfriado común o rinofaringitis, gripe, amigdalitis, TBC, fue alta desde la perspectiva de: vulnerabilidad, propensión del medio Calidad de los servicios públicos y accesibilidad económica y cultural ya que características de las viviendas, donde, según la Contraloría General de la República en la región Occidental el 57.34% de las viviendas tiene piso de tierra y un 81% utiliza fogón de leña para cocinar.

Estudios han demostrado la relación entre los factores de riesgo de la vivienda asociados con dichas patologías presentes en esta área, según resultados encontrados en las diversas fuentes consultadas. Estos factores pudiesen ser las características de las viviendas como lo son los pisos de tierra, poca ventilación, alta humedad, hacinamiento en los dormitorios, cocinas de leña dentro o muy cerca de la vivienda, etc. Los cuales favorecen la proliferación y transmisión de microorganismos adversos al sistema respiratorio.

Por otro lado las condiciones de saneamiento del medio es deficiente con aguas estancadas en temporada de lluvia, tienen ocurrencia natural de animales y vectores

transmisores en el área. Los servicios de salud son de baja resolución con escaso material y equipo y poco personal calificado, (predominan, en la región occidental los puestos de salud: 36 puestos de salud, 1 centro de salud con cama, 2 centros de salud sin cama.

El nivel adquisitivo es bajo, para pagar los gastos de transporte que involucra, en mucho de los casos, para poder ser evaluado por un médico. Por lo que de los casos hay muchos enfermos que son tratados con medicina tradicional, la cual es en la mayoría de las veces muy económico o gratis, y con horarios más accesibles. Los curanderos cobran sumas pequeñas, casi siempre, la cual es menor en relación a lo que cuesta la salida del área y culturalmente son aceptados los remedios. En los casos de partos o mordeduras de ofidios o urgencias notorias sabemos que en la mayoría de las veces es gratis, y sin horarios.

Enfermedades por Ingestión de Agua y Alimentos Contaminados:

En el análisis epidemiológico de las morbilidades encontradas en el área de la región occidental, las enfermedades asociadas a la ingestión de agua y alimentos contaminados que involucran: Diarreas, gastroenteritis, parasitosis, entre otra; aparecen dentro de las cinco primeras causas de morbilidad general, en todas las subcuencas estudiadas.

La ponderación de este problema en todos los aspectos fue alta, ya que algunos indicadores así lo señalan. Según datos de la Contraloría General de la República nos indica que el 32.35% de las viviendas no tienen agua potable, situación que no es garantía que la calidad del agua. Aunque existe un 68% que cuenta con sistemas de abastecimiento de agua, se carece de evidencias que ofrezcan garantía de la buena calidad del agua, de manera que es posible que los que disponen de sistemas de abastecimiento domiciliar tampoco estén consumiendo agua apta para el consumo humano. Según esta fuente, sea apta para el consumo humano. Informes de expertos en la materia nos indican que los niveles de coliformes fecales en muestras tomadas en ríos de la región superan los niveles permisibles, por lo que parte de la población consume agua no tratada contaminada.

Por otro lado, el mantenimiento de los acueductos rurales, existentes en el área, en múltiples ocasiones es deficiente, para el mantenimiento ya sea por escasez de recursos para comprar los insumos necesarios, problemas con los comités de agua, o por poca sensibilización de la comunidad de utilizar otras formas de hacer apta el agua para consumo humano como: hervirla, gotas de cloros, etc.

Esto se confirma con lo expuesto por el MINSA en el informe Nacional de Salud de enero 2000, al analizar la situación del agua potable del país, cuando afirma que aunque la cobertura de los servicios ha ido en aumento en el periodo de 1990 al 98, indica que la “calidad de estos servicios es pobre”, toda vez que existen condiciones de

abastecimiento irregular y deficiente en un número importante de comunidades, las cuales tiene acceso interrumpido de agua y deben almacenar y manipular el agua potable que será objeto posterior de su consumo. El MINSA estima que 1 de cada 10 casas en todo el país carece de agua potable.

En relación con la calidad de los servicios, vemos que el recurso de salud con que cuenta es de baja complejidad, dotado en algunos de los casos con sueros, orales o parenterales.

