

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

BASES PARA EL PROCESO DE MONITORIA Y EVALUACION
DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL DE PANAMA

AIDA LIBIA MORENO DE RIVERA

TESIS DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

1989

T.M

AGO 27 1989

Abogado del Autor

237287

APROBACION

La tesis titulada Bases para el Proceso de Monitoría y Evaluación del Programa Nacional de Salud Mental en Panamá, presentada por Aida Libia Moreno de Rivera para obtención del grado de Maestría en Salud Pública, fue aprobada el día

por el jurado integrado por los profesores:

Dr. Jaime Arroyo

Br. Carlos Brandariz

Dr. Manuel Escala

Jaime Arroyo
Carlos Brandariz

Manuel Escala

Representante de la Vice Rectoría
Investigación y Post Grado



CONTENIDO

	APROBACION	ii
	CONTENIDO	iii
	INDICE DE CUADROS	iv
	INDICE DE TABLAS	xi
	RESUMEN	xii
0	INTRODUCCION	1
0.1	PROBLEMA	2
0.2	OBJETIVOS	8
0.3	MARCO TEORICO	9
0.4	VARIABLES	39
1	METODO	40
1.1	SUJETO	40
1.2	PROCEDIMIENTO	40
1.3	DEFINICIONES OPERACIONALES	42
2	RESULTADOS	44
2.1	DESCRIPCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL	45
2.2	FORMULACION DE INDICADORES DE MONITORIA Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL	52
3	DISCUSION	136
3.1	DESCRIPCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL	136
3.2	FORMULACION DE INDICADORES DE MONITORIA Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL	163
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	166
	REFERENCIAS	172

Cuadros

1	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	54
2	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Bocas del Toro. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	55
3	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Coclé. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	56
4	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Colón. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1984	57
5	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Chiriquí. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	58
6	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Herrera. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	59
7	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Los Santos. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	60
8	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Panamá Este. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	61
9	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región Metropolitana. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	62

10	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Panamá Oeste. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	63
11	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de San Blas. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	64
12	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la Región de Veraguas. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	65
13	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, según sexo. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1983	66
14	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, en la población de 0 a 4 años. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 y 1983	67
15	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, en la población de 5 a 19 años. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 y 1983	68
16	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, en la población de 20 a 59 años. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 y 1983	69
17	Las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, en la población de 60 años y más. Posición y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 y 1983	70
18	Egresos hospitalarios psiquiátricos en la República, según grupos de diagnósticos. Casos y tasas por 100,000 habitantes. Años: 1980 - 1982	71

		vi
19	Las diez principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1986	72
20	Las diez principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, en el sexo masculino. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1986 ...	73
21	Las diez principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, en el sexo femenino. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1986 ...	74
22	Las cinco principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, en la población de 12 a 19 años. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1986	75
23	Las cinco principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, en la población de 20 a 59 años. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1986	76
24	Las cinco principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, en la población de 60 años y más. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1986	77
25	Las diez principales causas de egresos en el Hospital Psiquiátrico Nacional. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1985	78
26	Las diez principales causas de egresos en el Hospital Psiquiátrico Nacional en el sexo masculino. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1985 ...	79
27	Las diez principales causas en el Hospital Psiquiátrico Nacional, en el sexo femenino. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1985	80

		vii
28	Las cinco principales causas de egresos en el Hospital Psiquiátrico Nacional, en la población de 15 a 24 años. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1985	81
29	Las cinco principales causas de egresos en el Hospital Psiquiátrico Nacional, en la población de 25 a 59 años. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1985	82
30	Las cinco principales causas de egresos en el Hospital Psiquiátrico Nacional, en la población de 60 años y más. Número de egresos y porcentajes de morbilidad específica. Años: 1983 a 1985	83
31	Morbilidad psiquiátrica en pacientes egresados del Hospital del Niño, por sexo y promedio de días de estancia. Número de egresos y porcentajes por morbilidad específica. Años: 1981 - 1985	84
32	Defunciones certificadas por suicidio y lesiones autoinflingidas por provincia. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1980 - 1985	85
33	Suicidio en la República, según sexo y área urbana y rural. Número y tasa por 100,000 habitantes, según sexo y porcentajes por área urbana y rural. Años: 1980 - 1985	86
34	Suicidios en la República por grupos de edad. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1980 - 1985	87
35	Defunciones certificadas por homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1980 - 1985	88
36	Homicidios en la República, según sexo y área urbana y rural. Número y tasa por 100,000 habitantes, según sexo y porcentajes por área urbana y rural. Años: 1980 - 1985	89

		viii
37	Homicidios en la República, por grupos de edad. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1980 - 1981	90
38	Detenidos en la República por sexo y edad. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	91
39	Detenidos en la República por sexo y edad, según falta o delito. Número y tasa por 100,000 habitantes. Año: 1984	92
40	Detenidos en la República por sexo y edad, según falta o delito. Número y tasa por 100,000 habitantes. Año: 1985	93
41	Menores infractores atendidos en el Tribunal Tutelar de Menores, según falta cometida. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1981 - 1985	94
42	Menores infractores atendidos en el Tribunal Tutelar de Menores, por edad. Años: 1980 - 1985	95
43	Accidentes de tránsito en la República, según condición del conductor y del peatón causante. Número y porcentaje. Años: 1984 y 1985 ...	96
44	Matrimonios y divorcios en la República. Años: 1981 - 1985	97
45	Impedidos físicos y mentales que reciben enseñanza especial en la República, según dependencia. Años: 1981 - 1985	98
46	Recursos humanos especializados en Salud Mental, por disciplina, en la República, según Región de Salud. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1976 y 1986	99
47	Recursos físicos para la atención en Salud Mental, ambulatoria y hospitalaria, en la República, según Región de Salud. Años: 1976-1986	100
48	Consultas psiquiátricas ambulatorias en la República, según Región de Salud. Años: 1981 - 1985	101

		ix
49	Consultas de Salud Mental ambulatorias en la República, por disciplina y según Región de Salud. Años: 1981 - 1983	102
50	Consultas de Salud Mental, ambulatorias en la República, por disciplina y según Región de Salud. Años: 1984 - 1985	103
51	Consultas psiquiátricas ambulatorias en la República, según Región de Salud y rendimiento del recurso médico dedicado a la atención ambulatoria. Años: 1981 - 1985	104
52	Camas psiquiátricas en las instituciones de salud en la República, según provincia. Número y tasa por 100,000 habitantes. Años: 1980 - 1985	105
53	Capacidad del Hospital Psiquiátrico Nacional Años: 1980 - 1985	106
54	Pacientes admitidos en el Hospital Psiquiátrico Nacional, por clase de ingreso, según sexo. Años: 1975 - 1985	107
55	Movimiento de pacientes psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, según sexo. Años: 1980 - 1985	108
56	Consultas de Salud Mental, a nivel ambulatorio del Hospital del Niño, según disciplina y por sexo. Años: 1981 - 1986	109
57	Actividades docentes del Departamento de Salud Mental, a los funcionarios de Salud Mental en la República, según tema de capacitación y por disciplinas. Años: 1982 - 1987.	110
58	Actividades docentes en Salud Mental del Departamento de Salud Mental a funcionarios de Salud de la República, según tema de capacitación y por disciplina. Años: 1982 - 1986	111
59	Participación en investigaciones del Departamento de Salud Mental, según tema de investigación. Años: 1982 - 1987	112
60	Natalidad y mortalidad en la República. Años: 1981 - 1985	113

		x
61	Población de 15 años y más de edad en la República, según condición de actividad económica: Encuesta de Hogares. Agosto de 1983-1985	114
62	Población de 15 años y más de edad en la República, por condición de actividad económica, según sexo y edad: Encuesta de Hogares. Agosto de 1985	115
63	Sueldo medio mensual de los sectores privado, público y Area del Canal. (en balboas). Años: 1981 - 1985	116
64	Empleados de los sectores privado y público en la República, según sector y sueldo mensual. Agosto: 1983.....	117
65	Analfabetismo de la población de 10 años y más de edad en la República, según provincia. Censo de 1980	118
66	Locales de habitación y total de personas que los habitan, en la República, según tipo de local: Censo 1980. (Excluye áreas indígenas)	119
67	Algunas características estructurales y tenencia de las viviendas particulares ocupadas en la República, según provincia. Censo 1980	120
68	Algunas características estructurales y funcionales de las viviendas particulares ocupadas y equipo doméstico que poseen en la República, según provincia. Censo 1980	121
69	Producción de bebidas alcohólicas en la República. Años: 1980 - 1985	122
70	Venta de cerveza producida en la República. Años: 1977 - 1986	123

INDICE DE TABLAS

x1

Tablas

A	Guía de indicadores para la evaluación y monitoría. Indicadores de la Política de Salud Mental.....	124
B	Guía de indicadores para la evaluación y monitoría. Indicadores del Estado de Salud Mental de la población.....	127
C	Guía de indicadores para la evaluación y monitoría. Indicadores de la Prestación de Servicios en Salud Mental.....	129
D	Guía de indicadores para la evaluación y monitoría. Indicadores de Factores Condicionantes del proceso Salud-Enfermedad Mental	133

RESUMEN

Este estudio presenta consideraciones teóricas sobre el desarrollo de las acciones de Salud Mental dentro del marco del logro de la meta "Salud para todos en el año 2000".

En la introducción se señala el valor de la salud mental para alcanzar el objetivo primordial de la salud: el bienestar y calidad de vida de los seres humanos. Se presenta la magnitud de los problemas de salud mental en la población de todas las sociedades y por ende, la necesidad de planificación de las acciones en beneficio de la población. Se hace una descripción de la evolución del quehacer en Salud Mental en el país y se presenta la importancia de la evaluación en el proceso de planificación de la salud, señalándose las limitaciones de la evaluación en el campo de la Salud Mental. Se definen los objetivos y variables del estudio.

El capítulo 1 presenta el método y las definiciones operativas del estudio.

El capítulo 2 presenta los resultados del estudio relacionados a la descripción del Programa Nacional de Salud

Mental en el país y a la formulación de indicadores de monitoría y evaluación para dicho programa.

El capítulo 3 presenta la discusión de los resultados obtenidos en el estudio.

Por último se presentan conclusiones y recomendaciones para el desarrollo de la gestión en Salud Mental en el país.

INTRODUCCION

El objetivo primordial de la salud es el bienestar y la calidad de vida. La salud mental da valor a la vida humana; el fomento y la atención de la salud no solo debe dirigirse a preservar la biología del ser, sino que debe ocuparse también de estimular su vida mental.

Los programas de salud mental son parte esencial del sistema de salud y han de recibir tanta atención como los programas que preservan la vida biológica.

El Programa Nacional de Salud Mental del sector público en la República de Panamá desarrolla un conjunto de acciones con el propósito fundamental de alcanzar mejores niveles de Salud Mental para la población panameña. Con miras a alcanzar el logro de sus objetivos se hace necesario diseñar un sistema de monitoría y evaluación que pueda producir información sobre el cumplimiento de las acciones programadas y determinar el valor o utilidad social del cambio conseguido en relación al cambio programado.

La situación de salud mental de la población, la entrega de servicios de salud mental en el país, los factores que los condicionan son aspectos a considerar en un análisis integral del Programa y que van a permitir perfeccionar el proceso de planificación y proponer medidas de acción que faciliten el logro de sus objetivos y una mayor eficiencia.

Este estudio presenta una descripción de la situación del Programa Nacional de Salud Mental del sector público en la República de Panamá en el período de 1981 a 1985 y los lineamientos básicos del proceso de monitoría y evaluación que permitan retroalimentar la planificación de las acciones de salud mental en beneficio de la población panameña.

0.1 PROBLEMA

El desarrollo de las estrategias para el logro de la meta de Salud para Todos en el año 2000, requiere que los diferentes países del mundo elaboren planes de trabajo para el sector salud. Este proceso de planificación implica el desarrollo de sistemas de evaluación que permitan examinar el avance logrado y los cambios que han ocurrido en el proceso salud-enfermedad. Los sistemas tienen el propósito de perfeccionar el proceso retroalimentándolo con las experiencias obtenidas.

El núcleo fundamental de la meta social "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de

salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva"⁽¹⁾ consiste en elevar la calidad de vida, disminuir las desigualdades y eliminar la extrema pobreza.

La salud es considerada como la resultante social de cada comunidad, expresada en un determinado estilo de vida.

La estrategia principal de la meta es la atención primaria de salud que es definida como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación".⁽²⁾ La aplicación de esta estrategia debe tomar en consideración todas las restricciones que son producto de las características socioeconómicas y demográficas de cada comunidad y que van a determinar la estructura y magnitud de los problemas de salud y las condiciones de los distintos grupos humanos. En cada país, el éxito de esta estrategia

(1) Organización Mundial de la Salud. "Resolución W.H.A." 30.43, OMS, Ginebra, 1977. Pág. 3.

(2) Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud, OMS/UNICEF, Alma Ata en el Kazakhistán Soviético, URSS. Declaración de Alma Ata. Septiembre, 1978. Pág. 8.

va a depender de la definición de una política nacional y de su aplicación a través de un proceso de participación capacitante y de evaluación sistemática, así como del desarrollo de los componentes prioritarios definidos de acuerdo a las características socioeconómicas y de salud.

El componente prioritario básico para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000 es la extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente. La extensión de cobertura está definida por las características de accesibilidad, oportunidad, impacto, eficiencia y aceptación. Ello requiere la redefinición de los contenidos programáticos, concediendo énfasis a las actividades de promoción y prevención, debidamente combinados con las de reparación y rehabilitación, buscando su máxima eficacia y eficiencia y siguiendo el criterio de la distinta intensidad de la exposición de los grupos humanos prioritarios a los diversos factores de riesgo, considerando, en éstos, la prevención de los más importantes en cuanto a magnitud, trascendencia o vulnerabilidad y la promoción de cambios en estilos de vida y conducta frente a los mismos. Los conjuntos programáticos deben considerar también los distintos enfoques de la prestación de servicios y de la participación de los usuarios y proveedores de los mismos.

Entre los principales conjuntos programáticos para el logro de la meta Salud para Todos en el año 2000, encontramos:

- "Salud Materno Infantil
- Inmunizaciones
- Alimentación y Nutrición
- Enfermedades respiratorias agudas
- Enfermedades de Trasmisión sexual
- Salud Mental
- Enfermedades cardiovasculares, degenerativas y el cáncer
- Enfermedades ocupacionales e higiene del trabajo
- Agua potable y saneamiento básico
- Salud pública, veterinaria".⁽³⁾

En relación al conjunto programático de Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha formulado el programa con el fin de:

- a) "Prevenir o reducir los problemas psiquiátricos, neurológicos y psicosociales (incluidos los relativos al alcoholismo y la farmacodependencia).
- b) Incrementar la efectividad de los servicios generales de salud mediante empleo de conocimientos teóricos y prácticos en el campo de la Salud Mental.
- c) Preparar estrategias de intervención sobre la base de una mayor comprensión de los aspectos de Salud Mental relativos a la acción social y al cambio."

(3) Organización Panamericana de la Salud. "Salud para todos en el año 2000. Estrategias", Washington, 1980. Págs. 197 - 199.

El Programa presta atención a la forma como se puede ayudar a conservar y mejorar la vida mental en todas las edades y en el medio sociocultural particular de cada país.

Una de las metas del programa se refiere al establecimiento de métodos de identificación de grupos muy expuestos a riesgos para la salud y de intervenciones preventivas. Otros focos de investigación y acción se refieren a los aspectos psicosociales de atención general de salud y las estrategias que emplean las personas, las familias y las comunidades para afrontar las condiciones del cambio socioeconómico. La preocupación central, la prevención y el control de los trastornos mentales y neurológicos y el uso indebido de las drogas y el alcohol es objeto de gran atención, particularmente en lo que respecta a la prevención de la invalidez y el establecimiento de métodos de evaluación de los programas de Salud Mental, en cooperación con los países. (4)

Estos principios del desarrollo de los programas de Salud Mental, son seguidos por la Organización Panamericana de la Salud en la región de las Américas. Los mandatos de los cuerpos directivos de la OPS que orientan las actividades de Salud Mental señalan la necesidad de establecer programas nacionales de Salud Mental incorporados a los planes genera-

(4) Organización Mundial de la Salud. "Séptimo Programa de Trabajo" (1984-1989). MNH/MTP/83.19. Pág. 1

les de salud, recomiendan la extensión de los servicios de asistencia y prevención en Salud Mental a toda la población mediante estrategias generales adoptadas por los países, identifica ciertos daños y condiciones de singular importancia para la región y subrayan la importancia de los factores psicosociales en la historia natural de muchas enfermedades.

La República de Panamá, a nivel del sector público, ha diseñado un programa nacional de Salud Mental basado en los principios generales señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en las características socioeconómicas y demográficas del país.

En la revisión (1983) se señala como propósito fundamental, fomentar, prevenir, recuperar y rehabilitar al paciente mental promoviendo la atención integral, la docencia e investigación en coordinación intra y extra sectorial y con la participación activa de la comunidad. Es un programa destinado a actuar sobre el individuo, la familia y la comunidad. Los elementos básicos de acción del programa son la atención primaria, el trabajo en equipo, la participación de la comunidad, la coordinación intra y extra sectorial, la regionalización y sectorización.*

Los objetivos del programa se dirigen a la disminución de los trastornos mentales, el alcoholismo y farmacodependencias y a propiciar cambios en los estilos de vida que contribuyan a elevar la Salud Mental de la población panameña.*

El incremento de los recursos humanos y materiales que se ha dado al Programa en los últimos años han permitido la extensión de cobertura de los servicios de Salud Mental a casi todas las regiones del país.

Un análisis integral del desarrollo del Programa se considera impostergable para determinar su situación y proponer medidas de acción orientadas a fortalecer la eficiencia y eficacia de sus acciones y perfeccionar el proceso de planificación y de toma de decisiones en el campo de la Salud Mental a nivel nacional.

Un proceso de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental supone un análisis crítico de los diferentes aspectos de la ejecución del mismo, de su pertinencia, su eficiencia y eficacia, su costo y aceptabilidad para todas las partes interesadas y va a permitir mejorar sus acciones y orientar la distribución de los recursos humanos y financieros. El propósito de este estudio es el diseño de los lineamientos básicos para el proceso de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental que contribuyan a una mejor planificación de las acciones en beneficio de la población panameña.

0.2 OBJETIVOS

Este es un estudio de tipo descriptivo, cuyo objetivo general es:

- Diseñar las bases fundamentales para el proceso de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental en Panamá.

Los objetivos específicos se refieren a:

1. Describir el estado actual de desarrollo del Programa de Salud Mental en el país.
2. Formular indicadores de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental.

0.3 MARCO TEORICO

Un informe de la Organización Mundial de la Salud señala que en el mundo hay por lo menos 40 millones de personas con trastornos mentales graves, como esquizofrenia y demencia; no menos de 20 millones padecen epilepsia que, al igual que los trastornos mentales, queda sin tratamiento en la mayor parte de los casos; y otros 200 millones se hallan incapacitados por afecciones mentales y neurológicas de menor gravedad, como neurosis avanzadas, retraso mental y neuropatías periféricas. Si a estas cifras se agrega el número de personas afectadas por problemas que se derivan del consumo del alcohol y drogas y por trastornos mentales consecutivos a enfermedades físicas (como sucede al 20% de todos los pacientes con padecimientos gastrointestinales crónicos, que sufre depresión), se pone de manifiesto que, en términos de sufrimiento individual, de lastre para la familia y de costo para la comunidad, los servicios de salud se encuentran ante un problema de proporciones gigantescas. (5)

(5) Organización Mundial de la Salud. "Atención de Salud Mental en los países en desarrollo: Análisis crítico de los resultados de las investigaciones." Serie de Informes Técnicos, 698, Ginebra, 1984. Pág. 6.

Ante un problema de tal magnitud, la Organización Mundial de la Salud, trata de estimular una nueva reconsideración de los principios de los programas de Salud Mental, adoptando un enfoque multidisciplinario de Salud Pública y extendiendo su ámbito para ocuparse de un amplio espectro de problemas mentales, psicosociales y neurológicos.

El programa de la Organización Mundial de la Salud tiene como objetivo general reducir los problemas relacionados con los trastornos mentales y neurológicos y el uso indebido del alcohol y las drogas y facilitar la incorporación de los conocimientos y enfoques de la Salud Mental en la atención general de salud y el desarrollo social.

Para el cumplimiento de este objetivo se ha propuesto cuatro grupos de actividades:

1. "Política en materia de Salud Mental y fomento, coordinación, evaluación y apoyo de programas, cuyo objetivo es promover la formulación de políticas y establecimiento de mecanismos que garanticen la integración de la Salud Mental en las estrategias nacionales para lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000.
2. Prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos. Su objetivo es la planificación de programas y desarrollo de tecnologías apropiadas para la prevención y el tratamiento de trastornos

mentales y neurológicos específicos dentro de los sistemas de atención primaria de salud.

3. Prevención y control del alcoholismo, y la farmacodependencia. Con el objeto de prevenir y de controlar los problemas relacionados con el uso indebido del alcohol y las drogas y desarrollar tecnologías apropiadas para el tratamiento y manejo de los problemas que se presenten.
4. Factores psicosociales que influyen en el fomento de la salud y el desarrollo humano. Su objetivo es incrementar la eficacia de la atención general de salud mediante la debida utilización de los conocimientos teóricos y prácticos de Salud Mental y establecer estrategias de intervención basadas en un mayor conocimiento de los aspectos psicosociales de la acción y el cambio social". (6)

El programa de la Organización Mundial de la Salud, señala que la ejecución exige un compromiso multisectorial y una amplia aplicación de las tecnologías disponibles, así como investigaciones para establecer otras mejores.

(6) Organización Mundial de la Salud. MNH/MTP/83.19. op. cit. Pág. 1.

A nivel de la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido el Programa Regional de Salud Mental, cuyos objetivos se dirigen a lograr en los países la disminución de los trastornos neurológicos y mentales de alta prevalencia, susceptibles a medidas de prevención y control, mediante:

- "El establecimiento de programas nacionales de prevención, asistencia y rehabilitación.
- La provisión de servicios mínimos de Salud Mental a toda la población.
- La modificación de conductas propiciadoras de riesgos para la salud física y mental.

El programa de la Organización Panamericana de la Salud comprende tres órdenes de actividades bien diferenciadas que dan nombre a los subprogramas:

1. "Factores psicosociales en la prevención, promoción de la salud y el desarrollo humanos.
2. Prevención y control del abuso del alcohol y de las farmacodependencias.
3. Prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos." (7)

Las estrategias para alcanzar los objetivos del Programa de la OPS, son consecuentes con las estrategias globales

(7) Organización Panamericana de la Salud. Informe de la reunión del grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental. Panamá, abril 1985. Pág. 5.

de la OMS , para la obtención de salud para todos en el año 2000.

El subprograma de factores psicosociales pretende, mediante la utilización de las ciencias de la conducta, llegar a cambiar en la población comportamientos que favorecen la enfermedad. Aspira a poner esos conocimientos al servicio de los programas generales de salud para lograr una oferta de servicios más cónsona con las características socioculturales de la población y una utilización más efectiva de los mismos. Un aspecto importante del subprograma es la promoción del desarrollo psicosocial integral de la población.

El subprograma de prevención y control del abuso del alcohol y drogas pretende el fomento del desarrollo de políticas de prevención multisectoriales y al establecimiento de servicios de atención y control, como el apoyo a la investigación y preparación de personal en este campo.

La prevención y el tratamiento de los trastornos neurológicos y mentales es el subprograma más antiguo y pretende la extensión de los servicios de prevención y atención psiquiátrica a la población, dando menor énfasis a la hospitalización en asilos y otras instituciones de custodia, poniendo el acento en la oferta de servicios en la comunidad, en los establecimientos de salud general.

El desarrollo de los programas de Salud Mental exige un compromiso multisectorial y multidisciplinario, así como un

enfoque dinámico que permita la retroalimentación del proceso de planificación en Salud Mental.

En la República de Panamá, el Programa Nacional de Salud Mental está basado en los lineamientos de la OMS/OPS y enmarcado dentro de la política de salud del país que tiene como estrategias fundamentales la atención primaria de salud, la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

El desarrollo histórico de las acciones de Salud Mental, en el período republicano, se inicia desde el momento de la independencia, en 1903, cuando el gobierno panameño firma un contrato con los Estados Unidos para la atención de los enfermos mentales en el servicio psiquiátrico de la antigua Zona del Canal, el Hospital Corozal. No fue, sino hasta el año 1933 cuando el gobierno panameño decidió tomar por su cuenta la asistencia de los enfermos mentales nacionales y los traslada a un centro hospitalario habilitado para tal fin, en los edificios que pertenecían a una escuela de agricultura, que nunca fue instalada, en las afueras de la ciudad, en el lugar denominado Matías Hernández. Con locales insuficientes desde su apertura y con instalaciones inadecuadas para sus fines y escasez de personal técnico se inicia la atención psiquiátrica con 630 pacientes en junio de 1933. La falta de psiquiatras y personal de enfermería y auxiliares, en aquella época, obligó al gobierno panameño a contratar los servicios de los psiquiatras del Hospital de Corozal, quienes dirigieron el hospital en los primeros años, hasta que se consiguió

médicos no psiquiatras para completar el cuerpo médico y se continuó con la contratación de psiquiatras extranjeros. Este hospital fue el único centro de atención psiquiátrica para toda la población de la República hasta la década del 50. En 1950 comienza a funcionar en el Hospital Santo Tomás un servicio de consultoría, realizado por un psiquiatra. En 1956 se creó la consulta externa de psiquiatría con cuatro horas diarias de servicios dedicadas a la consulta externa y las interconsultas de los pacientes hospitalizados. (8)

En 1951 fue creada la Clínica de Guía Infantil, como anexo del Hospital Psiquiátrico. En un principio funcionó en los locales del Hospital del Niño y posteriormente fue trasladada al centro de la ciudad. Su objetivo era la atención de menores con perturbaciones emocionales o intelectuales y la promoción de condiciones óptimas para mejorar el desarrollo psicosocial de la niñez y la adolescencia.

La Caja de Seguro Social instituyó en 1955, por primera vez en sus servicios médicos, la especialidad de psiquiatría con un consultorio que fue ampliado y transformado en 1959 en la Unidad Neuropsiquiátrica para brindar atención a la población asegurada.

(8) Górriz, M. Picard-Ami, L., González, E.- "La Salud Mental en Panamá". Seminario Latinoamericano de Salud Mental, México, Cuernavaca, Dic. 1962.

En el año de 1956 se creó, por decreto ministerial, la sección de Higiene Mental, dependiente de la Dirección General de Salud Pública, en el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. El primer director de la sección fue el Dr. Mariano Górriz, que a su vez era el Director del Hospital Psiquiátrico.

La atención psiquiátrica de la población panameña, a lo largo de la década del 50, siguió concentrada en el área metropolitana y sus recursos de personal se encontraban concentrados a la custodia de enfermos psíquicos crónicos. Existía un marcado desinterés por los aspectos de salud mental en los programas de Salud Pública y casi ninguna coordinación con los programas de Educación y Bienestar Social.

En los años 60 se inició la atención psiquiátrica en las áreas rurales o provincias.

