

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**RECURSOS HUMANOS EN SALUD, SU RELACIÓN
CON EL PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE LA
POBLACIÓN PANAMEÑA. AÑO: 1993**

**Por:
EDA L. MEDINA DE WONG, M.Sc.**

**Trabajo de Graduación
Para Optar al Título de
Maestría en Salud Pública.**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

1995

T.M.

JUN 5 1995

JUN

Obs del autor

275312-

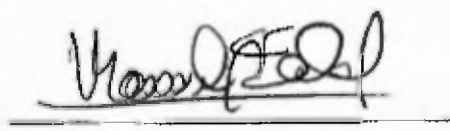
APROBACIÓN

Tesis titulada "RECURSOS HUMANOS EN SALUD, SU RELACIÓN CON EL PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA. AÑO:1993".

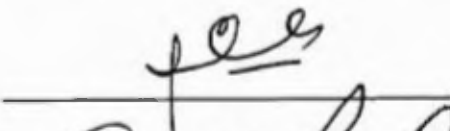
Presentada por EDA L. MEDINA DE WONG, M.Sc.; para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública.

JURADO CALIFICADOR

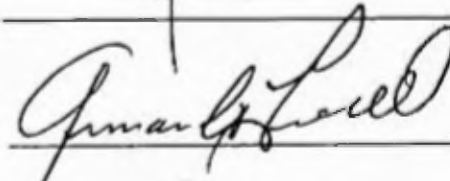
Dr. MANUEL ANGEL ESCALA L.
Director de la Tesis



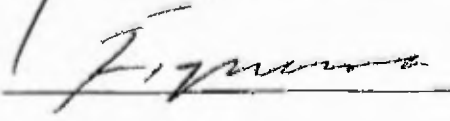
Licda. IVONNE GONZALEZ
Miembro del Jurado



Licdo. ARMANDO GRIMALDO
Miembro del Jurado



Representante de la
ViceRectoría de
Investigación y
Post-Grado



Fecha: 25 / 12 / 95

DEDICATORIA

El fruto de mis estudios, que me acredita como Maestro en Salud Pública, constituido por el presente documento, lo dedico con todo mi corazón a mis tres Arturos, quienes con paciencia y sacrificio apoyaron esta nueva etapa de mi vida.

Gracias especiales a mi esposo Arturo, a mis hijos Arturo León y Arturo Alejandro por el apoyo que en todo momento me brindaron.

Reconozco la valiosa ayuda brindada por el Director de Tesis, Dr. Manuel Escala, quien con sus orientaciones contribuyó a la culminación de este estudio.

Agradezco a los Planificadores y Directores Regionales, a la Dirección de Planificación de la Caja de Seguro Social, a los Directores Médicos de Hospitales, Jefes de Personal y de Estadística al proporcionarme la información requerida.

Con la significativa contribución de Naneth, Aura, Emma y Max este trabajo logró su propósito.

Igualmente doy las gracias al Dr. Abdiel Velarde, así como a los jurados de tesis Licenciada Ivonne González y Licenciado Armando Grimaldo.

Agradezco a la Institución donde laboro, Ministerio de Salud por la oportunidad que me brindó para la realización de los estudios en la Escuela de Salud Pública

Sin el apoyo de secretarias, así como de otras personas hubiera sido imposible la culminación de este documento; por tal razón, a todas y cada una de las personas que en una u otra forma contribuyeron para el feliz término del mismo, les manifiesto mi eterno agradecimiento.

EDA L. MEDINA DE WONG

ÍNDICE TEMÁTICO

	PÁGINA
TÍTULO.....	i
APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE TEMÁTICO.....	v
ÍNDICE DE MAPAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE CUADROS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	xx
ÍNDICE DE TABLAS.....	xxi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xxii
RESUMEN.....	xxiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.....	8
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
B. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	14
C. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DEL ESTUDIO.....	25
D. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	27
E. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	31
F. PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....	32
G. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	33
H. SUPUESTOS DEL ESTUDIO.....	34
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	35

	PAGINA
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	74
A. TIPO DE ESTUDIO.....	74
B. MOMENTOS DEL ESTUDIO.....	75
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	77
2. EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA.....	78
3. INTERVENCIÓN AL PROBLEMA.....	80
C. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	81
D. CATEGORÍAS Y VARIABLES.....	85
E. INSTRUMENTOS.....	93
F. UNIVERSO O POBLACIÓN.....	96
 CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	 97
A. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA-DOCUMENTAL.....	 97
B. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	 111
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INFORMACIÓN.....	 111
1.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN A NIVEL DE LA REPÚBLICA.....	 112
1.2. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE AZUERO.....	 129
1.3. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE BOCAS DEL TORO.....	 134
1.4. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE COCLÉ.....	 138
1.5. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE COLÓN.....	 143

1.6.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE CHIRIQUÍ.....	147
1.7.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE DARIÉN.....	152
1.8.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE PANAMÁ ESTE.....	156
1.9.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE PANAMÁ OESTE.....	159
1.10.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.....	163
1.11.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE SAN BLAS.....	170
1.12.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE SAN MIGUELITO.....	173
1.13.	ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE VERAGUAS.....	177
2.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN...	182
	CONCLUSIONES.....	222
	RECOMENDACIONES.....	230
	BIBLIOGRAFÍA.....	234
	ANEXOS	

ÍNDICE DE MAPAS

MAPA No.	TÍTULO	PÁGINA
1	Regiones de Salud de la República de Panamá. Año: 1993.....	9
2	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas Por Distrito. Año:1990 (Vivienda, Salud, Educación).....	ANEXO 3
3	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda, Por Distrito. Año: 1990.....	ANEXO 3
4	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas de Educación, Por Distrito. Año: 1990.....	ANEXO 3
5	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas de Salud, Por Distrito. Año: 1990.....	ANEXO 3
6	Distritos del País con la más alta prevalencia de Desnutrición crónica en escolares de 6-9 años de edad.....	ANEXO 3
7	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Azuero. Año: 1993.....	ANEXO 3
8	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Bocas del Toro. Año:1993.....	ANEXO 3
9	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Coclé. Año: 1993.....	ANEXO 3
10	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Colón. Año: 1993.....	ANEXO 3
11	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Chiriquí. Año: 1993.....	ANEXO 3
12	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Darién. Año: 1993.....	ANEXO 3
13	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Panamá Este. Año: 1993.....	ANEXO 3

MAPA No.	TÍTULO	PÁGINA
14	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Panamá Oeste. Año:1993.....	ANEXO 3
15	Instituciones Estatales de Salud de la Región Metropolitana de Salud. Año:1993.....	ANEXO 3
16	Instituciones Estatales de Salud de la Región de San Blas. Año: 1993.....	ANEXO 3
17	Instituciones Estatales de Salud de la Región de San Miguelito. Año:1993.....	ANEXO 3
18	Instituciones Estatales de Salud de la Región de Veraguas. Año: 1993.....	ANEXO 3

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA No.	TÍTULO	PÁGINA
1	Estructura de la Población de la República Por Sexo y Edad. Año:1993.....	10
2	La Organización de los Servicios Por Niveles de Complejidad.....	20
3	Esquema Estructural de Relación de Variables.....	26
4	Esquema Conceptual; Personal Sanitario, Equilibrio y Desequilibrio.....	62
5	Indicadores, Acciones Preventivas e Intervenciones.....	67
6	Momentos de la Investigación.....	76
7	Categorización de las Variables Independientes.....	86
8	Indicadores, Acciones Preventivas e Intervenciones al Problema de los Recursos Humanos de Salud en Panamá.....	107
9	Correlaciones Negativas.....	216
10	Correlaciones Positivas.....	216
11	Población Urbana y Rural por Provincia en la República. Año: 1993.....ANEXO 3	

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
1	Objetivos de la Política de Recursos de Personal de Salud: evolución aproximada en la OMS de 1948 a 1980, por períodos cronológicos y grado de importancia.....	18
2	Población Urbana y Rural de la República, Por Sexo, Según Provincia. Año: 1990.....	ANEXO 3
3	Instalaciones de Salud en la República de Panamá Según Regiones de Salud por Tipo de Institución. Año: 1993.....	ANEXO 3
4	Instalaciones de Salud en la República según Regiones de Salud, por Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
5	Distribución del Recurso Humano en la República de Panamá según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
6	Recurso Humano en Instalaciones de Salud en la República de Panamá. Año: 1993.....	ANEXO 3
7	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la República de Panamá según categorías ocupacionales por Regiones de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
8	Médicos especialistas existentes en la República de Panamá por Regiones de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
9	Recurso Humano existente en la República de Panamá, según Tipo de Instalación, por Regiones de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
10	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas en la República de Panamá por Distrito. Año: 1990.....	ANEXO 3
11	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda en la República de Panamá, por Distrito. Año: 1990.....	ANEXO 3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
12	Viviendas ocupadas y personas que las habitan en la República según, Provincias. Año: 1990.....	ANEXO 3
13	Viviendas Particulares Ocupadas en la República, por abastecimiento de agua de beber y clase de servicio sanitario según Area y Provincia. Año: 1990.....	ANEXO 3
14	Viviendas Particulares ocupadas por material predominante del techo de la vivienda según tipo de piso en la República de Panamá. Por Provincia. Año: 1990.....	ANEXO 3
15	Niveles Relativos de Satisfacción de Necesidades Básicas de Educación en la República de Panamá. Año: 1990.....	ANEXO 3
16	Alfabetismo y Analfabetismo de la Población de 10 años y más de edad en la República, según sexo y grupo de edad. Año: 1990.....	ANEXO 3
17	Nivel de Instrucción de la población de 6 años y más de edad en la República, Según Provincia. Año: 1990.....	ANEXO 3
18	Población de 15 a 39 años de edad que asiste a algún año universitario en la República, por sexo según Provincia. Año: 1990.....	ANEXO 3
19	Niveles Relativos de satisfacción de Necesidades Básicas de Salud en la República de Panamá, por Distrito. Año: 1990.....	ANEXO 3
20	Principales causas de morbilidad por grupo de edad en la República. Año: 1992.....	ANEXO 3
21	Primeras causas de muerte en la República de Panamá con certificación. Año: 1991.....	ANEXO 3
22	Casos y Tasas de Enfermedades Transmisibles en la República. Año: 1992.....	ANEXO 3
23	Principales problemas nutricionales en Panamá.....	ANEXO 3

CUADRO	TÍTULO	PÁGINA
24	Estado Nutricional de niños de 12-39 meses por Área, según el indicador Peso/Talla. Año: 1992.....	ANEXO 3
25	Estado Nutricional de niños de 12-39 meses por Área, según el indicador Talla/Edad. Año: 1992.....	ANEXO 3
26	Estado Nutricional de niños de 12-39 meses por Área, según el indicador Peso/Edad. Año: 1992.....	ANEXO 3
27	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Azuero según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
28	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Azuero según Categorías Ocupacionales. Año: 1993.....	ANEXO 3
29	Tasa de médico especialista existente en la Región de Salud de Azuero. Año: 1993.....	ANEXO 3
30	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región de Salud de Azuero. Año: 1993.....	ANEXO 3
31	Diez Principales Causas de Consultas por Morbilidad en la Región de Azuero por grupos de edad. Año: 1993.....	ANEXO 3
32	Enfermedades Transmisibles registradas en la Región de Azuero. Año: 1993.....	ANEXO 3
33	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Bocas del Toro según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
34	Porcentaje y tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Bocas del Toro, según Categorías Ocupacionales Año: 1993.....	ANEXO 3
35	Tasa de médico especialista existente en la Región de Salud de Bocas del Toro. Año: 1993.....	ANEXO 3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
36	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región de Salud de Bocas del Toro. Año:1993.....	ANEXO 3
37	Morbilidad de algunas enfermedades objeto de Vigilancia Epidemiológica según Área Sanitaria, Región de Salud de Bocas del Toro. Año: 1993.....	ANEXO 3
38	Enfermedades transmisibles de mayor notificación en la Región de Salud de Bocas del Toro. Año: 1993.....	ANEXO 3
39	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Coclé según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
40	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Coclé, Según Categorías Ocupacionales Año: 1993.....	ANEXO 3
41	Tasa de médico especialista existente, Región de Salud de Coclé. Año:1993.....	ANEXO 3
42	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región de Salud de Coclé. Año: 1993.....	ANEXO 3
43	Diez principales causas de Morbilidad General por grupo etáreo, Región de Coclé. Año: 1993.....	ANEXO 3
44	Causas y Tasa de Enfermedades Transmisibles. Región de Coclé. Año: 1993.....	ANEXO 3
45	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Colón, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
46	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Colón, según Categoría Ocupacional. Año:1993.....	ANEXO 3
47	Tasa de médico especialista existente, Región de Salud de Colón. Año: 1993.....	ANEXO 3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
48	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los en Servicios en la Región de Colón. Año:1993....ANEXO 3	3
49	Tasa de las Principales Enfermedades Transmisibles notificables de la Región de Salud de Colón. Año: 1993.....ANEXO 3	3
50	Diez principales causas de defunción en la Región de Colón, por grupo de edad. Año: 1993.....ANEXO 3	3
51	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Chiriquí, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....ANEXO 3	3
52	Porcentaje y tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Chiriquí según Categoría Ocupacional. Año:1993....ANEXO 3	3
53	Tasa de médico especialista existente, Región de Salud de Chiriquí. Año:1993.....ANEXO 3	3
54	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios Región de Salud de Chiriquí. Año:1993...ANEXO 3	3
55	Diez Principales Causas de Morbilidad en la Consulta Externa en las Instalaciones del S.I.S. de Chiriquí, por grupo etéreo. Año: 1993.....ANEXO 3	3
56	Diez Principales Causas de Enfermedades Trasmisibles reportadas en las Instalaciones del S.I.S. de Chiriquí, según número y tasa de incidencia. Año:1993.....ANEXO 3	3
57	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Darién, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....ANEXO 3	3
58	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Darién, según Categoría Ocupacional. Año:1993.....ANEXO 3	3
59	Tasa de médico especialista existente, Región de Salud de Darién. Año:1993.....ANEXO 3	3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
60	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región de Salud de Darién. Año:1993.....	ANEXO 3
61	Principales Causas de Consultas por Morbilidad en la Región de Darién, por grupo de edad. Año: 1993.....	ANEXO 3
62	Diez Principales Causas de Enfermedades Transmisibles, Región de Darién. Año:1993....	ANEXO 3
63	Principales Causas de Mortalidad, Región de Salud de Darién. Año: 1993.....	ANEXO 3
64	Distribución del Recurso Humano en la Región de Salud de Panamá Este, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
65	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Panamá Este según Categorías Ocupacionales. Año: 1993.....	ANEXO 3
66	Tasa de médicos especialistas existentes en la Región de Salud de Panamá de Panamá Este. Año:1993.....	ANEXO 3
67	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios, Región de Salud de Panamá Este. Año:1993....	ANEXO 3
68	Principales Causas de Morbilidad, según grupo etáreo. Región de Salud de Panamá Este. Año:1993.....	ANEXO 3
69	Primeras Causas de Enfermedades Transmisibles en Número y Tasa de Incidencia, Región de Salud de Panamá Este. Año: 1993.....	ANEXO 3
70	Defunciones ocurridas en el Hospital de Chepo según Diagnóstico Hospitalario. Región de Salud de Panamá Este. Año:1993....	ANEXO 3
71	Distribución del Recurso Humano de la Región de Salud de Panamá Oeste según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
72	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en lá Región de Salud de Panamá Oeste según Categoría Ocupacional Año: 1993.....	ANEXO 3
73	Tasa de médico especialista existente, Región de Salud de Panamá Oeste. Año: 1993....	ANEXO 3
74	Distribución del Recurso Humano existentes según la Organización de los Servicios, Región de Panamá Oeste. Año: 1993.....	ANEXO 3
75	Diez Principales Causas de Consulta por Morbilidad en la Región de Panamá Oeste por grupo de edad. Año: 1993.....	ANEXO 3
76	Diez Principales Causas de Enfermedades Transmisibles, Región de Panamá Oeste. Año: 1993.....	ANEXO 3
77	Diez Principales Causas de Mortalidad en la Región de Panamá Oeste, por sexo y grupo de edad. Año: 1993.....	ANEXO 3
78	Distribución del Recurso Humano de la Región Metropolitana de Salud, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
79	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente según Categoría Ocupacional en instalaciones de la Región Metropolitana de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
80	Tasa de médico especialista existente en Instalaciones de la Región Metropolitana de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
81	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios, en la Región Metropolitana de Salud. Año: 1993....	ANEXO 3
82	Principales Causas de Consulta por Morbilidad en la Región Metropolitana de Salud por Grupo de Edad. Año: 1993.....	ANEXO 3
83	Principales Causas de Enfermedades Transmisibles, Región Metropolitana de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
84	Principales Causas de Mortalidad, Región Metropolitana de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
85	Primeras Causas de Morbilidad en Hospitales Nacionales. Año: 1993.....	ANEXO 3
86	Principales Causas de Mortalidad en Hospitales Nacionales. Año: 1993.....	ANEXO 3
87	Distribución del Recurso Humano de la Región de Salud de San Blas, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
88	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de San Blas, según Categorías Ocupacionales. Año: 1993.....	ANEXO 3
89	Tasa de médico especialista existente en la Región de Salud de San Blas. Año: 1993.....	ANEXO 3
90	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región de Salud de San Blas. Año: 1993.....	ANEXO 3
91	Diez Principales Causas de Morbilidad, Región de San Blas. Año: 1993.....	ANEXO 3
92	Diez Primeras Causas de Enfermedades Transmisibles y Tasa de Incidencia. Región de San Blas. Año: 1993.....	ANEXO 3
93	Principales Causas de Muerte con Certificación Médica. Región de Salud de San Blas. Año: 1993.....	ANEXO 3
94	Distribución del Recurso Humano de la Región de Salud de San Miguelito, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
95	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de San Miguelito según Categoría Ocupacional. Año: 1993.....	ANEXO 3
96	Tasa de médico especialista existente en la Región de Salud de San Miguelito. Año: 1993.....	ANEXO 3

CUADRO No.	TÍTULO	PÁGINA
97	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región de Salud de San Miguelito. Año: 1993.....	ANEXO 3
98	Principales Causas de Morbilidad atendidas en grupo de edad específico. Región de San Miguelito. Año: 1993.....	ANEXO 3
99	Enfermedades Transmisibles, Región de Salud de San Miguelito. Año: 1993.....	ANEXO 3
100	Distribución del Recurso Humano de la Región de Salud de Veraguas, según Tipo de Instalación. Año: 1993.....	ANEXO 3
101	Porcentaje y Tasa del Recurso Humano existente en la Región de Salud de Veraguas según Categoría Ocupacional Año: 1993.....	ANEXO 3
102	Tasa de médico especialista existente en la Región de Salud de Veraguas. Año: 1993.....	ANEXO 3
103	Distribución del Recurso Humano existente según la Organización de los Servicios en la Región Veraguas. Año: 1993.....	ANEXO 3
104	Principales Causas de Morbilidad según Grupo Etáreo, Región de Salud de Veraguas. Año: 1993.....	ANEXO 3
105	Diez Primeras Causas de Enfermedades Transmisibles y Tasa de Incidencia, Región de Salud de Veraguas. Año: 1993.....	ANEXO 3
106	Principales Causas de Defunciones, Región de Salud de Veraguas. Año: 1993.....	ANEXO 3

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA No.	TÍTULO	PÁGINA
1	Instalaciones de Salud en la República según Regiones de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
2	Tipo de Instalaciones de Salud en la República de Panamá. Año: 1993.....	ANEXO 3
3	Porcentaje del Recurso Humano según Tipo de Instalación. Año:1993.....	ANEXO 3
4	Tasa del Recurso Humano en la República de Panamá según Regiones de Salud. Año: 1993.....	ANEXO 3
5	Tasa de Recurso Humano según Categorías Ocupacionales. República de Panamá. Año: 1993.....	ANEXO 3
6	Tasa de Médicos Especialistas y Médicos Generales. República de Panamá. Año:1993.....	ANEXO 3

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No.	TÍTULO	PÁGINA
1	Tasa del Recurso Humano en la República de Panamá, según Regiones de Salud. Año: 1993.....	114
2	Categorías Ocupacionales del Recurso Humano en Salud en la República de Panamá por Número y Tasa.....	116
3	Distribución Regional de la Tasa de Médicos Especialistas y Médicos Generales en la República de Panamá. 1993.....	118
4	Resultados de los Coeficientes de Correlación Según las Categorías Ocupacionales en el País. Año: 1993.....	186
5	Resultados de los Coeficientes de Correlación de los índices del perfil social.....	190
6	Resultados de los Coeficientes de Correlación de los índices del perfil epidemiológico.....	193
7	Coeficientes de correlación (Matriz).....	218
8	Relación entre el valor de las correlaciones con el porcentaje de variación explicada.....	221

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO No.	TÍTULO
1	Instrumento de Recolección de Datos para las Regiones de Salud.
2	Instrumento de Recolección de Datos para Hospitales Nacionales y otras Instituciones del Área Metropolitana
3	Mapas, Cuadros y Gráficas

RESUMEN

El propósito fundamental del estudio fue determinar la existencia de desequilibrios de distribución geográfica y ocupacional del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, mediante la identificación de la estructura y distribución de este recurso por un lado; por otro, la identificación de la disociación existente entre el recurso humano y el perfil socioepidemiológico de la población panameña.

Para el diseño se utilizaron como modelos teóricos de referencia los temas de: recursos humanos en salud, desequilibrios del recurso humano y perfil socioepidemiológico.

Fueron tres las preguntas que orientaron el estudio y estuvieron referidas a la existencia de: desequilibrio de distribución geográfica, desequilibrio de distribución ocupacional y disociación entre los recursos humanos y el perfil socioepidemiológico de la población.

Para dar respuesta a las preguntas de la investigación, se realizó un minucioso trabajo de análisis teórico y se desarrolló un extenso trabajo de campo en las 12 Regiones de Salud del país, los cinco Hospitales Nacionales, otras

instalaciones de salud del área Metropolitana y la Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social; éstas, constituyeron el universo del estudio.

Lo anterior, da respuesta a las hipótesis, supuestos, propósito y objetivos planteados en esta investigación. Para ello, este documento presenta una estructura básica inicial que explica el proceso investigativo seguido. El contenido de la investigación se enuncia en partes introductorias, cuatro capítulos (Marco Conceptual, Marco Teórico, Marco Metodológico y Presentación, Análisis e Interpretación de datos), y partes finales (conclusión, recomendaciones, bibliografía, anexos).

Con la metodología empleada y el análisis teórico-práctico se llega a conclusiones y sugerencias para el abordaje de intervención al problema de los recursos humanos en salud en Panamá.

Al final del estudio se encontró:

- Desequilibrio de distribución geográfica del recurso humano de salud;

- Desequilibrio de distribución ocupacional del recurso humano de salud:

- Disociación entre el perfil socioepidemiológico de la población panameña y el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

Surgió este estudio por dos razones fundamentales:

-como un intento de dar respuesta a las sugerencias de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud;

-y, por el interés en proponer una posible alternativa de intervención a la problemática del Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en la República de Panamá.

Dicha problemática se ha estado abordando desde la década del 70 a través de jornadas, seminarios, talleres, foros, comisiones de trabajo, etc.; sin embargo, hasta la fecha los abordajes sólo se han dado a nivel de discurso sin contar con resultados de estudios cualicuantitativos que sirvan de insumo.

El interés en realizar este estudio radicó en la realidad concreta del problema, que con el correr del tiempo se ha acrecentado, lo que motivó la inquietud de dar respuesta a las preguntas constitutivas del problema y que orientaron la investigación respecto a:

1) ¿Existió desequilibrio de distribución geográfica del recurso humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social durante el año 1993 como período de referencia?;

2) ¿Existió desequilibrio de distribución ocupacional del recurso humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social durante el año 1993 como período de referencia?;

3) ¿Existió disociación entre el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud y el perfil socioepidemiológico de la población demandante de estos servicios durante el año 1993 como período de referencia?.

Adicional a la razón antes expuesta existieron otros argumentos que motivaron este estudio y que lo justifican. Estos argumentos que desde la óptica de su importancia justifican el estudio se refieren en primera instancia al hecho, y en segunda instancia, a la teoría.

1. En cuanto al Hecho:

* El Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos tiene dentro de sus funciones coordinar las actividades de la Fuerza de Trabajo en Salud, establecer los principios generales y los lineamientos del desarrollo de los recursos humanos en salud, tomando en cuenta los perfiles epidemiológicos regionales, ocupacionales e institucionales.

* Ante su compromiso, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos motivó y logró la Creación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud, para el abordaje de la problemática existente.

* La Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud recomendó la realización de un estudio de investigación sobre la Fuerza de Trabajo en Salud.

* A nivel de servicio se dificultó la recolección de información necesaria para la realización de un estudio que contemplara los recursos humanos del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social en todo el país.

* Con miras a contribuir con la institución en aportar insumos que permitan orientar la toma de decisiones en la problemática del desarrollo de los recursos humanos en salud, se eligió el tema de los Recursos Humanos en Salud y su Relación con el Perfil Socioepidemiológico de la Población Panameña.

2. En cuanto a la teoría:

* Considerando que se trabajó sobre el tema de los recursos humanos y su relación con la población panameña y para hacer efectivo la elaboración del estudio se creyó necesario realizar una exploración bibliográfica de temas

tales como: recursos humanos en salud, desequilibrios del recurso humano y perfil socioepidemiológico.

* En la revisión de dichos temas, específicamente en el desequilibrio de los recursos humanos se pone de manifiesto que es difícil definir el desequilibrio del personal sanitario por razones de la naturaleza compleja y multidimensional del concepto de equilibrio aplicado a las ocupaciones sanitarias entre otros. Además, se enuncian y describen los posibles tipos de desequilibrios como son los de orden numérico, cualitativos y en la distribución.

Sobre el desequilibrio en la distribución, que es el que atañe en esta investigación, se señala que éste se visualiza desde cuatro dimensiones: geográfica, ocupacional, especializada e institucional.

La justificación de la magnitud del estudio se da en el hecho de que se pudo conocer la estructura y distribución del recurso humano a nivel de todo el país y a su vez, se contrastó con el perfil socioepidemiológico de la población panameña.

El estudio muestra su trascendencia desde el momento en que en un sólo documento se plasman tres grandes momentos del área del desarrollo de los recursos humanos en Panamá

(identificación del problema, explicación del problema, e intervención al problema).

La utilidad de esta investigación radica en el hecho de que los resultados de la misma, constituyen un insumo importante para las correspondientes autoridades de salud.

Los objetivos del estudio estuvieron enmarcados en el conocimiento de la estructura y distribución del recurso humano que labora en salud; conocimiento del perfil socioepidemiológico de la población panameña y su relación con la estructura del recurso humano de salud existente; el cálculo de tasas del recurso humano; clasificación de la estructura del recurso humano según la organización de los servicios; y, la esquematización conceptual del desequilibrio de los recursos humanos en salud en Panamá, según el Modelo de la Historia Natural de los Desequilibrios.

Esta es una investigación que por las características generales del problema y del propósito del estudio, reúne características combinadas; en este sentido, tiene componentes de una investigación histórica-documental, de investigación descriptiva y correlacional.

El estudio se desarrolló en tres momentos. Para el desarrollo de los tres momentos de la investigación se obtuvo

información documental-histórica, se diseñaron instrumentos tipo cuestionarios, constitutivos de listados de indicadores mediante los que se manifestaron las variables independientes y dependiente del estudio; y, a través de la revisión de propuestas existentes se hace una esquematización del problema de la situación de desequilibrio existente en el recurso humano en salud en Panamá.

Se elaboró un sistema de hipótesis organizadas a fin de comprobar la relación existente entre las variables independientes y la variable dependiente; fueron tres las hipótesis centrales y las mismas para su comprobación fueron sometidas a la contrastación empírica de hipótesis derivadas mediante la utilización de técnicas estadísticas para variables proporcionales tales como distribución de frecuencias y datos de asociación; en la distribución de frecuencias dado que la escala era cualitativa, se utilizaron porcentajes y tasas; en los datos de asociación, por ser la escala de tipo cuantitativa, se utilizó el coeficiente de correlación lineal simple.

Las hipótesis estuvieron referidas al desequilibrio de la distribución geográfica; desequilibrio de la distribución ocupacional; y la disociación entre la estructura del recurso humano y el perfil socioepidemiológico de la población.

La variable dependiente estuvo constituida por los desequilibrios de los recursos humanos; las variables independientes fueron : las categorías ocupacionales de los recursos humanos y los índices de variación geográfica universal, categorizados para este estudio como el perfil socioepidemiológico de la población panameña.

El universo o población del estudio lo constituyeron las doce regiones de salud, los hospitales nacionales y otras instalaciones del área Metropolitana.

CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL

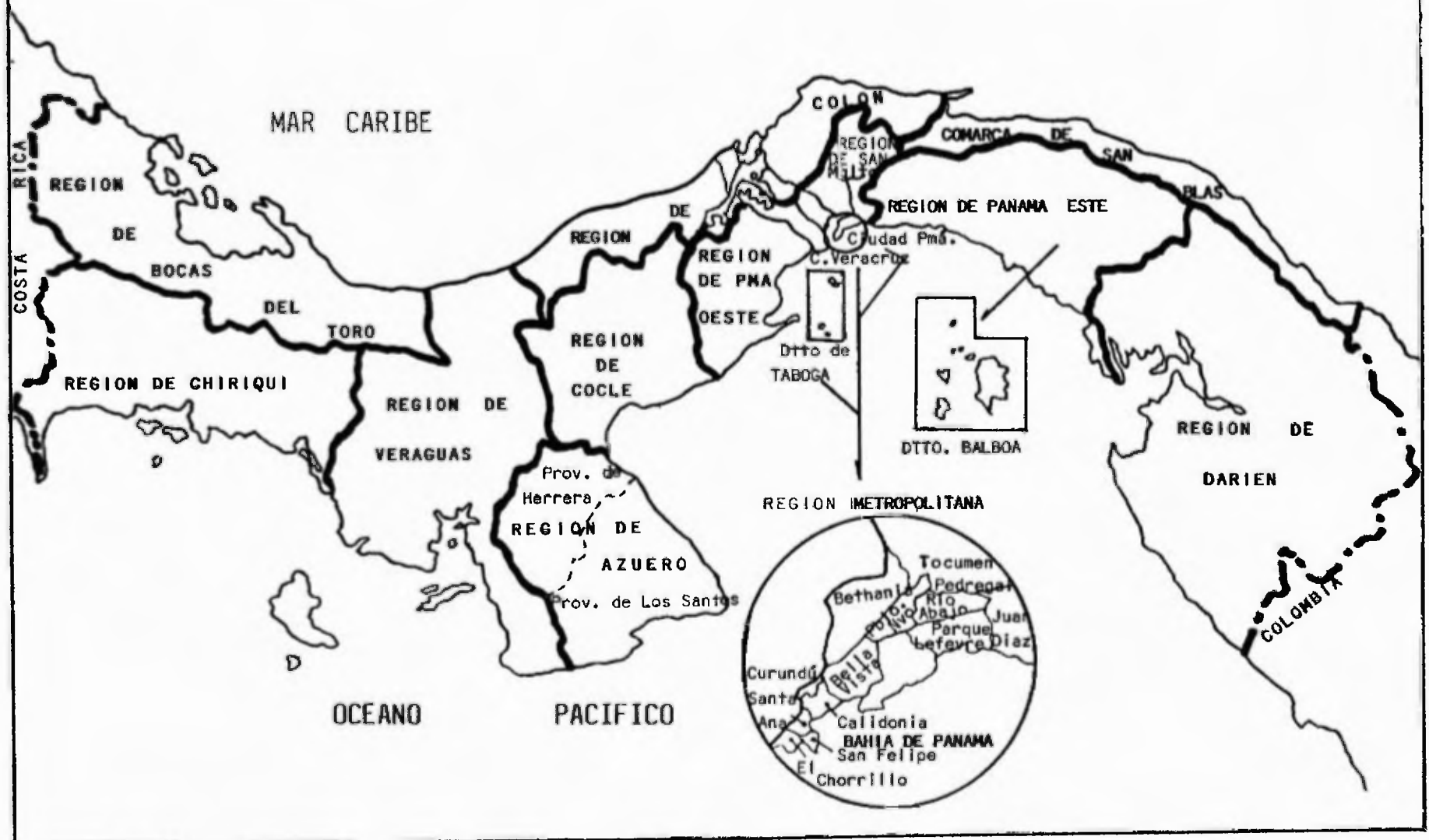
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Sector Salud en la República de Panamá, está constituido por el Ministerio de Salud (MINSA), Caja de Seguro Social (C.S.S.), Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.), y la Dirección Metropolitana de Aseo (D.I.M.A.).

Le corresponde al Ministerio de Salud la rectoría del Sector. Al Ministerio de Salud y a la Caja de Seguro Social, les compete específicamente planificar, organizar, administrar, ejecutar y evaluar las acciones de promoción, prevención, protección, conservación, curación, restitución y rehabilitación de la salud en los tres niveles de atención según los niveles de complejidad en toda la extensión del territorio nacional.

Para cumplir con sus responsabilidades se han dividido en doce (12) Regiones de Salud (Mapa No. 1), y cinco (5) Hospitales Nacionales, además los niveles centrales de ambas instituciones y atender a los 2,329,329 habitantes de la República de Panamá (según el censo de 1990), la cual se aprecia en la Estructura de Población mostrada en la Figura No.1

MAPA No. 1
 REGIONES DE SALUD DE LA
 REPUBLICA DE PANAMA
 AÑO 1993

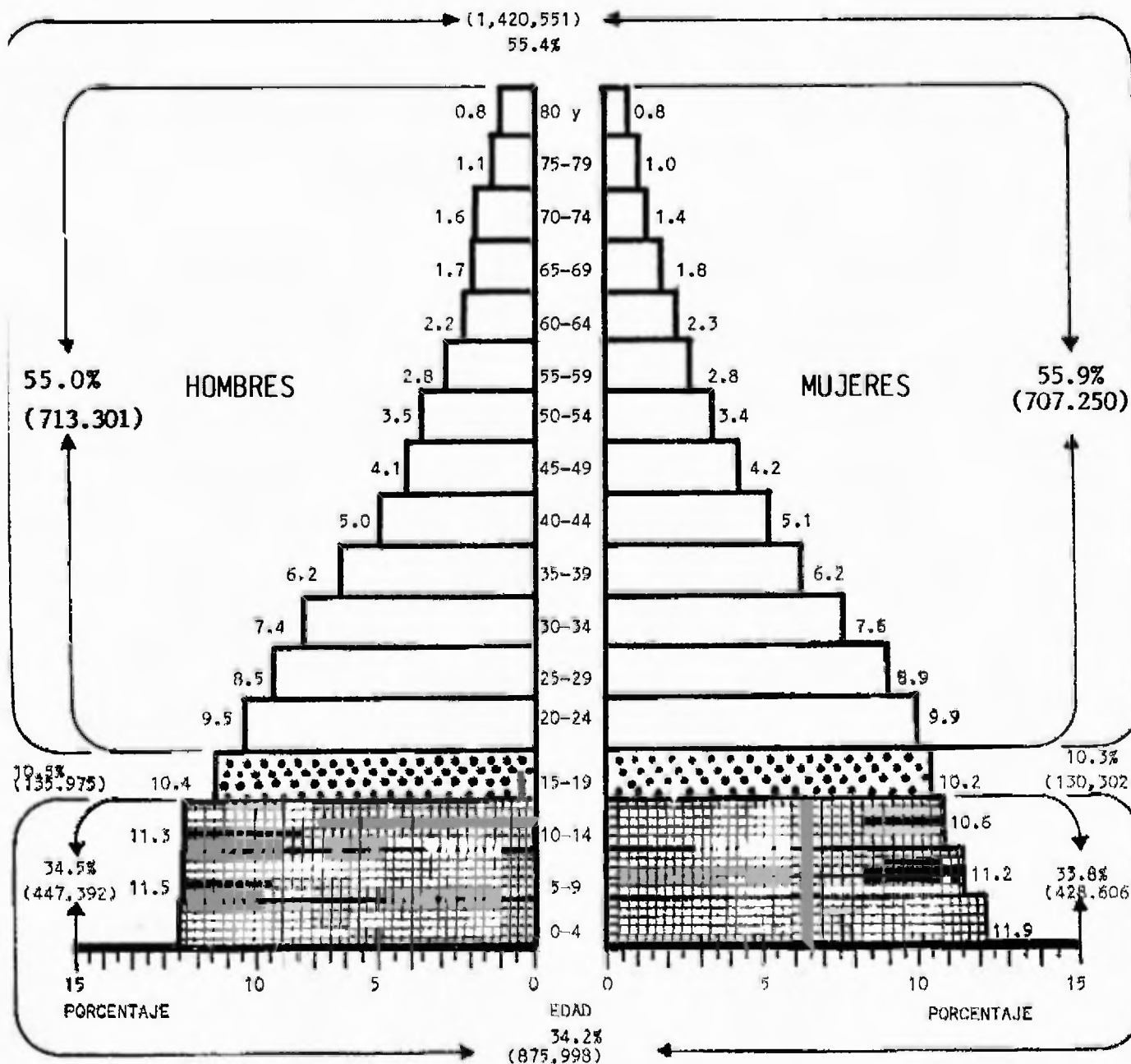


Tomado: Memoria del Ministerio de Salud. Año 1992.

FIGURA No. 1

ESTRUCTURA DE LA POBLACION DE LA REPUBLICA, POR SEXO Y EDAD

AÑO: 1993



Tomado: MINISTERIO DE SALUD. DEMOGRAFIA

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DE SALUD.

El Sector Salud para la atención de esta estructura poblacional, cuenta con 739; estas instalaciones se encuentran distribuidas según la organización de los servicios en los niveles de complejidad. De éstas, el 88.2% corresponden al Ministerio de Salud y el 11.8% a la Caja de Seguro Social.

Las infraestructuras de salud para ofertar servicios cuentan con 20,565 funcionarios en todo el país. El mayor número de recursos humanos se localiza en el Área Metropolitana.

Además de conocer el número de instalaciones y de recursos humanos en salud, se conoce la información del perfil socioepidemiológico de la población; no obstante, se desconoce sobre la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud que se ofertan a la comunidad; aspectos, que se han estado señalando y analizando durante los últimos treinta años como una preocupación de los responsables de la salud de la población de la región de las Américas sobre todo por el compromiso de la Meta Salud Para Todos en el Año 2000.

El anhelo del logro de SPT/2000 ha generado estrategias tal como la Estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), tácticas como la de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que han llevado a los países al planteamiento de políticas que incluyen el Desarrollo de los Recursos Humanos y sobre los que

se han realizado estudios cuantitativos y cualitativos en algunos países; se han diseñado modelos de planificación de estos, así como el planteamiento de propuestas para la Integración Docencia-Servicio entre otros.

Pese a todos los esfuerzos, aún se mantienen desequilibrios en el recurso humano en salud los cuales son identificados en la lectura de documentos tales como las Revistas Educación Médica y Salud; resultados similares, se han detectado en informes de seminarios, talleres y jornadas de trabajo realizadas aquí en Panamá.

Entre las opiniones extraídas de la lectura de los documentos se encuentran: existe sobreproducción de algunas categorías de recursos humanos; existe mala distribución, desempleo, subempleo subutilización del recurso humano; falta de una política de recursos humanos; hay incoordinación docencia-servicio; se da fuga de personal calificado al exterior del país; falta de estudios científicos que permitan la planificación de los recursos humanos; carencia de una planificación científica de recursos humanos; deficiencia en la política administrativa de recursos humanos; deficiencia en la capacitación de los recursos humanos.

La no realización de estudios científicos que permitan la determinación de las necesidades reales de estos recursos,

conlleva a desequilibrios por el desconocimiento real de situaciones como las mencionadas anteriormente de déficit, fuga de cerebros, subempleo, multiempleo, desempleo, salarios inadecuados, distribución numérica y geográfica inadecuada, niveles bajos de motivación, etc.

Ante la situación de conflicto algunos autores recomiendan utilizar un modelo teórico que permita organizar la problemática del trabajo a partir de tres elementos básicos: la institución de salud, como ente empleador; el proceso de trabajo, como forma histórica y socialmente construida de organizar la actividad laboral en la institución; y el conflicto laboral, como manifestación de las relaciones sociales dentro de la institución. Estos elementos surgen como posibles alternativas para abordar dichos conflictos y podrían aportar en el proceso de transformación de la práctica de la salud.

Lo cierto es que se carece de información apropiada y de indicadores precisos que permitan el diseño de políticas de recursos humanos eficaces y eficientes; situación que mantiene en conflicto el Desarrollo de los Recursos Humanos y por ende, la existencia de Desequilibrios de orden cuantitativo, cualitativo y de distribución en este recurso tan valioso dado que en Panamá, la poca información existente sobre los recursos humanos en salud es inadecuada, entre otros por la

falta de un sistema de información válido, veraz, confiable, y oportuno que permita el diseño de una política eficaz, eficiente y equitativa en esta área.

B. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Los abordajes al área del Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud se han hecho acorde a la evolución histórica en el marco contextual de orden socioeconómico, político, cultural, imperante en cada época o período. En este sentido, se acoge lo expuesto por Bryant, J. (1983), citado en el Informe de un Comité de Expertos de la OMS (1985) que dice:

"...en el contexto de la evolución de la medicina occidental pueden distinguirse tres amplios periodos históricos o eras: la era de la asistencia individual, la era de la asistencia comunitaria y la era de la salud para todos. Este marco analítico puede aprovecharse también para seguir la evolución de las principales ideas y transformaciones que se han producido en el campo del desarrollo de recursos de personal de salud."¹

En referencia a los tres períodos históricos señalados por Bryant, se tiene que:

-En la Era de la Asistencia Individual: (última parte del siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial), el foco de atención fue la medicina curativa, la práctica dominada por el médico con la asistencia de enfermeras y auxiliares formados para ayudar a estos (médicos) en los servicios de asistencia

¹ O.M.S. Serie de Informes Técnicos, No.717. Informe de un Comité de Expertos. 1985. Pág. 20

sanitaria; en las escuelas de medicina imperaba el modelo de medicina curativa.

"Se prestaba asistencia médica al mayor número posible de los enfermos que tenían acceso a los servicios del facultativo".²

- En la Era de la Asistencia Comunitaria: (alrededores de la época de la Segunda Guerra Mundial); el foco de atención se dirigía hacia los factores sociales en la salud, medicina preventiva, y extensión de los servicios sanitarios con la intención de obtener mayor cobertura de la población a atender. Se da un giro en el sistema de atención, de un escalón único dominado por el médico, se pasó a un sistema de dos escalones. Con este nuevo sistema, el médico pierde su hegemonía. La enfermera, pasa a ser parte del mismo escalón o nivel de atención médica, y la asistencia la dan en hospitales y grandes centros de salud.

"Las insuficiencias eran todavía considerables; la extensión de los servicios a la población estaba gravemente limitada por la escasez de personal y de recursos, y las comunidades seguían todavía <<recibiendo>> servicios y no intervenían en el desarrollo de éstos."³

En esta época continuaba en las escuelas de medicina el predominio del estudio del modelo curativo; los aspectos sociales y preventivos tomaban importancia de manera creciente se reconocía como de interés para el sector salud a la

² Idem.

³ Ibid., Pág. 21

epidemiología y a las ciencias del comportamiento.

-Era de la Salud Para Todos: 1977, marca el hito del inicio de un nuevo y trascendental período histórico en la salud asistencial cuando en el mes de mayo de ese año, en la 30va. Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud se toma la acción decisiva de la Salud Para Todos; y por decisión unánime de los entonces 152 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se decidió que:

"«...la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en 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»".⁴

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 en Alma-Ata, se identifica la atención Primaria de Salud (APS) como la clave para alcanzar la meta social de la salud para todos y se define en la Declaración de Alma-Ata la Atención Primaria de Salud como:

"«... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.»"⁵

Dentro de este caminar de adopción de metas, objetivos y estrategias orientadas al logro de SPT/2000, y en la búsqueda de la justicia social en las Américas como medida para aplicar

⁴ Ibíd., Pág. 15

⁵ Ibíd., Pág. 16

las estrategias regionales, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud adoptó el Plan de Acción en su XXVIII reunión celebrada en octubre de 1981; el cual entre otros, considera el Desarrollo de la Infraestructura de Salud, y en éste, se contempla el Desarrollo de Recursos Humanos, para lo que se esbozaron áreas de acción para la planificación y programación de recursos humanos.

La evolución de las políticas internacionales de recursos de personal de salud así como el desenvolvimiento del programa de desarrollo de recursos de personal de salud dentro de la Organización Mundial de la Salud durante tres decenios fueron analizadas por Fülöp y Roemer; en el Cuadro No. 1 se aprecia el mismo. En este análisis, se examinaron cuatro períodos; Período I, va de 1948 a 1951; Período II, va de 1952 a 1961; Período III; va de 1962 a 1972; Período IV, de 1973 a 1980.

Un hallazgo del análisis fue la identificación de 8 objetivos de la política de desarrollo de recursos de personal de salud. Los objetivos identificados revelaron que en los períodos uno y dos, la prioridad del desarrollo de los recursos de personal apuntó hacia mayor cantidad, mejor calidad y equivalencia entre naciones. El principal problema lo constituyó la escasez de personal.

Para el período III el objetivo de la equivalencia fue

CUADRO No.1

Objetivos de la política de recursos personal de salud:
evolución aproximada en la OMS de 1948 a 1980, por períodos
cronológicos y grado de importancia (a)

OBJETIVOS	PERIODO I 1948 - 51	PERIODO II 1952 - 61	PERIODO III 1962 - 72	PERIODO IV 1973 - 80
Cantidad de personal ordinario	XXX	XXX	XX	X
Alta calidad de la formación médica y de enfermería	XX	XXX	XX	
Igualdad de títulos entre países		XX	X	
Cobertura geográfica en países		XX	XXX	XXX
Eficiencia de producción y empleo de personal de salud		X	XX	XXX
Planificación de los recursos de personal de salud			XX	XXX
Idoneidad del personal de salud		X	XX	XXX
Integración del desarrollo de sistemas y de recursos de personal de salud			X	XXX

(a) Los grados correspondientes de importancia se indican en las diversas columnas, desde poco importante (x) hasta muy importante (xxx)

Tomado de: OMS. Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria. Ginebra, 1985. Pág. 26

perdiendo prioridad por el surgimiento de otras realidades que fueron adquiriendo mayor relevancia; tales como: cobertura geográfica, planificación de los recursos de personal y la eficiencia. El IV período tuvo su objetivo centrado en la estrategia del concepto de desarrollo integrado de sistemas y recursos de personal de salud.

Panamá no escapa a la realidad enmarcada en los tres períodos históricos analizados por Bryant. En este orden de ideas, en la Memoria del Ministerio de Salud de 1992,

"se señala que el Sistema de Servicios de Salud en Panamá se inició con hospitales que fueron localizados en ciudades; un sistema que ha ido expandiéndose pregresivamente hacia la periferia, con dificultades de accesibilidad, de recursos (económicos, materiales, humanos, infraestructura, etc.), condicionados por el esquema político administrativo del país. El crecimiento del sistema ha sido principalmente cuantitativo. Con el tiempo los gastos de operación han crecido enormemente, y la falta de una gestión adecuada ha afectado la eficiencia y la eficacia de las acciones. La capacidad de llevar servicios a otros grupos y regiones será cada vez más difícil, sino se modifican las actuales tendencias en la administración sanitaria.

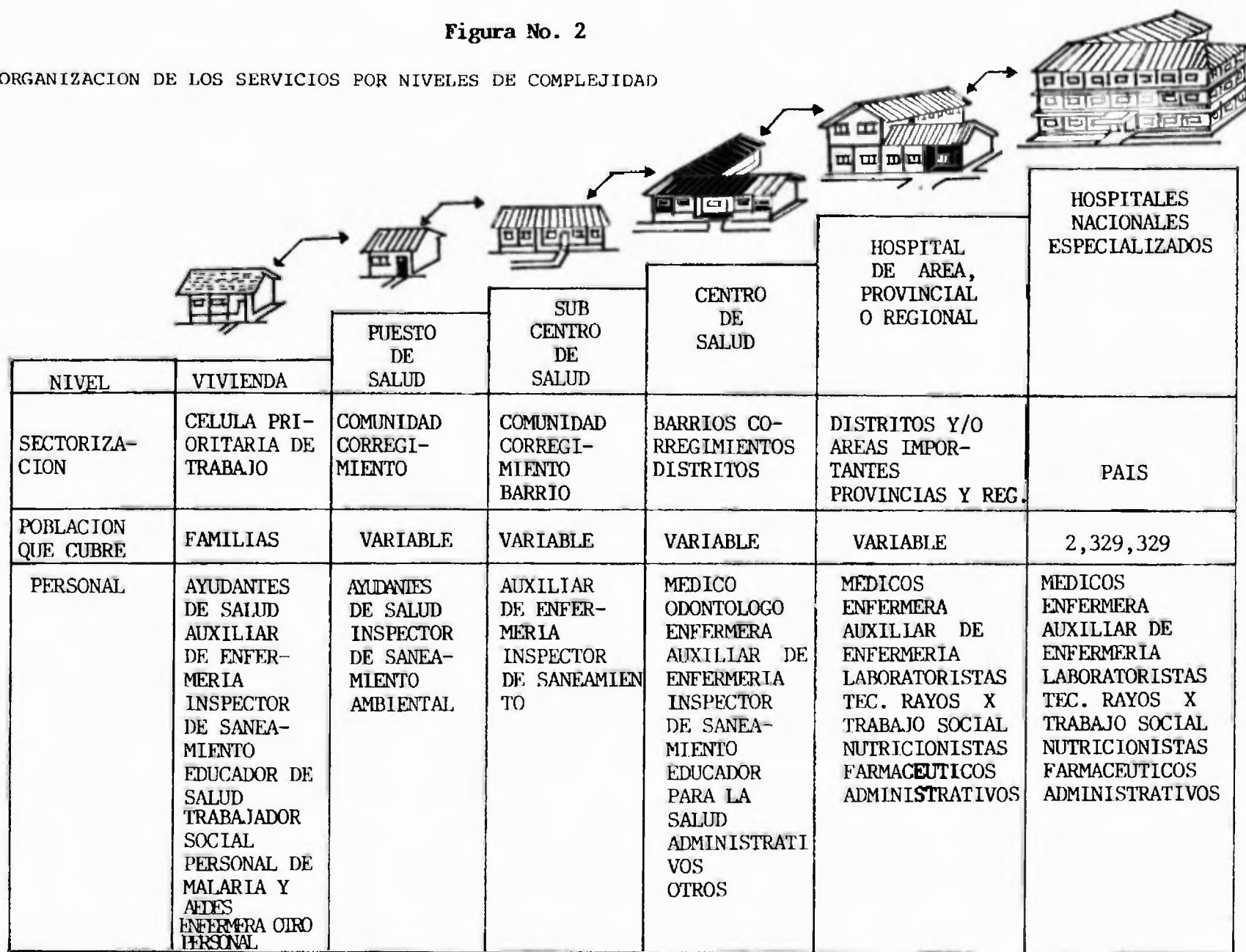
En 1941 se estableció la Caja de Seguro Social. La Constitución de 1946 dio también impulso a la expansión de los servicios. En los años 50 y 60 surgieron muchas instalaciones de salud tanto del Ministerio como de la Caja de Seguro Social. La Facultad de Medicina, la de Enfermería, la de Odontología y otros centros educativos nacionales y extranjeros, han permitido formar y capacitar recursos humanos para la salud.

Las instalaciones y los recursos no están igualmente repartidos en el país. La falta de equilibrio en la distribución de los recursos condujo a buscar fórmulas alternativas para brindar servicios básicos en las zonas rurales más apartadas, donde las comunidades son muy pequeñas y dispersas. Así surgieron los llamados Puestos de Salud, que debían servir de base para actividades de salud desarrolladas por personas de las propias comunidades después de recibir entrenamiento. En estas instalaciones deben brindarse acciones de promoción de salud, y de prevención, así como atención básica a madres y niños, y atención de urgencia. Estos sitios deben servir de puerta de entrada al sistema de servicios, canalizando los enfermos hacia el nivel requerido para que se resuelva su problema. Los ayudantes o promotores de salud deben desplazarse a diferentes comunidades, para cumplir con su tarea."⁶

⁶ Ministerio de Salud. Memoria, junio de 1992. Pág. 89-91

Figura No. 2

LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS POR NIVELES DE COMPLEJIDAD



Tomado: Ministerio de Salud. Memoria. Panamá, junio de 1992. Pág. 90

La Red de Servicios de salud según la organización de los servicios por niveles de complejidad cuenta con hospitales nacionales, hospitales regionales o provinciales, hospitales locales o distritales, centros de salud con camas, centros de salud, policlínicas, subcentros de salud, puestos de salud.

En la figura No. 2, puede observarse la organización de los servicios por niveles de complejidad y el recurso humano que debe existir en cada instalación para dar la atención de salud a la población demandante.

El desequilibrio de los recursos humanos, guarda relación con la evolución de la política de la OMS, en lo que a materia de desarrollo de recursos de personal sanitario respecta. Así pues, en el período comprendido entre 1948 a 1951, el principal problema lo constituía la escasez de personal; situación que ha tenido un giro en las últimas cuatro décadas, en donde se ha dado un crecimiento en la formación de recursos humanos, sobre todo en algunas categorías profesionales tales como médicos, enfermeras, laboratoristas clínicos entre otros, gracias a las crecientes oportunidades de educación en las décadas de los cincuenta y los sesenta; a la vez, aumentó la demanda de servicios de salud por parte de la población.

En los años previos a la segunda guerra mundial, los

servicios de atención sanitaria pasan a ser regulados y desarrollados por el Estado, incorporándose así el concepto estatista de la salud con mayor grado de profesionalismo, organización y con funcionarios asalariados.

Surgen los conceptos de planificación y administración de salud. Las tareas se cumplían a través de procedimientos y normas previamente establecidas.

En la década del setenta se dan cambios en el sector económico lo cual repercute en el sector salud produciendo desempleo, políticas de austeridad en los países, con su consecuente recorte presupuestario en el sector, lo que generó: reducción en la capacidad de empleo, desmotivación en los trabajadores, descontentos, huelgas, desmejoramiento en algunos indicadores de salud. Esta situación llevó a la búsqueda de alternativas para la utilización eficiente del personal de salud tanto por razones económicas como por razones de equidad y justicia social.

En la década de los ochenta la situación de desequilibrio en el sector se agudiza; crece el desempleo, se instala el subempleo, se da fuga de cerebros, se deterioran las infraestructuras sanitarias, escasez de medicamentos, aumenta el descontento en los trabajadores de la salud, se producen paros y huelgas, algunos indicadores de salud desmejoran.

Durante el primer cuatrienio de la década del noventa, la situación de conflicto y desequilibrio del recurso humano del sector salud continúa agudizándose y en Panamá; a pesar, de existir intentos y esfuerzos para abordar la problemática existente tanto en la política de salud 1985-1989 así como en la política 1990-1994, se han esbozado lineamientos sobre Política de Recursos Humanos, no ha existido un verdadero compromiso y voluntad política decisiva que lleve a un Plan Nacional de desarrollo de Recursos Humanos para que en el Sector Salud reine la eficiencia, eficacia y equidad.

En la Memoria del Ministerio de Salud presentada en junio de 1992, trata el tema en cuestión y en la misma, se pone de manifiesto la intención del Ministerio de Salud de reorganizar los recursos existentes para atender la salud reconociendo a la vez, lo difícil que resulta dicha tarea dadas las limitaciones financieras; así como, la inadecuada distribución de recursos y las crecientes demandas de la población.

Al respecto, en la Conferencia "Desequilibrios de personal Sanitario se pone de manifiesto lo siguiente:

"Pocos países tienen un patrón de distribución de personal sanitario que se ajuste a las necesidades reales de la comunidad, sea la distribución por áreas geográficas, por ocupación, por especialidad o por el tipo de organismo sanitario."

⁷ XX Conferencias del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas. "Desequilibrios de Personal Saniatrio: Conflictos y Perspectivas. Acapulco 1-12 de septiembre de 1986. Pág.8

Se sugiere que para la consecución de salud para todos mediante el sistema de atención primaria se requiere de adecuada planificación, formación y utilización de todas las categorías de trabajadores sanitarios, que los desequilibrios de personal sanitario pueden ser un serio obstáculo para su consecución, y que los desequilibrios no sólo se pueden predecir, sino también prevenir y superar. Este planteamiento constituye un gran reto y un Paradigma en el Área de los Recursos Humanos en salud.

En 1986 en el Campo de la Cooperación Técnica surge en Centroamérica la iniciativa del Plan de Necesidades prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá (PPS/CAP), conocido como La Salud Como Puente Para la Paz, la Solidaridad y la Comprensión entre los pueblos de América Central.