A pesar que oficialmente existe sistemas de vigilancia y monitoreo de la calidad del agua de los acueductos rurales (la Región de Salud de Coclé cuenta con una sección de Calidad de Agua incluso con laboratorio) las condiciones geográficas y de comunicación hacen que el programa no se mantenga de manera eficaz en la zona de estudio.

Existe un programa de instalación de equipos para la dosificación de cloro en los acueductos, pero las distancias para la adquisición de este producto químico de manera periódica, la técnica utilizada (la cual requiere del suministro o aplicación diaria a los depósitos ubicados en elevaciones considerables y distantes del caserío) hacen que el mismo no sea muy práctico e impide su extensión con mayor amplitud, sin considerar otros aspectos de carácter sociológicos.

Disposición de Residuos Sólidos:

La disposición de los residuos sólidos, es un problema de suma importancia para la salud pública ya que la misma es responsable de la contaminación de suelo o del agua superficial o profunda y la transmisión de agentes de enfermedad a través de insectos o animales. Consideramos es moderada, ya que en el área se utiliza el enterramiento y quema como métodos más comunes de disposición de los residuos, pero también se usan los vertederos a cielo abierto, y no existe en el área un tratamiento adecuado e institucionalizado para el manejo de estos residuos. Lo que trae como consecuencia un deterioro en el paisaje natural y de salud pública: dentro de las patologías diagnosticada con mayor frecuencia en el grupo etareo de menores de un año a 14 la parasitosis intestinal es una de las de mayor incidencia; lo que es indicador de que son focos aislados de contaminación.

El Ministerio de Salud estima que el 68.6% de las vivienda de las áreas rurales, no cuentan con un sistema de disposición sanitaria de la basura, lo cual corrobora que los mismos son un factor de riesgo moderado a que está sometida esta población.

Amenaza de Flora y Fauna Nativa:

Se calificó de alta en tres aspectos: vulnerabilidad, propensión del medio y accesibilidad económica y cultural. Estudios realizados por expertos en la materia, nos demuestran el daño ambiental que se han sufrido nuestros bosques, los cuales ponen en

peligro la salud de los seres humanos que viven en el área: deterioro de las fuentes de agua, suelos menos fértiles, migración de reservorios y agentes causantes de enfermedades, cambios atmosféricos importantes

Esta realidad se refleja en el perfil epidemiológico del área, donde tenemos enfermedades respiratorias, parasitarias, diarreicas, producidas por vectores, todas relacionadas a el ambiente donde vive el hombre.

Consideramos es moderada en la calidad de los servicios, puesto que existen instituciones encargada de aspectos ambientales, en el área.

Enfermedades por Contacto con Aguas Contaminadas:

La puntuación es alta en todos los aspectos evaluados, ya que evidencias como la alta incidencia de piodermia, la cual fue una de las patologías reportadas con mayor frecuencia en todas las fuentes consultadas, la misma es producida por agentes, cuyo reservorio son aguas estancadas, lo que es un indicador importante de este problema. Además un grupo de técnicos han demostrado el grado de contaminación de los ríos con coliformes fecales, los cuales son utilizados para el aseo diario y uso domésticos en muchos casos. Aun cuando las estadísticas de la Contraloría General de la República, reporta que en la región occidental, solo el 8.57% de las viviendas NO tienen letrinas, el MINSA, indica en el informe del año 2000, que las mismas no reciben el mantenimiento adecuado y su uso no es generalizado, sobre todo en las áreas rurales, contaminando las fuentes de agua. Esta realidad se agrava con costumbres propias del área, de criar animales cerca de los domicilios, depositar residuos a los ríos y utilizar el agua de los ríos sin ningún tratamiento.

Enfermedades Producidas por Vectores:

Al analizar la ponderación de este problema consideramos la incidencia de Leishmaniasis como el principal indicador del mismo, aunque los reportes indican que hay presencia de agentes y vectores de otras enfermedades producidas por vectores como la enfermedad de chagas, no existen casos reportados en el área en las fuentes revisadas, ni en los resultados de las encuestas. Esto no significa que no haya casos en el área, quizás no son diagnosticados y registrados por la baja resolución diagnóstica de las instalaciones de salud que se encuentran en el área. Muestra de ello es el número plural de casos: “poco precisos o mal definidos” que parecen en las estadísticas.