Estas consultas eran periódicas (cada quince días) y se realizaban en coordinación con la Caja de Seguro Social, por médicos que trabajaban en el Hospital Psiquiátrico y que atendían tanto pacientes asegurados como no asegurados. No existía servicios de camas psiquiátricas en ningún Hospital General, ni facilidades en los Centros de Salud para atender por lo menos los casos de urgencias psiquiátricas en el interior de la República, teniendo los enfermos mentales de estas áreas que permanecer en las cárceles hasta su traslado al Hospital Psiquiátrico.

En el año de 1965, la sección de Salud Mental de la Dirección General de Salud elaboró un Plan Nacional de Salud Mental bajo la dirección del Dr. Mariano Górriz, cuyas acciones estaban dirigidas a:

1. Integrar las actividades de Salud Mental en todos los programas existentes y planes de Salud Pública.
2. Coordinar tales actividades con los programas actuales y planes educativos, de bienestar social y trabajo.
3. Descentralizar los servicios psiquiátricos, a través de la creación y expansión de facilidades, para poder desarrollar programas de salud mental dirigidos a la prevención y recuperación de la salud mental en todos los grados y en toda la población.
4. Lograr la participación de todos los funcionarios de Salud Pública, de los educadores y de la comunidad en general en el desarrollo de dicho plan.

El plan señalaba medidas urgentes a realizar que incluían desde la reorganización de la sección de Salud Mental a nivel del Ministerio, del Hospital Psiquiátrico, la consulta del Hospital Santo Tomás y la Clínica de Guía Infantil, hasta la descentralización de la atención psiquiátrica con la creación de Centros de Salud Mental en distintos tipos de acuerdo a las áreas sanitarias del país.

Este plan sirve de base a los nuevos lineamientos que en materia de Salud Mental asume el Ministerio de Salud con

su creación en 1969, bajo la conducción revolucionaria del país, del General Omar Torrijos Herrera.

A fines de la década del 60 e inicios de la del 70 se formula el Programa Nacional de Salud mental con el propósito de fomentar la Salud Mental de nuestra población promoviendo los mejores niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria de las enfermedades psiquiátricas. Se reorganiza técnica y administrativamente el Hospital Psiquiátrico Nacional y se inicia la descentralización de la atención ambulatoria con la sectorización a nivel de los centros de salud. Se crea la sala psiquiátrica en el Hospital Santo Tomás y el Hospital del Niño asume gradualmente la atención de Salud Mental de los infantes. La sección de Salud Mental del Ministerio de Salud, dirigida por el Dr. Jaime Arroyo, se integra así, a los planes y programas de Salud Pública. Continúa la extensión de las acciones de Salud Mental a las áreas sanitarias, en coordinación con el Seguro Social. Por primera vez en un Hospital General fuera de la capital se mantienen camas para satisfacer la demanda por hospitalización de enfermos mentales (Hospital Amador Guerrero en Colón). Se inicia los programas docentes para la formación de residentes en Psiquiatría y se organizan programas de capacitación para Enfermería, Servicio Social, Psicología y cursos para el personal administrativo a fin de que puedan obtener mayor comprensión de los pacientes.

A nivel de la Caja de Seguro Social se crea la sala psiquiátrica a nivel del Hospital General en 1969. También en la década del 70 se abren las instalaciones de atención hospitalaria psiquiátrica en la región de Azuero. La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Luis Vergara realiza una revisión del Programa de Salud Mental en 1979, enfatizando sobre los principios esenciales de psiquiatría comunitaria. Las acciones del programa se incrementan a nivel de las regiones de salud, así como la dotación del recurso humano especializado.

La última revisión del Programa Nacional de Salud Mental se realizó en el año de 1983 a través de una comisión de Salud Mental integrada por funcionarios multidisciplinarios en Salud Mental tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social. Se señala como filosofía de trabajo la Salud Mental comunitaria y se definen los elementos básicos de acción del programa, así como los objetivos y actividades a desarrollar con miras a elevar los niveles de Salud Mental de la población panameña.

Actualmente el desarrollo del Programa ha permitido definir las áreas de acción básicas que están consideradas como subprogramas y que están acorde con los lineamientos del Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Mundial de la Organización Mundial de la Salud.

Estas áreas de acción son:

1. Prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos.
2. Prevención y control del alcoholismo y las farmacodependencias.
3. Factores psicosociales en la salud y el desarrollo humano.

Los subprogramas se desarrollan a través de actividades de atención integral, coordinación intra y extra sectorial, participación comunitaria, docencia e investigación. Los niveles de ejecución están acorde con la regionalización y sectorización de las acciones de salud a la población, a través de los niveles de atención de complejidad progresiva. El programa ha elaborado las funciones básicas de los miembros del equipo de Salud Mental, así como las normas de ejecución de las acciones.

Hasta el momento, el desarrollo de las acciones del programa, no ha sido evaluado en forma integral, sino que se ha limitado a áreas específicas, como el análisis de la demanda satisfecha en la atención y el rendimiento de los recursos humanos.

El objetivo de la evaluación en el proceso de desarrollo de la salud es, mejorar los programas de salud y los servicios que han de ejecutarlos, y orientar la distribución de los recursos humanos y financieros. Un sistema de monitoría y evaluación proporciona, por un proceso continuo de

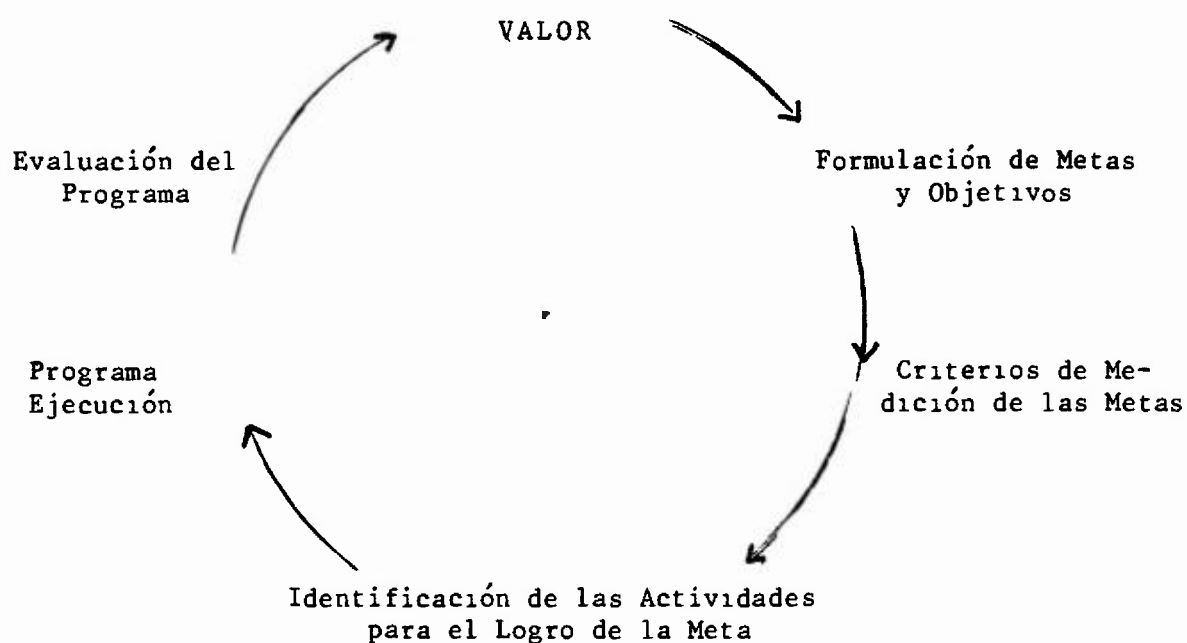
retroalimentación, la información que permita adoptar las medidas pertinentes para la reorientación y perfeccionamiento del proceso de salud.

La Organización Panamericana de la Salud, señala que la evaluación busca determinar el valor o utilidad social del cambio conseguido en relación al cambio programado. El acto de evaluar consiste en la emisión de un juicio de valor que resulta de la comparación de las características observadas en un sujeto con un patrón de referencia y del análisis explicativo de las coincidencias y diferencias detectadas en dicha comparación. (9)

La evaluación siempre comienza con un valor. Un valor se refiere a los principios por los cuales se establecen prioridades y jerarquías de las actividades humanas. Valores son las maneras de organizar la actividad humana. Una vez determinados los valores se formulan metas y objetivos, se identifican las actividades que van a lograr la meta y se ponen en operación dichas actividades. Después se evalúa si las actividades han cumplido con el objetivo predeterminado y esto sirve para formular nuevos valores. (10)

(9) Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las estrategias regionales. Documento oficial No. 179, Washington, D.C. 1982. Pág. 70.

(10) Suchman, Edward A. P.H.D. "Evaluative Research Russell Sage Foundation", Connecticut Printers, Inc., New York, 1967. Pág. 28.



La Asociación Americana de Salud Pública ofrece, en su glosario de términos administrativos, el concepto y la definición operacional del término evaluación. Señala que es el proceso de determinación del importe o valor de logro de un objetivo predeterminado. Lo que incluye por lo menos los siguientes aspectos: Formulación del objetivo, identificación del criterio apropiado para usar en la medición del logro, determinación y explicación del grado de logro, recomendaciones para fomentar actividades del programa. (11)

(11) Asociación Americana de Salud Pública "Glosario de Términos Administrativos en Salud Pública" American Journal of Public Health, Vol. 50, February, 1960, pp. 225 -226.

El objeto de la evaluación es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura.

La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria, mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Ello supone un análisis crítico de los diferentes aspectos del establecimiento y la ejecución de un programa y de las actividades que constituyen el programa, su pertinencia, su formulación, su eficiencia y eficacia, su costo y su aceptabilidad por todas las partes interesadas. (12)

La evaluación requiere de una clara definición tanto del sujeto como del patrón de referencia. Generalmente tal definición no es exhaustiva, en el sentido de que describa la totalidad de los atributos del sujeto, debiendo emplearse entonces definiciones operacionales llamadas indicadores, que expresan las características más resaltantes del sujeto con cierto grado de validez. (13)

(12) Organización Mundial de la Salud. "Evaluación de los Programas de Salud". Serie Salud para Todos, No. 6, Ginebra, 1981. Pág. 11.

(13) Organización Panamericana de la Salud. "El proceso de Monitoría y Evaluación de las estrategias y del Plan de Acción." IMPLAN/8. Abril, 1982. Pág.5.

Los indicadores son un índice o un reflejo de una situación determinada. La Organización Mundial de la Salud los define como variables que sirven para medir cambios. Son variables que facilitan la determinación de las modificaciones intervenidas.

Es esencial que se conciba a la evaluación como un instrumento para la adopción de decisiones y que se la vincule estrechamente con ese proceso, sea en el aspecto puramente práctico, sea en el de la fijación de las políticas.

La Organización Mundial de la Salud ha formulado principios generales del proceso de evaluación de los programas de salud. El proceso comprende los siguientes elementos:

- Especificación del tema de la evaluación
- Obtención del apoyo informativo
- Verificación de la pertinencia
- Evaluación de la suficiencia
- Examen de los progresos
- Evaluación de la eficiencia
- Evaluación de la eficacia
- Evaluación de los efectos
- Obtención de conclusiones y formulación de propuestas de acción futura. (14)

(14) Organización Mundial de la Salud. Serie Salud para Todos, NO. 6, op cit. Pág. 27.

Especificación del tema de la evaluación

Se efectúa respondiendo a las siguientes preguntas:

1. Qué debe evaluarse?
Un programa, un servicio o una institución.
2. A qué nivel o niveles orgánicos debe practicarse la evaluación?
3. Qué finalidad tiene la evaluación?
4. Qué limitaciones pueden coartar la posibilidad de evaluación o restringir su alcance?
5. Por qué decisiones puede optarse a la vista de los resultados de la evaluación?
6. A quién deben comunicarse los resultados de la evaluación?

Obtención de apoyo informativo

El empleo de datos es constante durante todas las fases del proceso de evaluación. La mejor manera de conseguir el apoyo informativo es especificar las necesidades de información en la fase de planificación. Las respuestas a las tres preguntas siguientes son útiles para conseguir el apoyo en cualquier actividad de evaluación:

1. Qué información se necesita?
2. Cuáles son las fuentes disponibles de información?
3. Es adecuada la información disponible o deben obtenerse más datos o datos más precisos, sea de distintas fuentes, sea mediante estudios y encuestas especiales?

Verificación de la Pertinencia

Al estudiar la pertinencia se examina la justificación de las políticas, los programas, las actividades, los servicios y las instituciones de salud de que se trate. En relación a los programas de salud cabe formular las siguientes preguntas:

1. Están justificados los programas en términos sociales, es decir, están encaminados a dar efecto a las políticas de salud aceptadas para resolver problemas de gran importancia social?
2. Están claramente relacionadas las actividades del programa con sus objetivos?

Evaluación de la Suficiencia

Se aplica tanto a la formulación de la política como a la del programa. En cuanto a la formulación de la política es importante averiguar si los problemas se han definido con claridad, por ejemplo, la magnitud y la gravedad de una enfermedad, las poblaciones afectadas o muy expuestas, etc. En relación a la formulación de los programas hay que examinar si los objetivos están claramente definidos, las metas, las responsabilidades orgánicas y administrativas, métodos y equipos seleccionados, etc.

Examen de los progresos

Consiste en un análisis de las actividades desplegadas, de los recursos utilizados y del grado de correspondencia entre la ejecución efectiva y la planificada.

Evaluación de la Eficiencia

Consiste en un análisis de los resultados obtenidos en relación con los esfuerzos desplegados y los recursos utilizados. Hay que determinar si dichos resultados habrían podido obtenerse en condiciones mejores y más económicas.

Evaluación de la Eficacia

Debe consistir principalmente en un análisis del logro de los objetivos, expresándolo, si es posible, como la reducción de un problema de salud o como la mejora de una situación sanitaria insatisfactoria.

Evaluación de los Efectos

Es la fase del proceso de evaluación que presenta más dificultades. Hay que dar respuesta a la pregunta: Han mejorado gracias al programa, la situación sanitaria y socio-económica general y la calidad de la vida?

Obtención de conclusiones y formulación de propuestas de

Acción futura

Para sacar conclusiones, es preciso resumir los objetivos, los procedimientos, los métodos y los resultados del programa. Estas conclusiones deben servir de base para la modificación de los programas o para la reprogramación si fuese necesaria. Formular las propuestas de acción futura procedentes; por ejemplo, que se definan de nuevo los problemas que se plantearon mal, que se diseñen de nuevo los programas mal formulados o que se aceleren sus progresos, etc.

La responsabilidad de la evaluación recae sobre los individuos y grupos responsables del establecimiento y la aplicación del proceso en los diversos escalones de las políticas y de las operaciones.

Las áreas sujetas al proceso de evaluación establecidas por la Organización Mundial de la Salud son las siguientes:

1. Estado de Salud:

Niveles de salud satisfactorios para toda la población, con énfasis en los grupos rezagados. Es decir, no solo se requiere que los niveles de salud se eleven, sino que además se alcance una justa distribución del bien social que significa la salud, mediante la reducción de las desigualdades que pueden existir entre la población en general y en ciertos grupos humanos en los que prevalecen las condiciones de vida más insatisfactorias.

2. El sistema de Servicios de Salud:

La monitoría y evaluación en esta área tendrá en cuenta la observación de los indicadores de accesibilidad a los servicios, su distribución equitativa, su eficacia y eficiencia.

3. Factores condicionantes:

Factores de riesgo. Características demográficas. Comportamiento humano. Ambiente físico cultural, social y económico. Son algunos de los factores condicionantes que se incorporarán al análisis como elementos explicativos en

la evaluación del estado de salud y del sistema de servicios. (15)

El proceso de monitoría y evaluación debe constituir una acción clave y sistemática de los países, perfeccionando así, el proceso planificación de la salud.

El proceso de monitoría y evaluación debe provocar el desarrollo de la capacidad de análisis, decisión y manejo de los distintos agentes del sector salud.

La diferencia entre monitoría y evaluación reside en que la evaluación es un procedimiento analítico para producir información sobre la capacidad de una política para solucionar el problema que intenta resolver. La monitoría es otro procedimiento, analítico, para producir información referente al cumplimiento y a las consecuencias de las acciones que se realizan para instrumentar una política dada. La evaluación se basa en la monitoría, pero su naturaleza es diferente.

La monitoría debe responder a las preguntas:

- Se realizaron las acciones programadas?
- Cómo se realizaron?
- Por qué se hizo lo que se hizo?

(15) Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 179, op cit. Pág. 77

La evaluación debe responder a las preguntas:

- Se alcanzaron los objetivos y las metas propuestas?
- Se aplicó la política tal como fue diseñada?

Por qué?

- Son válidos los objetivos y los valores que determinaron la política?

La monitoría no cuestiona ni revisa los objetivos, como tampoco los supuestos o los valores explícitos en que se basan las políticas decididas. La monitoría se centra en el análisis del progreso y de sus características dentro de esos objetivos. En cambio, la evaluación consiste principalmente en el cuestionamiento o análisis de los supuestos mismos, es decir en la revisión de los objetivos y de las estrategias decididas, y de los valores subyacentes que determinaron la selección de esos objetivos y estrategias. (16)

La monitoría de actividades es un proceso de observación periódica de acciones preestablecidas, en el cual los valores esperados de ciertas actividades son comparados con los realmente obtenidos. Si se descubren diferencias de valor práctico, es necesario identificar causas responsables para tomar acción inmediata o para solicitarla a otros niveles.

(16) Organización Mundial de la Salud. IMPLAN/8 op cit. Pág. 7.

Esto permite reorientar el proceso para asegurar el alcance de las metas esperadas. Normalmente puede ser considerada como una actividad periódica realizada como una frecuencia preestablecida.

En esencia monitorear y evaluar consiste en la emisión de un juicio de valor que proviene de la comparación del valor observado en un programa, con relación al valor esperado propuesto durante la programación. Hay que considerar la amplitud de variación aceptable (discrepancias con relación al valor esperado, pero con significado práctico) antes de emitir un juicio válido para la vigilancia de las actividades. Para lograr estas comparaciones se usan "indicadores" (valores esperados).

Un indicador es la expresión cuantitativa o cualitativa que permite categorizar un evento de salud, mediante la expresión numérica o descriptiva de una o varias de las características propias. Un indicador generalmente es un valor relativo que en el numerador expresa la magnitud del fenómeno y en el denominador el total de los casos en consideración a la población susceptible.

Las proporciones, expresadas como porcentajes y las tasas son los indicadores numéricos más frecuentemente utilizados en Salud Pública.

Un sistema de monitoría y evaluación de un programa requiere la formulación de indicadores que permitan el análisis del desarrollo del programa. La evaluación se basará no solo

en el análisis de los indicadores numéricos y sus valores incrementales, sino también en el de indicadores no numéricos constituidos por la descripción, de acuerdo a criterios pre-establecidos, de variables no cuantificables.

Este análisis es esencialmente conceptual y lógico; requiere la aplicación de enfoques tales como el epidemiológico, el económico e histórico, y procura lograr la mejor comprensión del significado y validez de las cifras y de las descripciones registradas, así como de la interrelación entre indicadores numéricos y descriptivos de diversa naturaleza.

La metodología de evaluación encuentra aplicación en varias áreas del conocimiento de la acción humana como la Educación, Administración, Salud o Servicios Sociales, entre otras. En salud esta metodología posee gran relevancia ya que nos da acceso a mejores decisiones sobre una mejor manera de conducir el desarrollo de las acciones. Las instituciones de asistencia social (salud, educación y otras) requieren probar su legitimidad y efectividad para justificar el soporte de la sociedad. Necesitan evaluar sus acciones para poder recibir apoyo social. Nace así la demanda por las investigaciones evaluativas en el campo de la acción social. La necesidad de la evaluación también está ligada a la evolución histórica de las sociedades y de las instituciones de acción social.

Se producen diferentes cambios como resultado de esta evolución social:

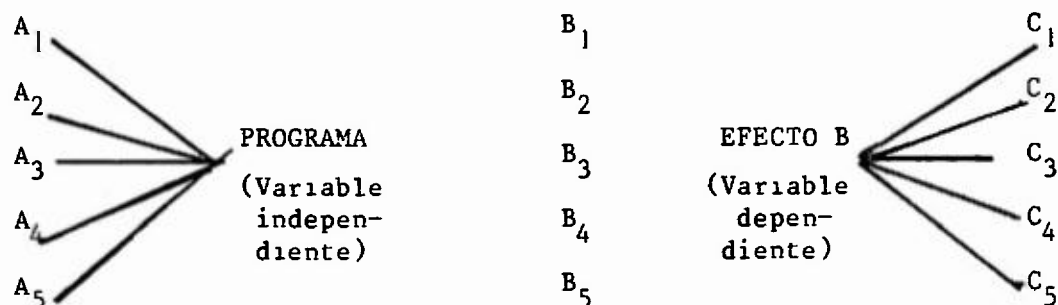
1. "Hay cambios en la naturaleza de los problemas sociales, los cuales inciden en toda la comunidad y no solo afectan a víctimas infortunadas. Ello exige nuevos programas de prevención y control y la evaluación de esos programas requiere la formulación de nuevos objetivos y el desarrollo de nuevos criterios de efectividad.
2. Hay cambios en la estructura y funciones de las propias instituciones sociales como resultado del cambio en los problemas sociales. Cambios en su organización, estructura lo que demanda una continua evaluación y reformulación.
3. También hay cambios en las necesidades y expectativas del público que hace uso de las instituciones y programas de acción social. Quieren mejores servicios y que estos sean efectivos."
Todos estos cambios refuerzan la necesidad de la evaluación.

Un programa de acción social tiene diferentes eventos causales y a su vez múltiples efectos. Es lo que se denomina multicausalidad y la interdependencia de eventos.

Precondiciones

Eventos

Consecuencias



Esta situación de multicasualidad en los programas sociales tiene tremendas implicaciones para la prevención e intervención de un programa de evaluación. Ello significa que los programas de acción social deben ser evaluados en el contexto de otros programas o eventos que pueden afectar el objetivo deseado. (17)

Se considera al sector salud como un sistema que produce servicios para toda la sociedad con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud, y prevenir la ocurrencia de la enfermedad. En el análisis de su funcionamiento podemos definirlo como un sistema altamente dependiente que se desarrolla en incertidumbre y conflicto. Es decir, el

(17) Suchman, Edward A., PHD. op cit. Pág. 84.

sistema es altamente dependiente de variables y condiciones que están fuera de su dominio y carece, por sí solo, de la capacidad para transformar esas condiciones con los medios e instrumentos de que dispone y puede realmente manejar. Estas son características generales o "universales" del Sector Salud. Hay características específicas del sector salud que son peculiares a cada sociedad y que definen al sector en los distintos países.

Si el sector salud en general se desarrolla en incertidumbre y conflicto, el campo particular de la Salud Mental es, en grado superlativo, altamente dependiente de variables y condiciones fuera del dominio específico de la acción de Salud Mental dentro del sector salud.

En Salud Mental hay que reconocer las implicaciones de la multicausalidad, la interacción y transacción de múltiples factores que intervienen en grados de salud o enfermedad. Dónde, cuándo y cómo se dan estas interacciones produciendo cambios constituye el mayor problema de la etiología de las enfermedades mentales.

Entender la historia natural de la enfermedad es básico para la evaluación de un programa de salud. La historia natural de las enfermedades mentales no solo nos demuestra la interrelación entre agente, huésped y ambiente, sino también los efectos de los factores ambientales, sociales y físicos, los patrones de la práctica de atención en los servicios de salud y la respuesta social e intelectual del huésped.

Las características del programa de salud afectarán la clase de evaluación que pueda hacerse y a los fines que permitirá alcanzar la evaluación.

La evaluación de los programas de salud es generalmente vista hacia el objetivo final: Incrementar salud y reducir morbilidad y mortalidad. En el campo de la Salud Mental dada su multicausalidad estos objetivos globales son distantes y abstractos. Los efectos de un programa de Salud Mental van a depender de múltiples interacciones e intervenciones. Podemos evaluar los objetivos del programa a un nivel más mensurable y relevante.

La labor de la evaluación es multifacética y la aplicación de sus preceptos diferirá según el sujeto estudiado, los objetivos específicos de los diferentes programas en cualquier área y las circunstancias sociales, políticas y profesionales en que la evaluación se lleva a cabo. El propósito primario de la evaluación es proveer de objetivos estimados de logro y proveer una guía de conducta para las actividades del programa. Estos propósitos requieren dos tipos de evaluación denominados:

1. Evaluación del logro del programa
2. Evaluación del progreso del programa

La evaluación del logro es importante para determinar efectos. En el campo de la Salud Mental esta evaluación es compleja debido a lo que hemos señalado, como multicausalidad e interdependencia de eventos.

La evaluación del progreso ayuda a identificar errores, su propósito es proveer guías de conducta para la actividades del programa. Significa identificar barreras que atan al programa y encontrar las mejores vías de removerlas para que el programa continúe. Esta manera de evaluar tiene especial valor en Salud Pública.

Desafortunadamente no hay un cuerpo de experiencias acumulado en evaluación de programas y servicios de Salud Mental.

Un intento de un plan de evaluación para las acciones de Salud Mental, es un grupo de trabajo de especialistas de Salud Mental, con el objeto de aproximar la evaluación a un programa de acción social, concluyó que no hay situaciones que puedan ser encontradas que satisfagan los tres elementos básicos de una demostración de una evaluación significativa en Salud Mental:

1. "La existencia de una presunción de que un particular juego de actividades reducen la frecuencia de un grupo específico de morbilidad de Salud Mental.
2. La habilidad de proporcionar un estudio de población con un juego particular de actividades.
3. La existencia de técnicas que permitan medir cambios en la frecuencia de la morbilidad afectada por dichas actividades. (18)

(18) Suchman A. Edward. op cit. Pág. 74.

La evaluación comienza con el establecimiento de una relación causal (hipotética) entre algún programa o actividad (variable independiente) y en efecto deseado (variable dependiente). La verificación de esta hipótesis evaluativa requiere la designación de un proyecto de investigación que pueda mostrar que el efecto deseado ocurre con la presencia del programa evaluado y no en su ausencia.

Todas estas consideraciones justifican la necesidad e interés de desarrollar metodologías de evaluación que puedan ser aplicadas a los programas de acción social y en especial de los programas y servicios de Salud Mental.

Un sistema de monitoría y evaluación del Programa de Salud Mental en Panamá debe ser diseñado de modo que pueda operar a través de los mecanismos regulares del sistema de salud y contemple las consideraciones técnicas señaladas y debe proponerse:

- "Monitorear y evaluar la evolución del estado de Salud Mental de la población panameña y en particular, los cambios que se operen en los grupos definidos como prioritarios.
- Monitorear y evaluar la prestación de los servicios de Salud Mental a la población.
- Evaluar los factores condicionantes del estado de Salud Mental de la población y de la prestación de los servicios de Salud Mental.

0.4 VARIABLES

Este estudio tiene como variable independiente al Programa Nacional de Salud Mental del país y como variables dependientes los indicadores de monitoría y evaluación formulados para el programa en relación al estado de Salud Mental y la prestación de actividades y servicios de Salud Mental a la población panameña. Las variables intervinientes son los indicadores sobre factores condicionantes del estado de salud y la cobertura de servicios.