Sobre el particular, se ha extractado lo siguiente:

"En esta etapa el desarrollo de los recursos humanos en salud cobra una especial relevancia, no sólo como una de las siete áreas prioritarias estratégicamente seleccionadas, sino además como un elemento de apoyo y un eje integrador para el desarrollo de las otras seis. El campo de los recursos humanos ha sido tradicionalmente fragmentado en los países de la SubRegión, con múltiples actores sociales actuando en forma descoordinada. Esto se refleja en la falta de coherencia y direccionalidad en los procesos de planificación, formación y utilización de personal de salud, así como en la dispersión de contenidos, enfoques y metodologías en las acciones de capacitación. Para asumir el papel integrador que el área de recursos humanos estaba llamada a jugar en esta etapa y superar las dificultades apuntadas en lugar de ser replicadas en sus acciones de cooperación técnica, PASCAP emprendió, con la participación y orientación de su Consejo Técnico Asesor, un proceso de redefinición conceptual y una mejor demarcación de áreas programáticas para el desarrollo de recursos humanos en salud en Centro América."⁸

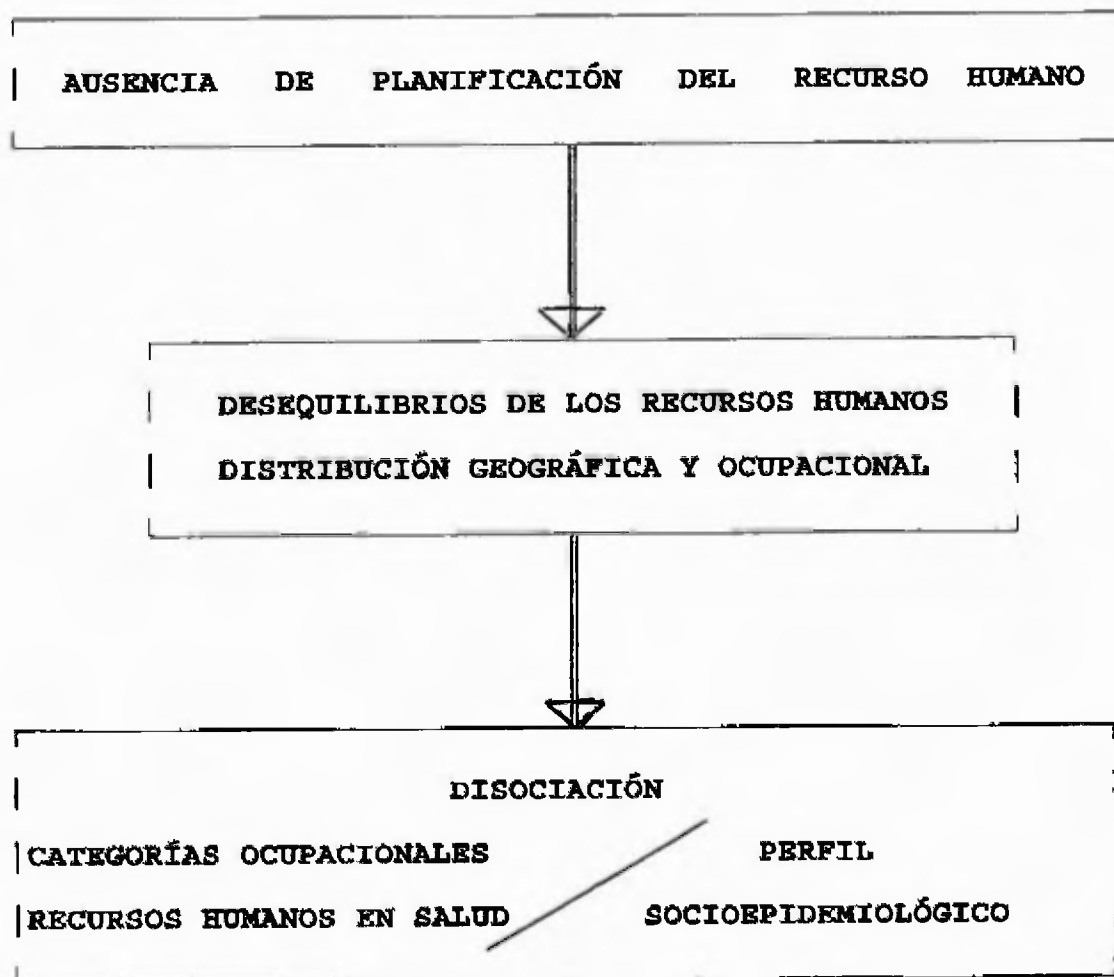
⁸ Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá. PASCAP y el Desarrollo de los Recursos Humanos. 1994. Pág. 8

C. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DEL ESTUDIO:

Con base a lo esbozado tanto en el planteamiento del problema como en los antecedentes del mismo y considerando la realidad de Panamá en cuanto a los desequilibrios existentes en el Área del Desarrollo de los Recursos Humanos, se ha creído relevante en esta investigación plantear un esquema estructural de relación entre las categorías ocupacionales del recurso humano existente en salud para ofertar los servicios y el perfil socioepidemiológico de la población demandante de los servicios.

FIGURA No. 3

ESQUEMA ESTRUCTURAL DE RELACIÓN DE VARIABLES



En consecuencia, se plantean las siguientes interrogantes:

1. ¿Existió desequilibrio de distribución geográfica del Recurso Humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social durante el año 1993, como período de referencia?

2. ¿Existió desequilibrio de distribución ocupacional del Recurso Humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social durante el año 1993, como período de referencia?

2. ¿Existió disociación entre el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud y el perfil socioepidemiológico de la población demandante de estos servicios durante el año 1993 como período de referencia?.

D. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

Este estudio realizado a nivel nacional se justifica por su marco legal, magnitud, trascendencia y utilidad.

Desde la óptica del marco legal, se tiene que dentro de los diferentes esfuerzos orientados al logro de la Salud Para Todos en el año 2000 y en la búsqueda de la justicia social en las Américas como medida para aplicar las estrategias

regionales, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud adoptó el Plan de Acción en su XXVIII Reunión celebrada en octubre de 1981.

Este Plan, representa un compromiso político y conjunto de los gobiernos miembros de esta organización con los pueblos de las Américas para alcanzar un grado de salud que permita a cada individuo de esta región llevar una vida social y económicamente productiva.

Inmerso en este Plan de Acción, se encuentra el Desarrollo de la Infraestructura de Salud; y en ésta, se contempla el Desarrollo de Recursos Humanos para lo que se han esbozado áreas de acción para la planificación y programación de recursos humanos.

Entre las áreas de acción, se señala "Análisis de la situación actual en el área de Recursos Humanos e identificación de cambios y problemas futuros".

Con lo antes descrito, resulta entonces necesario realizar en los países, análisis situacionales referentes a sus recursos humanos.

Siendo Panamá un país signatario de la Meta SPT/2000, le cabe la responsabilidad de instrumentar sus estrategias a fin

"de alcanzar el más alto grado de bienestar de todos los habitantes del país a través de actividades que le garanticen el acceso a los servicios de salud a todos".⁹

En consecuencia, la Política de Salud (1990) y el Plan Nacional de Salud (1990-1994), contemplan entre otros, los lineamientos políticos generales referentes a la Política de Recursos Humanos y dentro de ellos, se considera : el desarrollo de un sistema de administración y de información de personal; el desarrollo de un programa de planificación estratégica de recursos humanos; el desarrollo de nuevos enfoques en la capacitación, formación y utilización de los recursos humanos necesarios para los servicios de salud; el establecimiento de mecanismos permisivos de una distribución racional de los recursos humanos.

Como parte del cumplimiento con su Política y Plan Nacional de Salud, el Ministerio de Salud creó en el año 1990 el Departamento de Planificación de Recursos Humanos; Departamento éste, que asumió funciones como Unidad Técnica mediante resolución Ministerial No.12 del 30 de marzo de 1992. Dentro de sus funciones le corresponden: coordinar a nivel nacional las actividades de Educación Permanente y Fuerza de Trabajo en Salud, establecer los principios generales y los lineamientos del desarrollo de los Recursos Humanos en salud, tomando en cuenta los perfiles epidemiológicos regionales,

⁹ Ministerio de Salud. Política de Salud-1990. Panamá, enero de 1990. Pág. 20

ocupacionales e institucionales.

Ante su compromiso, el Departamento de Planificación de Recursos Humanos con el apoyo técnico-financiero de la OPS/OMS/PASCAP, y la disposición de las autoridades del Ministerio de Salud motivó y logró la creación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud mediante el Decreto Ejecutivo No. 204 del 2 de febrero de 1992; los miembros de dicha Comisión representaban al Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, IDAAN, MIPPE, IFARHU, Universidad de Panamá, y Gremios. Una vez instalada la Comisión, se procedió a la elaboración de reglamento y estatutos, jornadas de trabajo, seminarios-talleres, etc, de los que emanó la recomendación de realizar estudios de investigación sobre la Fuerza de Trabajo en Salud.

Se justifica además el estudio, desde el punto de vista de la magnitud del problema: ya que, se pudo conocer la estructura, y distribución del recurso humano la cual al ser contrastada o relacionada con el perfil socioepidemiológico de las regiones de salud permitió identificar la disociación existente entre ambas variables y por ende el desequilibrio de distribución geográfica y ocupacional de los recursos humanos; por otra parte, se pudo identificar fuentes informativas y a la vez recopilar los esfuerzos realizados en el país en referencia al desarrollo de los recursos humanos.

Desde la óptica de la trascendencia, la justificación del estudio radica en el hecho de que se ha plasmado en un sólo documento tres grandes momentos del área del desarrollo de los recursos humanos: identificación del problema, explicación del problema e intervención al problema.

Se justifica por su utilidad, dado que sus resultados son un insumo importante para las correspondientes autoridades de salud en el sentido de orientación hacia líneas de acción en el Área del Desarrollo de los Recursos Humanos específicamente en el orden de la búsqueda del equilibrio en la distribución de este valioso recurso.

E. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Se reconoce la limitante de no poder identificar todos los desequilibrios existentes en los recursos humanos en salud, así como el no poder explicar todos los procesos generadores de los mismos.

Otra limitante es la referente a la literatura revisada, en donde la problemática respecto a los recursos humanos es enfocada casi en su totalidad hacia la categoría de los médicos; unos que otros mencionan a las enfermeras, odontólogos, nutricionistas, saneamiento ambiental. El resto de las categorías no son tomadas en cuenta.

F. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El estudio tuvo como propósito fundamental, determinar la existencia de desequilibrios de distribución geográfica y de distribución ocupacional del recurso humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social mediante la identificación de la estructura y distribución de los recursos humanos y el perfil socioepidemiológico de la población.

Además, identificar el grado de relación existente entre el perfil socioepidemiológico de la población panameña y el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud.

Por otro lado, ordenar en tiempo y complejidad el problema a partir de propuestas ya existentes, utilizando el modelo o esquema conceptual de la Historia Natural de los desequilibrios.

G. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

1. Esquematizar conceptualmente según el modelo de la Historia Natural de los Desequilibrios la situación de desequilibrio de los recursos humanos en salud en Panamá y la estrategia de intervención respectiva.

2. Conocer la estructura y distribución, según categoría ocupacional del recurso humano que labora en las regiones de salud y hospitales nacionales en instalaciones del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

3. Conocer el perfil socioepidemiológico de cada una de las regiones de salud del país.

4. Calcular las tasas de los recursos humanos existentes para la prestación de servicios de salud.

5. Clasificar la estructura del recurso humano según la organización de los servicios en cada región de salud.

6. Comparar las tasas de recursos humanos según área geográfica de distribución.

7. Relacionar el perfil socioepidemiológico de cada región de salud con la estructura de recurso humano existente.

H. SUPUESTOS DEL ESTUDIO:

- Para el año 1993 como período de referencia, tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja de Seguro Social existió desequilibrios de distribución geográfica y ocupacional del recurso humano en las diferentes regiones de salud del país.

- Para el año 1993 como período de referencia, existió disociación entre el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud y el perfil socioepidemiológico de la población demandante de estos servicios.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El marco de referencia del estudio lo ocupa en primer lugar el concepto de Recursos Humanos en Salud como tal, dado que éste, es la razón primordial de la investigación realizada; se incluyen además, algunos factores considerados como generadores de problemas en el Área del Desarrollo de los Recursos Humanos; por otro lado, el aspecto de las categorías ocupacionales las cuales para efectos del estudio constituye una de las variables independientes.

En segundo lugar, y de acuerdo a la pregunta del problema y al propósito formulado, en este acápite de la investigación se hace referencia al tema de los desequilibrios del recurso humano, específicamente referido a los de orden geográfico y ocupacional; ésta, constituye la variable dependiente.

El tercer lugar lo ocupa el tema del perfil socioepidemiológico dado que ésta es la otra variable independiente en el estudio.

Para ilustrar sobre el concepto de recursos humanos, se plasman definiciones, posturas, consideraciones, reflexiones, de diversos autores y programas de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Antes de iniciar el desarrollo del concepto de recursos humanos es conveniente diferenciar algunos términos que han sido tomados como sinónimos, pero no lo son. Estos términos se refieren a "recursos humanos", "potencial humano" y "fuerza de trabajo". Para Carlos Vidal cada uno de los términos tiene su propia concepción, y en este sentido los visualiza de la siguiente manera: "Recursos Humanos": es un término más amplio, y abarca a toda persona disponible para el desarrollo económico y social; "Potencial Humano": término que designa a las personas capacitadas; "Fuerza de Trabajo": término que designa a las personas dentro del marco laboral.

Fuerza de Trabajo en Salud, para Passos Nogueira:

"Este concepto se refiere al conjunto de personas vinculadas directa o indirectamente a la prestación de servicios de salud y sujetas a una relación de compra y venta de esa mercancía especial constituida por la capacidad de trabajo de cada uno. En esa definición, la relación económica es la característica más sobresaliente y se puede concretar mediante cualquier forma de contratación a base de salario o cambio de servicio por dinero, inclusive el tradicional horario por servicio. Lo fundamental aquí es el establecimiento de un intercambio económico para quien participa en esa clase de prestación de servicio: constituyen la fuerza de trabajo en salud todos los que contribuyen al mantenimiento de ese campo en particular de la división social del trabajo y dependen del mismo para subsistir."¹⁰

En la publicación PASCAP del año 1992, para el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá se le considera como un concepto, y lo define así:

¹⁰ Passos Nogueira R. Mercado de Trabajo en Salud. Conceptos y Medidas. En: Educación Médica y Salud. Vol. 20 No.4, 1986. Pág. 525-526

"El concepto de recursos humanos en salud es interpretado en forma amplia: incluye al personal que trabaja en las instituciones del sector y a todos los individuos y grupos actual o potencialmente capaces de contribuir en la producción social de la salud. se trata, por lo tanto, de un amplia gama de personas, con sus correspondientes capacidades y motivaciones.

Puesto que la acción de estas personas necesita tener como base diversas formas de conocimiento y realizarse desde un compromiso social y de servicio, estos aspectos pueden ser considerados también como inherentes al concepto."¹¹

Para Mejía y Fülöp, los recursos humanos

"abarcen los conocimientos teóricos y prácticos y las aptitudes disponibles, en presencia o en potencia, para el desarrollo económico y social de una colectividad".¹²

Mario Rovere visualiza a los recursos humanos como

"personas que dentro de la sociedad han adquirido una capacitación específica y que asumen responsabilidades en la realización de actividades de salud; estén o no vinculadas a instituciones del sector, son considerados como factor productivo y como agentes sociales".¹³

Rovere también plantea que:

"Recursos Humanos en Salud podría ser conceptualizado inicialmente como un área de estudio con un campo u objeto de análisis e investigación propio. Al mismo tiempo puede considerarse una particular perspectiva de análisis sobre el amplio campo de los servicios de salud".¹⁴

Para la definición de la población de Recursos Humanos en Salud, Médicos y colaboradores identifican tres subconjuntos:

¹¹ PASCAP 90: Una Alternativa Subregional para el Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos en Salud. San José, PASCAP 1992. Pág.7

¹² Mejía Et Al. Migración de Médicos y Enfermeras: Análisis y Repercusiones políticas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1981. Pág. 35

¹³ Rovere, Mario. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.96, OPS/OMS, Washington, D.C., E.U.A. 1993. Pág. 28

¹⁴ Ibid., Pág. 33

- "1. Trabajadores por cuenta propia o autónomos, o sea, aquellos que ejecutan tareas para terceros por cuenta propia, sea que tengan o no en propiedad, un establecimiento específico para tales tareas (un consultorio por ejemplo).
2. Los empleados del sector salud, aquellos que son asalariados de entidades públicas o privadas, cuya finalidad última es la prestación de servicios de salud.
3. Los empleados de salud en establecimientos de otra naturaleza (comercio, industria, bancos, etc.), o aquellos que teniendo formación práctica o específica en salud, trabajan en actividades relacionadas con la misma, fuera del sector."¹⁵

Los subconjuntos anteriormente indicados son acogidos por Rovere; quien a la vez, señala que existen dos subconjuntos más y a los que él, Rovere denomina grupos. Uno de los grupos está constituido por estudiantes de carreras y profesiones, que tienen como función principal desempeñarse en el sector salud; el otro grupo, está formado por personal de salud que no trabaja pero que busca empleo.

Señala Rovere:

"La idea fragmentaria que existe en el campo de Recursos Humanos en Salud se sustenta en la variedad de instituciones que lo componen. Sin embargo, necesitamos detectar algunas regularidades que nos ofrezcan una imagen de conjunto para poder comprender y en consecuencia intervenir globalmente sobre este campo."¹⁶

Los recursos humanos desde la óptica de Purcallas constituyen un campo, y en este sentido manifiesta:

¹⁵ Médici, A. y otros. El Mercado de Trabajo en Salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. En: Educación Médica y Salud, Vol.25 No.1, 1991. Pág.

¹⁶ Rovere, M.: Op. Cit. Pág. 34

"El campo de recursos humanos no es una suma de formas de hacer, sino que constituye un campo donde se entrecruzan fuerzas, recreando permanentemente problemas, intereses y nucleamientos

El personal de salud, lejos de poder ser manipulado y adecuado a las necesidades definidas fuera de él, se comporta, como no podría ser de otra manera, como sujetos individuales y colectivos, inteligentes y dinámicos. Es decir que el personal de salud discute y toma posición, esto es, impulsa o impide el desarrollo del proceso productivo, se organiza y toma control total o parcial de la prestación de servicios, dicho en otros términos, crea el proceso de producción en salud

El desarrollo en recursos humanos constituye el factor crítico del desarrollo en salud, factor que se torna en el principal obstáculo a las propuestas de cambio y por lo mismo, en el más trascendente reto. Desde esta óptica el desarrollo en salud no puede "ofrecerse" a los recursos humanos como una propuesta política para tratar posteriormente de cooptarlos para el esfuerzo, sino que debe definirse desde ellos y construirse a partir de sus posibilidades concretas.¹⁷

La División de Sistemas y Servicios de Salud y Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS, refiere que para algunos, el área de recursos humanos en salud se circunscribe al conjunto de personas vinculadas con la prestación de servicios en el sector. Para otros, el concepto abarca a toda la población en cuanto medio y fin del desarrollo social "(agentes sociales para el cambio o agentes del cambio social)". En ambos casos, el alcance del concepto va más allá de lo que se entiende tradicionalmente por fuerza de trabajo en salud desde una perspectiva instrumentalista.

El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, considera que los recursos humanos no sólo constituyen un factor de producción, sino que también son agentes de cambio. Por lo tanto, estos recursos, además de desempeñarse en las instituciones, son ellos quienes administran los recursos, organizan los servicios, brindan la atención a la salud y mantienen relaciones con el ambiente externo de sus instituciones; o

¹⁷ Purcallas, Daniel. Transformación Estartégica en Recursos Humanos en Salud. PASCAP/OPS/OMS, Publicación Especial. 2da. Edición. San José, Costa Rica. 1993. Pág. 3

sea, que son los propios recursos humanos quienes diseñan su propia práctica; en este sentido;

"los Recursos Humanos no están en las instituciones, sino son las instituciones."¹⁸

Existe una gran riqueza en literatura que trata sobre los diferentes aspectos del vasto campo de los recursos humanos en salud, la que permite tomar conciencia de que la problemática de los recursos humanos en salud constituye un campo de difícil percepción para su abordaje en forma integral, lo que limita de tal manera, el desarrollo de propuestas que permitan intervenciones contundentes sobre este grave problema.

"Es importante considerar que el desarrollo de los recursos humanos es un continuo identificar y profundizar problemas, al tiempo que su enfrentamiento, aún siendo exitoso, no logra resolverlos de manera definitiva sino modificarlos o transformarlos, dando oportunidad a que se identifiquen otros problemas."¹⁹

Purcallas plantea una serie de reflexiones metodológicas que se consideran en este estudio como muy relevantes, razón por la que se plasmarán algunas de ellas.

¹⁸ Guerra de Macedo, Carlyle. Política de Recursos Humanos en Salud. En: Educación Médica y Salud, Vol.20, No.4 (1986). Pág. 416

¹⁹ OPS/OMS/PASCAP. Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud: Compromiso Para Un Proceso Estratégico. Volumen 1. San José, Costa Rica. 1994. Pág. 21

"El área de desarrollo en recursos humanos aparece como un objeto de transformación social e históricamente determinado, cuya construcción como campo de intervención y conocimiento es apenas incipiente, en la medida en que se le visualiza a través de problemas puntuales y aislados y se desarrolla mediante intervenciones limitadas y descontextualizadas. Desde esta perspectiva, la gran tarea planteada es la construcción del área de recursos humanos, como un campo de intervención y conocimiento integral y estructural en salud, dirigido a orientar el proceso global y cada una de las acciones en este campo hacia el mejoramiento creciente de la salud de la población."²⁰

"Por lo general, los problemas en el campo son de injerencia de todo el personal del sector, con lo cual se actúa como si todo problema fuera nuevo, como si no hubiera en esta área posibilidades de acumular conocimiento, como si todos contaran con el conocimiento suficiente, o bien como si ese conocimiento no existiese. Desde esa perspectiva, se puede afirmar que el desarrollo en recursos humanos está atrapado por un empirismo que, al tiempo que lo asume como propio, le cierra caminos promisorios."²¹

"El área de recursos humanos en la búsqueda de sus objetivos, debe expandir su capacidad de intervención a través de la combinación de la eficacia política de sus acciones con la eficacia económica, organizativa y de producción de sus propuestas de trabajo, así como de la potencialidad y aplicabilidad del conocimiento que desarrolle."²²

"Si se acepta que prácticamente no existe ningún actor en salud que no interfiera sobre la problemática de los recursos humanos desde visiones parciales y limitadas por los márgenes de las respectivas instituciones, programas, agencias de cooperación, etc., queda claro que el área constituye un campo de intervención de baja gubernalidad y permanente conflicto, donde la capacidad de concertación y negociación se constituye en una herramienta de carácter imprescindible."²³

²⁰ Purcallas, D.: Op. Cit. Pág. 4

²¹ Ibid., Pág. 5

²² Ibid., Pág. 7

²³ Ibid., Pág. 9

"El ámbito de los recursos humanos como campo de intervención es un área disputada por protagonistas que intervienen en ella desde diversidad de conceptualizaciones y metodologías que se traducen en acciones que terminan estallando en direcciones divergentes. Este reconocimiento del área como un ámbito valorizado, disputado y de poder compartido, plantea la necesidad de reconocerlo como un campo de acción político, con potencial capacidad de constituirse en un eje integrador del trabajo en salud y sobre todo, de su transformación.

El proceso de desarrollo en recursos humanos se torna de esta forma un proceso político, tanto por su sentido transformador y el contenido de las pros que conlleva, como en su alcance metodológico donde las herramientas de trabajo se definen a partir de la acción política a desarrollar."²⁴

En la gestión de los recursos humanos se han hecho planteamientos para la identificación de problemas prioritarios.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en noviembre de 1988, convocó a un Comité de Expertos; éste, se reunió en Ginebra y realizó un análisis de problemas en la gestión de los recursos humanos en diferentes países. Los hallazgos más sobresalientes de dicho análisis indicaron que los principales problemas seguían siendo:

"la mala distribución geográfica y programática del personal, la escasez o el exceso de algunas categorías, la pobre utilización, la baja productividad, los sistemas de promoción inadecuados, la falta de carrera funcionaria, la educación "continua" totalmente irrelevante para los propósitos nacionales, y a las condiciones de trabajo y de vivienda para el personal insatisfactorias".²⁵

Para el año 1992, PASCAP hace una publicación sobre problemas identificados en el área de los recursos humanos en centroamérica.

²⁴ Ibíd., Pág. 10

²⁵ OMS. Informe Técnico de un Grupo de Expertos. Ginebra. 1988.
Pág. 1

"En la mayoría de los países, la situación existente en el área de los Recursos Humanos no muestra cambios significativos, a pesar de lo cual es posible visualizar una tendencia hacia iniciar o fortalecer procesos en esta área y alcanzar una mayor vinculación entre el desarrollo de los recursos humanos y los servicios."²⁶

Entre los problemas identificados están: relativa falta de direccionalidad de los procesos nacionales de desarrollo de Recursos Humanos, a pesar de que en la mayoría de los países se habían elaborado políticas de desarrollo de recursos humanos; pero estas políticas eran muy generales y teóricas dificultando así su aplicabilidad al igual que el poco aporte en formulación de estrategias y planes encaminados a la operacionalización de las mismas. Traduciéndose todo esto en una persistencia de falta de orientación e incoordinación.

Otra razón considerada como causante de la insuficiente aplicación de políticas es la "baja capacidad de convocatoria y liderazgo de las dependencias responsables del Desarrollo de los Recursos Humanos". Sobre el particular los países reconocieron la necesidad de que dicha área se coordinara a nivel nacional y en las III, IV y V RESSCAP resolvieron :

"...dar el apoyo necesario a las dependencias responsables en cada país del desarrollo de los recursos humanos para la salud, en términos de autoridad, responsabilidad y asignación presupuestaria de acuerdo con sus necesidades reales, con el objetivo de fortalecer su capacidad de investigación, planificación, coordinación de la formación, capacitación y utilización de personal y así aumentar la insuficiente presencia "institucional" y desarrollar el liderazgo de estas dependencias."²⁷

²⁶ PASCAP: 90.: Op. Cit., Pág. 10

²⁷ Ibid., Pág. 10

En Panamá hasta la fecha, 1994 es poco lo que se ha cumplido de estas declaraciones de voluntad política; se logró la creación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud. Con la creación de esta Comisión, al Departamento de Planificación de Recursos Humanos se le asignó la responsabilidad de la Secretaría Técnica; el llevar dicha secretaría permitió al Departamento un acercamiento y creación de espacios de discusión con la Universidad de Panamá, los Colegios y Asociaciones Profesionales, Caja de Seguro Social, Sector Privado de Salud, Ministerio de Planificación y Política Económica, Instituto Para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados Nacionales; no obstante, el respaldo del nivel político decisorio a esta Comisión y al Departamento fue de carácter limitado.

En PASCAP/90, uno de los problemas identificados es el referido a las múltiples agencias de cooperación externa y de mismos programas de la OPS/OMS, que actúan en el área de los recursos humanos generando en los países diversas conceptualizaciones y metodologías que obstaculizan el avance en el área, al dispersar y contraponer esfuerzos en muchas ocasiones.

También se identificaron problemas tales como:

"-La burocratización del trabajo en salud como proceso derivado de la institucionalización de la práctica de salud.

- El equipo de salud y las relaciones entre los diversos tipos de profesionales que se desempeñan en el sector, es un área poco estudiada y donde fracasan muchos esfuerzos de integración.
- La tecnología en salud es un tema de gran interés y donde los recursos humanos tienen doble dimensión, en la medida en que por un lado, son ellos los que determinan la evolución e incorporación de tecnología, y por otro, son determinados por ésta.
- El análisis de las condiciones de trabajo del personal, dirigido a la necesidad de dignificar el trabajo en salud, como estrategia para aumentar el compromiso del trabajador en las tareas que se desarrollan.
- La distribución del personal y su resistencia a desempeñarse en zonas apartadas, es un problema que no ha sido estudiado en toda su complejidad.
- La existencia de dificultades institucionales, regionales, locales y nivel central con la disponibilidad y utilización de información bibliográfica actualizada y pertinente sobre recursos humanos en salud.
- Existen en la subregión varios programas de formación en Salud Pública que no han tenido el impacto esperado y cuyo potencial no se ha desarrollado plenamente. Sobre este particular, el desarrollo de la Salud Pública se ha concentrado en programas de formación a nivel de maestría.
- En los países en que se ha desarrollado algún tipo de esfuerzo de planificación de recursos humanos, ha predominado el enfoque normativo con limitado alcance y casi ningún impacto, situación que en los últimos años se ha agravado debido a la crisis económica la cual ha reducido la planificación al ajuste de las metas a los recursos disponibles.
- Carencia de un desarrollo metodológico en planificación de recursos humanos, claro y aplicable a la realidad centroamericana, con la persistencia de esfuerzos netamente cuantitativos, con alcance descriptivo pero con poco potencial explicativo. Escasos trabajos en planificación de recursos humanos y sin continuidad, cuyo objetivo central es la obtención de información en un área de poco conocimiento, más que obtener información que permita orientar y desarrollar un proceso de cambio en el área.
- La inexistencia en los países de la subregión de Sistemas de Información en Recursos Humanos.
- Falta de sistematicidad en la evaluación y monitoreo del proceso de desarrollo de los Recursos Humanos; ausencia de indicadores y variabilidad de los enfoques que han creado dificultades para la producción y el aprovechamiento de información.
- Insuficiente e inadecuado desarrollo de los sistemas de administración de personal en salud.
- En el área de capacitación del personal de salud, se reconoce que los enormes esfuerzos realizados para formar y capacitar personal institucional no ha alcanzado el impacto deseado y que la situación de los servicios de salud no refleja la mejoría esperada.
- En algunos casos la capacitación, en lugar de ser vista como una fuerza impulsadora de cambios, ha pasado a ser considerada como una actividad adicional que distrae la entrega de servicios a los usuarios. La ausencia de planes de capacitación con base en diagnósticos de necesidades para la resolución y la falta de coordinación en su ejecución, hace que en los últimos años las capacitaciones se tipifiquen como aisladas, verticales

y que no necesariamente responden a las necesidades prioritarias de salud o bien de los servicios.