Los casos de Leishmania, han ido en aumento, según datos encontrados del MINSA, por lo que consideramos una vulnerabilidad alta en esta área del país.

La penetración a zonas boscosas, donde se encuentra el reservorio y el vector, para su actividad laboral, ha hecho que en le área esta enfermedad sea endémica, expertos del Centro Conmemorativo Gorgas de Investigación e Información en Salud indican que

basta hacer un recorrido en las áreas boscosas endémicas de leishmaniasis para darse cuenta de que existe un sub-registro marcado de casos.

Por otro lado la calidad de los servicios de salud en el manejo de este problema, es baja, por cuanto escasea en algunos puestos el medicamento o les queda muy distante al paciente el puesto o centro de salud teniendo que pagar altos costos de pasaje diario. Además, por asuntos culturales, accesibilidad geográfica y económica, muchas veces no acude al médico o asistente de salud y en su lugar lo hace a persona con experiencias previas, recurriendo así a remedios caseros, aumentando el riesgo de una futura complicación mucocutánea en estos enfermos.

Volcamiento de Aguas Servidas:

Este problema fue considerado alto, en tres de los aspectos evaluados, puesto que no existe en área un sistema de tratamiento adecuado para las mismas, además es costumbre el lanzamiento de esta agua cerca de las viviendas, lo que hace que en temporada de invierno sea un criadero de vectores o agente causantes de diversas enfermedades, además de contaminar el área.

Trastornos asociados a la Condición y Ambiente Laboral:

Este problema involucra aquellos padecimientos que están asociados a las actividades laborales que hacen los habitantes de estas comunidades, que forman la región occidental de la cuenca, según la contraloría General de la República, el 79.5% de la población de la Región Occidental de la Cuenca se dedica a actividades agropecuarias. Es así como en los grupo etareos de 15 a 59 años los trastornos menores y mayores: Cortaduras en diversas partes del cuerpo, y traumatismos, ocupan los primeros lugares dentro de las morbilidades estudiadas, además de la leishmaniasis. Ambos padecimientos están ligados a la condición y ambiente laboral. El trabajo de la agricultura, involucra trabajar con herramientas cortantes y penetrar a regiones boscosas de la zona lo cual lo expone a frecuentes cortaduras y picadura de vectores transmisores de enfermedades.

Por asuntos de tipo culturales y económicos el campesino no usa equipo protector, para realizar sus tareas, lo cual es un factor de riesgo.

La ponderación dada en la calidad de los servicios es satisfactoria, pues en los puestos de salud, el asistente de salud esta entrenado para suturar y curar las heridas poco profunda, o dar los primeros auxilios y referir al paciente. La mayoría de los Puestos tiene el material y equipo mínimo para esto.

Uso de Plaguicidas:

Consideramos un puntaje moderado en los aspectos de vulnerabilidad, propensión al medio y accesibilidad económica y geográfica ya que no existe un programa educativo

permanente ni registros de intoxicación por el uso de agroquímicos, en las estadísticas registradas son pocos los casos reportados, debido a la poca preparación que sobre el este padecimiento tiene el personal de salud, además no existe protección del trabajador expuesto a plaguicidas y sustancias tóxicas. Como mencionamos en el problema anterior, por problemas culturales, económicos y falta de conocimientos sobre los riesgos, el campesino no usa equipo protector, para sus labores.

Por otro lado, la deforestación lleva estos productos, al lavarse los suelos a ríos, lo cual lo contamina.

El MINSA en el informe de La Situación Nacional de Salud, de enero 2000, indica que el manejo de sustancias tóxicas, y el uso indiscriminado de plaguicidas y agroquímicos que afectan no solo a quienes lo manejan, sino a los que viven en áreas aledañas a donde los usan, se ha convertido en un problema de gran magnitud. El mismo informe señala, que estudio realizados por Rodríguez y Lamoth por Pladsalud en el año 1994, demuestran que los cultivos de Coclé, (provincia mayormente involucrada en la región occidental de la cuenca) Panamá, Herrera, Los Santos y Chiriquí tenían residuos en el 22% de los mismos y un 20% violentaban las normas internacionales. Siendo aun la situación más grave, según lo indica este informe, se identificaron plaguicidas de uso prohibido como: DDT, deldrín y HCB.