CAPITULO I

METODO

En este capítulo se expone la metodología utilizada en el estudio Bases para el proceso de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental en Panamá.

1.1 SUJETO

El estudio tiene como sujeto el Programa Nacional de Salud Mental de la República de Panamá, sector público (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social - Revisión 1983).

1.2 PROCEDIMIENTO

El estudio se inicia con la descripción del sujeto, el Programa Nacional de Salud Mental. Se señalan sus fundamentos internacionales y nacionales; el desarrollo de sus acciones desde los inicios de la era republicana; las limitaciones para su crecimiento y la importancia de la evaluación de sus acciones dentro del contexto del logro de la meta de "Salud para Todos en el año 2000".

Se realiza una revisión teórica sobre los conceptos de monitoría y evaluación y de su aplicación en la planificación

de las acciones de salud y desarrollo de las estrategias para alcanzar la meta SPT 2000. Se definen los objetivos y variables del estudio.

Se procedió a hacer el análisis de la información recopilada. La información básica que se presenta en este estudio fue obtenida en casi su totalidad a nivel de los departamentos de Estadísticas y de Salud Mental del Ministerio de Salud, por ser la institución que maneja el sistema de información general en salud, a nivel de todas las regiones del país. En la Caja de Seguro Social se encontró limitaciones en la recopilación de información, sobre todo en los aspectos de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa, por lo que en el área metropolitana solo se presenta la información obtenida en el Ministerio de Salud.

La información se dividió de acuerdo con los objetivos del estudio. Se estudiaron aspectos relacionados con el estado de Salud Mental de la población, con la prestación de servicios de Salud Mental y algunos factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental. Se tabuló y procesó la información en cuadros estadísticos. Los resultados se presentan en dos grandes áreas: La situación del Programa Nacional de Salud Mental, en cuanto a estado de Salud Mental de la población, prestación de servicios y factores condicionantes. La otra área se refiere a la formulación de indicadores de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental.

La discusión se realiza en el orden de presentación de los resultados, señalando los aspectos más importantes encontrados y presentando algunas consideraciones sobre los hallazgos.

Por último se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio Bases para el proceso de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental.

1.3 DEFINICIONES

Para la realización del estudio se consideraron las siguientes definiciones operativas:

Evaluación: Conjunto de acciones destinadas a medir el logro de objetivos predeterminados de una actividad o programa. Consiste principalmente en el cuestionamiento o análisis de los objetivos y estrategias decididas, y de los valores subyacentes que determinaron la selección de esos objetivos y estrategias. (19)

Monitoría: Conjunto de acciones destinadas a dar seguimiento a los programas mediante la comparación, sobre la marcha entre las actividades ejecutadas y las programadas. (20)

(19) Organización Panamericana de la Salud IMPLAN/8
op cit. Pág. 7.

(20) Organización Panamericana de la Salud IMPLAN/8
op cit. Pág. 7.

Programa: Conjunto de actividades planificadas y desarrolladas para alcanzar un objetivo, claramente definido, mediante la adecuada utilización de los recursos y normas. (21)

Actividad: Conjunto de tareas necesarias para el cumplimiento de un objetivo específico. (22)

Indicador: Toda cifra o conjunto de palabras que permite describir una situación y percibir cambios en ella. (23)

(21) UNICEF-OPS/OMS-INCAP. Lineamientos para reforzar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Supervivencia Infantil en el Istmo Centroamericano. Octubre, 1986.

(22) Ibid. Pág. 5.

(23) Ibid. Pág. 4

CAPITULO 2

RESULTADOS

Los resultados se refieren a dos aspectos del estudio Bases para el proceso de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental de Panamá.

El primero presenta la descripción del Programa Nacional de Salud Mental del Sector Público a través de tres áreas:

- El estado de Salud Mental de la población.
- La prestación de servicios de Salud Mental a nivel gubernamental.
- Los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental.

El segundo aspecto presenta la formulación de indicadores de monitoría y evaluación del Programa de acuerdo a las áreas señaladas en el primer aspecto.

2.1 DESCRIPCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

La presentación de la situación del Programa Nacional de Salud Mental se realiza de acuerdo a la información generada por los Departamentos de Estadística y de Salud Mental del Ministerio de Salud. El análisis de la misma presentó limitaciones debido a diferentes aspectos del proceso de generación de datos. Entre estos cabe destacar los siguientes:

- Calidad de datos: Se encontró una gran variabilidad en la formulación diagnóstica en las diferentes regiones del país, lo que puede indicar la existencia de problemas en dicha formulación y en el uso correcto de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, por los responsables de la producción del dato.

- Registros de los datos: El registro de datos, en especial en el área de prestación de servicios de Salud Mental, evidenció la existencia de subregistros de actividades del programa, sobre todo en las realizadas por personal no médico y en las actividades no tradicionales en la prestación general de servicios, como reuniones y terapias de grupo, interconsultas, intervenciones en crisis y otras.

- Recopilación de los datos: El proceso de recopilación y por ende, el de tabulación se dificultó por la dispersión de la información en las diferentes regiones de salud, no enviando la misma a nivel central con igual regularidad.

- Procesamiento de los datos: Se realiza con años de retraso, lo que limita su utilización en el proceso de planificación de las acciones de los programas de salud.

Dadas las limitaciones señaladas, este estudio presenta la información sobre la situación del Programa en los años de 1981 a 1985, haciendo énfasis en los datos generados por el Ministerio de Salud, ya que fue imposible obtener suficientes datos de la Caja de Seguro Social. Pero como los sistemas integrados de Salud generan datos hacia el Ministerio de Salud, en realidad el déficit de información de la Caja de Seguro Social se presenta es en el área metropolitana de la ciudad de Panamá.

2.1.1 ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION

El estado de Salud Mental de la población panameña se describe a través de la demanda satisfecha en la atención de Salud Mental, en las instituciones de salud del sector público durante los años 1981 a 1985 y en base a datos de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. Este estado de Salud Mental se presenta a través de la patología mental encontrada en la población demandante, ya que hasta la actualidad no existen registros ni investigaciones que nos permitan evaluar el grado de Salud Mental de la población panameña.

El cuadro No. 1 muestra la demanda por morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, durante

los años 1981 a 1985. Se expresa la morbilidad de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (CIE₉) y en tasas por 100,000 habitantes. Los cuadros No. 2 al No. 12 señalan las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de las regiones de salud del país durante los años de 1981 a 1985.

El cuadro No. 13 presenta las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica en la República, según el sexo, durante los años de 1981 y 1983.

La morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República, según grupo de edad, durante los años de 1981 y 1983 se presenta en los cuadros No. 14 al No. 17.

A nivel de la hospitalización se muestran los egresos psiquiátricos en instituciones de salud del país. El cuadro No. 18 muestra los egresos hospitalarios psiquiátricos en la República, años de 1980, 1981 y 1982 en grandes grupos de diagnósticos.

El cuadro No. 19 presenta las diez principales causas de egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, expresados en números de egresos y porcentajes por morbilidad específica durante los años de 1983 a 1986. En los cuadros No. 20 y No. 21 se muestran estos egresos psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás según el sexo en los mismos años (1983 a 1986). La distribución de los egresos psiquiátricos de acuerdo a grupos de edad se presenta en los cuadros No. 22 al No. 24 a nivel del Hospital Santo Tomás durante los años de 1983 a 1986.

El cuadro No. 25 muestra los egresos del Hospital Psiquiátrico Nacional en los años de 1983 a 1985. Los cuadros No. 26 y No. 27 muestran estos egresos, según sexo y los No. 28 al No. 30 según grupos de edad.

El cuadro No. 31 muestra la morbilidad psiquiátrica en pacientes egresados del Hospital del Niño por sexo y promedio de días de estancia durante los años de 1981 a 1985.

Otros indicadores de la situación de Salud Mental de la población son presentados en los cuadros siguientes: Los cuadros No. 32 al No. 34 muestran la situación del suicidio en la República, según provincia de residencia, sexo, área urbana y rural y por grupos de edad. Del cuadro No. 35 al No. 37 se presenta la situación del homicidio en la República por provincia de residencia, sexo, área urbana y rural y según grupos de edad.

La situación de las conductas delictivas en la población se presenta en los cuadros No. 38 al No. 41. El No. 38 muestra los detenidos en la República por sexo y edad durante los años de 1981 y los No. 39 al No. 40 presenta a los detenidos por sexo, grupo de edad, según falta o delito cometido, en los años de 1984 y 1985. Los cuadros No. 41 y No. 42 muestran a los menores infractores atendidos en el Tribunal Tutelar de Menores, según falta cometida y por grupos de edad durante los años de 1980 a 1985.

El cuadro No. 43 presenta los accidentes de tránsito en la República, según condición del conductor y del peatón causante en los años de 1984 y 1985.

En el cuadro No. 44 se muestra la situación de los matrimonios y divorcios en la población de la República en los años de 1981 a 1985.

El cuadro NO. 45 presenta a los impedidos físicos y mentales que reciben enseñanza especial en la República, según dependencia oficial y particular en los años de 1981 a 1985.

2.1.2 PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR GUBERNAMENTAL

El estudio de la prestación de los servicios de Salud Mental a la población se realizó de acuerdo con datos de la demanda satisfecha en la atención de Salud Mental a nivel de las instituciones de salud del sector público y a información del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

El cuadro No. 46 presenta los recursos humanos especializados en Salud Mental a nivel de la República, según región de salud y disciplina en los años de 1976 y 1986. El cuadro No. 47 muestra los recursos físicos existentes en la República para la atención especializada en Salud Mental, según región de salud a nivel ambulatorio y hospitalario en los años de 1976 y 1986.

En los cuadros No. 48 al No. 50 se muestra la producción de servicios de salud mental en la República, según

región de salud, en los años de 1981 a 1985. El cuadro N.º.48 presenta las consultas médico-psiquiatras, por región de salud durante los años de 1981 a 1985. Los cuadros No. 49 y No. 50 muestran las consultas de salud mental realizadas por disciplinas no médicas, por región de salud en los años de 1981 a 1985.

El cuadro No. 51 presenta las consultas psiquiátricas ambulatorias en la República, según región de salud y rendimiento del recurso médico dedicado a la atención ambulatoria en los años de 1981 a 1985.

El cuadro No. 52 señala las camas psiquiátricas en las instituciones de salud de la República, según provincia, durante los años de 1980 a 1985. El cuadro No. 53 muestra la capacidad del Hospital Psiquiátrico Nacional en los años de 1980 a 1985. El No. 54 se refiere al número de pacientes admitidos en el Hospital Psiquiátrico Nacional, por clase de ingreso y sexo en los años de 1975 a 1985. El cuadro No. 55 muestra el movimiento de pacientes psiquiátricos en el Hospital Santo Tomás, según sexo, años 1980 a 1985. El cuadro No. 56 muestra el número de consultas de Salud Mental en el Hospital del Niño en atención ambulatoria, según sexo y por disciplina en los años de 1981 a 1986.

Los cuadros No. 57 al No. 59 presentan la cobertura de actividades docentes y de investigación del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, unidad técnico administrativa del Programa Nacional de Salud Mental. El cuadro

No. 57 muestra las actividades docentes del Departamento a los funcionarios de Salud Mental en la República, según tema de capacitación y por disciplinas: años 1982 - 1987. El cuadro No. 58 presenta las actividades docentes del Departamento a funcionarios de salud general, según tema de capacitación y por disciplina, años 1982 - 1986. El cuadro No. 59 presenta la participación en investigaciones en Salud Mental del Departamento de Salud Mental en los años de 1982 a 1987.

2.1.3 FACTORES CONDICIONANTES DEL PROCESO

SALUD-ENFERMEDAD MENTAL

El proceso salud-enfermedad mental está condicionado por factores intervinientes, algunos de los cuales son susceptibles de ser modificados por el sector salud, mientras otros responden a la acción de otros sectores. Se presentan algunos de los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental relacionados con el huésped y el ambiente socio-económico fundamentalmente de acuerdo a información de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

El cuadro No. 60 muestra la natalidad y mortalidad en la República en los años de 1981 a 1985, así como el crecimiento natural de la población. El cuadro No. 61 señala la población de 15 años y más de edad en la República según condición de actividad económica en 1983 - 1985. El cuadro No. 62 muestra a esta población por sexo y grupos de edad, según condi-

ción de actividad económica. En el cuadro No. 63 se presenta el sueldo medio mensual de los sectores privados, público y área del Canal, en los años de 1981 a 1985. El cuadro No. 64 muestra el número de empleados de los sectores privado y público en la República según sueldo mensual.

El cuadro No. 65 muestra la situación del analfabetismo en la República, según provincia, censo de 1980. Los cuadros No. 66 al No. 68 presentan la situación de las viviendas de la población. El No. 66 muestra los locales de habitación y total de personas que les habitan, en la República. Los cuadros No. 67 y No. 68 presentan algunas características estructurales y funcionales de las viviendas particulares ocupadas en la República, según provincia.

Otro factor relacionado con agentes propiciadores de enfermedad se observa en el cuadro No. 69 donde se presenta la producción de bebidas alcohólicas en la República en los años de 1980 a 1985. El cuadro No. 70 muestra la venta de cerveza producida en la República desde los años de 1977 a 1986.

2.2. FORMULACION DE INDICADORES DE MONITORIA Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

La formulación de indicadores de monitoría y evaluación en este estudio se basó en la viabilidad del acopio y análisis de los datos en el sistema de información de salud del país. Los criterios de selección de los indicadores se definieron de acuerdo con los usos a que se destinan.

A. Indicadores de la política de Salud Mental.

Destinados a evaluar, en el plano nacional, el cumplimiento de la política de Salud Mental en las instituciones pública del sector salud.

B. Indicadores del estado de Salud Mental de la población.

Destinados a evaluar la situación de Salud Mental de la población, con miras a determinar si es preciso revisar la política, las estrategias y los planes de acción en Salud Mental.

C. Indicadores de la prestación de servicios de Salud Mental.

Destinados a evaluar la ejecución del Programa de Salud Mental en los diferentes niveles de la prestación de la asistencia sanitaria.

D. Indicadores de los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental.

Destinados a evaluar los avances del proceso de desarrollo socioeconómico global del país que va a determinar indirectamente el grado de salud y calidad de vida de la población.

La tabla A muestra los indicadores formulados para el área de política de Salud Mental. Señala el nombre del indicador, la relación operativa y las fuentes principales de datos.

La tabla B presenta la formulación de indicadores para el área de evaluación del estado de Salud Mental de la población.

La tabla C muestra los indicadores señalados para el área de prestación de servicios de Salud Mental.

La tabla D presenta los indicadores relativos a los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REPÚBLICA. POSICIÓN Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	1713.5	1	1528.2	1	1423.5	1	1299.6	1	1372.7
- Psicosis esquizofrénica	2	310.9	2	297.6	2	275.1	2	247.0	2	230.2
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	3	178.5	3	174.4	3	171.9	4	127.3	3	155.9
- Retardo selectivo del desarrollo	4	122.7	4	160.0	4	146.3	3	144.9	4	130.9
- Perturbación de la conducta	5	119.7	6	95.3	6	84.8	5	87.3	5	80.2
- Retraso mental de grado no especificado	6	91.8	5	105.1	5	94.0	6	83.2	7	73.2
- Desviaciones y trastornos sexuales	7	89.0	9	66.6	-	-	-	-	-	-
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	8	88.5	7	80.0	8	81.7	7	77.7	8	67.9
- Otras psicosis no orgánica	9	88.0	8	77.6	7	82.2	8	71.1	9	67.6
- Trastornos de la personalidad	10	56.9	-	-	-	-	-	-	-	-
- Reacción de adaptación	-	-	10	52.2	-	-	10	56.7	-	-
- Psicosis alcohólicas.	-	-	-	-	9	51.1	-	-	-	-
- Psicosis afectivas ..	-	-	-	-	10	50.3	-	-	5	95.0
- Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	-	-	-	-	9	55.8	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	-	-	-	-	-	-	-	-	10	53.0

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA
REGION DE BOCAS DEL TORO. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES.
AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	1364.3	1	1117.9	1	2273.1	1	1327.9	1	1979.5
- Síntomas o síndromes especiales no clasifi- cados en otra parte .	2	750.5	2	655.4	2	754.3	4	253.9	2	657.6
- Alteraciones de las funciones corporales originadas por facto- res mentales	3	142.7	3	148.9	3	212.4	6	223.1	3	188.3
- Psicosis esquizofré- nica	4	125.8	4	71.4	4	198.0	5	223.2	4	171.3
- Abuso de drogas, sin dependencia	5	66.0	7	34.2	6	144.5	-	-	6	125.5
- Desviaciones y tras- tornos sexuales	6	56.8	-	-	-	-	-	-	-	-
- Otras psicosis no or- gánicas	7	47.6	9	26.8	9	60.7	-	-	9	53.2
- Síndrome de dependen- cia del alcohol	8	47.5	-	-	-	-	7	59.0	-	-
- Trastornos de la per- sonalidad	9	46.0	-	-	-	-	-	-	-	-
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	10	38.4	5	41.7	5	173.4	3	285.0	5	151.4
- Psicosis afectivas .	-	-	6	40.2	-	-	-	-	-	-
- Retardo selectivo del desarrollo	-	-	8	31.3	7	118.5	2	525.0	7	103.7
- Retraso mental de gra- do no especificado ..	-	-	10	23.8	-	-	9	43.4	-	-
- Reacción de adapta- ción	-	-	-	-	8	98.3	8	43.5	8	85.9
- Estados paranoides ..	-	-	-	-	10	53.5	-	-	10	46.4
- Perturbación de la conducta	-	-	-	-	-	-	10	40.7	-	-

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE COCLE. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posición	Tasa	Posición	Tasa	Posición	Tasa	Posición	Tasa	Posición	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	2064.4	1	1824.5	1	2152.3	1	2211.1	1	2426.8
- Psicosis esquizofrénica	2	216.6	2	168.4	2	216.3	2	223.6	2	243.9
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	3	167.6	3	154.5	3	183.8	3	173.9	3	207.4
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	4	71.7	6	54.1	7	58.5	4	142.5	7	55.0
- Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	5	56.3	8	39.0	9	44.8	-	-	10	50.8
- Otras psicosis no orgánicas	6	43.6	5	54.8	8	54.6	9	39.6	8	51.6
- Retraso mental de grado no especificado ..	7	40.2	-	-	9	44.7	8	69.0	9	50.9
- Desviaciones y trastornos sexuales	8	36.2	-	-	-	-	-	-	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	9	30.2	10	28.4	-	-	-	-	-	-
- Perturbación de la conducta	10	30.1	7	52.8	5	91.6	5	127.8	5	103.7
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia	-	-	4	61.4	6	89.0	6	116.9	6	100.6
- Retardo selectivo del desarrollo	-	-	9	39.0	4	93.6	7	108.0	4	105.6
- Reacción de adaptación	-	-	-	-	-	-	10	28.8	-	-

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE COLON. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1984

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	1770.7	1	1829.7	1	1624.8	1	599.0
- Desviaciones y trastornos sexuales	2	540.5	3	464.4	7	145.8	3	191.9
- Psicosis esquizofrénica	3	536.8	2	506.4	2	435.8	2	227.2
- Trastornos de la personalidad	4	246.2	5	209.3	8	97.7	7	72.8
- Retraso mental de grado no especi- ficado	5	191.9	-	-	6	165.3	8	69.7
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	6	150.2	6	155.5	5	192.3	6	80.1
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	7	109.7	7	132.9	4	202.3	5	84.8
- Otras psicosis no orgánicas	8	81.7	8	91.5	9	91.4	9	53.0
- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivo a lesión encefálica	9	64.7	-	-	-	-	-	-
- Perturbación de la conducta	10	63.1	10	66.2	-	-	10	41.1
- Síndrome de dependencia del alco- hol	-	-	9	89.9	10	73.9	-	-
- Retardo selectivo del desarrollo .	-	-	-	-	3	290.0	4	136.8

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE CHIRIQUI. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	1819.3	1	1975.6	1	1899.5	1	1843.2	1	1781.9
- Psicosis esquizofrénica	2	555.0	2	581.4	2	552.4	2	542.2	2	518.3
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	3	255.8	3	285.8	3	295.1	3	267.6	3	276.5
- Otras psicosis no orgánicas	4	160.3	5	143.6	4	157.5	5	133.8	4	147.8
- Retardo selectivo del desarrollo	5	149.6	4	181.9	5	135.4	4	169.5	5	127.5
- Perturbación de la conducta	6	96.4	3	78.9	-	-	8	73.5	-	-
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	7	92.3	10	54.9	9	54.3	10	51.1	9	50.9
- Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	8	89.8	6	99.9	6	84.8	6	93.0	6	79.5
- Abuso de drogas, sin dependencia	9	77.2	-	-	10	47.4	-	-	10	44.8
- Psicosis afectivas ..	10	75.9	-	-	-	-	-	-	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	-	-	7	83.5	7	73.3	7	79.6	7	68.3
- Retraso mental de grado no especificado ..	-	-	9	69.4	8	64.6	9	64.7	8	60.7

FUENTE. Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE HERRERA. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	2974.9	1	2982.3	1	3467.6	1	3828.6	1	3605.5
- Retardo selectivo del desarrollo	2	448.5	2	714.8	3	479.8	2	535.0	3	498.9
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	3	379.9	3	464.4	2	559.7	3	392.2	2	581.4
- Psicosis esquizofrénica	4	374.4	4	351.0	4	381.9	4	361.1	4	397.1
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	5	273.2	5	273.9	5	350.3	5	275.2	5	364.5
- Perturbación de la conducta	6	250.3	7	204.4	9	167.3	9	123.1	9	174.1
- Retraso mental de grado no especificado ..	7	156.7	-	-	8	168.3	7	185.2	-	-
- Otras psicosis no orgánicas	8	96.9	-	-	-	-	-	-	-	-
- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión encefálica ...	9	92.5	-	-	-	-	-	-	-	-
- Desviaciones y trastornos sexuales	10	91.4	10	94.2	-	-	-	-	-	-
- Reacción de adaptación	-	-	6	205.4	6	276.7	8	174.9	6	287.1
- Retraso mental de grado no especificado ..	-	-	8	164.8	-	-	-	-	8	175.1
- Trastornos de la personalidad	-	-	9	98.4	-	-	-	-	-	-
- Psicosis afectivas ..	-	-	-	-	7	189.4	6	191.4	7	196.5
- Síndrome de dependencia del alcohol	-	-	-	-	10	163.1	10	104.5	10	170.0

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE LOS SANTOS. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	6144.6	1	6144.4	1	5519.6	1	4619.6	1	5823.4
- Psicosis esquizofrénica	2	509.0	2	694.3	2	667.8	2	697.3	2	483.6
- Perturbación de la conducta	3	483.8	3	408.4	3	406.4	4	383.5	3	458.8
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	4	219.2	4	337.7	4	347.6	5	237.8	4	208.3
- Psicosis afectivas ..	5	158.8	5	282.5	6	235.1	8	219.2	5	151.3
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	6	137.3	7	188.3	5	256.4	9	170.6	6	130.2
- Otras psicosis no orgánicas	7	131.0	8	151.9	9	146.3	7	224.7	7	124.0
- Retraso mental de grado no especificado ..	8	127.3	6	194.6	7	181.3	10	160.6	8	120.3
- Trastornos de la personalidad	9	104.6	-	-	-	-	-	-	9	99.2
- Síndrome de dependencia del alcohol	10	98.3	9	105.5	-	-	-	-	10	93.0
- Desviaciones y trastornos sexuales	-	-	10	90.4	-	-	-	-	-	-
- Retardo selectivo del desarrollo	-	-	-	-	8	157.6	3	460.7	-	-
- Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	-	-	10	85.0	-	-	-	-
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia	-	-	-	-	-	-	6	231.6	-	-

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE PANAMA ESTE. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981-1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posición	Tasa	Posición	Tasa	Posición	Tasa	Posición	Tasa	Posición	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	2513.7	1	2217.0	1	2441.9	1	3638.4	1	3567.9
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	2	521.3	2	254.5	2	523.7	2	384.0	2	406.5
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	3	140.6	6	110.5	3	121.1	5	201.6	6	175.1
- Psicosis esquizofrénica	4	106.3	4	150.7	4	104.8	4	262.4	4	243.9
- Perturbación de la conducta	5	92.6	7	97.1	5	75.3	7	144.0	7	156.4
- Psicosis orgánicas transitorias	6	72.0	-	-	6	68.7	9	50.3	-	-
- Retraso mental de grado no especificado ..	7	54.9	10	77.0	8	42.6	-	-	10	125.0
- Otras psicosis no orgánicas	8	51.4	9	80.4	7	52.4	6	175.0	9	128.2
- Retardo selectivo del desarrollo	9	27.4	3	154.1	-	-	10	57.6	3	247.0
- Reacción de adaptación	10	24.0	-	-	9	26.2	-	-	-	-
- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión encefálica ...	-	-	5	144.0	-	-	3	352.0	5	231.4
- Psicosis afectivas ..	-	-	8	93.8	-	-	8	105.6	8	153.2
- Desviaciones y trastornos sexuales	-	-	-	-	10	19.6	-	-	-	-

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA
REGIÓN METROPOLITANA. POSICIÓN Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981-1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	561.9	1	673.9	1	502.7	1	635.1	1	538.2
- Psicosis esquizofré- nica	2	219.5	2	220.9	2	196.3	2	162.7	2	176.3
- Retardo selectivo del desarrollo	3	164.0	3	214.5	3	146.6	4	87.9	3	171.3
- Perturbación de la conducta	4	119.5	4	103.7	4	106.9	3	103.8	4	82.8
- Otras psicosis no or- gánicas	5	72.8	5	66.5	5	65.1	6	52.5	5	53.1
- Psicosis afectivas ..	6	59.8	9	46.2	6	53.6	10	23.1	9	36.9
- Retraso mental de gra- do no especificado ..	7	55.2	6	63.4	7	49.3	7	46.9	6	50.7
- Síntomas o síndromes especiales no clasifi- cados en otra parte .	8	51.8	7	61.1	8	46.4	5	58.5	7	48.8
- Trastorno depresivo no cla.ificado en otra parte	9	39.7	8	46.8	9	35.4	8	40.0	8	37.3
- Retraso mental discre- to	10	27.3	-	-	-	-	-	-	-	-
- Reacción de adapta- ción	-	-	10	39.0	-	-	-	-	10	31.1
- Trastornos de la per- sonalidad	-	-	-	-	10	23.7	9	30.0	-	-

* Excluye Caja de Seguro Social.