- Concentración de actividades en ciertas disciplinas y cargos, la atomización en especialidades y falta de seguimiento.

- Divorcio entre el grueso de las actividades de capacitación y los procesos de investigación y desarrollo de los servicios de salud cuando estos últimos existen.

- Existe poca claridad sobre el concepto de integración docente-asistencial, sus componentes y su utilidad para ambos sectores.

- Escaso desarrollo para la planificación y ejecución de investigaciones conjuntas entre facultades y servicios de salud, en algunos países de la subregión.

- Se persiste en los hechos en priorizar algunos niveles del sistema de salud, en lugar de utilizarlos en forma equilibrada en función de la estructura epidemiológica de la demanda y la situación de salud de cada realidad.

- La carencia de determinación de áreas concretas de trabajo para las acciones de educación en servicio (base poblacional).

- Los niveles técnicos y auxiliares han estado descuidados, constituyendo en la actualidad una de las áreas prioritarias en sus aspectos de utilización y especialmente en las de formación de personal, donde se da insuficiencia cuantitativa y limitaciones cualitativas.²⁸

Como se indicó al inicio de la redacción de este marco teórico, corresponde ahora abordar la temática del desequilibrio de los recursos humanos. Para sustentar esta temática, se tomó como marco de referencia la Conferencia "Desequilibrios de Personal Sanitario: Conflictos y Perspectivas", presentada en la XX Conferencia del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, en Acapulco, México del 7 al 12 de septiembre de 1986.

En esta Conferencia, se pone de manifiesto lo difícil que es definir el desequilibrio del personal sanitario por varias

²⁸ Ibid., Pág. 10 - 17

razones como son la naturaleza compleja y multidimensional del concepto de equilibrio aplicado a las ocupaciones sanitarias. Se plantea que en un sentido amplio, el equilibrio del personal sanitario (o la falta de equilibrio) se refiere a la suficiencia y conveniencia de sus tareas desde el punto de vista del número y la calidad del personal sanitario. "Suficiencia" y "conveniencia" son términos que suscitan una serie de cuestiones: suficiente o conveniente ¿para qué, en qué sentido, según quién, y en qué momento?.

"EL DESEQUILIBRIO ES UNA DISCREPANCIA ENTRE EL NUMERO, LOS TIPOS, LAS FUNCIONES, LA DISTRIBUCION Y LA CALIDAD DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS, POR UNA PARTE, Y LAS NECESIDADES DE SERVICIOS SANITARIOS DE UN PAIS Y SU CAPACIDAD PARA DAR EMPLEO, FINANCIAR Y MANTENER LOS SERVICIOS SANITARIOS, POR OTRA."²⁹

Entre sus planteamientos se destaca por ejemplo el referido al de que la oferta de personal sanitario puede ser inadecuada de varias formas, según un objetivo o fin sanitario específico, según unas normas asistenciales o de ejecución objetivas o subjetivas. Dice que las normas o "standards" pueden ser ampliamente aceptadas o representar sólo el punto de vista de una profesión, un organismo o un grupo determinado. Otro de los planteamientos es el que dice que el equilibrio del personal no es un concepto absoluto, sino que éste depende del objetivo sanitario ya que la formación de trabajadores sanitarios es un medio de servir a las

²⁹ XX Conferencias de las OICM: Op. Cit., Pág. 17

necesidades sanitarias de una población.

En esta conferencia también se señala que para reconocer el desequilibrio se necesitan indicadores, que deben ser factibles sobre todo tomando en cuenta las dificultades existentes para cuantificar la oferta actual así como las necesidades futuras de personal.

Se presentan las características e indicadores de desequilibrios de orden numérico, desequilibrios cualitativos y desequilibrios en la distribución.

Para efectos del estudio se tomaron sólo los desequilibrios de orden de distribución; ya que, los de orden cualitativo y numérico, generarían la utilización de indicadores que en estos momentos no son ni factibles ni viables; no obstante, a manera de ilustración se ha creído conveniente esbozar sobre los mismos en este marco teórico.

"Así pues, se tiene que el desequilibrio numérico es la desviación por exceso o defecto respecto a cierta norma que especifica el número ideal de las distintas categorías de personal sanitario."³⁰

Respecto a lo antes expuesto, en la conferencia se plantean ejemplos; un ejemplo está referido a que si la norma se basa en la tasa médico/población, el número de médicos que

³⁰ Ibid., Pág. 18

se necesitan se puede inferir directamente del tamaño de la población de un país. El otro ejemplo se refiere a cuando la norma es basada en criterios de acceso o utilización; en este caso, dice que como la media anual ideal de visitas sanitarias por persona, especificaría indirectamente el número de trabajadores sanitarios que se necesitan, dependiendo de la cantidad de trabajo que se espera.

Consideran que el uso de múltiples criterios para identificar desequilibrios numéricos puede sugerir simultáneamente exceso y defecto de oferta. Esto puede ocurrir si el diagnóstico del déficit de oferta se refiere a las necesidades de la población o al acceso a los servicios, y el exceso de oferta a que hay más recursos humanos de los que un país puede financiar. Ambos criterios pueden ser útiles y apropiados pero, la identificación del desequilibrio numérico requiere que se especifique el criterio empleado para evitar malas interpretaciones de la naturaleza del desequilibrio del personal.

Se señaló anteriormente que para cada uno de los desequilibrios existen indicadores; para el caso de los desequilibrios numéricos se tiene que idealmente, un indicador del desequilibrio numérico se obtendría de la diferencia entre el número estimado como necesario y el número disponible. Sin embargo, una vez la salud para todos se ha

escogido como objetivo, es difícil determinar objetivamente el número necesario, por el enfoque multisectorial, el énfasis en la propia asistencia, y el compromiso de la comunidad.

"LOS SIGUIENTES INDICADORES SON SIMPLES Y MENSURABLES; Y SE PODRIAN UTILIZAR CONJUNTAMENTE PARA INDICAR EL DESEQUILIBRIO NUMERICO REAL O INMINENTE:

. LAS TENDENCIAS DE LA TASA PERSONAL/POBLACION, PREFERENTEMENTE DURANTE UN PERIODO DE 5-10 AÑOS, CON EL PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE LA TASA;

. LAS TENDENCIAS DE LA TASA "NUMERO DE LICENCIADOS"/POBLACION (NUMERO ANUAL DE LICENCIADO POR 100.000 HABITANTES) DURANTE UN PERIODO DE 5-10 AÑOS, CON EL PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE LA TASA; Y

. LAS TENDENCIAS DE DESEMPLEO O SUBEMPLEO."³¹

Se dice en esta conferencia que aisladamente y en algún momento determinado, los indicadores no pueden reflejar el desequilibrio del personal, a menos que se hayan establecido normas o estándares nacionales, pero las tendencias en las tasas personal/población y en la producción de personal por habitantes pueden indicar estabilidad o inestabilidad, o una tendencia al equilibrio o desequilibrio. Si hay estabilidad, el perfil también podría revelar si debería esperarse un desequilibrio. Si las tendencias indican desequilibrios, se pueden hacer comprobaciones transversales con indicadores adicionales derivados del desempleo o las vacantes laborales, la emigración o la inmigración.

Una debilidad de estos indicadores es que no tienen en cuenta los cambios en la composición de la mano de obra, ni en

³¹ Ibid., Pág. 21

la distribución de la población, o las tendencias económicas. Por ejemplo, una población envejecida, aunque su tamaño sea constante, necesita más servicios sanitarios que una población joven; o los cambios en los sistemas de trabajo, como la reducción de la jornada o de la cantidad de trabajo, aumentarán el número de médicos que se necesitan.

En lo que al desequilibrio cualitativo corresponde, se manifiesta que este tipo de desequilibrio incluye aspectos tales como: la sobrecualificación (formación excesiva), la subcualificación (formación insuficiente), y la inadecuada cualificación (formación irrelevante). Se da la subcualificación cuando la actuación de los trabajadores sanitarios está por debajo de los estándares aceptados. La misma puede darse cuando en las escuelas se utilizan criterios de selección (admisión) inadecuados o cuando las deficiencias en la formación académica o clínica que hace que los profesionales sean incapaces de desempeñar el trabajo que se espera de ellos. Estas deficiencias cualitativas también pueden darse posteriormente como consecuencia de que estos profesionales no se mantienen al día con los avances tecnológicos así como con los cambios epidemiológicos, o bien pierden su capacidad por práctica insuficiente.

Se da el ejemplo a base de una posible relación entre el desequilibrio numérico y el cualitativo. En este sentido, se

da el ejemplo de que si hay excedente de médicos en una especialidad en particular, por ejemplo, cirugía, puede ocurrir que algunos, debido al escaso volumen de trabajo realicen ciertos procedimientos quirúrgicos muy raras veces, y por ello pierden parte de su pericia.

Tanto la sobrecualificación como la inadecuada cualificación se refieren a un desajuste entre la formación y la práctica. Por ejemplo, los profesionales médicos altamente especializados como neurólogos, cardiólogos, que trabajen fundamentalmente en atención primaria de salud, es un recurso o que está mal utilizado o que está excesivamente formado para las necesidades del país. También hay que tener en cuenta que la calidad del ejercicio está influenciada además por la calidad y la disponibilidad, o no de personal de apoyo, material y medicamentos, y por el medio ambiente laboral.

En cuanto a los indicadores para este tipo de desequilibrio se señala que los indicadores deberían reflejar la cualificación excesiva, insuficiente o inadecuada, tanto al inicio de la carrera como posteriormente. Los indicadores de calidad o de competencia al principio de una carrera se pueden obtener de las tasas de fracaso en los exámenes de acceso de la carrera o de la especialidad. Las tasas de fracaso pueden ser una adecuada fuente de datos, pero no se traducen fácilmente o directamente en indicadores de calidad o

competencia; se plantean problemas sobre la naturaleza y la validez de las pruebas, sobre qué se está midiendo, qué es un fracaso y quién debe decidir.

" Se podría establecer una tasa mínima de uso de ciertos procedimientos, por debajo de la cual los profesionales quedarían descalificados para desempeñarlos. La información sobre el volumen del trabajo o la frecuencia de uso podrían entonces servir como indicadores de calidad".³²

"LOS SIGUIENTES INDICADORES PODRÍAN TENERSE EN CUENTA:
 . NÚMERO DE CENTROS DE ENSEÑANZA (DE LAS PROFESIONES SANITARIAS ESTABLECIDAS) QUE HAN MODIFICADO SUS PLANES DE ESTUDIOS EN FUNCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
 . PROPORCIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS QUE SE DEDICA A LA ATENCIÓN PRIMARIA.
 . PROPORCIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS QUE SE DEDICA A FORMACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD."³³

El desequilibrio en la distribución, se visualiza desde cuatro dimensiones: geográfica, ocupacional, especializada e institucional.

Los desequilibrios geográficos se identifican con mayor frecuencia en caso de que estos se estén dando; ya sea, dentro de un país o internacionalmente; también si estos se están dando entre regiones, estados, áreas urbanas, áreas rurales, e incluso entre distritos de una misma ciudad. Este tipo de desequilibrio puede existir simultáneamente por exceso en un área y déficit en otras, o un déficit general más acentuado en

³² Ibid., Pág. 24

³³ Idem.

las áreas rurales que en las ciudades y los pueblos.

Respecto al **desequilibrio ocupacional**, señala que éste, tiene gran importancia para el objetivo de salud para todos.

"La asistencia sanitaria implica un conjunto de papeles, funciones y capacidades que al complementarse mutuamente, tienen que ser combinados en la proporción adecuada. El **desequilibrio** se produce cuando una o más categorías de personal sanitario, que interactúa y colabora con otras, está excesiva o insuficientemente representada en el equipo sanitario."³⁴

Se visualiza el **desequilibrio entre las especialidades médicas** en dos dimensiones. Una, es la referida a la distribución entre médicos especialistas y médicos generales; la otra, es la que se refiere a la distribución entre las distintas especialidades médicas. En dicha conferencia se pone de manifiesto que hasta 1986 no se habían establecido normas y criterios para el equilibrio entre las especialidades.

Sobre el **desequilibrio institucional** se considera que éste se da cuando en algunos hospitales se tiene demasiado personal y en otros hospitales se tiene poco.

"Ciertos hospitales son menos atractivos por su situación geográfica, tamaño, forma de gestión, prestigio o nivel salarial. Los **desequilibrios hospitalarios** quizás sean los más sensibles a las fuerzas laborales, porque cuando existe excedente de personal es más fácil que se encuentre quién ocupe los puestos de trabajo que anteriormente eran "difíciles de cubrir".³⁵

Al igual que para los **desequilibrios de orden numérico** y

³⁴ Ibíd., Pág. 25

³⁵ Ibíd., Pág. 26

cualitativo, para los desequilibrios de distribución también se proponen indicadores que permitan el reconocimiento de los desequilibrios.

En este orden de ideas, se señala que para medir el desequilibrio geográfico existen diversas formas, pero que el indicador más simple es -la tasa personal/población- y que este indicador supera a todos los demás. Se manifiesta que este indicador ha sido criticado entre otras razones, por el cruce de límites geográficos por parte de la población para recibir asistencia sanitaria, y por lo inadecuado de una misma tasa de personal/población para todas las áreas geográficas. Las diferencias entre las tasas personal/población de las zonas urbanas y rurales se pueden considerar indicadores de desequilibrio, y su reducción gradual una aproximación a un mayor equilibrio. Dado que la salud para todos implica la utilización de equipos sanitarios constituidos de diferentes formas según su situación geográfica o nivel asistencial, la tasa equipo sanitario/población puede ser utilizada para la evaluación del equilibrio geográfico.

Para la identificación del desequilibrio ocupacional o desequilibrio profesional, necesariamente debe existir una norma de distribución óptima. En la Conferencia de la cual se ha tomado la referencia para este acápite, se señalan los

siguientes indicadores que pueden ayudar a definir el desequilibrio ocupacional o desequilibrio profesional:

- * la tasa enfermeras/médicos;
- * la tasa trabajadores parasanitarios/estomatólogos, enfermeras, médicos;
- * la tasa trabajadores de atención primaria/otros trabajadores sanitarios;
- * la proporción del presupuesto total asignado a los salarios de los trabajadores no médicos.

Respecto a los indicadores para el desequilibrio de las especialidades; se manifiesta que hasta 1986, no se habían realizado esfuerzos para normatizar el equilibrio en las especialidades médicas ni en los países desarrollados ni en los países en vías de desarrollo; a pesar, de existir un rápido incremento en las especializaciones médicas. Se señala en el documento antes mencionado que los indicadores del equilibrio en las especialidades deben basarse en la proporción de todos los médicos en activo que son los médicos generales o especialistas, pero que la proporción deseable diferiría de país a país.

La medición del desequilibrio del recurso humano es una gestión muy difícil y sobre la misma se tienen muchas dudas. Se plasma en el documento de la Conferencia de desequilibrio que la mayoría de los indicadores sugeridos fueron seleccionados

por su capacidad de reflejo de una aproximación al cambio más que como medidas exactas de la magnitud del desequilibrio o del cambio. Para definir la utilidad de los indicadores propuestos, se tiene que tener en cuenta su validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad, y la viabilidad en la obtención de los datos necesarios.

Para predecir los desequilibrios se necesita contar con información sobre la capacidad de los indicadores propuestos. En este sentido, algunos indicadores serán mejores que otros.

Los desequilibrios de personal se desarrollan por causas culturales, sociales, políticas y económicas. Estos factores interactúan y se refuerzan entre sí, lo que ha generado patrones de crecimiento continuo y a veces desproporcionado.

Se pone de manifiesto que por lo menos seis (6) factores sociales han influido en el desequilibrio de personal sanitario: el repentino incremento de las tasas de natalidad tras la segunda guerra mundial; el desarrollo económico mantenido durante varias décadas; los avances de la ciencia y la tecnología; la expansión de las funciones del gobierno; los problemas económicos de la última década y el imprevisto descenso de la fertilidad.

Los dos primeros fomentaron de varias formas el flujo de

recursos a los sectores sanitarios. La expansión económica y la mayor capacidad financiera pública y privada aumentó la demanda de, y el gasto en, servicios sanitarios. Los avances de la ciencia y la tecnología fomentaron el cambio de la medicina de arte a ciencia, reforzando el status, el poder y la autoridad de la profesión médica. Aumentó el papel del gobierno con el consecuente crecimiento en la financiación de la asistencia sanitaria y a menudo la creciente oferta de seguridad social, reforzaron la expansión del sector salud.

Los imprevistos descensos en la fertilidad produjeron una reducción de la demanda efectiva de servicios sanitarios. Reforzaron la reducción del crecimiento económico al disminuir las tasas previstas de crecimiento de la población.

También se señalan factores inherentes a los sistemas sanitarios, entre estos, la medicalización, el predominio médico, la profesionalización, la fragmentación, el crecimiento numérico de mujeres en las profesiones sanitarias, y la sustitución de personal auxiliar por personal sanitario.

La medicalización se refiere al excesivo predominio de la medicina y a una definición de la salud más amplia que abarca no sólo la ausencia de enfermedad.

La medicalización y el predominio médico junto con los

avances científico-tecnológicos en el área sanitaria, han incrementado el alcance y el virtuosismo tecnológico de la asistencia médica.

La profesionalización y la fragmentación han reforzado el carácter jerárquico del personal sanitario, con mayor número en los niveles inferiores y el poder y la influencia concentrados en la cúpula. El desarrollo de la tecnología ha conducido a un rápido incremento de nuevas especialidades.

Finalmente, se piensa que la sustitución de personal sanitario puede haber contribuido al exceso de personal. Un gran incremento en el número de auxiliares sanitarios mientras exista un exceso real o previsto de trabajadores sanitarios altamente cualificados agravaría el desequilibrio de personal.

La alta tecnología y la especialización han exagerado el desequilibrio geográfico de personal y la concentración urbana de la asistencia sanitaria. La asignación de recursos no ha sido consecuente con los valores y las tecnologías que subyacen en el objetivo de salud para todos. El desequilibrio originado por el crecimiento desproporcionado de los médicos en relación con los trabajadores sanitarios no médicos es probable que retrase la consecución de la salud para todos. No sólo la profesión médica; sino la sociedad en general ha contribuido a este desequilibrio, porque la gente no se ha

percatado o no ha prestado atención a sus efectos negativos.

En este orden de ideas, en la Conferencia "Desequilibrios de Personal sanitario", se hace un planteamiento de la "Historia Natural de los Desequilibrios". Se señala que las

"...formas en que el desequilibrio de personal comienza y progresa se pueden comparar a la historia natural de la enfermedad. Progresa desde un estado de salud (equilibrio) a través de un estado pre-patológico (presencia de factores de riesgo) y un primer estado patológico (primer desequilibrio) hasta un estado patológico avanzado (desequilibrio grave)."³⁶

Se pone de manifiesto en la conferencia que la anterior analogía permite establecer un esquema conceptual, mediante el cual se pueden describir y analizar los problemas relacionados con el equilibrio y el desequilibrio del personal. Se señala además, que la analogía con un modelo de enfermedad no debe llevarse demasiado lejos. El esquema es descriptivo, permite un diagnóstico global del problema, reflejando sus múltiples causas e indicando las formas multidisciplinarias e intersectoriales para controlarlo. Muestra que el exceso de producción es un proceso en varios estadios, con la aparición de signos preliminares antes de que ocurra el exceso y comience a originar complicaciones. No es predictivo.

Es necesario concentrarse en el análisis del estadio "pre-patológico" porque la detección de las primeras señales

³⁶ Ibíd., Pág. 56

permite tomar medidas para impedir la progresión hasta la situación "grave".

La Figura No.4, presenta el Modelo del Esquema Conceptual de la Historia Natural del Desequilibrio. La principal utilidad de este esquema es el enfoque preventivo que en él se plantea. Se hace necesario contar con indicadores de los factores de riesgo, síntomas y complicaciones para describir mejor el equilibrio y el desequilibrio en cada etapa. La prevención y el "tratamiento" terapéutico dependen de la existencia de indicadores claros de cada estudio.

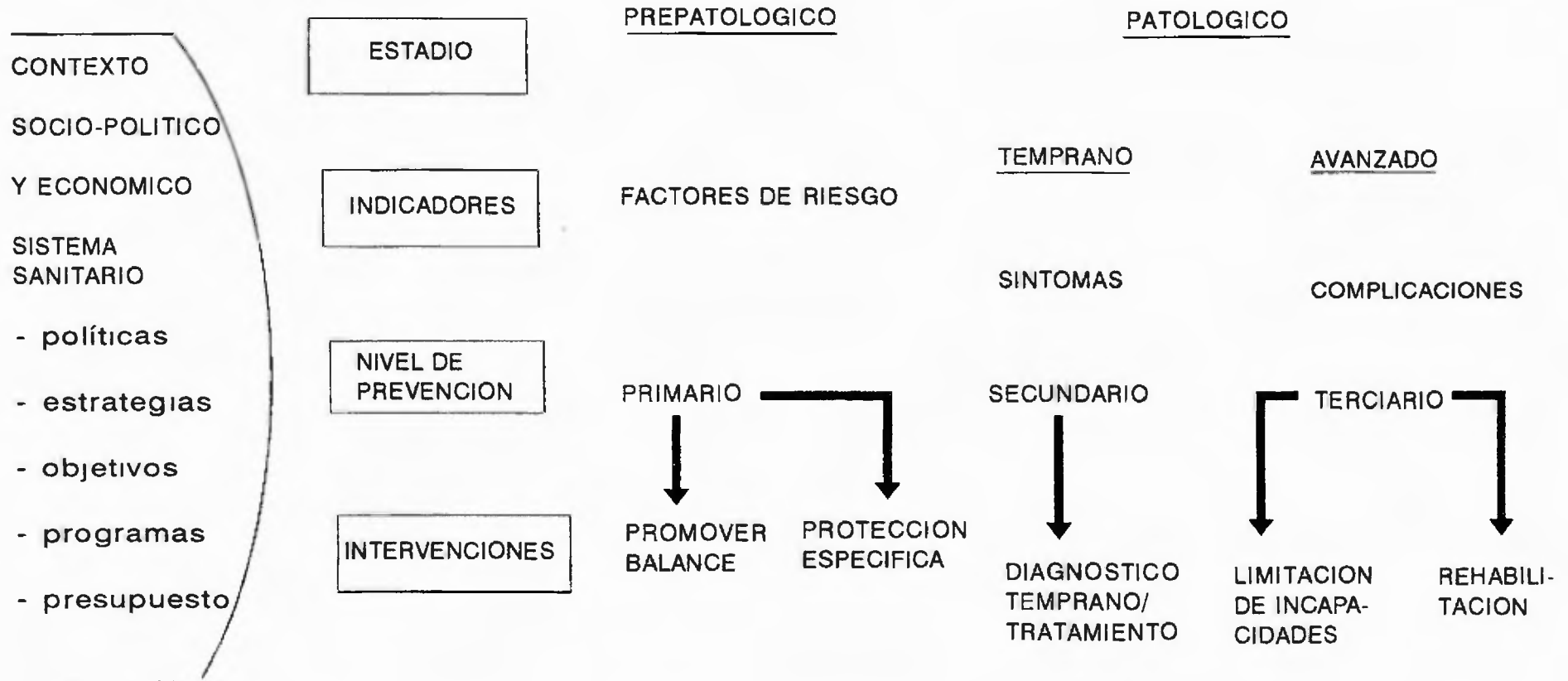
La noción de desequilibrios de personal sanitario en que se basa este esquema es específica del objetivo de salud para todos. Lo que se puede hacer para conseguir la salud para todos dependerá en gran parte de las categorías de personal que un país pueda producir, emplear y mantener, en número adecuado y cuando sea necesario.

Para el estudio "pre-patológico" se describen seis factores de riesgo, o indicadores, pero también pueden actuar en estadios posteriores. Estos factores de riesgo son:

1-Las preferencias de la sociedad: Muchas poblaciones prefieren médicos muy cualificados antes que otro trabajador sanitarios. La gente espera una asistencia de alta calidad y asocia la asistencia médica con una salud mejor.

Figura No. 4

Esquema conceptual; personal sanitario - equilibrio y desequilibrio



2-**Presión política de los grupos de élite:** Frecuentemente la medicina es la carrera preferida de muchos miembros privilegiados de la sociedad, que la eligen porque la consideran una forma de aumentar su estatus social, asegurándose unos ingresos altos y proporcionándoles la posibilidad de emigrar, a ellos y a sus hijos. Puede existir una considerable presión para construir más escuelas médicas y adoptar políticas de admisión libre, y permitir la libre elección de ocupación.

3-**Respuesta de los sistemas educativos:** La estructura de poder de muchas sociedades permite la presión política para expandir sin restricciones la capacidad de formación. Mediante la construcción de nuevas escuelas médicas, sin tener en cuenta la demanda efectiva de graduados o la capacidad de su absorción por los sectores sanitarios, estas sociedades siembran las semillas del exceso de producción. Los educadores médicos pueden reforzar estas presiones alentando en los estudiantes grandes expectativas profesionales y remunerativas, que frecuentemente están lejos de la realidad.

4-**Reacción ante la escasez:** En muchos países, ante la carencia de trabajadores sanitarios, los sectores educativos respondieron de forma desmesurada, no sólo sin límites u objetivos, sino también con escasa o nula evaluación de las futuras necesidades de personal, llevando así al sistema a

cambiar de un tipo de desequilibrio (escasez) a otro (exceso).

5-Falta de coordinación en la planificación: El equilibrio no se conseguirá mientras la planificación de personal sanitario se haga independientemente de la planificación socioeconómica y sin tener en cuenta las tendencias en los distintos sistemas sanitarios. Si los planificadores intentan corregir la escasez sin tener en cuenta la posibilidad de crecimiento nulo de la población o de los presupuestos sanitarios, habrán exacerbado el exceso de personal.

6-Limitaciones presupuestarias: cuando el sector sanitario se ve forzado a contener el gasto, y no se hace nada para contener la producción de médicos o para sustituirlos por trabajadores sanitarios de formación más corta, cualquier tendencia al exceso de producción será exacerbada.

Estos seis factores de riesgo no originan necesariamente exceso de personal. En algunos países el excedente médico es animado a emigrar. Estos factores de riesgo hacen a los países vulnerables a otras fuerzas que conducen al exceso de personal.

En el estadio "patológico primario", los países no están simplemente en riesgo sino que muestran signos primarios de

desequilibrio. Las primeras indicaciones de exceso de personal incluyen: (1) Limitadas oportunidades de formación de los postgraduados; (2) la dificultad cada vez mayor para encontrar empleo; (3) las dificultades de los nuevos graduados para comenzar a ejercer; (4) la creciente tendencia de los graduados a plantearse la posibilidad de emigrar. Estos cuatro síntomas conjuntamente señalan la saturación del "mercado" médico.

El estadio "patológico avanzado" no sólo está marcado por un mayor número de síntomas sino también por complicaciones en el desequilibrio, que incluyen: 1) desempleo de los profesionales sanitarios; 2) creciente empleo a tiempo parcial, subempleo o empleo inapropiado; 3) reducción en la cantidad de trabajo y por tanto, productividad más baja; 4) creciente enfrentamiento y territorialidad entre médicos y entre médicos y no médicos; 5) huelgas u otras formas de conflicto profesional y pleitos por tratamiento inadecuado; 6) migración trans-nacional y trans-ocupacional como resultado de la saturación del "mercado".

Se puede desarrollar rivalidades entre diferentes categorías de profesionales, la mayoría de las veces por asuntos de "territorio" y campo profesional. Los médicos pueden impedir el empleo de otras clases de trabajadores en la asistencia sanitaria.

Los indicadores de los tres estadios señalarían un exceso de personal real o posible en relación a la demanda efectiva de servicios o la capacidad de empleo del sistema. Un exceso de profesionales hace que exista poco trabajo para cada uno, y esto es desmoralizante, en particular cuando supone menores ingresos. Cuando los profesionales pueden aumentarlos incrementando la asistencia o prestando nuevos tipos de servicios, pueden aparecer complicaciones como exceso de utilización y tratamiento.

Cuando el desequilibrio se ha hecho grave y las complicaciones son obvias, se está en el estadio "patológico avanzado". Las medidas de prevención terciaria se pueden considerar ahora, para limitar la "incapacidad" y facilitar "rehabilitación". El objetivo sería hacer el período de incapacidad lo más corto posible, restaurar el equilibrio con el menor retraso, y minimizar los problemas de ajuste.