En relación a la calidad de los servicios, le dimos una ponderación de alta, ya que los puestos y centros de salud no cuentan con la preparación ni el equipo necesario para el manejo las intoxicaciones. Esto pudiese significar un importante subregistro de las morbimortalidad encontradas en el área, y que aun cuando se presentes los casos no son diagnosticados.

La evaluación hecha, da un puntaje total de 48 puntos, lo cual es un puntaje de **ALTA VULNERABILIDAD**, donde se requiere acciones oportunas, puesto que esta población es susceptible a padecer daños a su salud, sobre todo los relacionado al padecimiento de patologías prevenibles, manejables y relacionadas con el saneamiento del medio.

4.6.3 Aspectos Sobresalientes

Situación de la Red de Salud:

1. En la Región Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá la oferta de los servicios de Salud es de baja complejidad, descansando sobre 36 Puestos de Salud, 2 centros de salud y un Centro de Salud con camas, factor que hace vulnerable a las poblaciones que allí residen.

2. La base de la Salud Pública de esta población descansa sobre los asistentes de Salud, ya que cuentan con 32 y sólo con 3 médicos generales, 5 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería y 3 odontólogo.
3. Aun cuando la razón de los médicos, pareciera ser la adecuada según algunos parámetros internacionales, se considera baja ya que la topografía del área hace muy relativo, este parámetro, ya que la dispersión, costo, y distancias que deben recorrer los habitantes o el recurso humano calificado constituyen serios obstáculos para el uso de los servicios de salud.
4. Los casos más complejos son referidos a instalaciones de salud accesibles, según la residencia, vía de acceso, costos, entre otros.
5. El 21.62% de los habitantes de la región occidental cuentan con acceso directo a por lo menos una instalación de salud, pero sólo el **5.97%** lo tiene a un médico de manera directa y oportuna, el resto debe recorrer horas por senderos y caminos tortuosos, sumados a altos costo del transporte para recibir atención por un facultativo.
6. Las giras son actividades practicadas por el sistema de salud, que intenta dar respuesta a la limitante de baja accesibilidad geográfica de estas poblaciones; las mismas se realizan una o dos veces al año, según estado del tiempo y recursos disponibles.
7. Los curanderos (as), parteras (os) empíricos, (actores de la medicina tradicional), son el recurso humano no oficial que no tiene horario, y su costo es nulo o muy bajo, por lo que son accesibles a la población desde la perspectiva cultural, económica y geográfica.
8. Los resultados de la oferta y la demanda de los servicios indicó que el 56.55% de los servicios que se ofertaron durante el año 2000, en los Puestos de Salud, fueron de controles de salud y el 43.45% fueron utilizados para morbilidad demostrándose el énfasis que el sistema hace en la prevención dentro del proceso salud enfermedad.
9. Las coberturas de vacunación tanto en el área , indicaron que para el año 2000, la población presentó una alta vulnerabilidad epidemiológica de la población infantil de sufrir enfermedades prevenibles por el PAI (programa ampliado de inmunizaciones) ya que no se logró en ninguna de las vacunas coberturas del 95%, en la región de Coclé del Norte. Para el año 2001, primer semestre, sólo la BCG, logró la cobertura esperada. En la subcuenca de Río Indio, ocurrió el mismo fenómeno, situación que se debe a los problemas de inaccesibilidad

geográfica y problemas en la cadena de frío, o sistema de mantenimiento de las vacunas , en algunos puestos de salud.

Mortalidad:

10. La tasa de mortalidad de los distritos involucrados en la región occidental de la Cuenca del Canal de Panamá, (7.1/1000 habitantes) es más alta que la del país, (5.6/1000 habitantes), situación que está estrechamente relacionada a los niveles de postergación de la población y inaccesibilidad a los servicios de salud, sobre todo los de mayor complejidad.
11. La esperanza de vida al nacer es menor en la Región Occidental de la Cuenca (68.5 años), mientras que la del país es de 74. Este indicador refleja con claridad la alta vulnerabilidad de esta población de padecer y morir de procesos mórbidos, relacionados a las precarias condiciones de vida.
12. Las causas de muertes encontradas son análogas a las del país: tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, Enfermedades crónicas degenerativas atribuido a un proceso de transición epidemiológica. Sin embargo el análisis por corregimiento nos indica que en: Río Indio de Penonomé, Miguel de la Borda de Donoso se certificaron muertes por Tos ferina, Diarrea, gastroenteritis, entre otras, relacionadas a las condiciones de vidas precarias de estas poblaciones
13. Se encontraron muertes por causas obstétricas, casi todas en la subcuenca de Coclé del Norte. Las mismas están relacionadas con el nulo o deficiente control prenatal, y atención No profesional del parto, condiciones insalubres e inaccesibilidad geográfica. Esto deja en evidencia que el embarazo es un factor de riesgo para morir en el grupo de mujeres.
14. Los resultados de las encuestas aplicadas en el campo, confirman lo encontrado en los registros revisados en Contraloría General de la República. Las muertes reportadas en el muestreo, indicaron que los Tumores Malignos, Enfermedades del Sistema Respiratorios y las Infecciosas están entre las principales causas de defunción.
15. Las encuestas de campo aplicadas indicaron también que por grupo etareo, el que reportó mayores defunciones en números absolutos fue el de 60 y más, seguidas del grupo de 20-59 años, lo cual indica que un porcentaje significativo de la población murió antes de llegar a la expectativa de años de vida del panameño. Esta situación se explica por las condiciones de postergación que

vive esta población y corrobora los resultados encontrados en la esperanza de vida.

Morbilidad:

16. El perfil de morbilidad encontrado en todas las fuentes consultadas resultó similar: predominio de las enfermedades Infecciosas como: rinofaringitis, influenza, piodermatitis, parasitosis intestinal y pediculosis, las cuales son típicas de poblaciones rurales postergadas con deficiente saneamiento básico.
17. El muestreo de expedientes corrobora lo encontrado en los registros, ya que las enfermedades infecciosas, contagiosas o no, las asociadas con el agua contaminada, ya sea su ingestión o contacto, también apuntaron entre las primeras causas. Los trastornos menores y mayores, ocuparon un lugar importante en los resultados del muestreo, situación que se explica por el tipo de morbilidad: cortaduras, y traumas para lo cual los puestos de salud pueden en alguna medida tratarlos.
18. El perfil epidemiológico se mantiene al analizarlo por grupos etareos, con importantes variaciones en el grupo de 15 a 55 años, donde las lumbalgias y heridas están entre las primeras causas de consulta demostrándose la relación entre la ocupación y el perfil de morbilidad. Otra variación está en el grupo de 60 años y más donde aparecen las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y artritis, como únicas patologías crónicas reportadas, lo cual no significa que no existan otras de importancia epidemiológicas en le área, quizás sub-registradas por la poca resolución diagnóstica de las instalaciones de salud que en el área existen.
19. En el área la Anemia no especificada aparece dentro de las cinco primeras causas de morbilidad general, problema carencial ligado a altos niveles de pobreza.
20. Los resultados de las encuestas de campo demostraron de manera fehaciente, que las enfermedades de mayor prevalencia fueron las infecciosas, seguidas de las crónicas (las cuales no sólo incluyen, según clasificación hecha para este estudio, HTA, sino otras como asma, enfermedad respiratoria muy común en el área), Los trastornos menores y mayores y las enfermedades asociadas al contacto o ingestión de agua contaminada. Como vemos es un perfil típico de áreas rurales postergadas.
21. La leishmaniasis cutánea, es la enfermedad producida por vectores de mayor importancia en el área, lo cual es un problema de Salud Pública en la Región

Occidental de la Cuenca, resultado de los cambios demográficos que han llevado a la población a penetrar a zonas de fronteras agrícolas donde vive el reservorio y vector de la enfermedad. Los registros encontrados a nivel de las regiones parecieran sugerir que la tendencia de la enfermedad va en aumento.

22. El análisis de vulnerabilidad donde asociamos las principales patologías encontradas en el perfil con las condiciones ambientales desde la perspectiva de: vulnerabilidad, propensión del medio, calidad de servicios públicos y accesibilidad económica y cultural nos llevo a concluir que esta población es altamente vulnerable a padecer patologías asociadas a las condiciones ambientales.