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REGION DE PANAMA OESTE. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981-1985

Morbilidada Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa	Posi- ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	2054.2	1	1752.0	1	1643.0	1	1715.6	1	1503.6
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	2	245.3	2	210.0	2	124.0	2	129.4	2	120.9
- Psicosis esquizofrénica	3	214.6	3	183.8	3	101.4	3	105.3	3	99.0
- Retardo selectivo del desarrollo	4	170.3	5	119.9	5	82.6	5	92.3	5	86.4
- Retraso mental de grado no especificado ..	5	150.0	4	128.9	4	92.1	4	96.2	4	89.7
- Reacción de adaptación	6	115.5	6	99.1	-	-	7	59.7	7	55.8
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	7	102.7	7	82.3	-	-	5	65.3	6	61.3
- Perturbación de la conducta.....	8	75.0	8	64.4	9	40.5	9	42.8	9	39.9
- Alteraciones de las funciones corporales originados por factores mentales	9	72.6	9	62.1	-	-	-	-	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol.....	10	56.0	10	47.7	-	-	-	-	-	-
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia	-	-	-	-	6	69.5	-	-	-	-
- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión encefálica....	-	-	-	-	7	50.4	-	-	-	-
- Síndrome hiperemético de la niñez	-	-	-	-	8	45.2	8	45.7	8	43.8
- Otras psicosis no orgánicas	-	-	-	-	10	38.2	10	40.0	10	37.2

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE
LA REGIÓN DE SAN BLAS. POSICIÓN Y TASA POR 100,000 HABITANTES.
AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1983		1984		1985	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	154.8	1	39.2	1	128.1
- Psicosis afectivas	2	29.4	2	31.4	2	56.4
- Psicosis esquizofrénica	3	21.4	3	13.1	3	28.2
- Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	4	8.0	4	13.0	-	-
- Síntomas o síndromes especiales no clasifi cados en otra parte	5	8.0	8	5.1	-	-
- Retraso mental de grado no especificado ..	6	8.0	-	-	4	15.4
- Desviaciones y trastornos sexuales	7	5.3	7	5.2	-	-
- Otras psicosis no orgánicas	8	2.7	-	-	5	10.2
- Síndrome de dependencia del alcohol	9	2.7	5	7.8	-	-
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	10	2.7	-	-	6	10.1
- Abuso de drogas, sin dependencia	-	-	6	7.7	7	7.7
- Perturbación de la conducta	-	-	9	5.0	-	-
- Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	10	2.6	-	-
- Trastornos de la personalidad	-	-	-	-	8	7.6
- Psicosis peculiares de la niñez	-	-	-	-	9	5.1
- Reacción de adaptación	-	-	-	-	10	5.0

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE
LA REGION DE VERAGUAS. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES.
AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1982		1983		1984		1985	
	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa	Posi ción	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	2948.8	1	305.2	5	200.7	10	44.8	1	744.4
- Psicosis esquizofrénica	2	232.2	8	85.3	9	45.0	9	43.8	8	71.5
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte .	3	199.4	9	76.0	-	-	-	-	9	53.3
- Perturbación de la conducta	4	171.9	10	58.6	-	-	-	-	10	48.6
- Retraso mental de grado no especificado...	5	146.7	6	180.3	4	248.8	4	214.1	5	150.1
- Otras psicosis no orgánicas	6	123.7	-	-	7	76.3	8	56.3	-	-
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	7	113.8	-	-	-	-	-	-	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	8	95.5	-	-	-	-	-	-	-	-
- Desviaciones y trastornos sexuales	9	54.3	-	-	-	-	-	-	-	-
- Trastornos de la personalidad	10	51.2	-	-	-	-	-	-	-	-
- Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	2	331.3	-	-	1	543.9	2	275.5
- Psicosis alcohólicas.	-	-	3	283.5	1	574.8	2	506.3	3	235.9
- Psicosis debidas a drogas	-	-	4	210.1	3	293.2	3	269.8	4	174.6
- Psicosis peculiares de la niñez	-	-	5	208.0	2	359.0	5	196.7	5	173.1
- Reacción de adaptación	-	-	7	89.4	6	139.0	6	139.4	7	78.0
- Reacción aguda ante gran tensión	-	-	-	-	8	46.0	7	79.2	-	-
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia	-	-	-	-	10	43.0	-	-	-	-

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 13

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REPUBLICA, SEGUN SEXO. POSICION
TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1983

MASCULINO					FEMENINO				
Morbilidad Psiquiátrica	1981		1983		Morbilidad Psiquiátrica	1981		1983	
	Pos.	Tasa	Pos.	Tasa		Pos.	Tasa	Pos.	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	625.4	1	614.4	- Trastornos neuróticos	1	2549.3	1	1903.4
- Psicosis esquizofrénica	2	273.9	2	191.4	- Psicosis esquizofrénica	2	341.5	2	223.7
- Perturbación de la conducta	3	141.8	8	58.0	- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte ...	3	221.7	3	205.7
- Retardo selectivo del desarrollo ..	4	138.0	4	107.4	- Trastorno depresivo no clasifica- do en otra parte	4	133.8	4	104.8
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	5	120.4	3	121.5	- Otras psicosis no orgánicas	5	105.7	7	65.0
- Desviaciones y trastornos sexuales	6	106.3	-	-	- Retardo selectivo del desarrollo	6	103.7	6	84.5
- Retraso mental de grado no especifi- cado	7	91.6	5	64.4	- Perturbación de la conducta	7	93.5	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	8	78.6	7	59.2	- Retraso mental de grado no especí- ficado	8	90.3	5	90.8
- Otras psicosis no orgánicas	9	69.0	9	54.2	- Desviaciones y trastornos sexua- les	9	71.0	-	-
- Trastornos de la personalidad	10	48.2	-	-	- Psicosis afectivas	10	65.1	-	-
- Psicosis alcohólicas	-	-	5	67.4	- Psicosis alcohólicas	-	-	8	52.4
- Reacción de adaptación	-	-	10	47.8	- Psicosis peculiares de la niñez	-	-	9	41.7
					- Alteraciones de las funciones cor- porales originadas por factores mentales	-	-	10	41.0

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REPUBLICA, EN LA POBLACION DE 0 a 4 AÑOS. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES
AÑOS: 1981 y 1983

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1983	
	Posición	Tasa	Posición	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	224.0	1	937.4
- Retardo selectivo del desarrollo	2	168.8	2	579.9
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	3	102.9	3	408.2
- Psicosis esquizofrénica	4	74.2	4	241.4
- Retraso mental de grado no especificado ..	5	72.7	5	155.1
- Perturbación de la conducta	6	61.1	7	82.1
- Desviaciones y trastornos sexuales	7	30.4	-	-
- Síndrome hiperkinético de la niñez	8	28.7	8	77.2
- Trastornos de la personalidad	9	26.1	10	67.2
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia	10	20.1	-	-
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	-	-	6	105.4
- Otras psicosis no orgánicas	-	-	9	75.5

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REPUBLICA, EN LA POBLACION DE 5 a 19 AÑOS. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES
AÑOS: 1981 y 1983

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1983	
	Posición	Tasa	Posición	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	766.5	1	540.7
- Retardo selectivo del desarrollo	2	253.8	2	152.3
- Perturbación de la conducta	3	208.4	6	68.2
- Retraso mental de grado no especificado	4	146.8	4	93.7
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	5	125.8	3	118.3
- Desviaciones y trastornos sexuales	6	109.9	-	-
- Reacción de adaptación	7	75.4	5	73.7
- Psicosis esquizofrénica	8	65.3	8	42.0
- Trastornos de la personalidad	9	58.5	-	-
- Otras psicosis no orgánicas	10	54.1	10	31.4
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia	-	-	7	52.1
- Síndrome hiperactivo de la niñez	-	-	9	35.4

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REPUBLICA, EN LA POBLACION DE 20 a 59 AÑOS. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES
AÑOS: 1981 y 1983

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1983	
	Posición	Tasa	Posición	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	2842.9	1	2025.9
- Psicosis esquizofrénica	2	592.1	2	374.0
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	3	239.9	3	203.4
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	4	150.9	5	108.8
- Otras psicosis no orgánicas	5	137.7	4	165.5
- Síndrome de dependencia del alcohol	6	87.5	8	65.5
- Psicosis afectivas	7	83.3	10	53.9
- Desviaciones y trastornos sexuales	8	71.1	-	-
- Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	9	71.0	9	55.4
- Perturbación de la conducta	10	68.4	-	-
- Psicosis alcohólicas	-	-	6	91.1
- Retraso mental de grado no especificado	-	-	7	70.3

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA REPUBLICA, EN LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS. POSICION Y TASA POR 100,000 HABITANTES
AÑOS: 1981 y 1983

Morbilidad Psiquiátrica	1981		1983	
	Posición	Tasa	Posición	Tasa
- Trastornos neuróticos	1	3199.0	1	3349.9
- Psicosis esquizofrénica	2	431.4	3	433.5
- Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	3	215.7	4	281.3
- Psicosis afectivas	4	186.4	9	179.9
- Psicosis orgánica senil y presenil	5	184.3	5	252.1
- Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	6	157.2	3	192.2
- Desviaciones y trastornos sexuales	7	155.0	-	-
- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión encefálica	3	149.6	-	-
- Otras psicosis no orgánicas	9	127.9	10	144.5
- Síndrome de dependencia del alcohol	10	120.3	-	-
- Psicosis peculiares de la niñez	-	-	2	687.2
- Psicosis debidas a drogas	-	-	6	207.5
- Psicosis alcohólicas	-	-	7	199.9

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

EGRESOS HOSPITALARIOS PSIQUIATRICOS EN LA REPUBLICA, SEGUN GRUPOS DE
DIAGNOSTICOS. CASOS Y TASAS POR 100,000 HABITANTES
AÑOS: 1980 - 1982

EGRESOS HOSPITALARIOS		1980		1981		1982	
Código	Grupos de Diagnósticos	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
290-299	PSICOSIS	1421	74.0	1428	72.8	2045	101.9
300-316	Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos	973	50.9	954	48.5	1289	64.2
317-319	Retraso mental	82	4.3	61	3.1	96	4.8
	TOTALES	2481	129.2	2443	124.5	3430	170.9

FUENTE: Departamento de Estadísticas, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 19

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS PSIQUIÁTRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS. NÚMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECÍFICA. AÑOS: 1983 a 1986

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985		1986	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis afectivas	162	45.0	174	53.9	224	60.9	258	62.2
- Síndrome de dependencia del alcohol	37	10.3	26	8.1	25	6.8	28	6.8
- Psicosis esquizofrénica	22	6.1	14	4.3	14	3.8	11	2.6
- Trastornos de la personalidad	22	6.1	17	5.3	23	6.3	19	4.6
- Trastornos neuróticos	21	5.8	22	6.8	31	8.4	33	8.0
- Otras psicosis no orgánicas	19	5.3	14	4.3	13	3.5	7	1.7
- Estados paranoides	15	4.2	11	3.5	5	1.4	10	2.4
- Otros diagnósticos no psiquiátricos	12	3.3	12	3.7	-	-	-	-
- Sin diagnóstico	12	3.3	-	-	10	2.7	-	-
- Psicosis orgánicas transitorias	7	1.9	8	2.5	6	1.6	7	1.7
- Epilepsia	-	-	12	3.7	6	1.6	12	2.9
- Dependencia de las drogas	-	-	-	-	-	-	13	3.1

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 20

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS PSIQUIATRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, EN EL SEXO MASCULINO. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1986

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985		1986	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis afectivas	62	38.3	62	35.6	50	22.3	85	32.9
- Síndrome de dependencia del alcohol	35	94.6	19	73.1	18	72.0	20	71.4
- Psicosis esquizofrénica	17	77.3	9	64.3	13	92.9	5	45.5
- Trastornos de la personalidad	12	54.5	6	35.3	8	34.8	8	42.1
- Estados paranoides	7	46.7	7	63.6	3	60.0	7	70.0
- Sin diagnóstico	7	58.3	-	-	6	60.0	3	60.0
- Otras psicosis no orgánicas	6	31.6	-	-	3	23.1	-	-
- Dependencia de las drogas	4	100.0	-	-	-	-	6	46.2
- Psicosis orgánicas transitorias	3	42.9	4	50.0	-	-	5	71.4
- Trastornos neuróticos	3	14.3	10	45.5	8	25.8	7	21.2
- Epilepsia	-	-	4	33.3	-	-	6	50.0
- Otros diagnósticos no psiquiátricos	-	-	3	25.0	-	-	-	-
- Psicosis debidas a drogas	-	-	2	100.0	-	-	-	-
- Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	-	-	3	50.0	-	-

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 21

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS PSIQUIATRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, EN EL SEXO FEMENINO. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1986

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985		1986	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis afectivas	100	61.7	112	64.4	174	77.7	173	67.1
- Trastornos neuróticos	18	85.7	12	54.5	23	74.2	26	78.8
- Otras psicosis no orgánicas	13	68.4	12	85.7	10	76.9	5	71.4
- Trastornos de la personalidad	10	45.4	-	-	15	65.2	11	57.9
- Otros diagnósticos no psiquiátricos	9	75.0	9	75.0	-	-	3	75.0
- Estados paranoides	8	53.3	4	36.4	2	40.0	3	30.0
- Epilepsia	6	66.7	8	66.7	6	100.0	6	50.0
- Psicosis esquizofrénica	5	22.7	5	35.7	-	-	6	54.5
- Sin diagnóstico	5	41.7	-	-	4	40.0	-	-
- Psicosis orgánicas transitorias	4	57.1	4	50.0	3	50.0	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	-	-	7	26.9	7	28.0	8	28.6
- Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia	-	-	2	100.0	-	-	-	-
- Otras psicosis orgánicas (crónicas)	-	-	-	-	4	100.0	-	-
- Dependencia de las drogas	-	-	-	-	-	-	7	53.8

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 22

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS PSIQUIATRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, EN LA POBLACION DE 12 A 19 AÑOS. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1986

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985		1986	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis afectivas	25	15.4	25	14.4	39	17.4	47	18.2
- Trastornos neuróticos	6	28.6	5	22.7	3	9.7	6	18.2
- Otras psicosis no orgánicas	5	26.3	-	-	2	15.4	3	42.9
- Trastornos de la personalidad	4	18.2	5	29.4	6	25.1	5	26.3
- Estados paranoides	3	20.0	-	-	-	-	-	-
- Psicosis esquizofrénica	-	-	3	21.4	-	-	-	-
- Otros diagnósticos no psiquiátricos	-	-	3	25.0	-	-	-	-
- Epilepsia	-	-	-	-	2	33.3	3	25.0

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 23

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS PSIQUIATRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, EN LA POBLACION DE 20 A 59 AÑOS. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1986

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985		1986	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis afectivas	121	74.7	110	63.2	176	78.6	192	74.4
- Síndrome de dependencia del alcohol	31	83.8	19	73.1	18	72.0	26	92.9
- Psicosis esquizofrénica	22	100.0	-	-	10	71.4	-	-
- Trastornos de la personalidad	18	81.8	12	70.6	16	69.6	14	73.7
- Trastornos neuróticos	15	71.4	17	77.3	27	87.1	23	69.7
- Otras psicosis no orgánicas	-	-	12	85.7	-	-	-	-
- Dependencia de las drogas	-	-	-	-	-	-	12	92.3

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 24

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS PSIQUIATRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, EN LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS.
 NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1986

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985		1986	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis afectivas	14	8.6	27	15.5	9	4.0	17	6.6
- Psicosis orgánica senil y presenil	2	66.7	-	-	-	-	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	2	5.4	6	23.1	6	24.0	1	3.6
- Psicosis alcohólicas	1	50.0	-	-	-	-	-	-
- Psicosis orgánicas transitorias	1	14.3	1	12.5	-	-	-	-
- Otros diagnósticos no psiquiátricos	-	-	2	16.7	-	-	1	25.0
- Estados paranoides	-	-	-	-	1	20.0	-	-
- Trastornos neuróticos	-	-	-	-	1	3.2	4	12.1
- Trastornos de la personalidad	-	-	-	-	1	4.3	-	-
- Epilepsia	-	-	-	-	-	-	2	16.7

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 25

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL. NÚMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECÍFICA. AÑOS: 1983 a 1985

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis esquizofrénica	799	50.5	702	45.4	647	40.8
- En observación	339	21.4	464	30.0	585	36.8
- Dependencia de la drogas	75	4.7	52	3.4	74	4.7
- Retraso mental de grado no especificado	75	4.7	62	4.0	63	4.0
- Epilepsia	63	4.0	86	5.6	66	4.2
- Trastornos de la personalidad	51	3.2	53	3.4	-	-
- Psicosis afectivas	43	2.7	55	3.6	37	2.3
- Síndrome de dependencia del alcohol	39	2.5	34	2.2	21	1.3
- Psicosis orgánicas senil y presenil	28	1.8	12	0.8	-	-
- Otras psicosis orgánicas (crónicas)	13	0.8	-	-	-	-
- Trastornos neuróticos	-	-	9	0.6	-	-
- Psicosis alcohólicas	-	-	-	-	11	0.7
- Psicosis debidas a drogas	-	-	-	-	9	0.6
- Psicosis orgánicas transitorias	-	-	-	-	7	0.4

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 26

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL EN EL SEXO MASCULINO. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1985

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis esquizofrénica	472	59.1	388	55.3	350	54.1
- En observación	204	60.2	321	59.2	385	65.8
- Dependencia de las drogas	67	89.3	45	86.5	67	90.5
- Retraso mental de grado no especificado	61	81.3	42	67.7	47	74.6
- Trastornos de la personalidad	33	54.7	46	86.8	39	75.0
- Síndrome de dependencia del alcohol	31	79.5	27	79.4	20	95.2
- Epilepsia	31	49.2	52	60.5	40	60.6
- Psicosis debidas a drogas	13	76.5	-	-	7	77.8
- Psicosis afectivas	13	30.2	37	67.3	20	54.0
- Otras psicosis orgánicas (crónicas)	12	92.3	-	-	-	-
- Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	7	58.3	-	-
- Psicosis orgánicas transitorias	-	-	4	80.0	-	-
- Psicosis alcohólicas	-	-	-	-	9	81.8

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 27

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN EL SEXO FEMENINO. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1985

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis esquizofrénica	327	40.9	314	44.7	297	45.9
- En observación	135	39.8	143	30.8	200	34.2
- Epilepsia	32	50.8	34	39.5	26	39.4
- Psicosis afectivas	30	69.8	-	-	17	46.0
- Psicosis orgánica senil y presenil	23	82.1	5	41.7	2	50.0
- Trastorno de la personalidad	18	35.3	7	13.2	13	25.0
- Retraso mental de grado no especificado	14	18.7	20	32.3	16	25.4
- Síndrome de dependencia del alcohol	12	27.9	7	20.6	-	-
- Trastornos neuróticos	9	54.3	3	88.9	-	-
- Dependencia de las drogas	8	10.7	7	13.5	7	9.5
- Otras psicosis orgánicas (crónicas)	-	-	2	100.0	-	-
- Psicosis orgánicas transitorias	-	-	-	-	3	42.9
- Psicosis alcohólicas	-	-	-	-	2	18.2

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 28

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN LA POBLACION DE 15 A 24 AÑOS.
 NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1985

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis esquizofrénica	133	15.6	110	15.7	74	11.4
- En observación	120	35.4	147	31.7	184	31.4
- Retraso mental de grado no especificado	27	36.0	19	30.6	16	25.4
- Dependencia de las drogas	26	34.7	-	-	-	-
- Trastorno de la personalidad	14	27.4	27	50.9	9	17.3
- Epilepsia	-	-	11	12.8	15	22.7

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 29

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN LA POBLACION DE 25 A 59 AÑOS.
 NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1985

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
- Psicosis esquizofrénica	587	73.5	511	72.8	526	81.3
- En observación	172	50.7	249	53.7	329	56.2
- Dependencia de las drogas	49	65.3	48	92.3	65	87.8
- Epilepsia	47	74.5	63	73.2	48	72.7
- Retraso mental de grado no especificado	43	57.3	38	61.3	45	71.4

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 30

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE EGREGOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, EN LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS.
 NUMERO DE EGREGOS Y PORCENTAJES DE MORBILIDAD ESPECIFICA. AÑOS: 1983 a 1985

Egresos Psiquiátricos	1983		1984		1985	
	Egresos	Porcen taje	Egresos	Porcen taje	Egresos	Porcen taje
- Psicosis esquizofrénica	51	6.4	68	9.7	43	6.6
- En observación	34	10.0	36	7.8	66	11.3
- Psicosis orgánicas senil y presenil	19	57.9	11	91.7	4	100.0
- Trastornos neuróticos	5	35.7	-	-	-	-
- Síndrome de dependencia del alcohol	3	7.0	-	-	-	-
- Psicosis afectivas	-	-	13	23.6	5	16.2
- Epilepsia	-	-	7	8.1	-	-
- Trastornos de la personalidad	-	-	-	-	3	5.8

FUENTE: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Cuadro No. 31

MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES EGRESADO DEL HOSPITAL DEL NIÑO, POR SEXO Y PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA. NUMERO DE EGRESOS Y PORCENTAJES POR MORBILIDAD ESPECIFICA . AÑOS: 1981 - 1985

Morbilidad Psiquiátrica	1981				1982				1983				1984				1985			
	No. %	Sexo		PDC	No. %	Sexo		PDC	No. %	Sexo		PDC	No. %	Sexo		PDC	No. %	Sexo		PDC
		M	F			M	F			M	F			M	F			M	F	
TRASTORNOS MENTALES	50 100	18 36.0	32 64.0	9.5	55 100	22 40.0	33 60.0	6.3	61 100	18 29.5	43 70.5	7.0	55 100	19 34.5	36 65.5	7.4	40 100	14 35.0	26 65.0	7.2
290 - 299 PSICOSIS	9 18.0	4 44.4	5 55.6	24.0	2 3.6	1 50.0	1 50.0	35	2 4.9	1 33.3	2 66.7	9.0	7 12.7	3 42.9	4 57.1	13.3	10 25.0	2 20.0	3 80.0	12.3
300 - 309 NEUROSIS y OTROS TRASTORNOS NO PSICOTICOS	39 73.0	12 30.8	27 69.2	6.5	51 92.7	20 39.2	31 60.8	5.9	57 93.4	17 29.8	40 70.2	7.1	45 81.8	15 33.3	30 66.7	6.4	29 72.5	12 41.4	17 53.6	5.5
310 - 315 RETRASO MENTAL	2 4.0	2 100	-	2.5	2 3.6	1 50.1	1 50.0	21.1	1 1.6	-	1 100	1.0	3 5.5	1 33.3	2 66.7	7.7	1 2.5	-	1 100	4.0

FUENTE: Estadísticas Panameñas. Sección 431. Servicios de Salud. Años 1980 - 1985

Cuadro No. 32

DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS POR PROVINCIA. NÚMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1980-1985

Año	Total	Provincia de Residencia										
		B. del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	C. de San Blas	
1980	Número	39	3	-	1	12	-	4	8	7	4	-
	Tasa	2.0	5.7	-	3.6	4.2	-	4.9	11.4	9.8	2.3	-
1981	Número	37	2	-	4	11	1	3	7	3	6	-
	Tasa	1.9	3.1	-	2.2	3.5	3.1	3.3	3.3	0.3	3.1	-
1982	Número	35	-	4	2	10	-	-	7	3	8 ✓	-
	Tasa	1.7	-	2.6	1.3	3.1	-	-	8.8	0.4	4.1	-
1983	Número	39	6	3	2	11	1	2	5	5	4	-
	Tasa	1.9	8.7	2.0	1.3	3.3	2.9	2.1	6.2	0.5	2.0	-
1984	Número	29	2	5	3	7	1	3	3	1	4	-
	Tasa	1.4	2.8	3.2	1.9	2.1	2.9	3.1	3.7	0.1	2.0	-
1985	Número	56	1	-	3	15	-	1	7	24	4	-
	Tasa	2.6	1.4	-	1.9	4.6	-	1.0	8.7	2.4	2.0	-

SUENTE: Estadística Panameña. Estadísticas Vitales. Años 1980-1985.

Cuadro No. 33

SUICIDIO EN LA REPUBLICA, SEGUN SEXO Y AREA URBANA Y RURAL. NUMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES SEGUN SEXO Y PORCENTAJES POR AREA URBANA Y RURAL. AÑOS: 1980 - 1985

Años	No.	Tasa por 100,000 Hab.	SEXO				AREA			
			Masculino		Femenino		Urbana		Rural	
			No.	Tasa por 100,000 Hab.	No.	Tasa por 100,000 Hab.	Total	%	Total	%
1980	39	2.0	34	3.5	5	0.5	14	35.9	25	64.1
1981	37	1.9	31	3.1	6	0.6	9	24.3	28	75.7
1982	35	1.7	30	2.9	5	0.5	5	14.3	30	85.7
1983	39	1.9	32	3.0	7	0.7	6	15.4	33	84.6
1984	23	1.4	24	2.2	5	0.5	7	24.1	22	75.9
1985	55	2.6	44	4.0	12	1.1	31	55.4	25	44.6

FUENTE: Estadística Panameña. Estadísticas Vitales. Años: 1980 - 1985.

Cuadro No. 34

SUICIDIOS EN LA REPUBLICA POR GRUPOS DE EDAD. NUMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES.
AÑOS: 1980 - 1985

Años	Totales	GRUPOS DE EDAD (AÑOS)						
		1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 54	55 y más	
1980	Número	39	-	2	10	11	9	7
	Tasa	2.0	-	0.4	2.5	4.0	2.8	4.0
1981	Número	37	-	2	8	13	9	5
	Tasa	1.9	-	0.4	1.9	4.6	2.8	2.8
1982	Número	35	-	-	9	5	16	5
	Tasa	1.7	-	-	2.1	1.7	4.7	2.7
1983	Número	39	-	2	14	7	6	10
	Tasa	1.9	-	0.4	3.2	2.3	1.7	5.3
1984	Número	29	-	2	9	5	5	8
	Tasa	1.4	-	0.4	2.0	1.6	1.4	4.0
1985	Número	56	-	1	14	18	15	8
	Tasa	2.6	-	0.2	3.0	5.5	4.0	4.0

FUENTE: Estadística Panameña. Estadísticas Vitales. Años 1980 - 1985.

Cuadro No. 35

DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA
PERSONA. NUMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES.
AÑOS: 1980 - 1985

Años	Total	Provincia de Residencia									
		B. del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Comarca San Blas
1980... Número	41	-	2	9	13	-	2	7	1	7	-
1980... Tasa	2.1	-	1.4	5.0	4.2	-	2.2	8.8	0.1	3.7	-
1981... Número	48	-	-	15	12	1	6	5	5	3	1
1981... Tasa	2.4	-	-	8.2	3.8	3.1	6.5	6.3	0.6	1.6	2.8
1982... Número	54	1	3	15	10	5	2	5	9	3	2
1982... Tasa	2.6	1.5	2.0	10.0	3.1	18.2	2.1	3.8	1.0	1.5	5.4
1983... Número	50	1	1	13	14	4	2	3	7	5	-
1983... Tasa	2.4	1.4	0.6	8.6	4.2	11.8	2.1	3.8	0.7	2.5	-
1984... Número	59	-	1	10	17	2	4	3	12	9	1
1984... Tasa	2.8	-	0.6	6.5	5.0	5.7	4.1	3.7	1.2	4.5	2.6
1985... Número	115	2	1	13	16	2	4	3	67	7	-
1985... Tasa	5.3	2.7	0.6	8.2	4.6	5.5	4.1	3.7	6.8	3.4	-

FUENTE: Estadística Panameña. Estadísticas Vitales. Años 1980 - 1985.