En la Figura No.5, se muestran los indicadores, acciones preventivas e intervenciones.

Corresponde ahora tratar lo concerniente al perfil socioepidemiológico, por ser éste una de las variables independientes del estudio; y con su medición ha sido posible dar respuesta al problema formulado, cumplir con objetivos y propósito plantados, así como la contrastación de hipótesis.

FIGURA No. 5

INDICADORES, ACCIONES PREVENTIVAS E INTERVENCIONES

INDICADORES	PREPATOLÓGICO FACTORES DE RIESGO	PATOLOGÍA INICIAL SIGNOS Y SÍNTOMAS	PATOLOGÍA AVANZADA COMPLICACIONES
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preferencia de la sociedad. 2. Presión política. 3. Respuesta del sistema educativo. 4. Sobrerreacción ante la escasez. 5. Limitaciones presupuestarias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitación de las oportunidades de formación de los licenciados. 2. Dificultad cada vez mayor para encontrar empleo. 3. Dificultades de los nuevos licenciados para comenzar a ejercer. 4. Creciente tendencia a emigrar. 5. Negación de los problemas y resistencia al cambio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleo de los profesionales sanitarios, principalmente médicos. 2. Subempleo de los profesionales sanitarios. 3. Productividad más baja. 4. Territorialidad y enfrentamiento. 5. Huelgas 6. Migración nacional y ocupacional.
NIVEL DE PREVENCIÓN GENERAL:	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los sistemas de personal sanitario. 2. Vincular la producción de personal sanitario y la prestación de servicios sanitarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico temprano. 2. Tratamiento temprano. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitación de la incapacidad. 2. Rehabilitación.
PROTECCIÓN ESPECÍFICA:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de los diversos tipos de desequilibrio. 2. Investigación sistemática de los factores de riesgo y toma de conciencia. 		

INTERVENCIONES:

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar los servicios sanitarios y el desarrollo del personal (HSMD). 2. Mejorar los métodos de trabajo y desarrollar estándares/normas de equilibrio. 3. Tomar decisiones ligadas a los estudios de personal sanitario. 4. Desarrollar planes de acción relevante y factibles para el objetivo de salud para todos (SPT). 5. Desarrollar opciones de provisión de personal técnicamente solvante, socialmente aceptables y financieramente factibles. 6. Facilitar programas de formación y de educación permanente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Restringir la producción mediante moratorias a las nuevas escuelas médicas y reducir el acceso. 2. Examinar los flujos de emigración en relación al equilibrio y modificar lo que sea necesario. 3. Reorganizar el personal sanitario de acuerdo con el objetivo de salud para todos. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir el personal sanitario mediante la restricción de las autoridades para ejercer y de la formación especializada. 2. Fomentar las jubilaciones anticipadas. 3. Limitar la jornada laboral y el volumen de trabajo de los profesionales en ejercicio. 4. Fomentar el trabajo compartido. |
|--|--|--|

En este sentido, Aranda Pastor señala:

"Para estudiar la distribución de los problemas de salud y enfermedad en grupos de personas (epidemiología descriptiva), hay que recurrir a la descripción epidemiológica, donde el fenómeno o los hechos son descritos y explicados de acuerdo con ciertas variables (categorías epidemiológicas) relativas a los elementos de la colectividad."³⁷

Aranda Pastor plantea cuatro (4) categorías epidemiológicas para el estudio de las variables. Estas categorías están en relación al espacio, tiempo, características personales, y exposición al riesgo.

-Variaciones en relación al espacio: existe asociación entre algunas enfermedades y el lugar donde aparecen, aunque no siempre la explicación es la situación geográfica de dicho lugar. En ocasiones, es debido a innumerables factores causales propios del ambiente físico, biológico, social y cultural del lugar; otras veces, a peculiaridades inherentes a las personas que viven en un lugar determinado.

* Variación geográfica universal: se dice que una enfermedad tienen una variación geográfica universal cuando se distribuye en forma universal, en determinadas zonas geográficas, no siempre debido a características propiamente geográficas sino también a ciertas condiciones socio-

³⁷ Aranda Pastor, José. Epidemiología General. Texto-Guía para Estudiantes de Medicina. Tomo Iro. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. 1971. Pág. 179

económicas, culturales, etc. En síntesis influyen las características geográficas, el ambiente social, la cultura, etc. Entre estos, hábitos de vida, condiciones sociales y económicas, nivel educativo; (dieta deficiente, mala vivienda, hábitos, creencias, costumbres).

* **Variación regional:** cuando la enfermedad se presenta sólo en determinadas regiones debido a ciertos factores causales del medio ambiente biológico, clima, ecología, etc., propios del lugar.

* **Variación local y sectorial:** una enfermedad presenta distribución local o sectorial cuando se circunscribe a una localidad o a un sector o barrio de la misma, debido a ciertos factores causales propios del medio ambiente físico y químico del lugar, muchas veces asociados con algún otro factor presente en el lugar.

- **Variaciones en relación al tiempo:** éstas se dan cuando se presentan cambios en la frecuencia durante un período determinado de tiempo de algunas enfermedades. Estas fluctuaciones o variaciones en la forma de distribuirse cronológicamente una enfermedad pueden ser estacionales, cíclicas, seculares, explosivas, etc., entre las más importantes.

- **Variaciones en relación a características personales:** se conoce que algunas enfermedades tienen predilección por ciertas edades, por un determinado sexo, por un grupo étnico, etc., de acuerdo a ciertas características inherentes de las personas. Las enfermedades varían en cuanto a la forma de distribuirse y afectan más a uno u otro grupo de edad, sexo, raza, ocupación, estado civil, religión, estado nutricional, hábitos, nivel socio económico, etc.

* **Variaciones en relación a la edad:** algunas enfermedades se presentan más en cierta edad de la vida y esta predilección es debida a factores causales del medio ambiente, transferencia pasiva de anticuerpos de la madre, mecanismos de defensa naturales, exposición a la infección, resistencia adquirida, cambios endógenos del organismo y susceptibilidad.

* **Variaciones en relación al sexo:** ciertas enfermedades tienen predilección por uno u otro sexo, descartando las diferencias hormonales y de los órganos de reproducción. La interpretación aceptada indica que ciertas condiciones del ambiente social y cultural, constitución anatómica, fisiológica y actitud mental, constitución genética, etc., explican el que algunas enfermedades tengan una mayor frecuencia en determinado sexo.

* **Variaciones en relación a la raza:** a pesar de que el factor genético tiene marcada influencia en la predilección de ciertas enfermedades por determinados grupos étnicos, las diferencias socio-económicas y culturales son también muy importantes, creyéndose que su peso es mayor.

* **Variaciones en relación a la ocupación:** la frecuencia de algunas enfermedades es mayor en personas que trabajan en determinado oficio debido a una mayor exposición. Entre las razones dadas para explicar dicha distribución se pueden mencionar los riesgos específicos, la exposición a ciertos agentes causales físicos y químicos, condiciones del trabajo y actividad, aspectos sociales y económicos, etc.

* **Otras variaciones:**

~**Estado civil:** se han hecho estudios de mortalidad de acuerdo al estado civil de las personas y se ha visto, que la más baja corresponde a los casados y la más alta a los viudos y divorciados; la mortalidad entre los solteros es más baja que en éstas dos últimas pero mayor que en los casados.

~**Religión:** en esta característica epidemiológica continúan los estudios.

-Estado nutricional: es evidente la relación entre el estado nutricional y la susceptibilidad a las infecciones, por una parte, y entre el estado nutricional y las enfermedades crónicas y degenerativas o no infecciosas, por la otra.

-Condiciones sociales y culturales: las condiciones sociales y culturales que rodean a la persona son tan diversas y variadas, y están vinculadas a tantos factores de la vida del hombre, que es difícil determinar su importancia aisladamente. De ahí que, las clases de bajo nivel social y cultural son las que presentan una mortalidad y morbilidad mayor.

-Otras variaciones: existen otras posibles variaciones de la enfermedad en relación a las personas, como características inherentes a cada una de ellas.

- Variaciones en relación a la exposición al riesgo: la exposición al riesgo de un individuo es la probabilidad de contraer una enfermedad, sufrir un accidente u otro acontecimiento.

CAPÍTULO 111: MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO:

Dadas las características generales del problema, y propósito del estudio, esta es una investigación que reúne características combinadas.

En primer término, tiene componentes de una investigación histórica-documental; ya que se realizó revisión de literatura que data desde el año 1976, en referencia a esfuerzos realizados en Panamá sobre el abordaje a la problemática del desarrollo de los recursos humanos; a su vez, se contextualiza en el marco de una investigación básica de tipo descriptiva ya que con ésta, se logró conocer en parte las razones que explican el actual desequilibrio de los recursos humanos en salud en Panamá; así como la descripción de algunas características de los recursos humanos y del perfil socioepidemiológico de la población panameña.

En segundo término, adquiere un carácter de investigación correlacional, en donde a través de la comparación entre estructura, distribución, del recurso humano y perfil socioepidemiológico de la población, se logra medir la intensidad de la relación lineal entre las variables en estudio por lo que se valora así el desequilibrio existente en los recursos humanos de salud en Panamá.

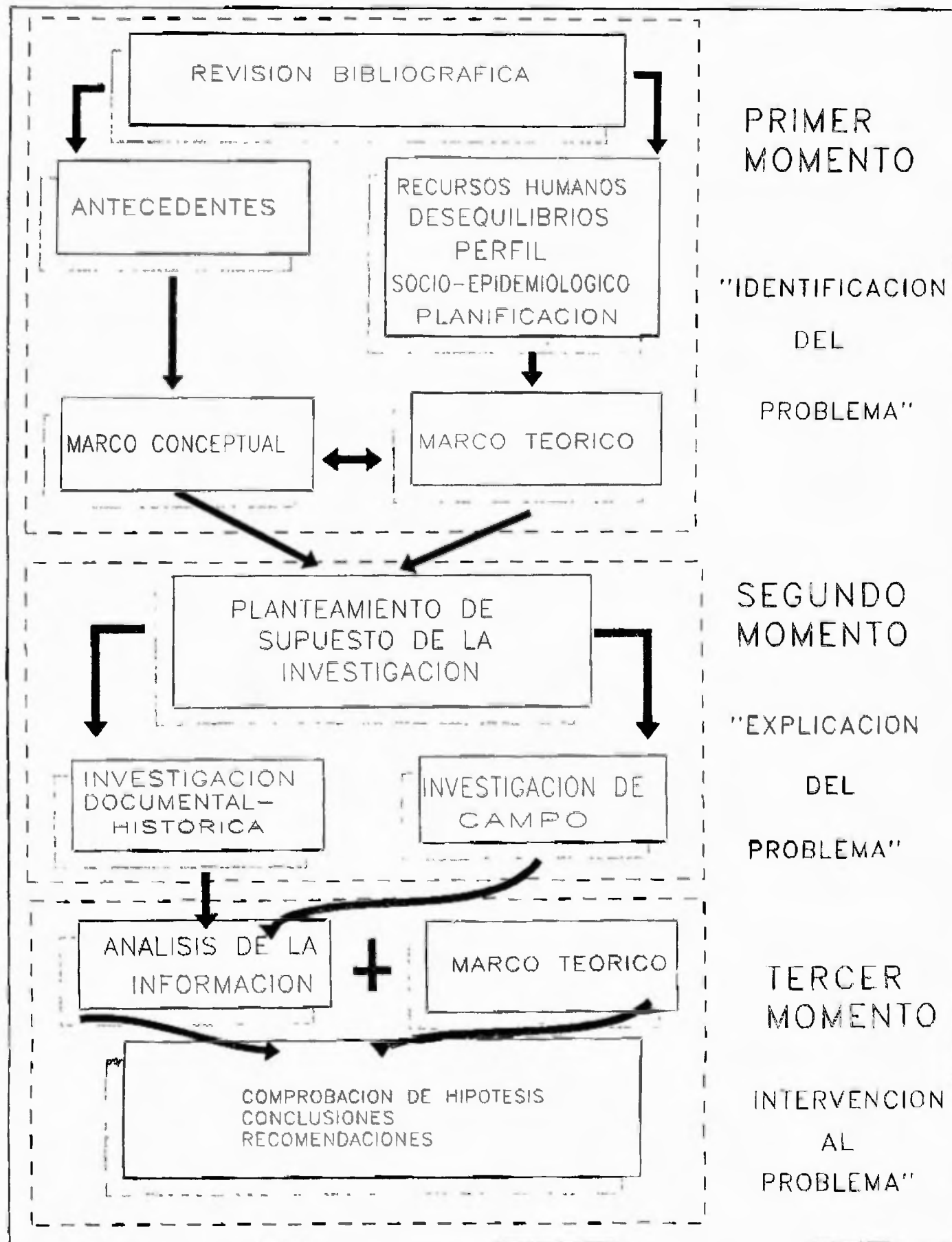
Se logró presentar alternativas de intervención mediante la utilización del modelo de la Historia Natural de los desequilibrios esquematizando los resultados obtenidos en la investigación histórica-documental.

B. MOMENTOS DEL ESTUDIO:

El estudio constó de tres momentos, a saber: un primer momento que consistió en la identificación del problema; un segundo momento de explicación del problema; y un tercer momento de alternativas de intervención al problema.

En la siguiente página se muestra la graficación de los tres momentos de la investigación.

FIGURA No.6
MOMENTOS DE LA INVESTIGACION



1. PRIMER MOMENTO: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el presente estudio la identificación del problema se llevó a cabo de la siguiente manera: se procedió en primer lugar a la revisión y análisis de datos de fuentes relacionadas con el problema de la investigación; en segundo lugar, se recurrió a la obtención de material bibliográfico referente a temas tales como: recursos humanos, desequilibrios de los recursos humanos, y perfil socioepidemiológico.

La metodología tomó en cuenta la técnica de las fuentes secundarias, en la que el material bibliográfico se obtuvo de la visita a Centros de Documentación en los cuales después de seleccionar el material, y realizar las fichas bibliográficas, se procedió al análisis de la información recabada con el fin de obtener un producto, en este caso, el marco conceptual y el marco teórico de la investigación.

A través de la investigación de campo, se logró recabar la información correspondiente al año 1993 tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social de la estructura y distribución del recurso humano por instalación donde se prestan los servicios de salud; además, se pudo recolectar la información por región de salud del perfil socioepidemiológico referido a ese mismo período (1993).

2. SEGUNDO MOMENTO: EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA

Este momento constó de dos fases: planteamiento de supuestos de la investigación, y la de la investigación tanto documental-histórica como la de campo.

- **Planteamiento de supuestos:** el planteamiento de los supuestos del estudio es un producto del marco conceptual específicamente de los antecedentes del problema, y del marco teórico de los aspectos referidos a los recursos humanos, a los desequilibrios de los recursos humanos y al perfil socioepidemiológico; y estos, guardan coherencia con el problema y propósitos del estudio.

- **Investigación:** el objetivo de esta fase fue la de obtener información referente a : 1) los esfuerzos realizados en Panamá sobre el abordaje a la problemática de los recursos humanos (investigación documental-histórica); 2) la estructura y distribución del recurso humano; y perfil epidemiológico de la población (investigación de campo).

Esta fase permitió: 1) la revisión de documentos contentivos de experiencias de seminarios, talleres, jornadas de trabajo, estudios, etc., realizados desde el año 1976 hasta el año 1994 en donde se reflexiona y analiza la situación de los recursos humanos en Panamá; 2) obtener la estructura del

recurso humano en salud de las doce regiones de salud, hospitales nacionales; a la vez, mediante el conocimiento de la distribución de este recurso humano en las diferentes unidades ejecutoras así como el perfil socioepidemiológico de la población, permitió contrastar los diferentes datos, con lo que se pudo valorar los desequilibrios de distribución de los recursos humanos de salud en Panamá.

Esta fase constituyó el medio principal para la recolección de datos estadísticos necesarios para la investigación; y la misma, llevó a la consolidación del tercer momento de la investigación.

* **Procedimiento seguido:** el procedimiento que se siguió en esta fase consistió en primera instancia en la elaboración de instrumentos que permitieran mediante su aplicación, recolectar la información necesaria para la medición de las variables del estudio.

El instrumento elaborado consistió en un cuestionario constitutivo de un listado de indicadores a través de los cuales se manifestó la variable dependiente del estudio, (ver anexo No.1 y No.2). Dicho cuestionario fue enviado por correo con su respectiva nota de solicitud de colaboración para el llenado del mismo a los planificadores regionales en cada una de las regiones de salud, a los directores médicos de los

hospitales nacionales y a la Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social. Además, se llamó vía telefónica a los informantes claves se les explicó de lo que se trataba y nuevamente se les solicitó la colaboración.

Con su aplicación se logró:

1. Conocer la estructura y distribución del recurso humano que labora en la regiones de salud y hospitales nacionales en instalaciones del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

2. Conocer el Perfil Epidemiológico de cada una de las regiones de salud.

3. Explicar el problema del desequilibrio de los recursos humanos utilizando el modelo de la historia natural de los desequilibrios.

3. TERCER MOMENTO; INTERVENCIÓN AL PROBLEMA

Tomando en cuenta los resultados del análisis de la información recabada en el primer y segundo momento; así como con el apoyo del marco teórico se desarrolla este momento. Para la concretización del mismo, se hizo un análisis de las

conclusiones y recomendaciones emanadas de talleres, seminarios, comisiones de trabajo, etc., realizados desde 1976 hasta 1994. Con los datos obtenidos de esta revisión histórica-documental y apoyado en el marco teórico de referencia se logra esquematizar según se observa en la Figura No.8 el problema de los Recursos Humanos en Salud en Panamá.

Del resultado de esta primera investigación emerge una razón más para realizar la investigación descriptiva correlacional.

Por otro lado, utilizando los resultados obtenidos y de los análisis descriptivos y estadísticos que comprobaron el sistema de hipótesis planteado con los que se llegó a conclusiones sobre la situación de los recursos humanos en salud en Panamá se plantearon recomendaciones concretas dirigidas a la intervención del mismo.

C. SISTEMA DE HIPÓTESIS:

Se elaboró un sistema de hipótesis el cual se organizó con la intención de comprobar la asociación existente entre las variables intervinientes y la variable dependiente.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:**HIPÓTESIS CENTRAL No.1:**

Existe desequilibrio de distribución geográfica de los recursos humanos que laboran en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Esta hipótesis se sometió a comprobación a través de la contrastación empírica de sus dos hipótesis derivadas, a saber:

Hipótesis Derivada 1.1:

Existe correlación positiva alta entre la población urbana y el recurso humano existente en las diferentes regiones de salud del país.

Hipótesis Derivada 1.2:

Existe correlación negativa alta entre la población rural y el recurso humano existente en las diferentes regiones de salud del país.

HIPÓTESIS CENTRAL No. 2:

Existe desequilibrio de distribución ocupacional en la estructura del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

La comprobación de esta hipótesis estuvo sujeta a la contrastación empírica de sus dos hipótesis derivadas.

Hipótesis Derivada 2.1:

Existe correlación positiva alta entre la tasa del recurso humano enfermera y la tasa del recurso humano médico.

Hipótesis Derivada 2.2:

Existe correlación positiva alta entre la tasa del recurso humano otros profesionales de la salud (odontólogo, nutricionistas, farmacéuticos, laboratoristas, trabajadoras sociales), y la tasa del recurso humano médico/enfermera.

Hipótesis Derivada 2.3:

Existe correlación positiva alta entre la tasa del recurso humano educadores para la salud/inspectores de saneamiento ambiental/ayudantes de salud, y la tasa del recurso humano médico/enfermera.

HIPÓTESIS CENTRAL No. 3:

Existe inequidad en la accesibilidad de la población a los recursos humanos que componen la estructura del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, lo que se traduce en respuesta parcial al perfil socioepidemiológico de la población a la cual ofertan los servicios de salud.

Para la comprobación de esta hipótesis se sometió a contrastación las siguientes hipótesis derivadas.

Hipótesis Derivada 3.1:

Existe correlación positiva alta entre el perfil social según los índices de variación geográfica universal de menos distritos postergados y el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud en las regiones de salud.

Hipótesis Derivada 3.2:

Existe correlación negativa alta entre el perfil social según los índices de variación geográfica universal de más distritos postergados y el recurso humano existente para ofertar los servicios de salud en las regiones de salud.

Hipótesis Derivada 3.3:

Existe correlación positiva alta entre el perfil epidemiológico representado por la esperanza de vida y el recurso humano en las diferentes regiones de salud del país.

D. CATEGORÍAS Y VARIABLES:

Con base en las hipótesis formuladas así como indirectamente en el propósito y supuestos del estudio, se establecieron las variables de la investigación. Se destaca la variable "desequilibrio de los recursos humanos" la cual se relacionó con las variables independientes "categorías ocupacionales de los recursos humanos en salud" y "perfil socioepidemiológico de la población panameña". El desequilibrio de los recursos humanos estuvo sujeto a medición mediante números, porcentajes, tasas; y a comprobación mediante el uso del coeficiente de correlación lineal **simple** con la aplicación de t de student como prueba de **significación** estadística.

Para efectos del estudio, las variables independientes fueron categorizadas como:

1. CATEGORÍAS OCUPACIONALES: se considera a las distintas categorías de recursos humanos en salud existentes para ofertar servicios de salud a la población demandante de estos;

2. PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO: se agrupan aquí tanto indicadores de índole social como epidemiológicos que permiten visualizar las condiciones sociales y de salud de la población panameña demandante de los servicios de salud en las diferentes regiones de salud del país.

FIGURA No.7

CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES

1. CATEGORÍAS

OCUPACIONALES

2. PERFIL

SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

INDICADORES

- a Profesionales de salud
- b Técnicos de salud
- c Auxiliares de salud
- d Otros Trabajadores de salud

- a Perfil Social (según índices de variación geográfica universal)
- b Perfil epidemiológico (según esperanza de vida)

ÍNDICES

- a. Profesionales de salud:
 - especialistas
 - Médicos: generales
 - residentes
 - internos

Enfermeras
Odontólogos
Nutricionistas
Farmacéuticos
Laboratoristas

- b. Técnicos de salud:
 - Educadores Para La Salud
 - Inspectores Saneam. Ambiental
 - Otras Categorías (todo RRHH que ofrece servicios directos apoyo/diagnóstico/tratamiento)

- c. Auxiliares de salud:
 - Auxiliares de Enfermería

- d. Otros Trabajadores de salud:
 - Administrativos: (todo RRHH que no ofrece servicios directos)

Perfil Social: (Variación Geográfica Universal, distritos +/- postergados):

- *Agua Potable
- *Alcantarillado
- *Tipo de Piso
- *Alfabetismo/Analfabetismo
- *Densidad Poblacional
- *Tipo de Población (Urbana/Rural)

Perfil Epidemiológico: (Esperanza de Vida)

- *Causas de Morbilidad
- *Causas de Mortalidad
- *Enfermedades Transmisibles
- *Estado Nutricional
- *Cobertura de Vacunación

Obtenidos los resultados de los instrumentos de recolección de datos, los mismos se categorizaron en subgrupos con el fin de obtener la muestra representativa de los índices e indicadores para ser sometidos a la correlación con los desequilibrios geográficos y ocupacionales.

VARIABLES DEL MODELO:

VARIABLES INDEPENDIENTES: fueron medidas previamente mediante el uso de números, porcentajes y tasas. La variación en estas variables es de tipo cuantitativo y ambas son variables de estructuras teóricas que para su medición fueron convertidas en variables concretas asignándoles valores numéricos que permitieran llegar al análisis correlacional.

CATEGORIAS OCUPACIONALES DE RECURSOS HUMANOS: la información acerca de esta variable, se recogió con la aplicación de los instrumentos No.1 y No.2. Se tomó esta variable de categorías ocupacionales del recurso humano, por la importancia que para el cumplimiento de la Meta Salud Para Todos en el Año 2000 tiene el hecho de que exista equidad entre las diferentes categorías de trabajadores sanitarios. En la Conferencia Desequilibrios de Personal Sanitario, se pone de manifiesto que en la asistencia sanitaria debe existir una proporción adecuada entre el conjunto de papeles, funciones y capacidades que desarrollan los diferentes trabajadores de la salud, los cuales deben complementarse mutuamente.

Conceptualmente esta variable es definida por Rovere:

"...son personas que dentro de la sociedad han adquirido una capacitación específica y que asumen responsabilidades en la realización de actividades de salud; estén o no vinculados a instituciones del sector, son consideradas como agentes sociales".³⁸

En el estudio, ésta fue la variable que se controló dado que con el instrumento de recolección de datos se obtuvo la estructura del recurso humano, lo que permitió a su vez, conocer la distribución de éste. Fue la variable que se controló porque en base a esta estructura fue posible realizar las comprobaciones de hipótesis en el estudio.

Operacionalmente se acoge la definición conceptual de Mario Rovere, excepto lo que se refiere a la no vinculación al sector; quiere decir que para efectos del estudio, sólo se consideró al recurso humano que laboraba ya fuera con el Ministerio de Salud o con la Caja de Seguro Social y recibiera un salario por sus servicios (que estuviera incluido en las planillas de estas instituciones.

Los indicadores que permitieron la medición de esta variable fueron: las categorías de recursos humanos existentes (médico, enfermera, odontólogo, nutricionista, trabajadora social, farmacéutico, laboratorista, educador para la salud, inspector de saneamiento ambiental, auxiliar de enfermería, administrativos y otras categorías.

³⁸ Rovere, M.: Op. Cit., Pág. 43

La categoría médicos fue desagregada en médicos generales, médicos especialistas, médicos internos, médicos residentes. En la categoría administrativos se incluyó a todo el personal que no ofrece servicios directos de salud al paciente/cliente. En otras categorías se incluyó a todo el resto del recurso humano que presta servicios directos de salud al paciente/cliente ya sea en servicios de apoyo, de diagnóstico o de tratamiento.

Permitió también la medición de esta variable el indicador distribución del recurso humano, referido a las diferentes instalaciones de salud donde el recurso humano presta servicios a la población (hospitales, policlínicas, centros de salud, puestos de salud). La categoría hospitales se dividió en hospitales generales y hospitales especializados.

PERFIL SOCIOEPIDEMIOLOGICO:

Conceptualmente esta variable se define como

"...la distribución de los problemas de salud y enfermedad en grupos de personas en relación a la descripción epidemiológica de fenómenos o hechos descritos y explicados de acuerdo con ciertas variables (categorías epidemiológicas) relativas a los elementos de la colectividad".³⁹

Operacionalmente en el estudio esta variable fue considerada así: fue una variable que se midió; su medición se realizó con números, porcentajes y tasas. Se midió con la intención de ayudar a la contrastación de las hipótesis

³⁹ Aranda Pastor, J.: Op. Cit., Pág. 179

derivadas para comprobar las hipótesis centrales No. 1 y No.2.

Los indicadores que permitieron medir esta variable fueron: el perfil social y el perfil epidemiológico.

El perfil social estuvo constituido por los índices de variación geográfica universal, más y menos distritos postergados en las regiones de salud de acuerdo a las condiciones de la vivienda en porcentaje de: tipo de piso, agua potable, alcantarillado, alfabetismo/analfabetismo; densidad de población, tipo de población (urbana/rural). Esta información se obtuvo del informe del Censo Nacional de Población y Vivienda del Año 1990, y del Documento de Trabajo No. 44 del Ministerio de Planificación y Política Económica de diciembre de 1993.

Para definir los más y menos distritos postergados, se seleccionó del Mapa No.2 y del Cuadro No.10. Se tomó como más distritos postergados aquellos cuyos niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas se encontraban clasificados como: muy bajo (0-19.99), bajo (20-39.99), y medio bajo (40-59.99). Como menos distritos postergados se consideraron aquellos cuyos niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas se encontraban clasificados en medio alto (60-79.99), y alto (80-100).

De acuerdo al número total de distritos correspondientes a cada región de salud del país (100.0%), se sumó el número de distritos según la clasificación previamente enunciada y así se les clasificó en menos o más postergados para luego sacar el respectivo porcentaje que definiera la situación de cada región de salud.

El perfil epidemiológico lo constituyó la esperanza de vida en número de años como indicador que conjuga los índices de: morbilidad, mortalidad, enfermedades transmisibles, estado nutricional, cobertura de vacunación.

La variación de esta variable fue de orden cuali-cuantitativo. El orden cualitativo se dio con el perfil social en donde la medición se realizó en base a una respuesta de tipo dicotómica (sí-no); y cuantitativo cuando esas respuestas de sí y no, se contabilizaron en números, tasas y porcentajes para definir así el porcentaje de la población con acceso a servicios indispensables.

En el perfil epidemiológico la variable se midió mediante el uso de números, porcentajes y tasas.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Esta variable estuvo constituida por los Desequilibrios de los Recursos Humanos; conceptualmente definida en la XX Conferencia del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en 1986, como:

"El Desequilibrio es una discrepancia entre el número, los tipos, las funciones, la distribución y la calidad de los trabajadores sanitarios, por una parte, y las necesidades de servicio sanitarios de un país y su capacidad para dar empleo, financiar y mantener los servicios sanitarios, por otra".⁴⁰

Operacionalmente en el estudio, esta variable fue considerada así: fue una variable que se midió; su medición se hizo utilizando tasas, para contrastar las hipótesis derivadas para comprobar las hipótesis centrales No.1 y No.3 planteadas en el estudio, mediante la correlación de los resultados obtenidos en las variables independientes del estudio.