Cuadro No. 36

HOMICIDIOS EN LA REPUBLICA, SEGUN SEXO Y AREA URBANA Y RURAL. NUMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES SEGUN SEXO Y PORCENTAJES POR AREA URBANA Y RURAL. AÑOS: 1980 - 1985

Años	No.	Tasa por 100,000 Hab.	S E X O				A R E A			
			M a s c u l i n o		F e m e n i n o		U r b a n a		R u r a l	
			No.	Tasa por 100,000 Hab.	No.	Tasa por 100,000 Hab.	Total	%	Total	%
1980	41	2.1	33	3.4	8	0.8	12	29.3	29	70.7
1981	48	2.4	43	4.2	5	0.5	22	45.8	26	54.2
1982	54	2.6	48	4.6	6	0.6	18	33.3	36	66.7
1983	50	2.4	48	3.6	12	1.2	22	44.0	28	56.0
1984	59	2.8	47	4.3	12	1.1	17	28.8	42	71.2
1985	115	5.3	104	9.4	11	1.0	70	60.9	45	39.1

FUENTE: Estadística Panameña. Estadísticas Vitales. Años 1980 - 1985.

Cuadro NO. 37

HOMICIDIOS EN LA REPUBLICA, POR GRUPOS DE EDAD. NUMERO Y TASA POR
100,000 HABITANTES. AÑOS: 1980 - 1985

Años			GRUPOS DE EDAD (AÑOS)						No esp.
			1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35-54	55 y más	
1980	Número	41	1	1	11	10	12	6	-
	Tasa	2.1		0.2	2.7	3.6	3.8	3.4	
1981	Número	48	1	-	19	15	9	4	
	Tasa	2.4		-	4.6	5.3	2.8	2.2	
1982	Número	54	1	-	22	17	12	1	1
	Tasa	2.6		-	5.2	5.8	3.6	0.5	
1983	Número	50	1	1	13	21	12	2	-
	Tasa	2.4		0.2	3.0	6.9	3.4	1.1	
1984	Número	59	-	3	15	13	15	3	-
	Tasa	2.3		0.6	3.3	5.7	4.2	4.0	
1985	Número	115	2	0	39	31	27	13	3
	Tasa	5.3		-	8.5	9.5	7.3	6.4	

FUENTE: Estadística Panameña. Estadísticas Vitales. Años 1980 - 1985.

Cuadro No. 38

DETENIDOS EN LA REPUBLICA POR SEXO Y EDAD. NUMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES.
AÑOS: 1981 - 1985

Años		Total	SEXO		EDAD (AÑOS)								
			M	F	- 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 y +	No Esp.
1981	Número	16705	15346	1359	3109	5142	3031	1986	1146	767	501	757	266
	Tasa	835.4	1503.2	138.9	304.9	2712.0	1950.3	1537.9	1082.6	891.6	689.1	313.9	-
1982	Número	20109	18352	1757	3608	5925	3714	2522	1635	1079	667	861	105
	Tasa	984.1	1759.5	175.6	349.9	3031.5	2299.3	1891.0	1487.6	1207.1	884.4	346.6	-
1983	Número	20073	18542	1531	3531	6067	3771	2406	1591	1057	589	885	174
	Tasa	961.1	1743.5	149.6	338.6	3005.5	2250.1	1749.7	1396.2	1140.6	769.8	346.4	-
1984	Número	20044	18617	1427	3411	6055	3930	2466	1608	972	574	887	141
	Tasa	939.2	1713.3	136.4	323.5	2918.7	2255.9	1735.5	1359.7	1009.7	730.6	337.2	-
1985	Número	20326	18819	1507	3513	6065	4007	2520	1513	1032	643	821	207
	Tasa	932.2	1693.1	141.0	329.8	2837.3	2214.8	1719.2	1238.1	1032.6	797.8	303.2	-

FUENTE: Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

DETENIDOS EN LA REPUBLICA POR SEXO Y EDAD, SEGUN FALTA O DELITO. NUMERO
Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑO: 1984

Detalle		Total	SEXO		EDAD					No Esp.
			M	F	20	20-24	25-34	35-44	45 y +	
Contra el Patrimonio	No.	7276	6394	282	1691	2515	2128	664	307	43
	T.	339.5	642.6	27.0	673.3	1212.3	672.8	309.5	89.9	
Contra la vida y la integridad personal	No.	4151	3889	262	517	1107	1352	681	449	35
	T.	194.5	357.3	25.1	215.0	533.6	427.4	317.4	131.4	
Delitos y faltas con base en leyes especiales	No.	3114	2822	292	475	398	1086	413	225	15
	T.	145.9	259.3	27.9	193.0	432.9	243.3	122.5	65.9	
Contra la seguridad colectiva.	No.	1353	1238	115	194	415	481	154	91	7
	T.	63.4	113.8	11.0	80.7	200.5	152.1	76.4	25.5	
Contra la administración pública	No.	1275	1188	87	155	384	444	181	104	6
	T.	59.7	109.2	8.3	54.9	185.1	140.4	84.4	30.4	
Contra el pudor y la libertad sexual	No.	1148	947	201	186	409	323	137	88	5
	T.	53.3	87.0	19.2	77.4	197.2	102.1	63.9	25.8	
Contra el orden y rídico familiar y estado civil .	No.	613	506	107	146	58	193	137	75	4
	T.	28.7	46.5	10.2	60.7	28.0	61.0	63.9	22.0	
Contra la Fé pública	No.	287	243	44	12	62	129	49	32	3
	T.	13.4	22.3	4.2	5.0	30.0	40.8	22.8	9.4	
Contra la administración de justicia	No.	255	243	12	32	67	84	37	27	8
	T.	11.9	22.3	1.2	13.3	32.3	26.5	17.2	7.9	
Contra el honor.	No.	98	87	11	14	20	24	26	14	-
	T.	4.6	8.0	1.0	5.8	9.6	7.6	12.1	4.1	
Contra la libertad	No.	98	94	4	11	24	24	25	11	1
	T.	4.6	8.6	0.4	4.6	12.1	7.6	12.1	3.2	
Contra la economía nacional ...	No.	40	36	4	-	3	19	12	6	-
	T.	1.9	3.3	0.4		1.4	6.0	5.6	1.8	
No especificado	No.	336	330	6	48	91	109	53	22	13
	T.	15.7	30.3	0.6	20.0	43.9	34.5	24.7	6.4	
TOTAL	No.	20044	18617	1427	3411	6055	6393	2580	1461	141
		939.2	1713.3	136.4	1418.5	2918.8	2021.2	1202.6	427.7	

FUENTE: Estadística Panameña, Sección 631 Justicia. Año 1985.

DETIENIDOS EN LA REPUBLICA POR SEXO Y EDAD, SEGUN FALTA O DELITO. NUMERO
Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑO: 1985

Detalle	Total	SEXO		EDAD					No Esp.
		M	F	20	20-24	25-34	35-44	45 y +	
Contra el Patri- monio	No. 7440 T. 341.2	7090 637.9	314 29.4	1622 657.8	2514 1176.1	2176 664.4	700 314.5	330 93.9	67
Contra la vida y la integridad personal	No. 4167 T. 191.1	3875 348.6	292 27.3	578 234.4	1122 524.9	1361 415.6	559 296.1	399 113.5	48
Delitos y fal- tas con base en leyes especiales	No. 3105 T. 142.4	2769 249.1	336 31.4	481 195.1	902 422.0	1101 336.2	391 175.7	205 58.5	24
Contra la segu- ridad colectiva.	No. 1392 T. 63.8	1298 116.8	94 8.8	185 75.0	417 195.1	490 149.6	202 90.8	88 25.0	10
Contra la adm- nistración públ- ca	No. 1336 T. 61.3	1236 111.2	100 9.4	164 66.5	370 173.1	465 142.0	183 82.2	141 40.1	13
Contra el pudor y la libertad se- xual	No. 1187 T. 54.4	978 88.0	209 19.5	198 80.3	379 177.3	355 108.4	126 56.5	118 33.6	11
Contra el orden jurídico familiar y estado civil .	No. 616 T. 28.3	559 50.3	57 5.3	178 72.2	55 25.7	188 57.4	121 54.4	69 19.6	5
Contra la Fé pública	No. 328 T. 15.0	274 24.6	54 5.1	24 9.7	98 45.8	132 40.3	39 17.5	33 9.4	2
Contra la adm- nistración de justicia	No. 277 T. 12.7	261 23.5	16 1.5	37 15.0	76 35.6	92 28.1	38 17.1	30 8.5	4
Contra el honor.	No. 84 T. 3.9	71 6.4	13 1.2	7 2.8	22 10.3	25 7.6	11 4.9	13 3.7	6
Contra la liber- tad	No. 73 T. 3.3	72 6.5	1 0.1	6 2.4	21 9.8	30 9.2	13 5.8	2 0.6	1
Contra la econo- mía nacional ...	No. 146 T. 6.7	136 12.2	10 0.9	9 3.6	34 15.9	50 15.3	29 13.0	24 6.8	-
No especificado	No. 211 T. 9.7	200 18.0	11 1.0	24 9.7	55 25.7	62 18.9	38 17.1	11 3.1	21
TOTAL ...	No. 20326 T. 932.2	18819 1693.1	1507 141.0	3513 1424.8	6065 2837.3	6527 1993.0	2550 1145.8	1454 416.7	207

FUENTE: Estadística Panameña, Sección 631 Justicia. Año 1985.

MENORES INFRACTORES ATENDIDOS EN EL TRIBUNAL TUTELAR DE MENORES, SEGUN FALTA
COMETIDA. NUMERO Y TASA POR 100,000 HABITANTES. AÑOS: 1981 - 1985

Falta Cometida	MENORES INFRACTORES									
	1981		1982		1983		1984		1985 (P)	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Contra el patri- monio	1691	165.8	1594	154.6	1822	174.6	1897	180.0	1873	175.8
Contra el orden jurídico, familiar y el estado civil.	328	32.2	387	37.5	316	30.3	459	43.5	491	46.1
Contra el pudor y la libertad sexual	59	5.8	69	6.7	53	5.1	118	11.2	76	7.1
Otras faltas con base a leyes espe- ciales	16	1.7	15	1.4	14	1.3	32	3.0	44	4.1
Contra la seguri- dad colectiva	243	23.8	280	27.2	252	24.2	166	15.7	107	10.0
Contra la vida y la integridad per- sonal	304	29.8	328	31.8	319	30.6	414	39.3	317	29.8
Contra la Economía Nacional	4	0.4	-	-	3	0.3	-	-	4	0.4
Contra la libertad	43	4.2	45	4.4	41	3.9	51	4.8	35	3.3
Contra la Fé públi- ca	3	0.3	10	1.0	6	0.6	13	1.2	7	0.6
Contra la adminis- tración pública ..	4	0.4	17	1.6	27	2.6	77	7.3	47	4.4
Contra el honor ..	-	-	2	0.2	2	0.2	1	0.1	-	-
Infracciones de tránsito	220	21.6	207	20.1	275	26.4	320	30.4	240	22.5
No especificada ..	4	0.4	2	0.2	5	0.6	5	0.5	4	0.4
TOTAL	2919	286.3	2956	286.7	3136	300.7	3553	337.0	3245	304.6

FUENTE: ESTADISTICA PANAMEÑA, Sección 631. Justicia 1985.

Quadro No. 42

MENORES INFRACTORES ATENDIDOS EN EL TRIBUNAL TUTELAR DE MENORES, POR EDAD
AÑOS: 1980 - 1985

Años	MENORES INFRACTORES										
	Total		Edad (años)								No especi- ficada
	Número	Tasa por 100,000 Hab.	Hasta 10	11	12	13	14	15	16	17	
1980	2093	159.6	68	12	116	184	344	505	718	915	19
1981	2919	148.7	79	57	88	166	277	511	799	900	42
1982	2956	147.3	107	53	121	153	253	442	828	982	17
1983	3136	152.9	112	56	138	174	329	473	740	1103	11
1984	3553	169.5	78	56	105	188	336	584	898	1271	37
1985*	3245	151.5									

* Cifras preliminares.

FUENTE: Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

Quadro No. 43

ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA REPUBLICA, SEGUN CONDICION DEL CONDUCTOR Y DEL PEATON CAUSANTE. NUMERO Y PORCENTAJE
AÑOS: 1984 y 1985

Condición de conductor y del peatón causante	1984		1985	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	20520	100	21751	100
CONDUCTOR CAUSANTE	19040	92.8	20379	93.7
Aparentemente normal	17760	86.6	18780	86.3
Con mención de alcohol	647	3.1	490	2.3
Dormido en el volante	41	0.2	16	0.1
Enfermo	2	0.0	-	-
No especificado	590	2.9	1093	5.0
PEATON CAUSANTE	757	3.7	792	3.6
Aparentemente normal	739	3.6	774	3.5
Con mención de alcohol	18	0.1	17	0.1
No especificado	-	-	1	0.0
DESPERFECTOS MECANICOS	488	2.4	349	1.6
OTRO CAUSANTE (1)	235	1.1	231	1.1

(1) El accidente fue ocasionado por un animal, pasajero, jinete u otra causa ajena a la voluntad del conductor.

FUENTE: Estadística Panameña, Sección 451. Accidentes de Tránsito. Años 1984 y 1985.

Cuadro No. 44

MATRIMONIOS Y DIVORCIOS EN LA REPUBLICA. AÑOS 1981-1985

Concepto	1981	1982	1983	1984	1985
Matrimonios	10315	11321	11346	12253	12430
Tasa por 100,000 habitantes	515.9	554.0	543.2	574.1	570.0
Tasa por 1,000 personas en edad de casarse	24.9	26.5	25.8	27.0	26.6
Divorcios	1039	1156	1172	1361	1476
Tasa por 100,000 habitantes	52.0	56.6	56.1	63.8	67.7
Tasa por 10,000 parejas	59.5	63.9	62.7	70.4	73.8

FUENTE: Panamá en Cifras. Noviembre 1986.

Cuadro No. 45

IMPEDIDOS FISICOS Y MENTALES QUE RECIBEN EN ENSEÑANZA ESPECIAL EN LA REPUBLICA,
SEGUN DEPENDENCIA. AÑOS: 1981 - 1985

Dependencia		1981	1982	1983	1984	1985
Oficial	Número Porcentaje	5421 (99.4)	4867 (99.1)	4351 (99.0)	5385 (99.7)	5444 (98.9)
Particular	Número Porcentaje	30 (0.6)	43 (0.9)	44 (1.0)	16 (0.3)	61 (1.1)
Totales	Número Porcentaje	5451 (100)	4910 (100)	4405 (100)	5401 (100)	5505 (100)

FUENTE: Panamá en Cifras. Años 1981 - 1985.

Cuadro No. 46

RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL, POR DISCIPLINA, EN LA REPUBLICA, SEGUN REGION DE SALUD. NUMERO Y TASA POR 1000 HABITANTES. AÑOS: 1976 y 1986

REGION DE SALUD	1976										1986									
	Psiquiatras		Psicólogos		Enfermeras		T. Sociales		Terapia Ocupacional		Psiquiatras		Psicólogos		Enfermeras		T. Sociales		Terapia Ocupacional	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
REPUBLICA	50	0.05	24	0.02	49	0.03	21	0.02	5	0.01	74	0.03	49	0.02	95	0.04	26	0.01	6	0.003
B. del Toro ..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.01	-	-	1	0.01	1	0.01	-	-
Coclé	1	0.01	1	0.01	-	-	-	-	-	-	1	0.01	2	0.01	2	0.01	-	-	-	-
Colón	3	0.02	1	0.01	-	-	-	-	-	-	3	0.02	2	0.01	2	0.01	-	-	-	-
Chiriquí	2	0.01	3	0.01	-	-	-	-	-	-	3	0.01	3	0.01	-	-	-	-	-	-
Darién	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azuero	4	0.02	4	0.02	5	0.03	1	0.01	1	0.01	5	0.02	4	0.02	12	0.07	2	0.01	1	0.01
Panamá	40	0.07	15	0.03	44	0.08	20	0.03	4	0.01	59	0.06	37	0.04	78	0.08	23	0.02	5	0.01
* Metrop. ..	40	0.07	15	0.03	43	0.07	20	0.03	4	0.01	54	0.05	36	0.03	77	0.07	22	0.02	5	0.01
P. Este..	-	-	-	-	1	0.01	-	-	-	-	1	0.00	-	-	1	0.01	-	-	-	-
P. Oeste.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0.01	1	0.01	-	-	1	0.00	-	-
San Blas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veraguas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.01	1	0.01	-	-	-	-	-	-

* Incluye Caja de Seguro Social.

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Cuadro No . 47

RECURSOS FISICOS PARA LA ATENCION EN SALUD MENTAL, AMBULATORIA Y HOSPITALARIA, EN LA REPUBLICA, SEGUN REGION DE SALUD
AÑOS: 1976 - 1986

Región de Salud	1976			1986		
	Atención Ambulatoria	Atención Hospitalaria		Atención Ambulatoria	Atención Hospitalaria	
		Sala Espec.	Sala Medicina		Sala Espec.	Sala Medicina
REPUBLICA	23	4	4	52	4	10
Bocas del Toro	-	-	-	1	-	1
Coclé	1	-	1	2	-	1
Colón	1	-	1	2	-	1
Chiriquí	1	-	1	2	-	2
Darién	-	-	-	-	-	-
Azuero	5	1	-	10	1	-
Panamá	15	3	1	33	3	4
* Metropolitana	15	3	1	29	3	2
Panamá Este	-	-	-	1	-	1
Panamá Oeste	-	-	-	3	-	1
San Blas	-	-	-	-	-	-
Veraguas	-	-	-	2	-	1

* Incluye Caja de Seguro Social

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Cuadro No. 48

CONSULTAS PSIQUIATRICAS AMBULATORIAS EN LA REPUBLICA, SEGUN REGION DE SALUD. AÑOS: 1981 - 1985

Región de Salud	CONSULTAS PSIQUIATRICAS				
	1981	1982	1983	1984	1985
REPUBLICA	32395	35247	35138	41190	42233
Bocas del Toro	-	-	797	759	1312
Coclé	966	969	1138	1960	2225
Colón	4653	4110	3472	4028	3663
Chiriquí	6738	6110	5980	7634	6318
Darién	-	-	-	-	-
Azuero	3009	3444	2950	4583	5703
Herrera	1463	1596	1104	1313	1689
Los Santos	1546	1748	1856	3270	4014
Panamá	13748	15678	16276	18504	19094
Hospital del Niño	2051	2080	1812	2358	1882
Hospital Santo Tomás	2651	2911	3012	2883	2708
Hospital Psiquiátrico Nal. ..	632	617	611	581	791
* Metropolitana	6348	7948	9427	10073	11186
Panamá Este	463	347	120	975	1134
Panamá Oeste	1603	1775	1294	1634	1393
San Blas	-	-	-	-	-
Veraguas	3281	4936	4515	3722	3918

FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud. * Excluye Caja de Seguro Social.

Cuadro No. 49

CONSULTAS DE SALUD MENTAL AMBULATORIAS EN LA REPUBLICA, POR DISCIPLINA Y SEGUN REGION DE SALUD. AÑOS: 1981 - 1983

Región de Salud	1981				1982				1983			
	Enf.	Psic.	T.S.	T.O.	Enf.	Psic.	T.S.	T.O.	Enf.	Psic.	T.S.	T.O.
TOTAL	261	17788	6178	-	2021	18157	8743	-	636	18997	2627	1654
Bocas del Toro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coclé	-	17	8	-	-	190	-	-	-	234	-	-
Colón	-	2472	-	-	25	2164	-	-	75	1036	-	-
Chiriquí	-	6611	-	-	-	7243	-	-	-	5882	-	1654
Darién	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azuero	-	3150	611	-	49	2536	-	-	-	3537	-	-
Herrera	-	1385	129	-	49	1100	-	-	-	2309	-	-
Los Santos	-	1765	482	-	-	1436	-	-	-	1228	-	-
Panamá	261	5538	5559	-	1939	5086	8727	-	561	6363	1162	-
Hospital del Niño	-	1248	500	-	485	1347	315	-	226	1797	-	-
Hospital Santo Tomás	-	-	-	-	-	114	-	-	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico Nacional....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
* Metropolitana	261	4290	5059	-	1446	3625	7667	-	335	4566	284	-
Panamá Este	-	-	-	-	5	-	295	-	-	-	276	-
Panamá Oeste	-	-	-	-	3	-	450	-	-	-	602	-
Veraguas	-	-	-	-	8	938	16	-	-	1945	1465	-

FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud.

* Excluye Caja de Seguro Social.

Cuadro No. 50

CONSULTAS DE SALUD MENTAL AMBULATORIAS EN LA REPUBLICA, POR DISCIPLINA Y SEGUN REGION DE SALUD. AÑOS: 1984 - 1985

Regiones de Salud	1984				1985			
	Enf.	Psic.	T. Soc.	T. Ocup.	Enf.	Psic.	T. Soc.	T. Ocup.
TOTAL	2650	19405	1931	9	162	20344	545	1
Bocas del Toro	-	11	-	-	116	-	-	-
Coclé	-	525	-	-	-	274	-	-
Colón	-	397	-	-	-	-	-	-
Chiriquí	20	6572	20	-	20	6584	20	-
Darién	-	-	-	-	-	-	-	-
Azuero	75	4450	-	-	-	3304	-	-
Herrera	-	2171	-	-	-	2212	-	-
Los Santos	75	2279	-	-	-	1092	-	-
Panamá	2555	6284	1911	9	26	8524	525	1
Hospital del Niño	2106	2010	194	-	-	2114	199	-
Hospital Santo Tomás	-	-	-	-	-	185	251	-
Hospital Psiquiátrico Nacional	-	-	-	-	26	15	13	-
* Metropolitana	439	4274	842	-	-	6210	-	-
Panamá Este	-	-	273	9	-	-	62	-
Panamá Oeste	10	-	602	-	-	-	-	-
Veraguas	-	1166	-	-	-	1658	-	-

FUENTE: Departamento de Estadística. Ministerio de Salud. * Excluye Caja de Seguro Social.

Cuadro No. 51

CONSULTAS PSIQUIATRICAS AMBULATORIAS EN LA REPUBLICA, SEGUN REGION DE SALUD Y RENDIMIENTO DEL RECURSO MEDICO DEDICADO A LA ATENCION AMBULATORIA.* AÑOS: 1981 - 1985

Región de Salud	1981			1982			1983			1984			1985		
	Con- sul- tas	Horas Dispo- nibles	Rendi- miento x hora	Con- sul- tas	Horas Dispo- nibles	Rendi- miento x hora	Con- sul- tas	Horas Dispo- nibles	Rendi- miento x hora	Con- sul- tas	Horas Dispo- nibles	Rendi- miento x hora	Con- sul- tas	Horas Dispo- nibles	Rendi- miento x hora
REPUBLICA	32395	23760	1.4	35247	24640	1.4	35138	25520	1.4	41190	27280	1.5	42233	28160	1.5
Bocas del Toro	-	-	-	-	-	-	797	880	0.9	759	880	0.9	1312	880	1.5
Coclé	966	880	1.1	969	880	1.1	1138	880	1.3	1960	1760	1.1	2225	1760	1.3
Colón	4653	2640	1.8	4110	2640	1.6	3472	2640	1.3	4028	2640	1.5	3663	2640	1.4
Chiriquí	6738	2640	2.6	6110	2640	2.3	5980	2640	2.3	7634	2640	2.9	6318	2540	1.4
Azuero	3009	3520	0.8	3444	3520	1.0	2960	3520	0.8	4583	3520	1.3	5703	3520	2.4
Herrera	1463	-	-	1696	-	-	1104	-	-	1313	-	-	1689	-	-
Los Santos	1546	-	-	1748	-	-	1856	-	-	3270	-	-	4014	-	-
Panamá	13748	13200	1.0	15678	14080	1.1	16276	14080	1.2	18504	14960	1.2	19094	15840	1.2
Hosp. del Niño	2051	1760	1.2	2080	1760	1.2	1812	1760	1.0	2358	1760	1.3	1882	1760	1.1
Hosp. Santo Tomás .	2651	1760	1.5	2911	1760	1.7	3012	1760	1.7	2883	1760	1.6	2708	1760	1.5
Hosp. Psiquiátrico.	632	880	0.7	617	880	0.7	611	880	0.7	581	880	0.7	791	880	0.9
Metropolitana	6348	7040	0.9	7948	7920	1.0	9427	7920	1.2	10073	8800	1.1	11186	9680	1.2
Panamá Este	463	880	0.5	347	880	0.4	120	880	0.1	975	880	1.1	1134	880	1.3
Panamá Oeste	1603	880	1.8	1775	880	2.0	1294	880	1.5	1634	880	1.8	1393	880	1.6
Veraguas	3281	880	3.7	4936	880	5.6	4515	880	5.1	3722	880	4.2	3918	880	4.4

* Cuatro consultas/hora y 4 horas diarias de consulta externa.

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Cuadro No. 52

CAMAS PSIQUIATRICAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIA. NÚMERO Y TASA POR 1000 HABS.
AÑOS: 1980 - 1985

Región de Salud	1980		1981		1982		1983		1984		1985	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
REPUBLICA	1308	0.7	1371	0.7	1372	0.7	1262	0.6	1352	0.6	1275	0.6
Bocas del Toro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coclé	2	0.01	2	0.01	2	0.01	2	0.01	2	0.01	2	0.01
Colón	3	0.02	3	0.02	3	0.02	3	0.02	3	0.02	3	0.02
Chiriquí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Darién	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azuero	384	2.5	383	2.4	384	2.2	281	1.6	382	2.2	253	1.4
Panamá												
Metro	909	1.3	973	1.3	973	1.4	956	1.3	955	1.3	1007	1.3
Este	5	0.2	5	0.2	5	0.2	5	0.2	5	0.2	5	0.2
Oeste	5	0.03	5	0.03	5	0.03	5	0.03	5	0.03	5	0.03
San Blas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veraguas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 431. Asistencia Social. Años 1981 - 1985.

Cuadro No. 53

CAPACIDAD DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL
AÑOS: 1980 - 1985

Capacitada	1980	1981	1982	1983	1984	1985
CAMAS	905	1019	1019	1015	1005	975
Total de pacientes días	355170	357933	359267	362880	366310	370989
Promedio diario de pacientes	1000	981	984	994	1001	1016
Porcentaje de ocupación de camas ..	110.5	96.2	96.6	97.9	99.6	104.2

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 431. Asistencia Social. Años 1980 - 1985.

Cuadro NO. 54

PACIENTES ADMITIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL, POR
CLASE DE INGRESO, SEGUN SEXO. AÑOS: 1975-1985

AÑO	T O T A L	PACIENTES ADMITIDOS										
		S e x o		Primer Ingreso		Reingreso						
		M	F	No.	%	No.	%	De otras Institu- ciones	Por Fuga	Por Li- cencia Tri- mestral	Por Recaída	Por Li- cencia Semanal
1975	1396	871	525	314	22.5	1082	77.5	19	33	35	909	86
1976	1404	867	537	252	17.9	1152	82.1	14	66	47	925	100
1977	1387	857	530	280	20.2	1107	79.8	19	94	89	828	77
1978	1441	870	571	322	22.3	1119	77.7	18	135	35	846	85
1979	1525	962	563	383	25.1	1142	74.9	23	134	24	842	119
1980	1514	950	564	294	19.4	1220	80.6	25	160	36	896	103
1981	1629	1061	568	328	20.1	1301	79.9	40	169	53	908	131
1982	1678	1089	589	316	18.8	1362	81.2	26	170	49	993	124
1983	1609	985	624	302	18.8	1307	81.2	20	132	86	919	150
1984	1663	1093	570	297	17.9	1366	82.1	29	116	89	944	188
1985	1595	1007	588	303	19.0	1292	81.0	21	97	93	921	160

FUENTE: ESTADISTICA PANAMEÑA. SECCION 431.
Servicios de Salud, 1985.

Cuadro No. 55

MOVIMIENTO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, SEGUN SEXO
AÑOS: 1980 - 1985

Movimiento de Pacientes Psiquiátricos	1980			1981			1982			1983			1984			1985		
	lb.	SEXO		No.	SEXO		No.	SEXO		No.	SEXO		No.	SEXO		No.	SEXO	
		M	F		M	F		M	F		M	F		M	F		M	F
Viene del año anterior	20	12	8	16	7	9	21	14	7	25	13	12	22	7	15	21	6	15
Admitidos	348	146	202	346	148	198	352	158	194	360	162	198	349	149	200	382	135	247
Transferencia de otros servicios	18	6	12	19	7	12	27	13	14	19	8	11	14	3	11	23	12	11
Tratados	386	164	222	381	162	219	400	185	215	404	183	221	386	159	227	426	153	273
Egresados	370	157	213	360	148	212	376	171	205	381	176	205	365	153	212	409	147	262
- Dados de alta ...	360	155	205	349	144	205	356	158	198	368	171	197	353	150	203	398	141	257
- Transferencia a otros servicio ...	9	2	7	10	3	7	20	13	7	12	5	8	12	3	9	11	6	5
Muertos	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 431. Asistencia Social. Años 1980 - 1985.

Cuadro No. 56

CONSULTAS DE SALUD MENTAL A NIVEL AMBULATORIO DEL HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUN DISCIPLINA Y POR SEXO.
AÑOS: 1981 - 1986

AÑOS	SEXO			PSIQUIATRIA			PSICOLOGIA			TRABAJO SOCIAL			ENFERMERIA		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
1981	4415	2343	2072	2578	1386	1192	1415	775	640	422	182	240	-	-	-
1982	4782	2514	2268	2853	1513	1340	1510	796	714	419	205	214	-	-	-
1983	4184	2663	1521	1779	1014	765	2111	1490	621	294	159	135	-	-	-
1984	6247	3554	2693	3411	2019	1392	2606	1329	1077	430	206	224	-	-	-
1985	5393	3235	2158	1886	1113	773	1835	1098	737	199	125	74	1473	899	74
1986	5033	2929	2044	2568	1487	1081	2057	1180	817	288	194	94	120	68	52

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Cuadro No. 57

ACTIVIDADES DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL A LOS FUNCIONARIOS DE SALUD MENTAL EN LA REPUBLICA, SEGUN TEMA DE CAPACITACION Y POR DISCIPLINAS. AÑOS: 1982 - 1987

Año	Tema de Capacitación	Total	Médicos Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeras Psiquiátricas	Trabajadores Sociales	Terapista Ocupacional	Funcionarios de otras disciplinas y sectores
1982	Revisión del Programa Nacional de Salud Mental	52	19	4	12	14	2	1
1983	Sexualidad Humana	23	15	1	3	4	-	-
1984 (Ene)	Prevención de las Farmacodependencias en niños y jóvenes	21	10	5	2	3	-	1
1984 (Set)	Prevención de las Farmacodependencias	46	15	8	9	9	-	5
1986	Estadísticas de Salud Mental	38	9	5	18	5	-	1
1986	Terapia de Familia	41	10	6	13	11	-	1
1987	Terapia de Familia	29	9	4	10	5	-	1
1987	Farmacodependencias	34	14	2	13	3	-	2
1987	Atención Primaria en Salud Mental ..	34	10	8	10	6	-	-
	TOTAL	318	111	43	90	60	2	12

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Cuadro No. 58

ACTIVIDADES DOCENTES EN SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL A FUNCIONARIOS DE SALUD DE LA REPUBLICA, SEGUN
TEMA DE CAPACITACION Y POR DISCIPLINA. AÑOS: 1982 - 1986

Año	Tema de Capacitación	Médicos	Enfer_mer_s	Psicólogos	Trabaja_dores So_ciales	Educadores para la Sálud	Otros	Total
1982	Alcoholismo	7	7	10	10	1	-	37
1983	Alcoholismo	4	14	2	14	6	4	44
1984	Atención Primaria en Salud Mental (Ve_raguas)	15	8	1	5	-	3	32
1984	Atención Primaria en Salud Mental (Coclé)	21	8	3	3	2	-	37
1986	Atención Primaria en Salud Mental (Bocas del Toro)	4	13	1	-	-	8	25
	TOTAL	53	50	17	32	9	15	176

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

PARTICIPACION EN INVESTIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL, SEGUN
TEMA DE INVESTIGACION
AÑOS: 1982 - 1987

Tema de Investigación	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Prueba de Campo del Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria (OPS), Región de La Chorrera, Panamá. 1983 (Enfermería)		X				
Sexualidad Humana en Adolescentes (Materno Infantil)			X	X	X	
Consumo de alcohol y drogas en los estudiantes universitarios de primer ingreso				X	X	
Evaluación del Programa Nacional de Salud Mental .					X	X

FUENTE: Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud.

Cuadro No. 60

NATALIDAD Y MORTALIDAD EN LA REPUBLICA. AÑOS: 1981-1985

AÑO	NATALIDAD (Nacimientos vivos)		MORTALIDAD FETAL		MORTALIDAD						CRECIMIENTO NATURAL	
					GENERAL		INFANTIL (Menores de 1 año)		MATERNA			
	Total	Tasa (1)	Total	Tasa (2)	Total	Tasa (1)	Total	Tasa (2)	Total	Tasa (2)	Total	Tasa (1)
1981	53873	26.9	5200	99.8	7976	4.0	1199	22.3	33	0.6	45897	22.9
1982	54491	26.7	5247	99.6	8142	4.0	1090	20.0	49	0.9	46349	22.7
1983	55222	26.4	5174	96.7	8499	4.1	1128	20.4	33	0.6	46723	22.3
1984	56659	26.5	5413	99.0	8250	3.9	1134	20.0	28	0.5	48409	22.6
1985	58038	26.6	5238	94.5	8991	4.1	1264	21.8	3	0.6	49047	22.5

(1) Por mil habitantes.

(2) Por mil nacimientos vivos.

FUENTE: Estadística Panameña: Sección 221. Movimiento de Población.

Estadísticas Vitales. Año 1985.

Cuadro No. 61

POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS DE EDAD EN LA REPUBLICA, SEGUN CONDICION DE ACTIVIDAD ECONOMICA: ENCUESTA DE HOGARES
AGOSTO DE 1983 - 1985

Condición de Actividad Económica	Población de 15 años y más de edad		
	1983	1984	1985
TOTAL	1179791	1217841	1256762
Económicamente activa	661564	682732	715224
Porcentaje	56.1	56.1	56.9
Ocupados	597345	613937	626973
Desocupados	64219	68795	88251
Porcentaje	9.7	10.1	12.3
No económicamente activa	518227	535109	541538

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 441. Trabajo y Salarios. 1983 - 1985.

Cuadro No. 62

POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS DE EDAD EN LA REPUBLICA, POR CONDICION DE ACTIVIDAD ECONOMICA, SEGUN SEXO Y EDAD: ENCUESTA DE HOGARES. AGOSTO DE 1985

Sexo y Edad (Años)	Total	ECONOMICAMENTE ACTIVA				
		Total		Ocupada	Desocupada	
		Número	Porcentaje		Número	Porcentaje de la Población activa
TOTAL	1256762	715224	56.9	626973	88251	12.3
15 - 19	229337	73626	32.1	53365	20261	27.5
20 - 24	181369	114953	63.4	84303	30650	26.7
25 - 59	525395	483145	92.0	446834	36311	7.5
60 y más	151482	43500	28.7	42471	1029	2.4
Hombres	619109	488081	78.8	441777	46304	9.5
15 - 19	116132	51985	44.8	39950	12035	23.2
20 - 24	87265	75017	86.0	59860	15157	20.2
25 - 59	339474	324837	95.7	306608	18229	5.6
60 y más	76238	36242	47.5	35359	883	2.4
Mujeres	637653	227143	35.6	185196	41947	18.5
15 - 19	113205	21641	19.1	13415	8226	38.0
20 - 24	94104	39936	42.4	24443	15493	38.8
25 - 59	355100	158308	44.6	140226	18082	11.4
60 y más	75244	7258	9.6	7112	146	2.0

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 441. Trabajo y Salarios. Año 1985. Pág. 30.

Quadro NO. 63

SUELDO MEDIO MENSUAL DE LOS SECTORES PRIVADO, PUBLICO Y AREA DEL CANAL. (EN BALBOAS). AÑOS: 1981 - 1985

AÑO	TOTAL	P R I V A D O			P U B L I C O				Area del Canal
		Total	Empresas Particulares	Zonas Bananeras (Bocas y Puerto Armuelles)	Total	Gobierno Central	Instituciones Autónomas y Semiautónomas	Municipio	
1981	384.64	356.41	356.26	361.15	342.21	327.32	373.20	219.86	1057.24
1982	408.40	374.69	376.15	340.03	357.97	330.06	406.19	223.54	1271.70
1983	423.96	377.89	379.05	353.89	391.63	366.16	439.72	235.56	1282.52
1984	-	-	-	362.77	404.79	384.73	443.63	246.45	1323.63
1985	-	-	-	373.44	424.64	396.54	476.13	249.39	1382.49

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 441. Trabajo y Salarios. Año 1985.

Cuadro No. 64

EMPLEADOS DE LOS SECTORES PRIVADO Y PUBLICO EN LA REPUBLICA, SEGUN SECTOR Y SUELDO MENSUAL: AGOSTO 1983

Sueldo Mensual (Balboas)	TOTAL		P R I V A D O			Total	P U B L I C O		
	Número	%	Total	Empresas Parti- culares	Zonas Bananeras		Gobierno Central	Instituciones Autónomas y Semiautónomas	Municipio
TOTAL	319053	100	184118	170115	14003	134935	75098	55109	4835
Menos de 75.00	9539	3.0	9069	8752	317	470	1	312	96
75.00 - 99.99..	5388	1.7	4826	4616	210	562	1	459	109
100.00 - 124.99..	8934	2.8	8182	7853	329	752	87	457	215
125.00 - 149.99..	11593	3.6	7897	7353	544	3696	2632	814	250
150.00 - 174.99..	16251	5.1	12538	11784	754	3713	1254	1675	728
175.00 - 199.99..	20892	6.5	12853	11908	945	8039	4757	2774	530
200.00 - 249.99..	48026	15.0	27626	25105	2521	20400	10855	8341	1074
250.00 - 299.99..	39082	12.2	10941	18213	2728	18141	9202	8315	740
300.00 - 399.99..	67255	21.1	28999	25753	3246	38256	26769	10980	684
400.00 - 499.99..	29931	9.4	15349	14377	972	14582	7518	6886	190
500.00 - 599.99..	19580	6.1	9840	9397	443	9740	5737	3920	86
600.00 - 699.99..	11047	3.5	6144	5851	283	4903	2373	2492	44
700.00 - 799.00..	7240	2.3	4223	4013	210	3021	1198	1783	28
800.00 - 899.99..	5374	1.7	3151	3014	137	2223	869	1340	17
900.00 - 999.99..	3440..	1.1	2162	2068	94	1278	407	864	7
1000.00 - 1499.99..	9460	3.0	6154	5960	194	3306	1012	2273	32
1500.00 - 1999.99..	4014	1.3	2309	2268	41	1853	278	1424	5
2000.00 y más	2003	0.6	1855	1820	35	-	148	-	-

FUENTE: Estadística Panameña. Sección 441. Trabajo y Salarios. 1983.

Cuadro NO. 65

ANALFABETISMO DE LA POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS DE EDAD EN LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIA. CENSO DE 1980

Provincia	Total	A N A L F A B E T A	
		Número	Porcentaje
REPUBLICA	1317855	174123	13.2
Bocas del Toro	25126	12151	34.6
Coclé	99075	11253	11.4
Colón	95592	6062	6.3
Chiriquí	205399	39242	19.1
Darién	17143	8284	36.7
Herrera	61192	11540	18.9
Los Santos	55384	10579	19.1
Panamá	608191	32510	5.3
Veraguas	120930	34480	28.5
San Blas	19823	10022	50.6

Fuente: Panamá en Cifras. Noviembre 1986.

Cuadro No. 66

LOCALES DE HABITACION Y TOTAL DE PERSONAS QUE LOS HABITAN, EN LA REPUBLICA,
 SEGUN TIPO DE LOCAL: CENSO 1980
 (Excluye áreas indígenas)

Tipo de Local	Locales	Personas que los habitan	Promedio de Habitantes por local
1980 <u>a/</u>	<u>367162</u>	<u>1694703</u>	<u>4.6</u>
Casa individual	<u>279670</u>	<u>1694703</u>	<u>4.9</u>
Permanente	186290	914745	4.9
Semi-permanente	84325	407340	4.8
Improvisada	9055	39245	4.3
Apartamento	46765	181550	3.9
Casa de vecindad	37890	131895	3.5
Local no destinado a habitación, pero usado como vivienda	1415	2485	1.8
Vivienda colectiva	1422	17443	12.3

a/ Cifras procedentes de una muestra del Censo Nacional de Población y Vivienda.

FUENTE: Censo 1980.

Cuadro No. 67

ALGUNAS CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES Y TENENCIA DE LAS VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS
EN LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIA. CENSO 1980

Provincia y Característica	B. del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas
Viviendas particulares ocupadas	<u>7515</u>	<u>26510</u>	<u>30945</u>	<u>51580</u>	<u>3750</u>	<u>17910</u>	<u>17990</u>	<u>175440</u>	<u>32685</u>
Tipo de vivienda: Casa Individual .	6135	25890	15900	47435	3655	17130	17765	114035	31725
Apartamento	315	270	6400	1090	10	280	95	37805	500
Casa de vecindad	1065	350	8645	3055	85	500	130	23600	460
Promedio de cuartos por vivienda	2.6	2.6	2.0	2.7	1.9	2.8	2.6	2.6	2.2
Tenencia de la vivienda: Propia y propia hipotecada	2585	23525	13840	27925	2970	15250	15535	113045	30230
Alquilada	695	1825	12545	6030	330	1950	1335	50290	1590
Cedida y condenada	4225	1130	4515	7605	445	695	1110	11990	830
Medida de alquiler mensual (en balboas	22.3	34.5	25.1	35.7	12.9	35.2	27.5	47.9	41.9

FUENTE: CENSO, 1980.

Cuadro No. 68

ALGUNAS CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LAS VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS
Y EQUIPO DOMESTICO QUE POSEEN EN LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIA.
CENSO 1980

Característica de la Vivienda	Totales		B. del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas
	Número	%									
Viviendas particulares ocupadas	364325	100	7515	21404	30945	51580	3750	17910	17990	175440	32685
Sin agua potable	69945	19.2	1615	11347	4855	18140	2200	4605	3555	10920	15225
Sin servicio sanitario	43500	11.9	1260	7957	3350	7775	2355	3485	2390	7595	12300
Sin baño	120285	33.0	1545	16246	7405	23615	3150	8840	8390	28405	23965
Sin alumbrado eléctrico	124645	34.2	1490	16581	7375	23115	2995	9340	9280	29920	24310
Con piso de tierra	77825	21.4	185	12736	2835	12910	800	7235	6265	15620	20200
Con paredes de quincha, adobe, penca, caña, palos, otros material y sin pare- des	78820	21.6	595	15380	2970	10540	1740	8245	9965	10590	18795
Con techo de paja, penca u otros	34465	9.4	520	4565	2775	3585	1770	2580	1725	6740	10205
Con radio	246840	67.8	4615	17570	18910	35750	2065	12915	13320	121980	19715
Con televisor	176290	48.4	3285	6895	15925	19085	300	6250	5585	113240	5725
Con refrigeradora	158935	43.6	2820	5470	15385	14755	400	4865	5195	105550	4495
Con estufa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Con máquina de coser	75550	20.7	3002	4715	5995	11570	715	3360	3940	38250	4865

FUENTE: CENSO, 1980.

Cuadro NO. 69

PRODUCCION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LA REPUBLICA. AÑOS: 1980-1985

Producto	PRODUCCION INDUSTRIAL (en miles de litros)					
	1 9 8 0	1 9 8 1	1 9 8 2	1 9 8 3	1 9 8 4	1 9 8 5
Anís	22	22	22	23	32	35
Cerveza	67008	69445	71283	70876	73445	79676
Coñac	46	52	84	103	175	159
Ginebra	727	849	967	1229	1554	1508
Ron	3114	2782	1991	2248	1993	2198
Seco	4802	4550	4987	4290	4551	3725
Vinos	256	273	277	220	214	150
Whisky	236	205	229	226	284	283
Otros licores (1)	89	102	111	108	33	8

(1) Incluye la producción de brandies, planters punchs, pepermint, vodka y otros licores.

FUENTE: Panamá en Cifras 1985 - 1986.

VENTA DE CERVEZA PRODUCIDA EN LA REPUBLICA
AÑOS: 1977 - 1986

Año	Venta de Cerveza Producida (litros)		
	Total	República	Area del Ca nal (1)
1977	34720417	34619465	100952
1978	42085092	41965329	119763
1979	51915179	51798129	117050
1980	66293330	66266799	26531
1981	68523628	68499313	24315
1982	69932866	69903629	29237
1983	70349749	70298238	51511
1984	72577160	72526044	51116
1985	77845223	77797449	47774
1986	89855150	89806100	49050

(1) Hasta 1978 la información corresponde a la antigua Zona del Canal de Panamá.

FUENTE: Contraloría General de la República, Estadística y Censo, "Situación Económica, Industria.
Año: 1986.

TABLA A

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social

GUIA DE INDICADORES PARA LA EVALUACION Y MONITORIA

INDICADORES DE LA POLITICA DE SALUD MENTAL

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
1. Compromiso político en Salud Mental.	Declaración sobre política de Salud Mental, a través de programas o actividades de Salud Mental, en el Sector gubernamental del país.		X	- Constitución Nacional. - Estrategias para el desarrollo nacional (MIPPE).
2. Proporción de los recursos financieros del sector Salud asignados a Salud Mental.	$\frac{\text{Presupuesto de Salud Mental} \times 100}{\text{Presupuesto general de Salud}}$		X	- Ministerio de Planificación y Política Económica.
3. Proporción de los recursos financieros de Salud Mental asignados a atención primaria en Salud Mental.	$\frac{\text{Presupuesto de atención primaria en Salud Mental} \times 100}{\text{Presupuesto de Salud Mental}}$		X	

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
4. Proporción de los recursos financieros de Salud Mental asignados a atención hospitalaria.	$\frac{\text{Presupuesto de atención hospitalaria psiquiátrica}}{\text{Presupuesto de Salud Mental}} \times 100$		X	
5. Proporción de recursos humanos en Salud destinados a la atención de Salud Mental.	$\frac{\text{No. de recursos humanos especializados en Salud Mental}}{\text{No. total de recursos humanos en Salud}} \times 100$		X	
6. Proporción de recursos humanos especializados en Salud Mental según población.	$\frac{\text{No. de recursos humanos especializados en Salud Mental por disciplina}}{\text{Población}} \times 10,000 \text{ h.}$	X	X	
7. Grado de participación de la comunidad en la gestión de Salud Mental.	$\frac{\text{No. de organizaciones comunitarias que realizan acciones de Salud Mental}}{\text{No. total de organizaciones comunitarias}} \times 100$		X	<ul style="list-style-type: none"> - Juntas comunales y locales. - Consejos de Coordinación provinciales. - Municipios.

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
8. Grado de desarrollo de una estructura orgánica y proceso de gestión en Salud Mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de una estructura orgánica técnico administrativa en Salud Mental a nivel gubernamental (Programa Nacional de Salud Mental). - Existencia de grupos coordinadores del Programa de Salud Mental a nivel nacional, regional, local. - Existencia de grupos coordinadores por disciplina de Salud Mental. - Establecimiento de enlace del Programa de Salud Mental con otros sectores. - Establecimiento de un sistema de evaluación y monitoría del Programa. 		<p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p>	

TABLA B

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social

GUIA DE INDICADORES PARA LA EVALUACION Y MONITORIA

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
1. Tasas de Morbilidad psiquiátrica general (atención ambulatoria). - Incidencia - Prevalencia	$\frac{\text{No. de casos psiquiátricos nuevos}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X	X	
	$\frac{\text{No. de casos psiquiátricos}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X	X	
2. Porcentaje de egresos hospitalarios psiquiátricos generales.	$\frac{\text{No. de egresos hospitalarios psiquiátricos generales}}{\text{No. total de egresos hospitalarios}} \times 100$		X	
3. Tasas de morbilidad psiquiátrica específicas.	$\frac{\text{No. de casos por causa psiquiátrica}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X	X	
4. Porcentaje de egresos hospitalarios psiquiátricos específicos.	$\frac{\text{No. de egresos hospitalarios psiquiátricos específicos}}{\text{Total de egresos hospitalarios psiquiátricos}} \times 100$		X	

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
5. Tasas de suicidio	$\frac{\text{No. de suicidios}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X	X	
6. Tasas de homicidio.	$\frac{\text{No. de homicidios}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X	X	
7. Tasas de conductas delictivas.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de casos delictivos}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X		
8. Tasa de incapacidad mental.	$\frac{\text{No. de personas incapacitadas mentalmente}}{\text{Población}} \times 100,000 \text{ h.}$	X	X	

TABLA C

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social

GUIA DE INDICADORES PARA LA EVALUACION Y MONITORIA

INDICADORES DE LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
1. Porcentaje de acciones de coordinación en Salud Mental con otros programas de Salud y/o otros sectores.	$\frac{\text{No. de acciones de coordinación en Salud Mental con otros programas de Salud y/o otros sectores realizadas}}{\text{No. de actividades de coordinación en Salud Mental con otros programas de Salud y/o otros sectores programadas}} \times 100$		X	
2. Proporción de controles de Crecimiento y Desarrollo integral en la población.	$\frac{\text{No. de controles de C y D integral por grupos etáreos}}{\text{Población por grupos etáreos}} \times 100$	X	X	
3. Cobertura de atención en crisis y urgencias psiquiátricas.	$\frac{\text{No. de pacientes atendidos en servicios de crisis y urgencias psiquiátricas}}{\text{Población}} \times 100$	X	X	

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
4. Cobertura de la atención ambulatoria en Salud Mental.	No. de consultas ambulatorias en Salud Mental - por región - por disciplina - por sexo - por grupos de edad $\times 100$ No. total de consultas ambulatorias en Salud Mental.		X	
5. Cobertura de atención hospitalaria en Salud Mental.	No. de ingresos hospitalarios <u>psiquiátricos</u> $\times 100$ No. total de ingresos hospitalarios.		X	
	No. de egresos hospitalarios <u>psiquiátricos</u> $\times 100$ No. total de egresos hospitalarios <u>psiquiátricos</u> .		X	
6. Grado de disponibilidad de camas psiquiátricas.	$\frac{\text{No. de camas psiquiátricas}}{\text{NO. total de causas.}} \times 100$		X	
7. Grado de ocupación de camas psiquiátricas.	$\frac{\text{No. de días camas ocupados}}{\text{No. de días camas disponibles.}} \times 100$		X	

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
8. Grado de seguimiento y control del egresado psiquiátrico.	$\frac{\text{No. de egresos psiquiátricos en seguimiento y control}}{\text{No. total de egresos psiquiátricos}} \times 100$		X	
9. Cobertura de atención de rehabilitación del paciente psiquiátrico.	$\frac{\text{No. de pacientes psiquiátricos en acciones de rehabilitación}}{\text{No. total de pacientes psiquiátricos}} \times 100$			
10. Cobertura de capacitación de personal de Salud en Salud Mental.	$\frac{\text{No. de personal capacitado}}{\text{No. total del personal}} \times 100$ $\frac{\text{No. de personas capacitadas} - \text{por región de Salud} - \text{por disciplina}}{\text{No. total de personal}} \times 100$			
11. Cobertura de capacitación a personal especializado en Salud Mental.	$\frac{\text{No. de personas capacitadas}}{\text{No. total del personal especializado en Salud Mental}} \times 100$ $\frac{\text{No. de personas capacitadas} - \text{por región de Salud} - \text{por disciplina}}{\text{No. total del personal especializado en Salud Mental}} \times 100$			

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
12. Cobertura de investigaciones en Salud Mental.	$\frac{\text{No. de investigaciones realizadas en Salud Mental}}{\text{No. total de investigaciones en Salud.}} \times 100$		X	
	$\frac{\begin{array}{l} \text{No. de investigaciones en Salud Mental} \\ \text{- por región de Salud} \\ \text{- por disciplina} \end{array}}{\text{No. total de investigaciones en Salud Mental realizadas.}} \times 100$		X	
13. Grado de eficiencia de los servicios de Salud Mental.	$\frac{\text{No. de Servicios de Salud Mental con condiciones de eficiencia}}{\text{No. total de servicios de Salud Mental.}} \times 100$		X	Encuesta sobre condiciones de eficiencia de los servicios de Salud Mental en el país.

TABLA D

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social

GUIA DE INDICADORES PARA LA EVALUACION Y MONITORIA

INDICADORES DE FACTORES CONDICIONANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
1. Tasas de Crecimiento de la Población.				
NATALIDAD	$\frac{\text{No. de nacidos vivos}}{\text{Población}} \times 1000 \text{ hab.}$	X	X	
MORTALIDAD:				
GENERAL	$\frac{\text{No. de defunciones}}{\text{Población}} \times 1000 \text{ hab.}$	X	X	
ESPECIFICA	$\frac{\text{No. de defunciones según} \begin{matrix} - \text{ causa} \\ - \text{ grupos de edad} \end{matrix}}{\text{Población}} \times 1000 \text{ hab.}$	X	X	

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
2. Proporción de Población económicamente activa.	$\frac{\text{Población económicamente activa}}{\text{Población total}} \times 100$			
3. Proporción de desempleo.	$\frac{\text{No. de personas desempleadas}}{\text{Población económicamente activa}} \times 100$	X		
4. Porcentaje de empleados con sueldo medio mensual o más del total de empleados.	$\frac{\text{No. de empleados con sueldo medio mensual o más}}{\text{No. total de empleados}} \times 100$	X		
	$\frac{\text{No. de empleados con menos del sueldo medio mensual}}{\text{No. total de empleados}} \times 100$	X		
5. Índice de alfabetismo.	$\frac{\text{No. de personas alfabetizadas}}{\text{Población}} \times 100$	X		
6. Promedio de personas por vivienda ocupada en la República.	$\frac{\text{No. de personas que habitan las viviendas}}{\text{No. total de viviendas}} \times 100$	X		
7. Porcentaje de viviendas ocupadas según características estructurales y funcionales.	$\frac{\text{No. de viviendas según características estructurales y funcionales}}{\text{No. total de viviendas ocupadas}} \times 100$	X		

Indicadores	Relación Operativa	FUENTES PRINCIPALES DE DATOS		
		Estadística y Censo, Contraloría	Registros de Salud MINSA-CSS	Otros
8. Producción de bebidas alcohólicas en la República.	Cantidad de litros producidos por año, según tipo de bebida alcohólica.	X		Ministerio de Hacienda y Tesoro.
9. Porcentaje de Venta de bebidas alcohólicas en Panamá, producidas en la República.	$\frac{\text{No. total en litros de bebidas alcohólicas vendidas en Panamá}}{\text{No. total en litros de bebidas alcohólicas producidas en la República}} \times 100$	X		Ministerio de Hacienda y Tesoro.