La información de los indicadores que permitieron categorizar la variable Desequilibrios de Recursos Humanos se recogió con la aplicación de los instrumentos No.1 y No.2

Para efectos del estudio se infirió que existía desequilibrio de distribución geográfica del recurso humano cuando al comparar la tasa de categorías de recursos humanos en las diferentes regiones de salud se encontraba que en las

⁴⁰ XX Conferencias del C.O.I.C.M.: Op. Cit., Pág. 17

regiones con mayor cantidad de población urbana existía una mayor tasa de recursos humanos, y en las regiones con mayor cantidad de población rural existía menores tasas de recursos humanos para prestar servicios de salud a la población.

Se infirió que existía desequilibrio de distribución ocupacional cuando al comparar las tasas de recursos humanos existentes en las diferentes categorías ocupacionales se encontraba exceso o insuficiencia entre éstas.

Se definió el desequilibrio de los recursos humanos como la discrepancia existente entre la distribución geográfica y ocupacional de estos en las diferentes regiones de salud. Su medición se hizo con porcentajes; para cuantificar la magnitud del desequilibrio se utilizó la tasa por 10,000 habitantes.

Para efectos del estudio se acogió la definición conceptual expresada anteriormente.

E. INSTRUMENTOS:

En el estudio se utilizaron dos (2) tipos de instrumentos para responder al propósito y cumplir con el tema del mismo. Los dos instrumentos diseñados fueron cuestionarios, uno dirigido a las regiones de salud y el otro, a los hospitales nacionales. (Ver anexos No.1 y No.2), respectivamente.

El objetivo de estos cuestionarios fue diseñar un instrumento que permitiera conocer la estructura y distribución del recurso humano así como el perfil epidemiológico de la población.

Estos cuestionarios constaron de cinco (5) pasos, a saber: en primer lugar con base a las variables dependiente e independientes del estudio, se realizó un inventario de criterios que sirvieron para estimar las áreas de las cuales se deseaba obtener información; se tomó en cuenta características referentes al perfil epidemiológico y datos sobre la estructura, y distribución del recurso humano.

En segundo lugar, se elaboraron las preguntas que conformaron los cuestionarios. Se categorizaron las variables elaborando indicadores e índices para uso de los cuestionarios se hizo la operacionalización de los mismos con el fin de que permitieran la interpretación y análisis de ellos.

El tercer paso consistió en someter a validación con expertos los cuestionarios elaborados. Se procedió en cuarto lugar a la elaboración de la versión corregida.

En quinto lugar se conversó telefónicamente con los planificadores regionales para dar las explicaciones y solicitar la debida colaboración para el llenado de los

cuestionarios. Posteriormente se enviaron por correo los cuestionarios con sus respectivas notas de solicitud de colaboración. En la Región Metropolitana se visitó personalmente a los Directores Médicos, Jefes de Docencia Médica y Jefes de los Departamentos de Personal y de Registros Médicos y Estadísticas, así como a la Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social para obtener la información. También se visitó la Región de Panamá Este.

El instrumento de las regiones de salud fue aplicado en las doce regiones de salud y (Azüero, Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Panamá Este, Metropolitana, Panamá Oeste, San Blas, San Miguelito y Veraguas) y a la Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social; los mismos, fueron autoadministrados por los planificadores regionales (Dr. Carlos Muñoz, Dr. Daryl Padmore, Dra. Itzel Smith, Dr. Elio Bravo, Dr. Camilo Caballero, Dr. Rolando Jiménez, Dr. Carlos Gálvez, Dr. Ernesto Rottery, Dr. Edgardo Mata, Dr. Edison Murillo, Dra. Reina Roa y Dra. Sonia de Acosta) respectivamente; y en la Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social por el Ingeniero Alfonso Carrasco.

Todos los cuestionarios fueron devueltos con la información solicitada. Los datos se obtuvieron por unidad ejecutora; luego fueron agrupados para la estratificación según la organización de los servicios.

El instrumento de Hospitales Nacionales fue aplicado en el Santo Tomás, Hospital del Niño, Instituto Oncológico, Hospital Psiquiátrico, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hogar de la Esperanza, Hospital de Palo Seco (Brisas del Mar), Centro de Rehabilitación Infantil (CRI). Los ocho cuestionarios fueron devueltos con la información completa.

El análisis de los datos obtenidos se hizo mediante el uso de la estadística descriptiva (números y porcentajes) y de la estadística inferencial utilizando tasas, análisis de correlación, y aplicación de pruebas de significación estadística como la t de Student.

F. UNIVERSO O POBLACION:

El universo o población del estudio, estuvo constituido por las doce regiones de salud, ocho hospitales de la Región Metropolitana de Salud, el Centro de Rehabilitación Infantil (CRI), las Policlínicas y Clínicas Satélites de la Caja de Seguro Social en el Área Metropolitana.

El criterio para la aplicación de los cuestionarios fue el de ser una instalación de salud.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

A. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA-DOCUMENTAL:

La intención de realizar esta investigación fue la de recolectar información respecto a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud en cuanto al Desarrollo de los Recursos Humanos. La revisión de documentos con los informes de los diferentes eventos realizados muestran que los mismos han contado con el apoyo técnico-financiero de la OPS/OMS/PASCAP.

Por lo antes expuesto, se realizó una revisión bibliográfica de los antecedentes históricos del Desarrollo de los Recursos Humanos en la Organización Panamericana de la Salud. En la misma, se encontró que en esta Organización la primera referencia a la Planificación de Recursos Humanos se hizo en el año 1958.

Para el año 1961 de la Reunión de Punta del Este emana el acuerdo de determinar el número de personal necesario. En el año 1963, se da especial énfasis a la planificación de la formación médica. En el año 1967 se realizan estudios sobre Recursos Humanos (médicos, odontólogos), en Colombia y Venezuela respectivamente. Se realizaron estudios en otros países.

En el año 1972, se recomendó el desarrollo de procesos de planificación de recursos humanos en cada país; se sugirió el indicador de la relación 1 médico/1,000 habitantes; las metas trazadas fueron de orden numérico, sin criterio de utilización lo que llevó a desempleo y subempleo.

Para el año 1973, se dan las siguientes recomendaciones:

- Crear Unidades de Planificación en los Ministerios de Salud;
- Articular con el Sistema Formador;
- Desarrollar Sistemas de Información;
- Desarrollar Metodologías de Requerimiento de Personal;
- Desarrollar nuevos Perfiles de Personal;
- Formar Planificadores;
- Promover la Investigación en el campo de los recursos humanos.

Desde el año 1973 hasta la fecha, de la OPS/OMS han continuado emanando lineamientos, recomendaciones, estrategias, para tratar la situación de los recursos humanos.

Por su lado, los antecedentes históricos de la situación de desequilibrio en el recurso humano de salud en Panamá, muestran hechos relevantes suscitados en la década del 70; hechos que se dieron en la búsqueda de alternativas de

intervención a la problemática en mención. Entre los hechos se pueden mencionar:

- Para el año 1972, por mandato Constitucional se da la integración de los servicios de salud en las regiones del interior del país, como una medida para la extensión de la cobertura; este hecho trajo consigo el incremento de la fuerza laboral, ya que se nombró más personal dado que se estableció que ningún funcionario podía tener más de 8 horas de trabajo, se nombraron médicos especialistas en las áreas integradas buscando dar otros servicios a las comunidades más desprotegidas.

- Otro hecho relevante fue la creación de la Escuela de Enfermería Comunitaria de Azuero, la cual incrementó el número en la formación de este recurso humano dada la formación paralela que se daba en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Panamá.

- Surgen en esta década las ayudantes o asistentes de salud, recurso humano que fue capacitado para ofertar servicios de salud en las áreas más apartadas del país. Para que esta nueva figura del equipo de salud desarrollase sus tareas fue necesario la construcción de la infraestructura física necesaria, denominada Puesto de Salud, los que hoy día suman a 316; para la construcción de los Puestos de Salud se

obtuvo préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo.

- Se suscitaron en esta década del 70, dos huelgas médicas por reclamos de mejoras salariales lo que trajo como consecuencia negociaciones y acuerdos de huelga de aumentos salariales como lo es el bienal (aumento del salario cada dos años a los médicos y a los odontólogos); a la vez, otros gremios obtuvieron conquistas salariales, se crearon los escalafones en las distintas categorías ocupacionales, se equipararon los salarios entre las dos instituciones (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social) ya que antes de esa época los funcionarios del Ministerio de Salud eran menos remunerados que los de la Caja de Seguro Social. Los gremios ya existentes se fortalecieron y se crearon nuevos gremios, los cuales obtuvieron además de las mejoras salariales otras conquistas como la estabilidad laboral; por su parte, los gremios se comprometieron a velar por el mejoramiento de los servicios de salud.

Además de la situación antes descrita, la recolección de información sobre antecedentes y la búsqueda de fuentes informativas que permitieran conocer los intentos y esfuerzos por tratar la problemática del Desarrollo de los Recursos Humanos en Panamá, se pueden mencionar desde la década del 70 hasta la década del 90, los que a continuación se enlistan:

DÉCADA DEL 70:

Año 1976: Primer Seminario Nacional sobre recursos Humanos Para el Sector Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá y Ministerio de Salud. Patrocinio de FEPAFEM.

Año 1978: Estudio de Dotación de Personal de Enfermería. Ministerio de Salud. Asesoría, OPS.

Perfil de la Enfermera en Panamá. Ministerio de Salud.

Sistema de Enfermería de Panamá. Ministerio de Salud.

Año 1979: Normas para la Dotación de Personal de Enfermería. Estudio de Recursos Humanos. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Estudio de Recursos Humanos. Encuesta realizada por el Ministerio de Salud y colaboración de la OPS; con el objetivo de conocer el perfil ocupacional, edad, antigüedad y otros factores que condicionan el comportamiento del recurso humano.

DÉCADA DEL 80:

Año 1982: Curso Taller Centroamericano sobre la Meta Salud para Todos en el Año 2000 con énfasis en el Componente de Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Adiestramiento en Salud Para Centroamérica y Panamá.

Año 1983: Taller Nacional de Política y Planificación de Recursos Humanos en Salud.

Año 1985: Taller Nacional sobre Políticas y Planificación de Recursos Humanos en Salud. MINSA, OPS, PASCAP.

Seminario Taller del Sistema de Educación Permanente para el Personal de Salud. MINSA, OPS/OMS, PASCAP.

Política Nacional de Salud. (1985-1989)

Año 1988: Curso de Maestría de Salud Pública.

DÉCADA DEL 90:

Año 1990: Política de Salud, incluye Política de Recursos Humanos.

Plan Nacional de Salud (1990-1994).

Conformación de un Grupo Interinstitucional (servicio, gremio, docencia).

Taller Nacional de Política de Recursos Humanos en Salud.

Estudio de Dotación de Personal de Enfermería en la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás.

Taller Interregional sobre Educación Permanente en los Servicios de Salud.

Seminario Taller de Capacitación a Grupos Conductores Regionales para el Desarrollo de la Educación Permanente en Salud.

Seminario Taller de Tecnología Educativa en Azuero

Seminario Taller de Tecnología Educativa en apoyo a los procesos de Educación Permanente, Coclé.

Seminario Taller de Tecnología Educativa, Panamá Este.

Seminario Taller de Tecnología Educativa, Panamá Oeste.

Seminario Taller Interregional sobre el 1er. Intercambio de Experiencias en el Desarrollo de los procesos educativos.

Seminario Taller de Tecnología Educativa para docentes, Región Metropolitana de Salud.

Jornada de Intercambio de Experiencias sobre participación comunitaria a nivel local, Colón.

Jornada Interinstitucional de Desarrollo Educativo de Recursos Humanos.

Año 1991: Taller Nacional Sobre la Situación de los Recursos Humanos en Salud en Panamá. MINSA, OPS/OMS, PASCAP.

Curso de Maestría de Salud Pública.

Capacitación, Aplicación y Recolección de datos de la Encuesta sobre Recursos Humanos en Salud.

Primer Encuentro Regional sobre el Desarrollo de las Unidades Docentes Locales.

Jornada Nacional de Evaluación y Reorientación de los procesos locales y regionales de Educación Permanente en el concepto de SILOS.

Taller sobre Educación Permanente en Salud para Unidades Docentes Locales.

Apoyo al Fortalecimiento de la Infraestructura Técnico-Docente de la Unidad Docente Regional.

Seminario Taller sobre Metodología de Educación Permanente y de Investigación Acción.

Seminario de Metodología Docente e Integración de la Unidad Docente Regional y Unidad Docente Local.

Seminario Taller de Tecnología Educativa y Educación Permanente.

Reunión Preparatoria para el Taller Nacional sobre la problemática de los Recursos Humanos en Salud.

Taller para la consolidación de la Unidad Docente Regional y la Integración de las Unidades Docentes Locales a los proyectos de desarrollo de la educación permanente.

Año 1992: Foro Nacional de Análisis del Desarrollo de los Recursos Humanos.

Seminario Taller de Metodología de la investigación.

Seminario de Fortalecimiento de las Unidades Docentes Regionales.

Segunda Jornada de Coordinación entre las Unidades Docentes Regionales y las Unidades Docentes Locales.

Jornada de Capacitación para la Programación de la Segunda Fase del Proyecto DANIDA.

Taller de Planificación Estratégica.

Reunión Técnica de Análisis de los problemas de Implementación de la Educación Permanente.

Taller de Intercambio de Experiencias de Coordinadores de las Unidades Docentes Regionales y Jefes de Programas del Nivel Nacional.

Análisis de la Metodología de Educación Permanente y Elaboración de Planes de Trabajo, Veraguas

Análisis de la Metodología de Educación Permanente y Elaboración de Planes de Trabajo, Coclé.

Análisis de la Metodología de Educación Permanente y Elaboración de Planes de Trabajo, Azuero.

Programación de Planes de Acción de la Segunda Fase del Proyecto DANIDA.

Creación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud.

Seminario Taller sobre Programación Local, SIS de Panamá Oeste. MINSA, ESCUELA DE SALUD PUBLICA, OPS/OMS, PASCAP.

Análisis Prospectivo de la Escuela de Salud Pública.

Evaluación del Desempeño, SIS Colón

Encuesta Nacional de Recursos Humanos

Curso de Maestría de Salud Pública

Curso Básico de Salud Pública

Año 1993: Sistema de Evaluación de Enfermería

Reglamentación de la Práctica de Enfermería

Manual de Funciones de Enfermería

Seminario Taller de Programación Local en Veraguas.

Seminario Taller de Programación Local, Colón.

Evaluación del Desempeño, SIS Colón.

Evaluación del Desempeño, Región Metropolitana

Evaluación del Desempeño, Región de San Miguelito.

Análisis Prospectivo de la Práctica de Enfermería

Encuesta Nacional de Recursos Humanos

Estudio Descriptivo sobre Capacitación en Salud en Panamá.

Creación de la Unidad Docente Nacional

Taller de Análisis de Problemas Para la Implementación de la Educación Permanente.

Reunión Técnica de Análisis de la Problemática de Temas Prioritarios Para el Desarrollo de Recursos Humanos.

Estudio sobre la Caracterización de la Situación en Recursos Humanos en Salud, Panamá.

Curso de Planificación Estratégica

Curso de Maestría de Salud Pública

Seminario Taller de Capacitación para Planificadores Regionales.

Curso Básico de Salud Pública

Taller sobre Administración de Servicios de Salud para Directores del Nivel Regional y Local.

Taller de Elaboración de la Metodología de Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Educación Permanente.

Taller de Intercambio de Experiencia de Facilitadores del Proceso de Educación Permanente.

Taller Nacional de Intercambio de Experiencia del Proceso de Implementación de la Metodología de Evaluación del Desempeño.

Año 1994: Evaluación del Desempeño, SIS Colón

Evaluación del Desempeño, Región de San Miguelito.

Investigación operativa sobre Problemas Críticos de los Recursos Humanos.

Jornadas de Trabajo de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud.

Jornadas de Trabajo para la organización de un Foro Orientador.

Curso de Maestría de Salud Pública.

Elaboración de Documento sobre la Situación de los Recursos Humanos, aspecto de Integralidad.

Taller sobre el Enfoque Estratégico en la Coordinación Institucional para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.

Cabe mencionar que los datos obtenidos con la revisión bibliográfica muestran que los diferentes eventos realizados han respondido a las líneas emanadas de la OPS/OMS.

Se hace la observación que en la recolección de datos sólo se obtuvo la información antes mencionada; no quiere decir que no se hayan realizado otros esfuerzos. Por tal razón, se solicita disculpas en caso de omisión de algún documento.

Se ha apreciado los esfuerzos realizados en busca de alternativas de intervención al grave problema existente en el área de los recursos humanos en Panamá; de igual forma en los otros países de la Región también se han realizado esfuerzos sobre esta área con logros poco significativos.

Con base en los datos recabados de los documentos enlistados, se esquematizó utilizando el modelo de la historia natural de los desequilibrios lo que se considera son los indicadores, acciones preventivas e intervenciones al problema de los recursos humanos de salud en Panamá, (Figura No.8).

FIGURA No.8

INDICADORES, ACCIONES PREVENTIVAS E INTERVENCIONES AL PROBLEMA DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN PANAMÁ

INDICADORES	PREPATOLOGICO FACTORES DE RIESGO	PATOLOGÍA INICIAL SIGNOS Y SÍNTOMAS	PATOLOGÍA AVANZADA COMPLICACIONES
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de Política bien definida de Desarrollo del Recurso Humano en Salud dentro del Plan de Desarrollo Nacional. 2. Carencia de Política Administrativa bien definida acorde con la realidad nacional. 3. Prevalencia del modelo curativo. 4. No aplicación de mecanismos de Evaluación del Desempeño del Equipo de los Servicios de Salud. 5. Prevalencia del criterio político sobre el criterio técnico. 6. Carencia de presupuesto adecuado para la ejecución de una política administrativa acorde a la realidad nacional. 7. Creencia de que el Estado es el único empleador. 8. Falta de estudios cualitativos sobre el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiencia en la coordinación entre los actores involucrados para la formación, utilización, distribución, administración y aprovechamiento del Recurso Humano en Salud. 2. Planificación y Programación deficiente del Recurso Humano en Salud. 3. Incremento en las especialidades y sub-especialidades médicas. 4. Falta de un plan de promoción e incentivos al personal de salud acorde a su nivel de capacitación, habilidades, destrezas etc. 5. Dificultades de los nuevos profesionales de algunas categorías ocupacionales para obtener empleo. 6. Escasez de categorías ocupacionales necesarias para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobreproducción de algunas categorías. 2. Subempleo 3. Desempleo 4. Mala distribución del recurso 5. Fuga de profesionales. 6. Subutilización del recurso humano. 7. Falta de algunas categorías ocupacionales.

NIVEL DE PREVENCIÓN	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
GENERAL:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un Sistema de Desarrollo de Recursos Humanos que incluya los SubSistemas de: <ul style="list-style-type: none"> - Formación - Utilización - Administración - Distribución - Aprovechamiento. 2. Crear un Sistema de información viable y factible que posibilite la obtención de datos oportunos veraces y confiables. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar oportunamente las diversas situaciones que se estén presentando en el Desarrollo de los Recursos Humanos. 2. Tratar oportunamente las fallas que se identifiquen que estén afectando el desarrollo de los Recursos Humanos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscarle corrección a la situación de desequilibrio geográfico y ocupacional (Limitación de la incapacidad). 2. Buscar equidad a la oferta de servicios de salud a la población. (Rehabilitación).
PROTECCIÓN ESPECÍFICA:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar diagnóstico de la situación de salud para determinar las necesidades reales del número y tipo de personal necesario 2. Crear un sistema de investigaciones continuas y permanentes de los factores de riesgo, signos y síntomas así como de las complicaciones existentes en el Desarrollo de los Recursos Humanos. 		

INTERVENCIONES:

- | | | |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar los servicios sanitarios y el desarrollo del personal de salud. 2. Establecer Política y Plan de Desarrollo de Recursos Humanos enmarcados en el Plan de Desarrollo Nacional del País. 3. Establecer un Sistema Integral de Evaluación del Desempeño del Recurso Humano y de los Servicios de Salud. 4. Poner en ejecución un Sistema de Información integral del Recurso Humano a nivel local, regional y nacional que facilite información oportuna y confiable para la toma de decisiones. 5. Aumentar la capacidad resolutoria de los Recursos Humanos en Salud mediante el Desarrollo de Programas de Educación Permanente. 6. Poner en ejecución un Sistema de Administración y Desarrollo del Recurso Humano. 7. Realizar estudios cualicuantitativos concretos que permitan la identificación de problemas y tomar decisiones inmediatas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Restringir la producción de las categorías ocupacionales que estén encontrando limitación para la obtención de empleo. 2. Promover la formación de categorías ocupacionales necesarias para el logro de la Meta Salud Para Todos en el Año 2000. 3. Identificar áreas específicas de adiestramiento y capacitación de Recursos Humanos según la situación de salud de la población. 4. Buscar la coordinación eficiente entre los actores involucrados acorde a las necesidades del país para la formación, utilización, distribución, administración y aprovechamiento del Recurso Humano en Salud. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Redistribución o reorganización del Recurso Humano en Salud de acuerdo con Salud Para Todos en el Año 2000. 2. Orientar el modelo de atención hacia la Promoción de la Salud. 3. Poner en ejecución a nivel local, regional y nacional un Sistema de producción y rendimiento del Recurso Humano. 4. Descentralizar y desconcentrar los servicios de salud. |
|---|--|---|

 FUENTE: Informes Técnicos de Talleres, Seminarios, Comisiones, Jornadas de Trabajo, y otros sobre Recursos Humanos de Salud en Panamá. 1976-1994

Es importante señalar que lo plasmado en la Figura No.8, es el producto de un sinnúmero de eventos en los que han participado los actores involucrados en el Desarrollo de los Recursos Humanos (servicio-gremio-docencia-sector privado de salud y otros); esfuerzos que han permitido la creación de espacios de discusión, reflexión y toma de conciencia de la problemática existente.

La esquematización antes mostrada, refleja la situación de desequilibrio de distribución geográfica y ocupacional del recurso humano así como otros aspectos importantes del desarrollo del recurso humano.

Es importante señalar que en los documentos revisados puede apreciarse que desde el año 1976 se detectaron situaciones que han continuado identificándose hasta el año 1994, y que continúan sin resolver; de igual forma, algunas de las recomendaciones dadas en 1976, surgen en los siguientes años y a las que se les ha tratado de dar respuesta, sin embargo las acciones realizadas no han sido efectivas.

Se cree conveniente, retomar los esfuerzos realizados y buscar la manera de llegar a la concretización de algunas recomendaciones para así intervenir en el problema.

B. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO:

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INFORMACIÓN:

Tomando como base la información obtenida con la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a las Regiones de Salud, Hospitales Nacionales y otras Instalaciones del área Metropolitana; así, como los datos de los Informes del Censo de Población y Vivienda de 1990, los resultados de la Encuesta de Vitamina A 1992 y del Documento Mapa de la Pobreza, se hizo el análisis descriptivo que se presenta.

El análisis, permite conocer: la estructura y distribución del recurso humano de salud, el perfil socioepidemiológico de la población panameña; se logra clasificar la estructura del recurso humano según la organización de los servicios; conocer la tasa de las categorías de recursos humanos y relacionar el perfil socioepidemiológico de las regiones de salud con el recurso humano existente.

Los datos del perfil social se obtuvieron de los Resultados de los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1990; los datos del perfil epidemiológico se lograron con la aplicación de los instrumentos de recolección de datos No.1 y No.2. En el Anexo No.3, se localizan los datos respectivos.

1.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN A NIVEL DE LA REPÚBLICA:

La República de Panamá según el Censo de 1990 tiene una población de 2,329,329 habitantes; de estos, el 51.8% es población urbana y el 48.2 % es población rural según se observa en el Cuadro No.2 y Figura No.11; de esta estructura poblacional, el 55.9% corresponde al sexo femenino y el 45.1% al sexo masculino, observándose una pirámide con base ancha desde los 0 a los 14 años de edad, que empieza a achicarse a partir de los 15 años y va decreciendo a medida que se aumenta en edad como se observa en la Figura No.1. La densidad poblacional promedio a nivel del país es de 30.8 Hbt/km², la que oscila entre 1.5 Hbt/Km² y 4,860.5 Hbt/km². De allí que, cuando se hace el análisis por provincias puede observarse que el promedio de la República no puede aplicarse a cada una de las provincias; ya que los porcentajes de población urbana y rural así como los promedios de densidad poblacional son variables y muy significativos en áreas como San Blas, Darién, Bocas del Toro, Veraguas, y Los Santos.

En el Cuadro No.3, se observa la totalidad de instalaciones de salud existentes en el país para ofertar los servicios de salud a la población, las que ascienden a 654. De la totalidad, el 48.4%, son Puestos de Salud, 16.2%

SubCentros de Salud, 22.4% Centros de Salud, 3.7% Policlínicas, 2.4% Hospitales de Medicina General, 1.7% Hospitales Generales, 1.1% Hospitales Especializados, 2.4% Clínicas Satélites de la Caja de Seguro Social en el Área Metropolitana, y el 1.7% otras instalaciones.

La relación de instalaciones por población es de 2.8 instalaciones por 10,000 habitantes; la cifra utilizada para la estimación de tasas de las diferentes categorías ocupacionales y otros aspectos relacionados con el perfil social fue de 2,562,826 habitantes (estimada a junio de 1993)

Para atender a la población se cuenta con 20,565 funcionarios que laboran en las instalaciones de salud, la información que aparece en el Cuadro No.6.El Cuadro No.5, permite apreciar la distribución del recurso humano existente según la organización de los servicios y en el mismo se observa que en los Puestos de Salud labora el 1.4% del recurso humano, el 0.3% en Subcentros de Salud, el 16.4% en Centros de Salud, el 16.3% en Policlínicas, el 66.0% en Hospitales, y el 0.6% en otras instalaciones.

Los datos de la Tabla No.1, permiten identificar el desequilibrio geográfico de los recursos humanos en el país.

TABLA No. 1

**TASA DEL RECURSO HUMANO EN LA REPÚBLICA
DE PANAMÁ SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO: 1993**

REGIÓN DE SALUD	TASA/10,000 HABT.
TOTAL DEL PAÍS	80.24
AZUERO	86.11
BOCAS DEL TORO	47.74
COCLÉ	52.30
COLÓN	60.32
CHIRIQUÍ	65.42
DARIÉN	46.77
PANAMÁ ESTE	59.77
PANAMÁ OESTE	57.96
METROPOLITANA	183.77
SAN BLAS	30.72
SAN MIGUELITO	31.38
VERAGUAS	52.17

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos de Regiones de Salud, Cuestionario de Recolección de Datos de Hospitales Nacionales y otras Instalaciones del Área Metropolitana.

La distribución de los recursos humanos en las diferentes categorías ocupacionales se observa en el Cuadro No.7, y es del siguiente orden: 12.8% enfermera, 14.3% médico, 2.9% odontólogo, 1.6% farmacéutico, 0.3% nutricionista, 0.7% trabajadora social, 3.3% laboratorista, 0.2% educador para la salud, 1.2% inspector de saneamiento, 1.2% técnico de rayos x, 2.6% asistente de farmacia, 1.0% asistente de laboratorio,

13.5% auxiliar de enfermería, 1.8% ayudante de salud, 11.5% otras categorías, 31.1% administrativos.

La tasa de estos recursos por cada 10,000 habitantes en el país es de 80.24; la tasa según las diferentes categorías ocupacionales puede apreciarse en la Tabla No.2. La tasa más alta corresponde al recurso humano médico (11.43); le continúan en orden decreciente el personal auxiliar de enfermería (10.86), enfermera (10.29), laboratorista (2.67), odontólogo (2.30), asistente de farmacia (2.09), farmacéuticos (1.25), asistente de salud (1.41), técnico de rayos x (0.99), inspector de saneamiento ambiental (0.97), asistente de laboratorio (0.80), trabajadora social (0.53), nutricionista (0.23), educador para la salud (0.20).

La tasa de 9.21 corresponde a otras categorías (incluye a otros recursos humanos que brindan servicios de atención directa en apoyo, diagnóstico o tratamiento. La tasa del personal administrativo es de 25.02.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que en Panamá se da el desequilibrio ocupacional y coincide con lo expresado en el marco teórico en el sentido de que este desequilibrio se produce cuando las categorías de recursos humanos de salud que interactúan y colaboran están excesiva o insuficientemente representadas en el equipo de salud.

TABLA No.2

**CATEGORÍAS OCUPACIONALES DEL RECURSO HUMANO
DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ,
POR NÚMERO Y TASA. AÑO 1993**

CATEGORÍA OCUPACIONAL	NÚMERO	TASA a>
TOTAL DEL PAÍS	20,565	80.24
MÉDICO	2,931	11.44
ENFERMERA	2,636	10.29
ODONTÓLOGO	589	2.30
LABORATORISTA	685	2.67
FARMACÉUTICO	320	1.25
NUTRICIONISTA	60	0.23
TRABAJADORA SOCIAL	135	0.53
EDUCADOR PARA LA SALUD	52	0.20
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	248	0.97
TÉCNICO DE RAYOS X	254	0.99
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2,783	10.86
ASISTENTE DE FARMACIA	535	2.09
ASISTENTE DE LABORATORIO	204	0.80
ASISTENTE/AYUDANTE DE SALUD	361	1.41
OTRAS CATEGORÍAS	2,361	9.21
ADMINISTRATIVOS	6,411	25.02

a> Por 10,000 habitantes

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos a las Regiones de Salud,
Cuestionario de Recolección de Datos a Hospitales Nacionales y
otras Instalaciones del Área Metropolitana.

Estos resultados muestran la diferencia o desequilibrio existente entre las distintas categorías ocupacionales que sin duda alguna responden al modelo de atención vigente, por lo que guarda congruencia con el mismo (más médicos, más enfermeras y más auxiliares de enfermería por cada 10,000 habitantes; y menos de las otras categorías ocupacionales, especialmente nutricionistas, educadores para la salud e inspectores de saneamiento ambiental); recurso humano éste, que de incrementarse estaría en compatibilidad con la Meta Salud Para Todos en el Año 2,000 que requiere de este tipo de recurso humano para la promoción y fomento de la salud a fin de prevenir enfermedades a la población.

En el Cuadro No.8 se presentan los datos referentes a la tasa de las especialidades médicas, en la misma se observa la gama de éstas, así como el desequilibrio existente entre las mismas; los resultados ponen de manifiesto que en Panamá, se cumple lo expuesto en el marco teórico referente a que el desequilibrio entre las especialidades médicas se presenta desde dos dimensiones; la una, es la que se da entre la distribución de médicos generales y médicos especialistas; la otra, es la que se presenta entre las especialidades médicas.

Se distingue que la tasa de médicos generales es menor que la tasa de médicos especialistas; la tasa entre las especialidades y subespecialidades médicas es variable.

TABLA No.3

**DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA TASA DE MÉDICOS
ESPECIALISTAS Y MÉDICOS GENERALES EN LA
REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 1993**

REGIÓN DE SALUD	TASA/10,000 HABITANTES	
	Especialista	Méd. General
TOTAL DEL PAÍS	5.95	3.77
AZUERO	4.93	4.66
BOCAS DEL TORO	1.36	3.17
COCLÉ	1.63	3.04
COLÓN	3.75	3.50
CHIRIQUÍ	3.61	2.72
DARIÉN	1.35	2.13
PANAMÁ ESTE	3.13	2.74
PANAMÁ OESTE	3.18	4.86
REGIÓN METROPOLITANA	18.12	5.83
SAN BLAS	1.25	2.25
SAN MIGUELITO	2.38	2.91
VERAGUAS	2.84	2.75

FUENTE: Cuestionario de Recolección de Datos a las Regiones de Salud, Cuestionario de Recolección de Datos a Hospitales Nacionales y otras Instalaciones del Área Metropolitana.

Los resultados muestran congruencia con el modelo de atención vigente en el país.

Esta gama de subespecialidades médicas es indudablemente el efecto de lo que ha sido el desarrollo científico-

tecnológico por un lado; por otro, las creencias de la sociedad misma que exige de los profesionales de la salud mejor y mayor atención especializada.

La información respecto a las especialidades médicas permite visualizar que la tasa de especialistas en el país es de 5.36 por 10,000 habitantes. La tasa más alta se localiza en el Área Metropolitana (18.12), le continúan Azuero (4.93), Colón (3.75), Chiriquí (3.61), Panamá Oeste (3.18), Panamá Este (3.13), Veraguas (2.84), San Miguelito (2.38), Coclé (1.63), Bocas del Toro (1.36), Darién (1.35), San Blas (1.25).

La tasa de médico general es de 3.77 por 10,000 habitantes en el país. La tasa más alta de estos, se localiza en el Área Metropolitana (5.83), le continúan Panamá Oeste (4.86), Azuero (4.66), Colón (3.50), Bocas del Toro (3.17), Coclé (3.04), San Miguelito (2.91), Veraguas (2.75), Panamá Este (2.74), Chiriquí (2.72), San Blas (2.25), Darién (2.13)

El anterior análisis permite hacer la siguiente caracterización de la estructura y distribución del recurso humano de salud que labora en instalaciones del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social según la Organización de los Servicios:

- el recurso humano de Salud oferta servicios a una población eminentemente joven; población ésta, que en un 51.8%

es población urbana, y el 48.2% es población rural;

- el mayor porcentaje del recurso humano se encuentra ubicado en instalaciones de mediana y alta complejidad;

- la totalidad del recurso humano asciende a 20,565 funcionarios, ocupando los mayores porcentajes de los que dan atención directa: los médicos (14.3%), enfermeras (12.8%), y auxiliares de enfermería (13.5%);

- se evidencia desequilibrios geográficos y ocupacionales en el Recurso Humano de Salud en Panamá.

Otro aspecto que interesa identificar en esta investigación es el referente a cuanta asociación existe entre el recurso humano en las diferentes Regiones de Salud para ofertar los servicios de salud y el perfil socioepidemiológico de la población.

Se puede observar en el Mapa No.2 la información referente a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas según distrito en donde a nivel del país se conjugan las necesidades básicas de vivienda, educación y salud para dar así el índice de satisfacción de las mismas en los 68 distritos de la República de Panamá. La información permite observar la clasificación de los distritos los cuales han sido ordenados por la Sección de Análisis Social del Departamento de Planificación Social del Ministerio de

Planificación y Política Económica (MIPPE) en un rango que va de cero (0) peor situación a cien (100) mejor situación.

En el Cuadro No.10, se observa que siete distritos tienen niveles muy bajos de satisfacción de necesidades básicas, 11 distritos están catalogados en un nivel bajo, 12 en medio bajo, 17 medio alto y 21 en alto.

La información sobre los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda puede observarse en el Mapa No.3 y Cuadro No.11; en los mismos se aprecia que el distrito de Chiriquí Grande en Bocas del Toro tiene 0.0 nivel de satisfacción mientras que el distrito de Chitré en la provincia de Herrera tiene el 100.0 nivel de satisfacción. Para la clasificación y ordenamiento de los distritos, en el MIPPE se basaron en datos tales como: abastecimiento de agua, tipo de piso, alcantarillado; que son apreciables en los cuadros No.12, No.13, No.14.

Se observa que el promedio de habitantes por vivienda en la República es de 4.4; el promedio más alto se encuentra en la Comarca de San Blas (7.9), le continúan Bocas del Toro con 5.6; el promedio más bajo se ubica en la provincia de Los Santos con 3.6

Respecto al abastecimiento de agua de beber el 16.7% de las viviendas utilizan otro tipo diferente a acueducto y pozo

sanitario; el 80.7% se abastece de acueducto y el 2.8% se abastece de pozo sanitario.

Según la fuente de abastecimiento de agua, el 51.8% tiene la instalación dentro de la vivienda, mientras que el 48.2% no lo tiene dentro de la vivienda.

Es importante señalar que el 8.3% de las viviendas se abastecen de agua de beber no potable, tomándola de río o quebrada, brocal no protegido y agua lluvia.

Los datos de la clase de servicio sanitario indican que el 29.3% de las viviendas están conectadas a alcantarillado, el 14.9% a tanque séptico, el 43.9% utiliza el hueco letrina y el 11.9% no posee servicio sanitario. Los datos del tipo de piso de la vivienda revelan que el 18,5% de éstas, poseen piso de tierra.

Respecto a los datos de los niveles relativos de satisfacción de necesidades de educación en el Mapa No.4 y Cuadro No.15, se aprecia la misma. Para la clasificación y ordenamiento en el MIPPE, se basaron en datos de analfabetismo, nivel de instrucción, población de 15-39 años de edad que asiste a algún año de universidad, información observable en los Cuadros No.16, No.17, y No.18.

En el ordenamiento de los distritos se aprecia que el Distrito de Chiriquí Grande aparece con 0.0 nivel de satisfacción y el distrito de San Miguelito con 100.0 nivel de satisfacción. Otro dato es el que señala que el 10.7% de la población de 10 años y más de edad en el país, es analfabeta, los mayores porcentajes de analfabetismo se encuentran en la Comarca de San Blas (40.0%), Bocas del Toro (30.1%), Darién (30.4%) y Veraguas (21.9%).

Los datos del nivel de instrucción muestran que la mediana de años aprobados en la República es de 6.7; que el 46.7% de la población de 6 años y más de edad no tiene ningún grado de instrucción, el 46.7% tiene algún grado de primaria, el 33.5% tiene algún año de secundaria y el 8.5% tiene algún año universitario.

La información respecto a la población de 15 a 39 años de edad que asiste a algún año universitario muestra que las mujeres asisten en mayor porcentaje que los hombres.

En lo que respecta a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud los analistas del MIPPE se basaron en datos del estado nutricional, atención profesional al parto, esperanza de vida.

En el Mapa No.5 y Cuadro No.19 se observa la respectiva

información; en la misma se indica que Chiriquí Grande tiene 0.0 nivel de satisfacción y Chitré tiene el 100.0 nivel de satisfacción de estas necesidades. El Mapa No.6 y los Cuadros No.23, No.24, No.25, y No.26, muestran información respecto al estado nutricional de algunos grupos etéreos.

Los indicadores de salud para el año 1992, muestran que el promedio de la esperanza de vida en el país es de 72.7 años, siendo en las áreas urbanas de 74.5 y en las áreas rurales de 71.7. La esperanza de vida es más alta en las mujeres (74.8) que en los hombres (70.7).

La tasa estimada de mortalidad general por 1,000 habitantes es de 5.3, en menores de un año 25.4, neonatal 15.7 y la defunción materna (x 10,000 nacidos vivos) es de 5.0

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud, la cobertura de inmunización en menores de 1 año es menor que la cobertura en niños de 1-4 años. La cobertura de toxoide tetánico a la embarazada es baja (34.3%); se observa también, bajas coberturas en la atención en crecimiento y desarrollo especialmente en los grupos de 1-4 años.

Los datos respecto a las principales causas de morbilidad muestran que en los grupos de menor de 1 año hasta los 15 años, la primera causa la constituye la Infección Respiratoria

Aguda; en el grupo de 20 años y más, la primera causa es la hipertensión arterial; en las maternas, la anemia y en ginecología la cervicitis. Ver el Cuadro No.20

Referente a las primeras causas de muerte con certificación en la República, los tumores malignos ocupan el primer lugar con una tasa de 55.11/100,000 habitantes; los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias ocupan el segundo lugar (52.4/100,000); en tercer lugar están las enfermedades cerebrovasculares (39.3/100,000); el infarto agudo del miocardio (28.0) en cuarto lugar; y en quinto lugar con una tasa de 22.4, aparecen ciertas afecciones originadas en menores de 1 año. Ver Cuadro No.21

En cuanto a la tasa de enfermedades transmisibles, para 1992 la tasa más alta correspondió a las enfermedades respiratorias (9,032.6/100,000); le continúan en orden decreciente la influenza (5,567.9), la diarrea (3,614.1), varicela (454.4), enfermedad inflamatoria pélvica (183.2), rubeola congénita (115.2), gonorrea (102.4), amebiasis (99.4), cólera (96.2), leishmaniasis (59.1); existen otras causas con tasa menor a 50. Ver el Cuadro No.22

En el Cuadro No.23, puede verse los principales problemas nutricionales en Panamá desde el año 1967 hasta el año 1992. Se observa que la desnutrición protéico-calórica constituye la

primera causa identificada; en segundo lugar aparecen las anemias nutricionales específicamente la deficiencia de folatos; la tercera causa la constituye la deficiencia de Vitamina A, y la cuarta causa el bocio endémico.

Respecto a los datos del estado nutricional obtenidos con la encuesta de Vitamina A aplicada en 1992, se observa que según el indicador Peso/Talla el 66.5% de los niños de 12-39 meses de edad tienen un estado nutricional normal, el 13.3% presenta sobrepeso y obesidad, el 18.7% tiene desnutrición leve, el 1.4% tiene desnutrición moderada y el 0.1% tiene desnutrición grave.

Según el indicador Talla/Edad, el 56.6% presenta un estado nutricional normal, el 14.8% presenta sobretalla, el 19.2% presenta retardo leve, el 7.3% retardo moderado y el 2.1% tiene retardo grave.

En el indicador Peso/Edad, el 56.4% presenta estado nutricional normal, el 12.5% presenta sobrepeso y obesidad, el 24.0% presenta desnutrición leve, el 6.2% desnutrición moderada y el 0.9% presenta desnutrición grave.

La situación social imperante en el país muestra que existe relación directa positiva entre el perfil social y el recurso humano existente en las diferentes regiones de salud

del país; se observa pues, que a mejor situación social mayor cantidad de recursos humanos, y a peor situación social menor cantidad de recursos humanos.

Se aprecia así, que las regiones de Salud de San Blas, Darién y Bocas del Toro con tasas de recursos humanos respectivas de 30.72, 46.72 y 47.74 por cada 10,000 habitantes, son las Regiones de Salud cuyos niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas del 100.0% de sus distritos están categorizados en muy bajo (0-19.99) y bajo (20-39.99); mientras que Chiriquí, Azuero y Región Metropolitana de Salud que cuentan con tasa de recursos humanos por 10,000 habitantes de (65.42), (86.11) y (183.77) respectivamente, tienen más del 50.0% de sus distritos categorizados en niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas en medio alto (60-79.99) y alto (80-100).

La situación antes expuesta corrobora la situación de desequilibrio geográfico existente en el país, excepto en la Región de Salud de Azuero; en donde las Regiones con menos recursos humanos son las que menos áreas urbanas tienen y a la inversa, las Regiones con más recursos humanos son las que más áreas urbanas tienen; por ende, mejores condiciones de vida.

Con este primer análisis de tipo descriptivo se cumple el supuesto planteado en esta investigación respecto a la

existencia de desequilibrios de distribución geográfica y de distribución ocupacional del recurso humano que labora en las diferentes regiones de salud del país en instalaciones del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social; a la vez, guarda coherencia con lo expuesto en el Marco Teórico en cuanto a que los desequilibrios de distribución geográfica se dan entre recursos humanos en poblaciones urbanas y poblaciones rurales; que los desequilibrios ocupacionales se dan entre las categorías ocupacionales y entre las categorías de médicos generales y médicos especialistas.

Por su parte, el supuesto referente a la disociación existente entre el recurso humano y el perfil socioepidemiológico, no se cumple en su totalidad; por el contrario, en un alto porcentaje se da una asociación entre las variables en mención. Sin embargo, este comportamiento explica la situación de desequilibrio geográfico en donde a mejores condiciones de vida más recursos humanos y viceversa, a peores condiciones de vida menos recursos humanos.

El análisis hasta aquí expuesto, hace referencia a la situación global del país en cuanto a estructura y distribución del recurso humano, así como del perfil socioepidemiológico de la población. Sin embargo, se ha creído conveniente realizar un análisis descriptivo de cada Región de Salud, con la intención de obtener una visión más real de lo

que ocurre en cada una de ellas.

Este análisis está referido a la población de responsabilidad, estructura y distribución del recurso humano según la organización de los servicios de salud, distribución del recurso humano según las diferentes categorías ocupacionales, especialidades médicas y el perfil socioepidemiológico de su población.

1.2. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE AZUERO:

Esta Región de Salud cuenta con una población que asciende a 170,628 habitantes, de la que 56,937 (33.4%) corresponde a población urbana, y 113,691 (66.6%) es población rural. La Región de Salud está constituida por dos provincias, a saber: la Provincia de Herrera con 93,681 habitantes, de los cuales el 43.7% es población urbana y el 56.3% es población rural; en esta provincia la densidad promedio es de 40 Hbt/km², con un rango de oscilación entre 19.3 y 381.4. Por su parte, la provincia de Los Santos tiene 76,947 habitantes, y de éstos el 20.8% es población urbana y el 79.2% es población rural, con una densidad promedio de 20 Hbt/km², la cual oscila entre 7.2 y 50.8 Hbt/km².

Para atender a la población en lo que a salud se refiere, existen en la Región un total de 70 instalaciones de Salud

Mapa No.7 y Cuadro No.27; de éstas, siete son Hospitales, tres Policlínicas, 19 Centros de Salud y 41 SubCentros de Salud; contando así con el 10.3% del total de instalaciones de salud existentes en el país, siendo la región de Salud que cuenta con un 18.4% del total de Hospitales y de éstos, con el 33.3% de Hospitales Especializados. Estas instalaciones constituyen el 10.7% de la totalidad existentes en el país.

En esta Región de Salud según la información recabada se cuenta con 1,389 funcionarios distribuidos en las diferentes instalaciones según la organización de los servicios como se aprecia en el Cuadro No.30; estos funcionarios representan el 7.6% de la totalidad de funcionarios existentes en el país constitutivos de la población estudiada. La tasa de la totalidad del recurso humano por 10,000 habitantes es de 85.7.

En referencia a las categorías ocupacionales puede observarse, que del total de funcionarios existentes en esta Región de Salud, el 12.2% corresponde a médico, el 12.8% a enfermera, 3.4% a odontólogo, 1.4% a farmacéutico, 0.3% nutricionista, 0.5% trabajadora social, 1.8% inspector de saneamiento ambiental, 0.2% educador para la salud, 2.5% laboratorista, 21.0% auxiliar de enfermería, 0.8% asistente de laboratorio, 2.7% asistente de farmacia, 1.7% a técnico de rayos x, 15.0% otras categorías, 23.7% administrativo.

También se registra información de los cálculos correspondientes a las tasas de las categorías ocupacionales en las que se puede observar que en esta Región por cada 10,000 habitantes de los 182,557 estimados a 1993, existen 10.5 médicos, 2.8 odontólogos, 11.0 enfermeras, 2.1 laboratoristas, 1.2 farmacéuticos, 0.3 nutricionistas, 0.5 trabajadoras sociales, 18.0 auxiliares de enfermería, 0.2 educadores para la salud, 1.5 inspectores de saneamiento, 2.3 asistentes de farmacia, 0.7 asistentes de laboratorio, 12.8 otras categorías y 20.3 administrativos.

Otra información importante a considerar es la cobertura de vacunación en la que se observa que el 46.7 % de los distritos tienen una cobertura de vacunación de DPT y Sarampión por debajo del 75.0%; el 60.0% de los distritos tienen la cobertura de vacunación de BCG por debajo del 75.0%. Entre los distritos con más baja cobertura aparecen Las Tablas en la Provincia de Los Santos y Las Minas en la Provincia de Herrera. Llama la atención las bajas coberturas en BCG.

En lo que respecta al Perfil Socioepidemiológico de esta Región de Salud, la información sobre el Perfil Social obtenida del estudio realizado por el MIPPE, indica que en los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de la República (Cudro No.10 y Mapa No.2), un sólo distrito aparece en la categoría medio bajo con un índice de satisfacción de

52.12; tres (3) distritos aparecen en el medio alto y nueve (9) distritos aparecen en la categoría alta con un índice de satisfacción que oscila entre 80 y 100%.

La información referente a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda (Cuadro NO.11 y Mapa No.3), indica que en esta Región, dos distritos están en la categoría medio bajo (40-59.99), dos están en la categoría de medio alto (60-79.99) y ocho se encuentran en la categoría alta (80-100). Estos niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas muestran que de 44,285 (100.0) de las viviendas, el 26.7% de ellas tienen piso de tierra. El promedio de habitantes por vivienda es de 3.8; el 4.0% de las viviendas se abastecen de agua para beber de pozo sanitario, el 2.0% se abastece de río o quebradas, el 10.1% se abastece de pozo superficial, el 1.4% utiliza brocal no protegido.

En cuanto a disposición de excretas, el 63.6% utiliza como servicio sanitario el hueco letrina, el 10.8% no cuenta con servicio sanitario, como se ve en el Cuadro No.13.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, la Región de Azuero cuenta con dos distritos en la categoría considerada medio bajo (40-59.99%), cuatro distritos en la categoría medio alto (60-79.99%) y ocho distritos en la categoría clasificada como alto

(80-100%). El 11.2% de la población no tiene ningún nivel de instrucción, el 58.9% tiene algún grado de primaria, el 23.9% tiene algún año de secundaria, el 5.1% tiene algún año universitario, el 0.01% de la población entre 15 y 39 años de edad asiste a algún año universitario. El 14.4% de la población es analfabeta. La mediana de años aprobados es de 5.8 en la Provincia de Herrera y 5.7 en Los Santos.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud muestran que un distrito se encuentra en la categoría medio bajo (40-59.99%), un distrito en la categoría medio alto (60-79.99%) y doce distritos en la categoría alto (80-100%). Puede verse el Mapa No.5 y Cuadro No. 19.

Respecto al Estado Nutricional en niños de 12 a 39 meses de edad, de esta población según el indicador Peso/Talla, el 63.6% tiene un estado nutricional normal, un 24.2% tiene desnutrición leve y un 13.3% tiene sobrepeso y obesidad; el estado nutricional según Talla/Edad indica que el 58.4% tiene un estado nutricional normal, el 21.4% tiene un retardo leve, y 13.3% presenta sobretalla, y un 9.2% presenta retardo moderado. El estado nutricional Peso/Edad indica que el 52.7% presenta un estado nutricional normal, el 27.6% tiene desnutrición leve, el 11.6% tiene sobrepeso y obesidad, y el 7.8% tiene desnutrición moderada. Ver Cuadros No.24, 25 y 26.

En lo que a la situación epidemiológica se refiere en los Cuadros No.31 y No.32 se observa la información respectiva. Se aprecia que las principales causas de morbilidad son enfermedades del sistema respiratorio, le continúan en orden decreciente los problemas de parasitosis y diarreas, problemas de gastritis, infecciones de vías urinarias. En cuanto a las enfermedades transmisibles las más sobresalientes son la influenza epidémica, enfermedades diarreicas, otras son varicela, rubeola, parotiditis.

1.3. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE BOCAS DEL TORO:

Esta Región de Salud tiene una población que asciende a 93,361 habitantes de los cuales 27,832 (29.8%) es población urbana y 65,523 (70.2%) población rural. La densidad promedio de población es de 10.7 Hbt./km.²; con un rango que oscila entre 7.0 y 14.1

En esta Región se cuenta con 57 instalaciones físicas (Mapa No.8 y Cuadro No.33) para ofertar los servicios de salud a la población bocatoreña. Existe en la Región tres Hospitales (5.3%), una Policlínica (1.8%), dos Centros de Salud con camas (3.5%), ocho Centros de Salud (14.0%), seis SubCentros de Salud (10.5%) y 37 Puestos de Salud (64.9%). Estas instalaciones ocupan el 8.7% del total de instalaciones de Salud existentes en el país.

Para atender a la población, en la Región se cuenta con 527 funcionarios, los cuales constituyen el 2.6% del total de funcionarios existentes en la población estudiada; estos funcionarios están distribuidos en las categorías ocupacionales de la siguiente manera: 11.3% médico, 3.4% odontólogo, 15.6% enfermera, 12.0% auxiliar de enfermería, 2.5% laboratorista, 0.2% nutricionista, 0.8% farmacéutico, 0.8% educador para la salud, 1.0 % inspector de saneamiento, 0.2 % trabajadora social, 1.7 % asistente de laboratorio, 3.6% asistente de farmacia, 2.3% técnico de rayos x, 12.9% otras categorías, 19.9% administrativos. Ver el Cuadro No.34.

Se registra la información de los cálculos correspondientes a la tasa de las categorías ocupacionales, en las que se observa que por cada 10,000 habitantes de los 110,385 estimados a 1993, existen 5.4 médico, 1.6 odontólogo, 7.4 enfermera, 1.2 laboratorista, 0.4 farmacéutico, 1.1 técnico de rayos x, 0.1 nutricionista, 0.4 educador para la salud, 0.5 inspector de saneamiento, 0.1 trabajadora social, 8.2 auxiliar de enfermería, 0.8 asistente de laboratorio, 1.7 asistente de farmacia, 3.3 ayudant de salud, 6.2 otras categorías, 9.5 administrativo.

La información de la cobertura de vacunación; muestra que el 66.7% de los distritos tienen la cobertura de DPT y Polio por debajo del 75.0%; y el 33.3% de los distritos tienen

la cobertura de Sarampión por debajo del 75.0%

En lo que al Perfil Socioepidemiológico de esta Región de Salud respecta, la información obtenida sobre el Perfil Social del estudio realizado por el MIPPE, señala que en los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de la República, de los tres distritos que conforman la Provincia de Bocas del Toro, un distrito (Chiriquí Grande) está clasificado en la categoría de muy bajo con un índice de satisfacción de necesidades de 0.0%; otro distrito (Bocas del Toro) está catalogado en bajo con un índice de 22,42; y el otro distrito (Changuinola) en medio alto con 70.84%. Ver Mapa 2 y Cuadro 10.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda indican que en esta Región un distrito está en la categoría muy baja (Distrito de Chiriquí Grande) con un índice de 16.05; un distrito en la categoría bajo con 27.92 (distrito de Bocas del Toro) y el otro distrito en la categoría alto con 81.83 que es el Distrito de Changuinola. En esta Región de Salud, la fuente de abastecimiento de agua de 6,555 viviendas es la siguiente: 3.1% pozo sanitario, 2.0% brocal no protegido, 17.1% agua lluvia, 20.1% pozo superficial, 57.7% río o quebrada. El 9.0% de las viviendas posee piso de tierra. Los datos de la disposición de excretas indican que el 33.6% de éstas, no poseen servicio sanitario. El promedio de habitantes por vivienda es de 5.6

En cuanto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, la Región de Bocas del Toro cuenta con un distrito catalogado como muy bajo (Chiriquí Grande) con un índice de satisfacción de necesidades de 0.0, un distrito clasificado en bajo (Bocas del Toro) con un índice de 31.92 y un distrito (Changuinola) clasificado en medio alto con un índice de 62.73; ratifica estas clasificaciones datos tales como por ejemplo de que el 30.1% de la población de 10 años y más es analfabeta, la mediana de años aprobados es 4.1.

La información referente a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud, en los mismos se aprecia que el distrito de Chiriquí Grande presenta un 0.0 índice de satisfacción de necesidades clasificado como muy bajo, el distrito de Bocas del Toro está clasificado como bajo con un índice de 27.35, y el distrito de Changuinola catalogado como medio alto con un índice de 64.74 .

Respecto al estado nutricional según el indicador Peso/Talla, el 26.5% de los niños de 12 a 39 meses de edad tienen desnutrición leve, el 1.8% desnutrición moderada, el 14.4% sobrepeso y obesidad, y el 66.2% tiene un estado nutricional normal .El estado nutricional según Talla/Edad muestra que el 11.3% tiene sobretalla, el 23.9% retardo leve, el 10.6% retardo moderado, el 3.5% retardo grave y el 54.4% tiene un estado nutricional normal. Según el indicador

Peso/Edad, el 52.4% tiene un estado nutricional normal, el 12.6% sobrepeso y obesidad, el 25.2% desnutrición leve, el 8.3% desnutrición moderada y el 1.5% desnutrición grave.

Referente a la situación epidemiológica (Cuadros 37 y 38), los datos recabados muestran que las enfermedades transmisibles más relevantes son las enfermedades diarreicas con tasa de 517.20/10,000 Hbt.; la influenza epidémica con tasa de 328.57/10,000 Hbt.; amebiasis con tasa de 58.88; neumonía con tasa de 53.50; neumonía grave con tasa de 39.86; y leishmaniasis con tasa de 30.43.

Se obtuvo información referente a enfermedades prevenibles por vacunas y entre éstas se destacan la rubeola con tasa de 168/100,000 Hbt., tosferina tasa de 177/100,000 Hbt., tuberculosis con tasa de 134/100,000 Hbt. Se observa una alta tasa de tosferina, lo cual puede ser asociado con la baja cobertura de vacunación y el desequilibrio en la distribución geográfica del recurso humano.

1.4. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE COCLÉ:

En esta Región de Salud, la población asciende a 173,190 habitantes, de los cuales 44,748 (25.8%) es población urbana y 128,442 (74.2%) es población rural. El promedio de la densidad poblacional es de 35Hbt/km², con un rango que oscila

entre 14.8Hbt/km² y 59.6Hbt/km².

La Región cuenta con 81 instalaciones de salud según se visualiza en el Mapa No.9 y Cuadro No.39, para ofertar los servicios de salud a la población coclesana. Las instalaciones están distribuidas en: dos Hospitales Generales, tres Policlínicas, cuatro Centros de Salud con camas, nueve Centros de Salud, 15 Sub- Centros de Salud y 46 Puestos de Salud; estas instalaciones ocupan el 12.4% del total de instalaciones existentes en el país.