CAPITULO 3

DISCUSION

La discusión se realiza en el orden de presentación de los resultados.

3.1 DESCRIPCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

El estudio del Programa Nacional de Salud Mental, se basa en la información generada en el Ministerio de Salud y a nivel de la Contraloría General de la República. En el capítulo anterior señalamos algunas de las dificultades y limitaciones del proceso de generación y análisis de los datos. En este capítulo se harán las consideraciones sobre los hallazgos más significativos encontrados en este estudio.

3.1.1 ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION PANAMEÑA

Las consideraciones sobre el estado de Salud Mental de la población panameña en base a la demanda satisfecha en la atención de Salud Mental en el sector público van a permitir la realización de futuras investigaciones epidemiológicas.

La información presentada recoge los años de 1981 a 1985. Los cuadros que se refieren a la morbilidad psiquiátrica en

la consulta externa de la República presentan una tendencia a la disminución de las tasas de morbilidad a partir de 1983, en relación a las encontradas en 1981 y 1982. Este hallazgo puede sugerir que la población panameña presenta una tendencia a la disminución de la prevalencia de los trastornos mentales. Esta explicación nos parece muy poco probable, debido al incremento de factores patógenos a nivel social, producto del proceso de desarrollo que vive el país (aumento del porcentaje de desempleo, problemas de viviendas, analfabetismo en la población. Cuadros No. 61, 65, 66 y 67). Otra explicación a este hallazgo es que a partir de ese años hubo una disminución en la demanda de atención lo que se tradujo en una disminución de las tasas de morbilidad. Esta explicación nos parece la más probable, ya que durante los años de 1983, 1984 y parte de 1985 el sector salud se vió abocado a huelgas médicas por periodos de tres a cinco semanas, lo que puede explicar la disminución de la demanda y por ende la disminución en las tasas de morbilidad psiquiátrica a nivel de la consulta externa de la República.

El estudio de los principales diagnósticos de la morbilidad psiquiátrica en la consulta externa en la República (cuadro No. 1) muestra a los trastornos neuróticos con las mayores tasas por 100,000 habitantes durante los años de 1981 a 1985 (1713.5, 1528.2, 1423.5, 1299.6 y 1372.7). Esta entidad se caracteriza por ser un trastorno en el cual el paciente no confunde sus experiencias mórbidas con la realidad externa y

sus principales manifestaciones son ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos compulsivos y depresión. Su existencia y detección en la población es un indicador de la calidad de vida de la misma, ya que limita el funcionamiento social, familiar e individual de las personas que la padecen. Como segundo diagnóstico se observa a la psicosis esquizofrénica con tasas que van desde 310.9, 297.6, 275.1, 247.0 y 230.2 por 100,000 habitantes en los años de 1981 a 1985 respectivamente. Este trastorno se presenta con un desorden fundamental de la personalidad que compromete las funciones esenciales que dan a la persona su sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. La prevalencia es menor que en el grupo de las neurosis y se presenta como segundo diagnóstico de consulta en todos los años de 1981 a 1985, indicando el grado de salud mental de la población. A diferencia de estudios sobre morbilidad psiquiátrica en otros países hay una demanda alta en Panamá por esquizofrenia. Esto puede deberse a problemas en la formulación diagnóstica tanto de los médicos psiquiatras que utilizan diferentes criterios para el diagnóstico, como también de los médicos generales y de otras especialidades que carecen, en la mayoría, de formación en Psiquiatría y por tanto pueden tener errores en la formulación diagnóstica. Si en realidad la demanda fuera alta, también amerita investigación de los factores relacionados a la presencia de esta patología en la población para planificar acciones de prevención y control.

En tercer lugar tenemos a la entidad síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte en casi todos los años de 1981 a 1985, a excepción del año 1984 que ocupó el cuarto lugar. Este diagnóstico incluye una serie de patologías diversas como son: tartamudeo, anorexia nerviosa, tics, movimientos estereotipados repetitivos, trastornos característicos del sueño, enuresis, encopresis, psicalgia que son síntomas que no son parte de una enfermedad clasificable de manera más específica. Las tasas de morbilidad de esta entidad variaron en los años de 1981 a 1985 de 178.5, 174.4, 178.9, 127.3 y 155.9 por 100,000 habitantes. Este diagnóstico también es un indicador de calidad de vida de la población.

En los años estudiados los diagnósticos realizados no difieren en casi su totalidad y se repiten en los mismos lugares. El retardo selectivo del desarrollo, la perturbación de la conducta, retraso mental, trastornos depresivos se encuentran entre los diez principales diagnósticos en todos los años. En cuanto al retardo selectivo del desarrollo llama la atención su prevalencia que de 1981 a 1985 fue de 122.7, 160.0, 146.3, 144.9, 130.9 por 100,000 habitantes que nos indica que hay un porcentaje relativamente alto de la población que presenta retardos selectivos de un aspecto del desarrollo. Esto puede explicarse debido a la existencia de factores condicionantes propios del nivel de desarrollo del país, o a la presencia de errores de formulación diagnóstica, ya que esta entidad es mal usada para englobar un conjunto de síntomas que

conducen a un bajo rendimiento escolar en especial en la población infantil y escolar. Los médicos generales o especialistas que reciben a estos pacientes no hacen el diagnóstico diferencial del bajo rendimiento escolar y lo identifican como trastornos del aprendizaje que se clasifica como Retardo selectivo del desarrollo.

La psicosis afectivas aparece en 1985 como quinto diagnóstico en la República con una tasa de 95.0 por 100,000 habitantes, no apareciendo en los años anteriores. Esto sugiere que su prevalencia aumentó en la población lo que amerita investigaciones para su prevención y control o que puede no haber sido identificada anteriormente por dificultades en la formulación diagnóstica. Hay que anotar que a nivel del servicio de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás se desarrolla un Programa Especial sobre prevención y control de la enfermedad bipolar, lo que ha podido contribuir a mejorar la formulación diagnóstica, igualmente se han establecido clínicas de Litio en otras regiones del país para el seguimiento de la enfermedad bipolar. La psicosis afectivas se caracteriza por una alteración grave de ánimo que puede variar desde la depresión y ansiedad hasta el alborozo y la excitación violenta casi incontrolable desproporcionadas con las circunstancias que vive el paciente.

En cuanto a la morbilidad psiquiátrica de la consulta externa, en las diferentes regiones del país, no presenta diferencias significativas con la de la República. Los trastor-

nos neuróticos y las psicosis esquizofrénicas ocupan el primer y segundo lugar respectivamente en las distintas regiones. La región de Bocas del Toro (cuadro No. 2) presenta entre los diez principales diagnósticos el de abuso de drogas, sin dependencia en todos los años excepto en 1984. Las tasas por 100,000 habitantes van desde 66.0 en 1981, 34.2 en 1982, 144.5 en 1983 a 125.5 en 1985. Esto puede indicar una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en esta población, o que debido a la escasez de recursos humanos especializados en Salud Mental, en la región no se identifiquen las otras patologías psiquiátricas prevalentes y por tanto hay una demanda baja para su atención y por ello aparece el abuso de drogas entre los principales diagnósticos, ya que esta patología si es identificada por los médicos.

En la región de Colón (cuadro No. 4) se observa la presencia del diagnóstico de desviaciones y trastornos sexuales entre las diez principales en los años de 1981 a 1985 con tasas de 640.5, 464.4, 145.8 y 191.9 por 100,000 habitantes respectivamente. Esto denota, o que hay una alta prevalencia de esta entidad en la región, lo que hace necesario investigaciones epidemiológicas sobre la entidad o que hay problemas de formulación diagnóstica.

En la región de Chiriquí (cuadro No. 5) también se observa que los diagnósticos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas se presentan dentro de las primeras causas de 1981 a 1985. El síndrome de dependencia del alcohol pre-

senta tasas de 83.5 en 1982, 73.3 en 1983, 79.6 en 1984 y 68.8 en 1985 por 100,000 habitantes.

En las regiones de Herrera y Los Santos se observa con mayor frecuencia entre los diez principales diagnósticos el de las psicosis afectivas lo que sugiere la existencia de mayores factores de riesgos biológicos y psicosociales en estas regiones relacionadas con esta patología. En la región de Herrera (cuadro No. 6) se presentan tasas por 100,000 habitantes 189.4 en 1983, 191.4 en 1984 y 196.5 en 1985 y en la región de Los Santos (cuadro No. 7) de 158.8 en 1981, 282.5 en 1982, 235.1 en 1983, 219.2 en 1984 y 151.3 en 1985. También se presenta en estas regiones, entre los diez principales diagnósticos el síndrome de dependencia del alcohol, indicando patrones o estilos de vida de la población, ya que en estas regiones es "cultural" el consumo de alcohol por la población formando parte de sus tradiciones. Su relación con la entidad psicosis afectivas puede sugerir una relación, ya que las variaciones en el estado de ánimo pueden inducir al consumo de sustancias psicoactivas o que en estas regiones existen factores de riesgo para las dos entidades, siendo un diagnóstico múltiple.

En la región de Panamá (cuadro No. 8 al No. 10) no se presentan variaciones significativas en los diagnósticos. Los trastornos neuróticos ocupan el primer lugar y las psicosis esquizofrénicas el segundo.

La región de San Blas muestra mayor prevalencia de psicosis afectivas que ocupa el segundo lugar entre los diez principales diagnósticos. Las tasas van de 29.4 en 1983, 31.4 en 1984 y 56.4 en 1985 por 100,000 habitantes.

En la región de Veraguas (cuadro No. 12) se observa una mayor prevalencia de patologías relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas como alcohol y otras drogas. Las psicosis alcohólicas muestran tasas por 100,000 habitantes de 283.5 en 1982, 506.3 en 1984 y 235.9 en 1985. Las psicosis debidas a drogas de 210.1 en 1982, 293.2 en 1983, 269.8 en 1984 y 174.6 en 1985. Esta mayor prevalencia coincide con la historia de alto consumo de alcohol "Casero", no destilado, tóxico en la región y con el consumo de otras drogas por la población de Veraguas. También puede relacionarse con una mayor identificación de la patología por los responsables de la formulación diagnóstica, ya que en esta región se han realizado actividades educativas al personal de salud dirigidas a mejorar las acciones de prevención y control del alcoholismo y las otras farmacodependencias.

La morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República de acuerdo con el sexo (cuadro No. 13) muestra que los trastornos neuróticos ocupan el primer lugar en ambos sexos, pero es significativo el hecho de que las tasas son mayores en el sexo femenino 2549.3 en 1981 y 1903.4 en 1983 por 100,000 habitantes que en el sexo masculino 825.4 en 1981 y 614.0 en 1983 por 100,000 habitantes lo que indica que hay

una mayor tendencia en la mujer de padecer esta entidad o que la mujer es la que demanda mas atención en Salud Mental en la República. Esto requiere de investigaciones epidemiológicas que puedan contribuir al reajuste del proceso de planificación de las acciones de prevención y control. Como segundo diagnóstico se presenta la psicosis esquizofrénica que muestra tasas de 341.5 en 1981 y 223.7 en 1983 por 100,000 habitantes en el sexo femenino y de 273.9 en 1981 y 191.4 en 1983 por 100,000 en el sexo masculino. Las principales patologías son similares en ambos sexos; se observa una tendencia del sexo femenino a presentar tasas mayores que puede explicarse como que las mujeres son las que más consultas demandan o que realmente presentan mayor prevalencia de patologías mentales.

Estudiando esta morbilidad psiquiátrica por sexo en las diferentes regiones de salud del país en los años de 1981 y 1983 observamos que los trastornos neuróticos se mantienen en primer lugar en ambos sexos, presentando las mujeres tasas mayores.

En la región de Bocas del Toro se muestra que el sexo masculino presenta entre sus diez principales diagnósticos los relacionados con el consumo de alcohol y drogas. El abuso de drogas, sin dependencia presenta tasas de 114.4 en 1981 y 254.6 en 1983 por 100,000 habitantes. El síndrome de dependencia del alcohol muestra tasas de 80.1 en 1981 y 67.7 en 1983 por 100,000 habitantes. En el sexo femenino no se presentan estas patologías entre los diez principales.

Esto es indicativo que el sexo masculino es el mayor consumidor de sustancias psicoactivas en esta región. En el sexo femenino se observa un mayor predominio de trastornos afectivos, igual relación se observa en la región de Coclé.

La región de Colón muestra entre sus principales diagnósticos en ambos sexos a las desviaciones y trastornos sexuales con tasas por 100,000 habitantes en el sexo masculino de 740.7 en 1981 y 148.2 en 1983 y en el sexo femenino de 541.0 en 1981 y de 143.2 en 1983 predominando el sexo masculino en esta patología.

La región de Chiriquí también presenta a nivel del sexo masculino los diagnósticos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas. El síndrome de dependencia del alcohol presenta tasas de 116.1 en 1981 y de 126.6 en 1983 por 100,000 habitantes. El abuso de drogas sin dependencia de 141.9 en 1981 y 83.6 en 1983 por 100,000 habitantes. En el sexo femenino no se presentan estos diagnósticos entre los diez primeros. En cambio aparecen las psicosis afectivas (tasas por 100,000 habitantes de 113.7 en 1981 y de 50.1 en 1983). Esta relación también se presenta en las regiones de Herrera y Los Santos y a nivel de la provincia de Panamá.

En la región de Veraguas llama la atención la tendencia de las patologías ligadas al consumo de alcohol y drogas en ambos sexos. En el sexo masculino el síndrome de dependencia del alcohol muestra tasas de 148.2 en 1981 y la psicosis alcohólicas de 61.2 en 1981 y 604.7 en 1983. En el sexo femenino

las psicosis alcohólicas presentan tasas de 43.1 en 1981 y de 531.9 en 1983. Igualmente las psicosis debidas a drogas presenta tasas en 1983 de 204.1 en el sexo masculino y de 385.3 en el sexo femenino. Esta situación requiere de mayores estudios que permitan intensificar las medidas de prevención y control de estas entidades en la región de Veraguas.

El estudio de la morbilidad psiquiátrica en la consulta externa de la República por grupos de edad en los años de 1981 y 1983. (Cuadros No. 14 al No. 17) presenta como primer diagnóstico en todos los grupos de edad a los trastornos neuróticos. Esta situación es un indicador de la existencia de problemas en la formulación diagnóstica de los trastornos mentales en los grupos infantiles. El diagnóstico de trastornos neuróticos es raro en estos grupos. La mayoría de ellos lo que presentan son perturbaciones emocionales sin llegar a la estructuración neurótica que requiere de muchos años de evolución. En los grupos de 0 a 14 años aparece en segundo lugar el retardo selectivo del desarrollo. En 1981 y 1983 aparece en el grupo de 0 a 4 años, tasas por 100,000 habitantes de 168.8 y 579.9 respectivamente. En el grupo de 5 a 9 años tenemos tasas de 416.6 en 1981 y 589.2 en 1983. El grupo de 10 a 14 años presenta en 1981 tasa de 302.4 y en 1983 de 353.0 por 100,000 habitantes. Esto señala que hay una gran proporción de población menor de 14 años en la República con problemas de retardos selectivos o que se incluye en esta

entidad otros problemas de bajo rendimiento escolar lo que indicaría inadecuadas formulaciones diagnósticas.

Los grupos de edad de 15 años en adelante presentan como primer diagnóstico a los trastornos neuróticos que muestran tasas por 100,000 habitantes en el año de 1983 de 2112.2 en el grupo de 20 a 29 años; de 4766.1 en el grupo de 30 a 39; de 5248.1 en el grupo de 40 a 49 años; de 4686.3 en la población de 50 a 59 años; y de 3349.9 en el grupo de 60 años y más. Las tasas son mayores en la edad media de la vida y comienzan a descender en los grupos de tercera edad. Como segundo y tercer diagnóstico presentan a las psicosis esquizofrénica y los síntomas o síndromes no clasificables en otra parte.

El estudio de la morbilidad psiquiátrica en la República a nivel de la consulta externa por grupos de edad en las diferentes regiones de salud del país no nos muestra diferencias significativas entre las regiones.

En los grupos de 0 a 4 años aparece entre los primeros diagnósticos al retardo selectivo en el desarrollo con tasas mayores en el grupo de edad de 5 a 9 años en el año de 1983 en todas las regiones. Bocas del Toro, 272.0; Coclé, 259.1; Colón, 347.2; Chiriquí, 336.3; Herrera, 1451.5; Los Santos, 440.2; Panamá, 46.4 y Veraguas, 62.6. Como ya se señaló, esta situación amerita investigaciones para determinar si realmente hay un porcentaje alto de nuestra población infanto-escolar con problemas selectivos del desarrollo o si esta situación

indica otros problemas como el de la inadecuada formulación diagnóstica. En los otros grupos de edad, se mantienen en todas las regiones los principales diagnósticos encontrados en la morbilidad general de la República. Los primeros tres lugares lo ocupan los trastornos neuróticos, psicosis esquizofrénica y los síntomas y síndromes especiales no clasificadas en otra parte.

El estudio de la morbilidad psiquiátrica en la República a nivel de los egresos hospitalarios en los años de 1980, 1981 y 1982 (cuadro No. 18) nos muestra que el primer diagnóstico de hospitalización psiquiátrica es el grupo de las psicosis que muestra tasas de 74.0 en 1980, 72.8 en 1981 y de 101.9 en 1982 por 100,000 habitantes. El segundo diagnóstico de hospitalización psiquiátrica lo constituyen los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos, con tasas por 100,000 habitantes de 50.9 en 1980, 48.6 en 1981 y de 64.2 en 1982.

A nivel del Hospital Santo Tomás, que tiene una sala de Psiquiatría con 25 camas se observa que el primer diagnóstico de egreso hospitalario psiquiátrico es el grupo de las psicosis afectivas (cuadro No. 19) que ocupa un porcentaje de egreso del 45 al 62.2 por ciento. (1983, 45%; 1984, 53.9%; 1985, 60.9% y 1986, 62.2%). Esta sala es un centro especializado de atención psiquiátrica del tercer nivel y tiene además un programa especial, integral sobre la enfermedad bipolar (trastornos afectivos). Como segundo y tercer diagnóstico de egreso

psiquiátrico en esa sala, se encuentra a los trastornos neuróticos y al síndrome de dependencia del alcohol, con menor prevalencia. Los trastornos neuróticos muestran porcentajes de egresos de 5.8 en 1983; de 6.8 en 1984, de 8.4 en 1985 y de 8.0 en 1986. El síndrome de dependencia del alcohol presenta porcentajes de egresos de 10.3 en 1983; de 8.1 en 1984; de 8.4 en 1985 y de 6.8 en 1986. En cuanto a la distribución por sexo de estos egresos se muestra en los (cuadros No. 20 y No. 21) un predominio de hospitalización del sexo femenino en general y en ciertas patologías. Las psicosis afectivas se presentan en mayor porcentaje en mujeres (61.7% en 1983; 64.4% en 1984; 77.7% en 1985 y de 67.1% en 1986) y el síndrome de dependencia del alcohol en hombre (94.6% en 1983; 73.1% en 1984; 72.0% en 1985 y 71.4% en 1986). Los trastornos neuróticos también muestran un mayor predominio en el sexo femenino (85.7% en 1983; 54.5% en 1984; 74.2% en 1985 y 78.8% en 1986). En cuanto a la situación de los egresos por grupos de edad (cuadros No. 22 al No. 24) se observa que el grupo que presenta mayores porcentajes de egresos es el de 20 a 59 años durante los años de 1983 a 1986.

La morbilidad psiquiátrica de los egresos hospitalarios a nivel del Hospital Psiquiátrico Nacional que es el hospital especializado en psiquiatría y que cuenta con 1,000 camas (cuadro No. 25) muestra como primer diagnóstico de egreso a la psicosis esquizofrénica que presenta porcentajes de egresos de 50.5 en 1983, 45.4 en 1984 y de 40.8 en 1985. En segundo

lugar aparece el diagnóstico de "en observación" que no es una categoría diagnóstica en la clasificación internacional de enfermedades. Este rubro aparece con porcentajes de 21.4 en 1983; 30.0 en 1984 y 36.8 en 1985 lo que indica la existencia de problemas en la formulación diagnóstica de los pacientes que amerita una investigación ya que este hospital es de tercer nivel y además es un hospital docente donde se forman residentes y otros profesionales de la Salud Mental. En cuanto a la distribución por sexo (cuadros No. 26 y No. 27) se observa que la psicosis esquizofrénica tiene una distribución similar en ambos sexos (1983, 59.1% en el sexo masculino y 40.9% en el sexo femenino; 1984, 55.3% en hombres y 44.7% en mujeres y en 1985, 54.1% en el sexo masculino y 45.9% en el sexo femenino). En el caso de los relacionados con el consumo de alcohol y drogas se observa un predominio del sexo masculino. La dependencia de las drogas muestran porcentajes de egresos en el sexo masculino de 89.3% en 1983; de 86.5% en 1984 y de 90.5% en 1985. El síndrome de dependencia del alcohol de 79.5% en 1983; 79.4% en 1984 y 95.2% en 1985. La distribución por edad de la morbilidad psiquiátrica de los egresos en el Hospital Psiquiátrico Nacional (cuadro No. 28 al No. 30) muestran que la edad media (25 a 59 años) predomina entre los egresos.

La morbilidad psiquiátrica hospitalaria a nivel de los egresos en el Hospital del Niño en los años de 1981 a 1985 (cuadro No. 31) muestra a los trastornos mentales en tres

grandes grupos diagnósticos (psicosis, neurosis y otros trastornos no psicóticos y el retraso mental) los egresos. El primer diagnóstico psiquiátrico de egreso en la población de 0 a 15 años del Hospital del Niño es el grupo de las neurosis y otros trastornos mentales no psicóticos. Esta forma de presentar la información no nos permite realmente hacer análisis de las patologías más prevalentes en esta población. Hay necesidad de un mayor desglose de la información con el objeto de identificar mejor los problemas de Salud Mental y así planificar las acciones de prevención y control. En cuanto a la distribución por sexo de los egresos hay un predominio del sexo femenino en la hospitalización.

Otros indicadores de la situación o estado de Salud Mental de la población se presentan en los (cuadros No. 32 al No. 45).

El suicidio en los años de 1980 a 1985 por provincia de residencia (cuadro No. 32) muestra una ligera tendencia al incremento de las tasas por 100,000 habitantes. En 1980, 2.0; en 1981, 1.9; en 1982, 1.7; en 1983, 1.9; en 1984, 1.4 y en 1985, 2.6. En relación a la distribución por sexo (cuadro No. 33), se encuentran mayor predominio del sexo masculino tasas por 100,000 habitantes de 3.5 en 1980; 3.1 en 1981; 2.9 en 1982, 3.0 en 1983; 2.2 en 1984 y 4.0 en 1985 que en el sexo femenino tasas por 100,000 habitantes de 0.5 en 1980; 0.6 en 1981; 0.5 en 1982; 0.7 en 1983; 0.5 en 1985 y 1.1 en 1986. En relación al área de ocurrencia hay un predom-

minio en el área rural y por grupos de edad, el de 15 a 54 años (cuadro No. 33 y Nó. 34).

El homicidio que es otro indicador de problemas de Salud Mental muestra en los años de 1980 a 1985 (cuadro No. 35) tasas que van desde 2.1 en 1980; 2.4 en 1981; 2.6 en 1982, 2.4 en 1983; 2.8 en 1984 y 5.3 en 1985. El sexo masculino (cuadro No. 36) es el más afectado tasas por 100,000 habitantes de 3.4 en 1980; 4.2 en 1981; 4.6 en 1982; 3.6 en 1983; 4.3 en 1984 y 9.4 en 1985. Hay un predominio de ocurrencia en el área rural, aunque en 1985 esto ocurre en el área urbana. Los grupos de edad que muestra mayor predominio son los de 15 a 59 años (cuadros No. 36 y No. 37).

En cuanto a la situación del sector justicia que también es un indicativo de la calidad de vida de la población tenemos que en cuanto a los detenidos adultos (cuadro No. 38) hay un predominio del sexo masculino tasas por 100,000 habitantes de 1503.2 en 1981; 1759.5 en 1982; 1743.5 en 1983; 1713.3 en 1984 y de 1693.1 en 1985 en relación al sexo femenino 138.9 en 1981; 175.6 en 1982; 149.6 en 1983; 136.4 en 1984 y 141.0 en 1985 y el grupo de edad que presenta mayor prevalencia de delitos es el de 20 a 24 años tasas por 100,000 habitantes de 2712.0 en 1981; 3031.5 en 1982; 3005.5 en 1983; 2918.7 en 1984 y 2837.3 en 1985. En relación a los tipos de delitos (cuadro No. 39 y No. 40) tenemos que como primer delito causa de detención está el de contra el patrimonio que presenta en 1984 tasas de 339.5 por 100,000 habitantes y en 1985 341.2

por 100,000 habitantes. Le sigue en orden de frecuencia el delito contra la vida y la integridad personal que presenta tasas de 194.5 y 191.1 por 100,000 habitantes en los años de 1984 y 1985 respectivamente.

En cuanto a los problemas de menores con conducta irregular que denota problemas de Salud Mental tenemos que en los años de 1981 a 1985 (cuadro No. 41) la principal infracción de menores atendidos en el Tribunal Tutelar de Menores fue también contra el patrimonio que implica de alguna manera la insatisfacción de necesidades humanas básicas en un sector de la población panameña. Las otras infracciones mas prevalentes son contra el orden jurídico familiar y el estado civil y contra la vida y la integridad personal que indica un incremento de la conducta de violencia de esta población. En cuanto a las edades (cuadro No. 42) las mayores infracciones se presentan después de los 14 años.

El cuadro No. 43 muestra la situación de los accidentes de tránsito y su relación con el consumo de alcohol por el peatón o conductor causante como otro indicador de problemas de Salud Mental. En los años de 1984 y 1985 los porcentajes de accidentes de tránsito relacionados con consumo de alcohol causante fueron de orden de 3.1 en 1984 y 2.3 en 1985 y con el peatón causante de 0.1% en ambos años. Esto señala que hay pocos accidentes de tránsito relacionados con consumo de alcohol o puede indicar que en estos no se hace la debida detección del problema.

Otro aspecto que puede indicar la calidad de vida mental de la población es la situación de los divorcios que se muestra en el cuadro No. 44. Hay un ligero incremento de la tasa por 100,000 habitantes en los años de 1981 a 1985, 52.0 en 1981; 56.6 en 1982; 56.1 en 1983; 63.8 en 1984 y 67.7 en 1985 y de la tasa por 10,000 parejas 59.5 en 1981; 63.9 en 1982; 62.7 en 1983; 70.4 en 1984 y 73.8 en 1985.

En cuanto a la población con algún grado de impedimento físico y mental como otro indicador de calidad de vida solo se obtuvo información de los que reciben enseñanza especial que es una población entre 0 y 20 años de edad. El cuadro No. 45 muestra la población atendida en el sector oficial de la enseñanza oficial en los años de 1981 a 1985 que alcanza una población de 5,421 alumnos en 1981; 4,867 en 1982; 4,361 en 1983; 5,385 en 1984 y 5,444 en 1985 y en el sector particular que cubrió 30 alumnos en 1981; 43 en 1982; 44 en 1983; 16 en 1984 y 61 en 1985.

3.1.2 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL A LA POBLACION

El estudio de la prestación de servicios de Salud Mental a la población a nivel del sector gubernamental permite el monitoreo de las actividades del Programa Nacional de Salud Mental en el país y facilita la mejor planificación de las mismas.

El cuadro No. 46 muestra la situación de los recursos humanos especializados del programa en las distintas regiones de salud. Se observa que en una década (1976 - 1986) ha habido un incremento de estos recursos, pero que la gran concentración se encuentra a nivel del área metropolitana de la provincia de Panamá que tiene del 70 al 80% de los recursos humanos especializados en Salud Mental. Igual situación ocurre con los recursos físicos para la atención en Salud Mental (cuadro No. 47) que están concentrados en esta área metropolitana. Hay un total de 52 áreas de atención ambulatoria en el país y 12 áreas de hospitalización psiquiátrica de las cuales una es el Hospital Psiquiátrico Nacional que cuenta con 1,000 camas, otras es el Hospital Regional de Azuero que cuenta con un Servicio de Psiquiatría de 300 camas, hay dos salas de Psiquiatría con 25 camas cada una en la ciudad de Panamá (Hospital Santo Tomás y Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social) y las otras áreas de hospitalización son en Hospitales Generales Regionales de la República donde se asignan camas de psiquiatría dentro de los Servicios de Medicina Interna.

En cuanto a la producción de servicios a la población el cuadro No. 48 muestra las consultas psiquiátricas en la República, por regiones de salud durante los años de 1981 a 1985. A nivel general hay un incremento de las consultas, 32,395 en 1981; 35,247 en 1982; 35,138 en 1983; 41,190 en 1984 y 42,233 en 1985 que puede explicarse con el incremento en el número

de recursos humanos especializados asignados al programa. La atención ambulatoria ofrecida por los profesionales no médicos del equipo de Salud Mental se muestra en los cuadros No. 49 y No. 50. La atención brindada por los psicólogos predomina, lo que está de acuerdo con el número de recursos humanos existentes 17,788 consultas en 1981; 18,157 en 1982; 18,997 en 1983; 19,405 en 1984 y 20,344 en 1985. Las otras disciplinas muestran menor número de consultas que puede deberse a que hay menores recursos humanos o a que exista un subregistro de la producción de estas disciplinas a nivel de la atención ambulatoria en Salud Mental en la República.

El cuadro No. 51 muestra el rendimiento del recurso médico dedicado a la consulta externa, calculando un promedio de cuatro pacientes por hora (de acuerdo a las normas del Programa) y cuatro horas diarias de consulta ambulatoria por médico psiquiatra que es el promedio de horas de consulta externa. Se observa que en los años de 1981 a 1985 el rendimiento por hora fue de 1.4 pacientes en 1981, 1982, 1983 y de 1.5 pacientes en 1984 y 1985. A nivel de las regiones se observa, en términos generales, el mismo promedio que para la República, a excepción de la Región de Veraguas que muestra un rendimiento por hora de 3.7 en 1981; 5.6 en 1982; 5.1 en 1983; 4.2 en 1984 y de 4.4 en 1985. En términos generales, hay un bajo rendimiento del recurso médico, lo que sugiere problemas de controles administrativos y de supervisión de este recurso.

La disponibilidad de camas psiquiátricas en las Instituciones de Salud de la República se muestra en el cuadro No. 52, observándose la gran concentración de camas psiquiátricas a nivel del área metropolitana de la región de Panamá.

La capacidad del Hospital Psiquiátrico Nacional se presenta en el cuadro No. 53 con un promedio diario de pacientes de 1,000 en 1980; 981 en 1981; 984 en 1982; 994 en 1983; 1,001 en 1984 y 1,016 en 1985 y un porcentaje de ocupación de camas de 110.5 en 1980; 96.2 en 1981; 96.6 en 1982; 97.9 en 1983; 99.6 en 1984 y 104.2 en 1985.

En cuanto a los pacientes admitidos al Hospital Psiquiátrico Nacional, por clase de ingreso y sexo, el cuadro No. 54 presenta los primeros ingresos y reingresos en una década, de 1975 a 1985, observándose que el porcentaje de primeros ingresos y reingresos se mantiene similar a lo largo de los años, con predominio de reingresos (1975-77.5%; 1976-82.1%; 1977-79.8%; 1978-77.7%; 1979-74.9%; 1980-80.6%; 1981-79.9%; 1982-81.2%; 1983-81.2%; 1984-82.1% y en 1985-81.0%). Esta relación amerita hacer mayores esfuerzos en el seguimiento de los egresados de manera de poder reducir el porcentaje de reingresos. En cuanto al sexo el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino.

A nivel del Hospital Santo Tomás (cuadro No. 55) el número anual de admitidos fue de 348 en 1980; 346 en 1981; 352 en 1982; 360 en 1983; 349 en 1984 y 382 en 1985. A diferencias del Hospital Psiquiátrico Nacional el mayor porcentaje

de admitidos corresponde al sexo femenino. Esto puede estar relacionado con la existencia del Programa de Atención de la enfermedad bipolar que existe en la Sala de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás y que tiene mayor prevalencia en mujeres.

La producción de servicios a nivel del Departamento de Salud Mental del Hospital del Niño se presenta en el cuadro No. 56. El número de consultas especializadas en Salud Mental va de 4,415 en 1981 a 4,782 en 1982; 4,184 en 1983; 6,247 en 1984; 5,393 en 1985 y 5,033 en 1986. Las consultas ambulatorias predominan en el sexo masculino, a diferencia de las hospitalizaciones que predominan en el sexo femenino.

La prestación de servicios en el campo de la educación e investigación en Salud Mental solo se presenta la información del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, unidad técnico administrativa central del Programa Nacional de Salud Mental. El cuadro No. 57 muestra las actividades docentes realizadas con los recursos humanos especializados del Programa de la República. De 1982 a 1987 se han realizado nueve talleres de Salud Mental y se han capacitado a 318 funcionarios. (111 médicos psiquiatras, 43 psicólogos, 90 enfermeras, 60 trabajadores sociales y 2 terapistas ocupacionales). En cuanto a la capacitación a funcionarios de salud no especializados en Salud Mental de 1982 a 1986 (cuadro No. 58) se han realizado cinco talleres de capacitación y en total han participado 53 médicos,

50 enfermeras, 17 psicólogos, 32 trabajadores sociales y 9 educadores para la salud.

En el campo de la investigación en Salud Mental se ha participado como Departamento Nacional de Salud Mental en cuatro investigaciones (cuadro No. 59) en los años de 1982 a 1987. En el año de 1983 se participó en una prueba de campo del Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria de la OPS. Esta prueba se realizó con auxiliares de enfermería en formación en la Región de Panamá Oeste (La Chorrera). Este estudio fue patrocinado por la OPS en coordinación con el Ministerio de Salud y la Universidad de Panamá. El Departamento participó en el estudio sobre el Comportamiento Sexual del Adolescente de 15 a 24 años de la provincia de Panamá coordinado por el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud. La participación, fue desde la planificación, ejecución hasta la presentación del Informe Final. Igualmente el Departamento participó en la realización del estudio sobre consumo de alcohol y drogas en los estudiantes universitarios de primer ingreso coordinado por el Instituto de Criminología de la Universidad de Panamá. A partir del año 1986 el equipo del Departamento está realizando una evaluación del Programa Nacional de Salud Mental en base a la demanda satisfecha en la atención del Salud Mental en la República.

3.1.3 FACTORES CONDICIONANTES DEL PROCESO

SALUD-ENFERMEDAD MENTAL

La Salud Mental es un producto multifactorial y está condicionada por factores relacionados con el huésped, el ambiente y agente. Algunos de estos factores son de difícil modificación y otros pueden requerir de un largo tiempo para mostrar cambios en los niveles de Salud Mental en especial y de salud en general. Algunos de los factores son susceptibles de ser modificados por el sector salud; mientras otros responden a la acción de otros sectores, lo que implica la necesidad de la coordinación intersectorial para la producción de salud.

En cuanto a factores condicionantes relacionados directamente con el huésped tenemos los aspectos de mortalidad y natalidad en la República (cuadro No. 62). La tasa por 100,000 habitantes por natalidad se ha mantenido similar en los años de 1981 a 1985 (26.9 en 1981; 26.7 en 1982; 26.4 en 1983; 26.5 en 1984 y 26.6 en 1985). La tasa de mortalidad general también ha permanecido similar en estos años (4.0 en 1981; 4.0 en 1982; 4.1 en 1983; 3.9 en 1984 y 4.1 en 1985). La mortalidad infantil en la República ha presentado tasas por mil nacidos vivos de 22.3 en 1981; 20.0 en 1982; 20.4 en 1983; 20.0 en 1984 y 21.8 en 1985.

Otros factores relacionados con la actividad económica se presentan en los cuadros No. 61 al No. 64. La población económicamente activa de 15 años y más en la República pre-

sentó porcentajes de 56.1 en 1983; 56.1 en 1984; y 56.9 en 1985 y en cuanto a población desocupada el porcentaje fue de 9.7 en 1983; 10.1 en 1984 y de 12.3 en 1985

En cuanto a los grupos de edad y sexo, (cuadro No. 62) el grupo que presenta mayor porcentaje de desocupación es el de 20 a 24 años (26.7%) y en relación al sexo, el femenino (18.5%). El sueldo medio mensual en los años de 1981 a 1983 en la República fue de B/.384.64 en 1981, B/.408.40 en 1982 y B/.423.96 en 1983 (cuadro No. 63). En cuanto al porcentaje de población que gana menos del sueldo mensual tenemos que aproximadamente un 75% de la población económicamente activa gana menos que B/.423.96 que fue el sueldo medio mensual en 1983 (cuadro No. 64).

Otro aspecto relacionado con el huésped es la situación del analfabetismo en la República en la población mayor de 10 años que se presenta en el cuadro No. 65 y que muestra un 13.2% de analfabetismo a nivel nacional. Las cifras más altas por provincias la muestran San Blas (50.6%); Darién (36.7%); Bocas del Toro (34.6%) y Veraguas (28.5%). En cuanto al sexo hay mayor proporción de analfabetismo en el sexo femenino.

En cuanto a factores condicionantes relacionados con el ambiente se presentan aspectos relacionados con la situación de las viviendas. El cuadro No. 66 muestra que para 1980 existían en la República 367,162 locales de viviendas, habitados por 1,694,703 personas con un promedio de habitantes

por local de 4.6. El cuadro No. 67 muestra las características estructurales de las viviendas por provincias y el cuadro No. 68 los tipos de servicios con que cuentan las viviendas en las provincias y la República. Se observa que hay un 19.2% sin agua potable, un 33.0% sin baño, un 34.2% sin alumbrado eléctrico y un 21.4% con piso de tierra en la República.

Los aspectos relacionados con agentes que condicionan el proceso de salud-enfermedad mental se presentan únicamente los relacionados con las bebidas alcohólicas cuya producción se ha ido incrementando en la República de 1980 a 1985 (cuadro No. 69). La venta de bebidas, en especial de cerveza se muestra en el cuadro No. 70 y se observa que en 1977 fue de 34,720,417 litros en la República y en 1986 de 89,855,150 litros. Esto indica que hay un mayor consumo de alcohol en la República que va a aumentar las patologías mentales relacionadas con este consumo en la población como se ha evidenciado en algunas regiones (Bocas del Toro, Veraguas) donde estas patologías se presentan entre las diez principales causas de morbilidad psiquiátrica (cuadros No. 2 y No. 12). Esto muestra la necesidad de incrementar las acciones de prevención y control del alcoholismo y otras farmacodependencias en las distintas regiones de salud del país.

3.2 FORMULACION DE INDICADORES DE MONITORIA Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE Salud MENTAL

El objeto de la evaluación en el campo de la salud es mejorar los programas y los servicios de salud y orientar la distribución de los recursos humanos y financieros entre los programas y los servicios actuales y futuros.

La evaluación presenta dificultades particulares en el sector salud y en especial en el campo de la Salud Mental debido a la propia naturaleza de sus actividades y a las interrelaciones que existen entre la salud y otros sectores sociales y económicos. Por ello la formulación de indicadores para evaluar esta área del quehacer humano implica limitaciones en el establecimiento de indicadores que permitan la identificación de los cambios de la situación o de las mejoras conseguidas en la prestación de atención de salud.

La formulación de indicadores de monitoría y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental ha considerado estas limitaciones así como las del Sistema de Información en Salud y de otros sectores en el país.

Los indicadores se han formulado en cuatro área de acción:

- política de Salud Mental
- estado de Salud Mental de la población
- prestación de servicios de Salud Mental a la población

- factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental.

La tabla A muestra los indicadores formulados en el área de política de Salud Mental y se expresan indicadores del compromiso político en Salud Mental, de la asignación de recursos financieros y humanos para atención en Salud Mental a la población, del grado de participación comunitaria y del establecimiento de una estructura orgánica y proceso de gestión en Salud Mental. Cada indicador presenta su relación operativa y las fuentes principales de obtención de datos.

Los indicadores del estado de Salud Mental de la población se presentan en la tabla B y se señala el nombre, relación operativa y fuentes principales de datos. Se muestran indicadores generales sobre morbilidad psiquiátrica tanto a nivel de la atención ambulatoria como a nivel de hospitalización. Otros indicadores de patología social y mental se señalan, entre los cuales están las tasas de suicidio y homicidio, las tasas de conductas delictivas y de incapacidad mental de la población que van a indicar el grado de calidad de vida de la misma.

En la tabla C se presentan los indicadores relacionados con la prestación de servicios de Salud Mental a la población. Entre estas se encuentran indicadores de acciones de coordinación intra y extrasectorial, proporción de controles de crecimiento y desarrollo integral de la población, cobertura de atención en Salud Mental a nivel de servicios de

crisis y urgencias, atención ambulatoria, hospitalaria, grado de disponibilidad de camas psiquiátricas y de ocupación de las mismas, controles del egresado, atención en rehabilitación. También se formulan indicadores sobre capacitación de personal general de salud y especializado en Salud Mental, así como de realización de investigaciones y de eficiencia de los servicios de Salud Mental.

En cuanto a la formulación de indicadores sobre los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental (tabla D) se presentan indicadores generales sobre crecimiento de población, natalidad y mortalidad, de aspectos económicos como desempleo y salario medio mensual, sobre analfabetismo, condiciones de la vivienda, producción de bebidas alcohólicas y venta de cerveza en la República.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

"Salud para todos en el año 2000", presume un logro político trascendente, donde cada país tiene el compromiso de ajustar sus políticas y planes de salud, integrándolos con las políticas y estrategias nacionales de desarrollo, a fin de alcanzar ésta meta.

La salud es la resultante de múltiples factores, expresada en determinado estilo de vida. La Salud Mental es parte activa de la búsqueda del bienestar y calidad de vida de los seres humanos, objetivo primordial de la salud.

La estrategia principal para el logro de la meta de SPT 2000 es la Atención Primaria de Salud, que va más allá de los aspectos preventivos y curativos de la medicina, e incluye la vida mental de la gente. La perspectiva de Salud Mental en la atención general de salud contribuye a su humanización, así como a incrementar la participación de la comunidad en la producción y conservación de su salud. Sólo con la comprensión de la importancia de los componentes psicosociales de los programas de salud y de otros programas de desarrollo se puede enfrentar con éxito el trabajo con la comunidad.

La Salud Mental no es solo un problema de la psiquiatría, sino de todo el sistema de salud y de toda la sociedad. Los problemas relacionados con la Salud Mental deben ser considerados como pertenecientes a las necesidades primarias de salud. Los trastornos mentales abarcan una gama de padecimientos, disímiles entre sí, afectando a todos los grupos de edad, sexo. En su mayoría requieren de tratamientos prolongados y de controles frecuentes. Producen, en general, incapacidad temporal o definitiva, lo que tiene gran impacto en la economía familiar y nacional.

En Panamá, el proceso de desarrollo económico y los cambios sociales que de él se derivan tienen profundos efectos sobre la estructura de las comunidades, de las familias y la Salud Mental de las personas. La crisis social está incrementando patologías psicosociales, entre ellas, la delincuencia, la drogadicción y la violencia en la población general. El diagnóstico, la descripción del cuadro de Salud Mental de la población, la investigación epidemiológica, el fortalecimiento de las acciones de Salud Mental son de suma importancia en el logro del bienestar y calidad de vida de la población panameña.

Las diferentes instancias del subsistema de Salud Mental requieren de estímulos permanentes para su desarrollo y los países tienen el compromiso de contribuir a su fortalecimiento, ya que si la Salud Mental, no recibe la atención

que merece, el costo del progreso en término de reducción de la calidad de vida puede ser innecesariamente elevado.

CONCLUSIONES

1. La Salud Mental debe ser considerada área de primordial importancia dentro de los programas de Salud Pública.
2. La mortalidad producida por los indicadores indirectos de presencia de patología mental, (accidentes, suicidios, homicidios) tiene una tendencia al incremento, presentando tasas equiparables a las de enfermedades cardiovasculares o el cáncer.
3. La morbilidad psiquiátrica tanto a nivel de las consultas ambulatorias como de los egresos hospitalarios presenta tasas significativas. Esto aunado a la presencia de indicadores indirectos de patología mental constituye un indicador de la existencia de una demanda no satisfecha en atención de Salud Mental en los servicios públicos de salud.
4. El país presenta un déficit significativo en relación a los recursos humanos especializados y asistenciales; en especial en las áreas no metropolitanas, lo que dificulta el desarrollo de las acciones de Salud Mental en beneficio de la población.
5. La rehabilitación y reinserción social del enfermo mental en el país es aún deficiente dada la gran

concentración de enfermos en las instituciones hospitalarias psiquiátricas.

6. Los trastornos neuróticos es la patología más prevalente a nivel de la atención ambulatoria en la República, con mayor predominio en el sexo femenino durante los años de 1981 a 1985 en los servicios públicos del país.
7. Las psicosis esquizofrénica y afectivas son los principales diagnósticos de egresos hospitalarios en los servicios hospitalarios psiquiátricos del país durante los años de 1981 a 1985.
8. Los trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas son más prevalentes en el sexo masculino en la demanda satisfecha en los servicios públicos de salud durante los años de 1981 a 1985.
9. Los trastornos mentales relacionados con alteraciones de la afectividad son más prevalentes en el sexo femenino en la demanda satisfecha en los servicios públicos de Salud durante los años de 1981 a 1985.
10. A pesar del incremento de recursos humanos especializados en las diferentes regiones del país no hay una concordancia con el incremento de la atención a la población.
11. En Panamá existen una serie de factores condicionantes que proporcionan el incremento de las patologías mentales.

12. El Programa Nacional de Salud Mental requiere de un sistema de monitoría y evaluación que permita retroalimentar el proceso de planificación y que comprometa a todos los profesionales de la salud en el desarrollo armónico, eficiente y eficaz de las acciones del programa.

RECOMENDACIONES

1. Promover investigaciones epidemiológicas en Salud Mental sobre los servicios y demanda satisfecha en la atención pública del país y los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad mental.
2. Reestructurar el sistema de información en salud de manera que permita el monitoreo y evaluación del Programa Nacional de Salud Mental.
3. Vigilar el uso adecuado de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en especial lo referente a trastornos mentales.
4. Fortalecer el desarrollo de las acciones del Programa Nacional de Salud Mental dentro de los programas de Salud Pública.
5. Promover el desarrollo de programas especiales de acuerdo con la morbilidad psiquiátrica de la población en las diferentes regiones de Salud del país.
6. Establecer programas de coordinación docencia-asistencia con las instituciones formadoras del recurso

humano en salud, que permitan la integración de los aspectos del Salud Mental a la enseñanza.

7. Fomentar la formación de los recursos humanos especializados en Salud Mental.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. "Manual of Psychiatric
Perr review". January, 1981.
- Asociación Americana de Salud Pública. "Glosario de Términos
administrativos en Salud Pública". American Journal of
Public Health, Vol. 50. February, 1960.
- Barahona, A.: Barahona, F. "Metodología de Trabajos cientí-
ficos". Ipler. Bogotá, Colombia. 1984.
- Baker, A.: Daviess R.: Sivadon, P. "Servicios Psiquiátri-
cos y Arquitectura". Cuadernos de Salud Pública. OMS,
Ginebra, 1963.
- Baranchuk, N. S. "Condiciones de eficiencia de los servicios
de Atención Materno Infantil. Librería Científica Dos
Santos. Buenos Aires, Argentina. 1987.
- Escalante Angulo, C. "Metodología de la investigación socio-
médica". Ediciones Tercer Mundo. Bogotá, Colombia.
1981.
- Fondo de las Naciones para la Infancia. Organización Paname-
ricana de la Salud. Instituto de Nutrición de Centro-
américa y Panamá. "Lineamientos para reforzar el siste-
ma de Monitoreo y Evaluación de Supervivencia Infantil
en el Istmo Centroamericano". Guatemala, Guatemala.
Octubre, 1986.
- Freedman, A.; Kaplan, H. "Comprehensive Textbook of Psychia-
try". The Williams & Wilkins Company. Baltimore, v. 8.
1967.
- Frota, L. H. "Modalidades de Avaliacao de Programas y servi-
cios de Salud Mental. Instituto de Psiquiatria. Univer-
sidad Federal Do Río De Janeiro/UFRJ. Río de Janeiro,
Brasil, 1979.

- Gollberg, D.; Blackwee, B. "Psychiatric Illness in general practice: A detailed study using new methods of identification". *British Med J* 1:439-443, 1970.
- Górriz, M.; Picard-Amí, L. A.; González, E. "La Salud Mental en Panamá". Ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano de Salud Mental. Cuernavaca, México. Diciembre, 1962.
- Hankin, J., Oktay, J. S. "Mental Disorders and Primary Medical Care: An Analytical Review of the Literature". Instituto Nacional de Salud Mental (EUA), NIMH series 5. Rockville, 1979.
- Jencks, S. P. "Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *JAMA* 253 (13): 1903 - 1907, 1985.
- Knox, E. G. "La epidemiología en la planificación de la atención de salud". Siglo Veintiuno Editores. México, 1979.
- Kramer, M., "Applications of Mental Health Statistics". World Health Organization. Geneva, 1969.
- Locke, B. Z.; Gardner, E. A. "Psychiatric disorders among the patients of general practitioners and internists". *Public Health Rep.* 84: 167-173, 1969.
- Mari, J. de J. "Morbilidad Psiquiátrica en Centros de Atención Primaria". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.* Vol. 104 No. 2. Washington, febrero 1988.
- Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Dirección General de Salud. "Plan Nacional de Salud Mental". Panamá, 1965.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Salud. "Programa de Salud Mental". Panamá, 1970.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud. "Programa de Salud Mental". Panamá, 1979.
- Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. "Programa Nacional de Salud Mental". Revisión 1983. Panamá, 1983.
- Musgrove, P. "Indicadores de Bienestar y Salud. Selección y Empleo de Indicadores Socio-económicos para Monitoría y Evaluación. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.* Vol. 96, No. 5. Washington. Mayo, 1984.

- Organización Mundial de la Salud. "Resolución W.H.A. 30-43". Ginebra, 1977.
- Organización Mundial de la Salud. Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, OMS/UNICEF. Declaración de Alma Ata". Alma Ata, Kazakhistán Soviético. URSS. Septiembre, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. "Séptimo Programa General de Trabajo. 1984 - 1989. MNH/MTP/83.19. Ginebra, 1984.
- Organización Mundial de la Salud. "Atención de Salud Mental en los países en desarrollo: Análisis crítico de los resultados de las investigaciones". Serie de informes técnicos. 689. Ginebra, 1984.
- Organización Mundial de la Salud. "Evaluación de los programas de Salud". Serie Salud para todos, N.º. 6. Ginebra, 1981.
- Organización Mundial de la Salud. "Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la Salud para todos en el año 2000". Serie Salud para todos, No. 4. Ginebra, 1981.
- Organización Mundial de la Salud. "Guía pedagógica para el personal de Salud". Ginebra, 1981.
- Organización Mundial de la Salud. "Los factores psicosociales y la Salud". A29/8. Anexo EB 57/22. Ginebra, 1975.
- Organización Panamericana de la Salud. "Las condiciones de Salud en las Américas. 1977-1980". Publicación científica No. 427. Washington, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud para todos en el años 2000". Estrategias". Washington, 1980.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales". Documento oficial, No. 179. Washington, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. "Informe de la reunión del grupo asesor del Programa Regional de Salud Mental en Panamá". Washington, 1985.

- Organización Panamericana de la Salud. "El proceso de Monitoreo y Evaluación de las estrategias y el plan de acción". IMPLAN/8. Washington, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud Mental. Número Especial". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 101, No. 6. Washington, Diciembre, 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. "Trastornos Mentales. Glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Publicación científica No. 400. Washington, 1980.
- Organización Panamericana de la Salud. "Dimensiones sociales de la Salud Mental". Publicación científica No. 466. Washington, 1983.
- Organización Panamericana de la Salud. "Evaluación del impacto de los programas de Nutrición y de Salud". Publicación científica No. 432. Washington, 1982.
- Pabón, Lasso, H. "Método simplificado para evaluar el desempeño hospitalario". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 97, No. 1, Washington, julio, 1984.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). "Desarrollo de los recursos humanos para la atención Primaria de Salud". Estudio de evaluación No. 9. Nueva York, Diciembre, 1983.
- Reid, D. D. "Los Métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales". Cuadernos de Salud Pública. OMS. Ginebra, 1984.
- Shulberg, H.; Sheldon, A.; Baker, F.; "Program Evaluation in the Health Fields". Behavioral Publications. New York, 1970.
- Selltiz, C.; Jahoda, M.; Deutsch, M.; Cook, S. W. "Métodos de investigación en las relaciones sociales". Ediciones Rialp, S. A. Madrid, España. 1976.
- Suchman, E. "Evaluative Research". Russel sage Foundation. Connecticut Printers. Inc. New York, 1967.
- Skuse, D. Williams, P. "Screening for psychiatric disorder in general practice". Psychol Med. 14 (2): 365-377, 1984.

Weinstein, L. "Salud Mental y proceso de cambio". Editorial ECRO. Buenos Aires, Argentina. 1975.

Weiss, C. H. "Investigación Evaluativa" Editorial Trillas. México, 1978.

Windle, CH.; Jacobs, T.; Sherman, P. "Mental Health Program Performance Measurement". U. S. Department of Health and Human Services. Rockville, Marylando, 20857. 1986