Información referente al porcentaje de instalaciones según la organización de los servicios muestra que de la totalidad del recurso humano, el 4.1% de estos, está ubicado en Puestos de Salud, 1.0% en SubCentros de Salud, 26.7% en Centros de Salud, 16.6% en Policlínicas y 51.6% en Hospitales.

Para atender a la población demandante de servicios de salud en esta Región se cuenta con 962 recursos humanos los cuales representan el 4.7% de la totalidad de funcionarios existentes en el país considerados como población de este estudio; los funcionarios están distribuidos en las diferentes categorías ocupacionales de la siguiente manera: 14.4% enfermera, 12.4% médico, 5.0% odontólogo, 3.6% laboratorista, 1.2% farmacéutico, 0.6% trabajadora social, 0.2% nutricionista, 2.2% inspector de saneamiento, 0.1% educador

para la salud, 18.0% auxiliar de enfermería, 0.2% asistente de laboratorio, 4.2% asistente de farmacia, 1.0% técnico de rayos X, 12.4 % otras categorías, 20.6 % administrativo, 3.9% ayudante de salud. Ver el Cuadro No.43

Además, se registra información de los cálculos referentes a la tasa de las categorías ocupacionales, en los que se observa que por cada 10,000 habitantes de los 183,952 estimados en 1993, hay 7.56 enfermera, 6.52 médico, 2.61 odontólogo, 0.11 nutricionista, 1.90 laboratorista, 0.65 farmacéutico, 0.49 técnico de rayos X, 9.40 auxiliar de enfermería, 0.11 asistente de laboratorio, 2.17 asistente de farmacia, 2.88 otras categorías, 10.76 administrativo, 2.01 ayudante de salud, 0.05 educador para la salud, 1.14 inspector de saneamiento ambiental, 0.33 trabajadora social.

La información de la cobertura de vacunación muestra que sólo en el caso del Sarampión se registra una cobertura por debajo del 75.0% en el 33.3% de los distritos.

La información del Perfil Socioepidemiológico se ha dividido en perfil social y perfil epidemiológico. El perfil social según el ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas en la República, un sólo distrito está clasificado en la categoría baja con índice de satisfacción de 31.81; un distrito en medio

bajo con índice de 56.49; tres en la categoría medio alto y un distrito está en la categoría alto con índice de 95.00.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda señalan que sólo un distrito clasifica en la categoría bajo con índice de 18.10, un distrito en medio bajo con índice de 55.83, tres distritos en medio alto y un distrito que es el de Aguadulce está clasificado en alto con índice de 93.82. El promedio de habitantes por vivienda es de 4.9. La fuente de abastecimiento de agua de beber de las viviendas particulares ocupadas se da de la siguiente manera: pozo sanitario 3.2%, brocal no protegido 1.8%, agua lluvia 0.04%, pozo superficial 13.6% y río o quebrada 5.5%. De las 35,500 viviendas, el 33.8% tienen piso de tierra.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación la información muestra que el distrito de Olá está en la clasificación medio bajo con un índice de 49.0; tres distritos están clasificados en medio alto y dos distritos están clasificados en alto. El analfabetismo de la población de 10 años y más de edad asciende a un 9.7%, la mediana de años aprobados es de 5.6.

En cuanto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud se señala que sólo el distrito de Olá está clasificado en la categoría de medio bajo con un

índice de 44.32, tres distritos están en la categoría medio alto y dos distritos que son Natá y Aguadulce están en la categoría alto. Ver Mapa No.5 y Cuadro No.19.

La información sobre el estado nutricional, indica que según el indicador Peso/Talla, los niños de 12 a 39 años de edad en un 63.6% tienen estado nutricional normal, el 13.3% tienen sobrepeso y obesidad; el 24.2% presenta desnutrición leve; el 1.4% desnutrición moderada y el 0.3% desnutrición grave. Según el indicador Talla/Edad, el 58.4% está normal, el 13.3% tiene sobretalla, el 21.4% tiene retardo leve, el 9.2% presenta retardo moderado y el 1.7% retardo grave. De acuerdo al indicador Peso/Edad, el 52.7% tienen estado nutricional normal, el 11.6% presenta sobrepeso y obesidad, el 27.6% tiene desnutrición leve, el 7.8% presenta desnutrición moderada y el 0.3% desnutrición grave. Puede verse los Cuadros No.24,25 y 26.

El perfil epidemiológico apreciable en los Cuadros No.43 y No.44 muestran que en los diferentes grupos etáreos la principal causa de morbilidad la constituye las infecciones respiratorias agudas (IRA); aparecen también entre las primeras causas en los menores de 1 año, el grupo de 1-4 años, 10 -14 años y 15 -19 años enfermedades de la piel; en el grupo de 5-9 años la parasitosis intestinal y en el grupo de 20 años y más la hipertensión arterial. En tercer lugar para los menores de un año aparecen las enfermedades diarreicas, 1-4

años y 10-14 años la parasitosis intestinal; 5-9 años las enfermedades de la piel; 15-19 años y 20 años y más las infecciones de las vías urinarias (IVU).

En cuanto a las enfermedades transmisibles, la tasa más alta corresponde a la influenza epidémica 232.51, la enfermedad diarreica con una tasa de 175.92, la varicela con una tasa de 59.09.

1.5. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE COLÓN:

En esta Región de Salud la población asciende a 168,294 habitantes, distribuidos en 58.8% población urbana y 41.2% en población rural. El promedio de la densidad poblacional es de 34.4 Hbt/km², con un rango entre 3.7 y 18,846.2 Hbt/km².

Se cuenta en esta Región para ofrecer servicios de salud a su población de responsabilidad con un total de 62 instalaciones de salud como puede observarse en el Mapa No.10 y Cuadro No.45. Las mismas, están distribuidas en un Hospital, una Policlínica, tres Centros de Salud con camas, diez Centros de Salud, nueve SubCentros de Salud y 38 Puestos de Salud. Ocupan el 9.5% de la totalidad de existentes en el país.

Para atender a su población de responsabilidad la Región de Salud tiene 1,190 recursos humanos distribuidos (Cuadro

No.46), de la siguiente manera:13.4% enfermera, 13.7% médico, 1.5% odontólogo, 0.2% nutricionista, 1.8% farmacéutico, 3.3% laboratorista, 0.5% técnico de rayos X, 1.5% inspector de saneamiento, 0.5% educador para la salud, 0.8% asistente de laboratorio, 15.9% auxiliar de enfermería, 2.4% asistente de farmacia, 0.7% trabajadora social, 26.8% otras categorías, 13.7% administrativo, 3.3% ayudante de salud.

Se registra la información referente a los cálculos de la tasa de las categorías ocupacionales en la que se puede apreciar que por cada 10,000 habitantes de los 197,285 estimados en 1993, existen 8.26 médico, 8.06 enfermera, 0.91 odontólogo, 0.10 nutricionista, 0.41 trabajadora social, 1.12 farmacéutico, 2.03 laboratorista, 9.58 auxiliar de enfermería, 0.30 educador para la salud, 0.91 inspector de saneamiento, 0.51 asistente de laboratorio, 1.42 asistente de farmacia, 16.17 otras categorías, 8.26 administrativo, 0.30 técnico de rayos x, y 1.98 ayudante de salud.

La información referente a la cobertura de vacunación, refleja que el 60.0% de los distritos tienen cobertura en DPT y Polio por debajo del 75.0%; el 80.0% de los distritos tienen por debajo del 75.0% la cobertura en BCG; el 40.0% de los distritos tienen por debajo del 75.0% la cobertura en Sarampión.

Los datos relacionados con el Perfil Socioepidemiológico específicamente los del perfil social, se refieren a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas. En esta información se puede observar que en el ordenamiento de distritos; tres distritos están catalogados en medio bajo (40-59.99), un distrito en medio alto (74.16) y un distrito en alto (91.04). Ver Mapa No.2 y Cuadro No.10.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda, indican que un distrito está clasificado en medio bajo (40-59.99), un distrito en medio alto (60-79.99), y otro distrito en alto (90.32). Ver Mapa 3 y Cuadro 11.

El promedio de habitantes por vivienda es de 4.2, el 29.2% de las viviendas como disposición de excretas utilizan el hueco letrina, el 8.6% no cuenta con servicio sanitario.

La fuente de abastecimiento de agua de beber de las viviendas particulares ocupadas es del siguiente orden: 2.0% pozo sanitario, 0.7 % brocal no protegido, 0.3 % agua lluvia, 4.1 % pozo superficial, 7.1 % río o quebrada. De las 39,867 viviendas, lo que corresponde al 8.4% tienen piso de tierra.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación la información muestra que dos distritos están clasificados en medio alto (60-79.99) y

tres distritos lo están en alto (80-100). El analfabetismo en la población de 10 años y más de edad es del orden de 5.7%, la mediana de años aprobados es de 7.1. Ver Mapa 4 y Cuadro 15

La información respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud muestra que tres distritos están clasificados en medio bajo (40-59.99), un distrito en medio alto (76.61) y un distrito en alto (88.82).

La información del estado nutricional, indica que según el indicador Peso/Talla, los niños de 12 a 39 meses de edad en un 67.5% tienen un estado nutricional normal, el 12.0 % tiene sobrepeso y obesidad, el 30.0% presenta desnutrición leve, el 1.5 % desnutrición moderada. Según el indicador Talla/Edad, el 63.3% está normal, el 16.9% tiene sobretalla, el 11.1 % tiene retardo leve, el 4.6% presenta retardo moderado y el 1.0% retardo grave. De acuerdo al indicador Peso/Edad el 59.9% tiene un estado nutricional normal, el 10.0% presenta sobrepeso y obesidad, el 24.9% tiene desnutrición leve, el 4.9% desnutrición moderada y el 0.2% desnutrición grave.

El perfil epidemiológico de la Región apreciable en los Cuadros No.49 y No.50 señalan que las principales enfermedades transmisibles notificables que ocupan el primer lugar según tasas calculadas por 10,000 habitantes fueron la Influenza (149.9), Diarrea (94.2), Neumonía (17.9), varicela (9.2),

Conjuntivitis (8.7). Se observa que la primera causa de defunción en los grupos etáreos de 1-4 años, 5-14 años, 15- 19 años y 20 - 59 años es la de Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias; en el grupo de menores de un año la primera causa es la prematuridad y en el grupo de 60 años y más , la primera causa es la Arteriosclerosis. Los tumores malignos son la segunda causa de defunción en los grupos de 20 -59 años y de 60 años y más; en el grupo de menores de un año, las infecciones respiratorias.

1.6. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE CHIRIQUÍ:

La población de responsabilidad de esta región asciende a 370,227 habitantes, de ésta, el 58.8% es población urbana, y el 41.2% es población rural. La densidad poblacional promedio es de 42.8 Hbt/km², la misma oscila en un rango de 12.7 a 108.1 Hbt/km².

El número total de infraestructuras físicas de salud existentes para ofertar servicios de salud es de 103, apreciable su distribución en el Cuadro No.51 y Mapa No.11. La totalidad de instalaciones están distribuidas en dos hospitales especializados, un hospital de medicina general, un hospital general, tres Policlínicas, dos centros de Salud con camas, 21 Centros de Salud, 23 Sub Centros de Salud y 41 Puestos de Salud. Estas instalaciones ocupan el 15.8 % del

total de instalaciones existentes en el país.

Para dar respuesta a las necesidades de salud de su población cuenta con 2,644 funcionarios, observable en el Cuadro No.52; estos funcionarios constituyen el 12.9% de la totalidad existentes en el país y están distribuidos en categorías ocupacionales así: 11.1% médico, 12.6% enfermera, 2.3% odontólogo, 2.9% laboratorista, 1.2% farmacéutico, 0.2% nutricionista, 0.3% trabajadora social, 0.2% educador para la salud, 15.0% auxiliar de enfermería, 1.8% inspector de saneamiento, 0.9% asistente de laboratorio, 3.3% asistente de farmacia, 1.3% técnico de rayos x, 13.1% otras categorías, 31.3% administrativo, 2.5% ayudante de salud.

En este cuadro se observa la información referente a los cálculos de las tasas de las categorías de recursos humanos por cada 10,000 habitantes de los 404,160 estimados a 1993, los resultados son: la tasa de médico es de 7.20, enfermera 8.24, odontólogo 1.53, trabajadora social 0.17, nutricionista 0.12, farmacéutico 0.77, laboratorista 1.91, técnico de rayos x 0.87, auxiliar de enfermería 9.80, asistente de laboratorio 0.62, asistente de farmacia 2.18, educador para la salud 0.12, inspector de saneamiento 1.16, otras categorías 8.59, administrativo 20.49, ayudante de salud 1.66.

En cuanto a la distribución de estos recursos según la

organización de los servicios (Cuadro No.53), se aprecia que el mayor porcentaje está ubicado en los hospitales, excepto los odontólogos, educadores para la salud e inspectores de saneamiento ambiental.

La información de la cobertura de vacunación, señala que el 46.2% de los distritos tienen la cobertura por debajo del 75.0% en DPT, el 38.5% de los distritos tienen cobertura por debajo del 75.0% en Polio, y el 30.8% de los distritos tienen la baja cobertura en Sarampión.

Respecto al Perfil Socioepidemiológico de esta Región de Salud en lo que al perfil social se refiere se puede ver que en el ordenamiento de distritos según los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas en la República dos distritos están clasificados en muy bajo (0-19.99); dos en bajo (20-39.99); un distrito en medio bajo (59.25); cinco en medio alto (60-79.99) y tres distritos en alto (80-100).

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda muestran que tres distritos están clasificados en muy bajo (0-19.99), un distrito en bajo (20-39.99), uno en medio bajo (40-59.99), cinco en medio alto (60-79.99), tres en alto (80-100). Ver Mapa No.3 y Cuadro No.11

El promedio de habitantes por vivienda es de 4.6. En esta

región la fuente de abastecimiento de agua de beber de las viviendas particulares ocupadas se da de la siguiente forma: 3.9% pozo sanitario, 14.1 % brocal no protegido, 0.2 % agua lluvia, 13.7 % pozo superficial, 2.8% río o quebradas. Del total de viviendas el 26.8% de ellas, tienen piso de tierra. En cuanto a disposición de excretas, las cifras indican que el 51.9% de las viviendas utilizan el hueco letrina, el 17.7% no tienen servicio sanitario.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación puede observarse que un distrito está clasificado en muy bajo (7.05), tres distritos en bajo (20-39.99), seis distritos en medio alto (60-79.99) y tres distritos en alto (80-100). Ver Mapa No.4 y Cuadro No.15.

En esta Región el analfabetismo de la población de 10 años de edad y más, asciende al 15.9 % del total del analfabetismo existente en la República; la mediana de años aprobados es de 5.7.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud revelan que un distrito está clasificado en bajo (28.05), tres en medio bajo (40-59.99), tres en medio alto (60-79.99), seis distritos en alto (80-100).

Respecto al estado nutricional, la información indica que

según el indicador Peso/Talla, los niños entre 12 y 39 meses de edad en un 66.5% tienen estado nutricional normal, 13.3% sobrepeso y obesidad, 18.7% desnutrición leve, 1.4% desnutrición moderada y 0.1% desnutrición grave. El indicador Talla/Edad muestra que el 56.6% tiene estado nutricional normal, 14.8% sobretalla, 19.5 % retardo leve, 7.3% tiene retardo moderado y 2.1% retardo grave. De acuerdo al indicador Peso/Edad, las cifras indican que el 56.4% tienen estado nutricional normal, 12.5% sobrepeso y obesidad, el 24.0% desnutrición leve, 6.2% desnutrición moderada y el 0.9% desnutrición grave. Ver los Cuadros No.24, 25 y 26.

El Perfil Epidemiológico muestra entre las principales causas de enfermedades transmisibles y su tasa de incidencia por 10,000 habitantes están la enfermedad diarreica con 447.1, la influenza epidémica con una tasa de 397.7, la rubeola con 46.2, varicela con 27.5. Referente a las principales causas de morbilidad en la consulta externa, se ve que en todos los grupos etáreos la principal causa la constituye las enfermedades de las vías respiratorias superiores; como segunda causa en grupos menores de un año, 1-4 años y 5-9 años están otras enfermedades del aparato respiratorio; en el grupo de 10 -14 años otras enfermedades infecciosas y parasitarias; en el grupo de 15-19 años los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; en el grupo de 20 años y más están las enfermedades del sistema osteomuscular.

1.7. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE DARIÉN:

La población de responsabilidad de esta Región de Salud asciende a 43,832 habitantes, de los cuales el 3.4% corresponde a población urbana y el 96.6% corresponde a población rural; con una densidad poblacional promedio de 2.6 Hbt/km² cuyo rango oscila entre 1.5 Hbt/km² y 3.1 Hbt/km².

En esta Región de Salud para ofertar los servicios de salud se cuenta con 40 instalaciones físicas según se aprecian en el Mapa No.12 y Cuadro No.57; estas instalaciones ocupan el 6.1% del total de instalaciones de salud existentes en el país. Del total de instalaciones, el 72.5% corresponde a Puestos de Salud, el 5.0% a SubCentros de Salud, el 15.0% a Centros de Salud con camas y el 7.5% a hospitales.

Para dar atención a la población demandante de los servicios de salud se cuenta en esta Región con 242 recursos humanos los que constituyen el 1.2% de la totalidad de recursos humanos existentes en el país que laboran en instalaciones estatales, población objeto de este estudio. En el Cuadro No.58 se observa la distribución de este recurso según categorías ocupacionales, de estos 11.9% son médicos, 16.9% enfermeras, 3.3% odontólogos, 0.14% nutricionistas, 15.3% auxiliares de enfermería, 0.4% técnicos de rayos x, 0.4% farmacéuticos, 2.9% laboratoristas, 8.7 % otras categorías,

3.3% inspectores de saneamiento, 12.0% ayudantes de salud, 1.7% educadores para la salud, 21.5% administrativos, 0.4% asistentes de farmacia y 0.9% asistentes de laboratorio.

En el cuadro antes mencionado además, se registra la información de los cálculos de las tasas de estos recursos humanos por cada 10,000 habitantes de los 51,742 estimados a 1993, y se observa que la tasa de médicos es de 5.60, enfermeras 7.92, odontólogos 1.55, farmacéuticos 0.19, nutricionistas 0.19, laboratoristas 1.35, técnicos de rayos X 0.19, asistentes de laboratorio 0.39, asistentes de farmacia 0.19, auxiliares de enfermería 7.15, educadores para la salud 0.77, inspectores de saneamiento 1.55, otras categorías 4.06, administrativos 10.05.

En la información de la cobertura de vacunación, se observa que el 50.0% de los distritos tienen la cobertura de DPT y Polio por debajo del 75.0%.

El Perfil Socioepidemiológico de esta Región de Salud específicamente el perfil social, muestra que en el ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas, dos distritos están clasificados en muy bajo (0-19.99), dos en bajo (20-39.99).

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades

básicas de vivienda, muestran que dos distritos están clasificados en muy bajo (0-19.99) y dos en bajo (20-39.99).

En esta región el promedio de habitantes por vivienda es de 4.7. La fuente de abastecimiento de agua para beber de las viviendas se da de la siguiente manera: el 3.3 % pozo sanitario, 2.0% brocal no protegido, 5.4 % agua lluvia, 9.2% pozo superficial, 48.2% río o quebrada. De la totalidad de viviendas, un 29.9% tiene piso de tierra; el 30.7%, utilizan el hueco letrina para la disposición de excretas y el 66.1% de las mismas no poseen servicio sanitario. Ver Cuadros 12 y 13.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, un distrito está clasificado en bajo (20-39.99) y tres distritos están clasificados en medio bajo (40-59.99), según se ve en el Mapa 4 y Cuadro 15.

El porcentaje de analfabetismo de la población de 10 años y más, es de 30.4; la mediana de años aprobados es de 3.5.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud, muestran que dos distritos están clasificados en bajo (20-39.99) y dos distritos en medio bajo (40-59.99), apreciables en el MAPa No.5 y Cuadro No.19.

El Perfil Epidemiológico de la Región, observable en los

Cuadros No.61, No.62 y No.63 muestran que en cuanto a las principales causas de consultas por morbilidad en menores de un año y en el grupo de 1-4 años se presentan la tos o resfriado, en el grupo de 5-14 años la parasitosis intestinal, y en los grupos de 15-19 años y 20 años y más de edad se presentan las infecciones de las vías urinarias; como segunda causa en los menores de un año están las infecciones epidémicas, en el grupo de 1-4 años la parasitosis intestinal, en el grupo de 5-14 años la tos o resfriado, en el grupo de 15-19 años la parasitosis intestinal y en el grupo de 20 años y más la infección epidémica.

La tasa de las enfermedades transmisibles es alta en las enfermedades diarreicas 318.89, gripe 252.41, influenza epidémica 190.17, amebiasis 128.52, enfermedad inflamatoria pélvica 109.24.

Entre las causas de mortalidad infantil aparecen paro cardíaco, neumonía, bronconeumonía, septicemia, síndrome anémico, shock séptico, hemorragia transumbilical externa; entre las causas de mortalidad en el adulto aparecen: insuficiencia cardíaca, diarrea aguda, bronconeumonía, cólera, paro cardíaco, herida por proyectil de arma de fuego.

1.8. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE PANAMÁ ESTE:

Esta Región de Salud tiene una población de que asciende a 34,962 habitantes. La densidad poblacional promedio es de 5.1Hbt/km², con un rango que oscila entre 3.0 y 6.9 Hbt/Km².

Para brindar servicios de salud existen en esta Región 47 instalaciones físicas observables en el Mapa No.13 y Cuadro No.64. De la totalidad, 39 (83.0%) son Puestos de Salud, un Hospital General (2.1%), seis Centros de Salud (12.8%), una Policlínica (2.1%). Estas instalaciones ocupan el 7.0 % del total de instalaciones existentes en el país.

La atención a la población demandante de servicios de salud es ofertada por 458 recursos humanos (Cuadro 65), los que constituyen el 2.2% del total existente. La distribución de los recursos humanos en las categorías ocupacionales es la siguiente: 12.0% enfermera, 12.9% médico, 4.3% odontólogo, 0.9% farmacéutico, 0.4% nutricionista, 3.3% laboratorista, 0.2% trabajadora social, 0.9% educador para la salud, 1.1% inspector de saneamiento, 1.5% asistente de farmacia, 8.5% ayudante de salud, 1.1% asistente de laboratorio, 13.8% auxiliar de enfermería, 8.3% otras categorías, 1.3% técnico de rayos X, y 29.5% administrativos.

En el cuadro también se observa la información de la tasa

por 10,000 habitantes de los 76,632 estimados a 1993 de las categorías ocupacionales; en la misma, se aprecia que la tasa de médico es de 7.46, enfermera 6.95, odontólogo 2.53, farmacéutico 0.51, laboratorista 1.90, nutricionista 0.25, trabajadora social 0.13, técnico de rayos X 0.76, educador para la salud 0.51, inspector de saneamiento 0.63, auxiliar de enfermería 7.97, asistente de farmacia 0.89, asistente de laboratorio 0.63, otras categorías 4.80, administrativo 17.07, ayudante de salud 4.93.

Los datos de la cobertura de vacunación, muestran que el 66.7% de los distritos tienen cobertura menor al 75.0% en DPT y Polio; el 33.3% mantienen cobertura menor al 75.0% en BCG y Sarampión.

Referente al Perfil Socioepidemiológico de esta Región de Salud, en lo que al perfil social corresponde, la información del ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas en la República; se aprecia que un distrito está clasificado en bajo (28.20), un distrito en medio bajo (57.35) y otro en medio alto (64.12).

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda muestran que un distrito está clasificado en muy bajo (18.02), uno en medio bajo (47.91) y uno en medio alto (72.49), según se ve en el Mapa No.3 y Cuadro No.11.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación se observa que un distrito se encuentra clasificado en medio bajo (55.49), uno en medio alto (60.40) y uno en alto (81.12). Ver Mapa 4 y Cuadro 15.

En cuanto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud dos distritos están clasificados en medio bajo (40-59.99) y un distrito en alto (81.66).

La información correspondiente al estado nutricional, señala que según el indicador Peso/Talla, los niños de 12-39 meses de edad en un 67.5% tienen estado nutricional normal, 12.0% sobrepeso y obesidad, 30.0% desnutrición leve, 1.5% desnutrición moderada. Según el indicador Talla/Edad, el 63.3% presenta estado nutricional normal, 16.9% sobretalla, 19.1% retardo leve, 4.6% retardo moderado, 1.0% retardo grave. De acuerdo al indicador Peso/Edad, el 59.9% tiene estado nutricional normal, 10.0% tiene sobrepeso y obesidad, 24.9% desnutrición leve, 4.9% desnutrición moderada, y 0.2% desnutrición grave. Ver los Cuadros No. 24, 25 y 26.

El perfil epidemiológico se observa en los Cuadros No.68 No.69 y No.70; ellos, muestran que la primera causa de morbilidad en menores de un año y el grupo de 1-4 años es la influenza epidémica; en los grupos de 5-14 años, 15-19 años, 20-59 años y el de 60 años y más la primera causa fue la

influenza. Como segunda causa en menores de un año y de 1-4 años síndrome diarreico, el grupo de 5-14 años parasitosis, en el grupo de 15-19 años la anemia, en el grupo de 20-59 años la infección de vías urinarias, y para el grupo de 60 años y más, la hipertensión arterial.

Respecto a las primeras causas de enfermedades transmisibles y tasa de incidencia, la influenza tuvo una tasa de 716.39, neumonía leve 68.28, no es neumonía 66.63, vulvovaginitis 197.60, diarrea 176.51.

La primera causa de defunciones ocurridas en el Hospital de Chepo en la población de 20 años y más fue el cáncer.

1.9. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE PANAMÁ OESTE:

Esta Región de Salud cuenta con una población de responsabilidad que asciende a 207,527 habitantes. El promedio de la densidad poblacional es de 83.6 Hbt/km², con un rango que oscila entre 30.3 Hbt/km² y 1,899.3 Hbt/km².

Se cuenta con un total 40 instalaciones físicas para ofertar los servicios de salud como puede apreciarse en el Mapa No.14 y Cuadro No.71; éstas, representan el 7.2% de la totalidad de instalaciones existentes en el país. Las instalaciones están distribuidas en 2.5% Hospitales, 7.5%

policlínicas, 25.0% centros de salud, 12.5% subcentros de salud, 52.5% puestos de salud.

Para atender a la población se cuenta con 1,276 recursos humanos los que constituyen el 6.2% de la totalidad existente en el país. La distribución de las categorías ocupacionales: 3.3% odontólogo, 14.8% médico, 12.7% enfermera, 0.2% nutricionista, 1.5% farmacéutico, 3.1% laboratorista, 0.9% técnico de rayos X, 0.4% educador para la salud, 2.3% inspector de saneamiento; 1.5% asistente de laboratorio, 2.0% asistente de farmacia, 1.0% trabajadora social, 4.1% otras categorías, 36.8% administrativo, 1.8% ayudante de salud, 13.6% auxiliar de enfermería. Ver Cuadro No.72.

La tasa por 10,000 habitantes de los 220,156 estimados a 1993 de las diferentes categorías ocupacionales la cual se da de la siguiente manera: 8.58 médico, 1.91 odontólogo, 7.36 enfermera, 0.09 nutricionista, 1.82 laboratorista, 0.55 técnico de rayos x, 0.86 farmacéutico, 0.59 trabajadora social, 0.23 educador para la salud, 1.32 inspector de saneamiento, 7.86 auxiliar de enfermería, 1.04 ayudante de salud, 1.18 asistente de farmacia, 0.86 asistente de laboratorio, 2.41 otras categorías, 21.30 administrativo.

Información respecto a la tasa de las diferentes especialidades médicas se visualiza en el Cuadro No.73, y se

puede observar que la tasa por 10,000 habitantes es de 2.09.

La información sobre cobertura de vacunación se observa muestra que el 40.0% de los distritos tienen coberturas por debajo del 75.0% en DPT y Sarampión; el 60.0% de tienen por debajo del 75.0% la cobertura en BCG.

Respecto al Perfil Socioepidemiológico, la información referente al perfil social, en el ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas en la República dos distritos están clasificados en medio alto (78.27) y tres en alto (80-100). Ver Mapa No.2 y Cuadro No.10.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda, muestran que un distrito está clasificado en medio bajo (40-59.99), un distrito en medio alto (60-79.99), y tres distritos en alto (80-100).

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, un distrito está clasificado en medio alto (74.92) y cuatro en alto (80-100).

En cuanto a niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud, un distrito está clasificado en medio alto (66.04), y cuatro distritos en alto (80-100).

La información del estado nutricional, señala que según el indicador Peso/Talla, los niños de 12-39 meses de edad en un 67.5% tienen estado nutricional normal, 12.0% sobrepeso y obesidad, 30.0% desnutrición leve, 1.5% desnutrición moderada. Según el indicador Talla/Edad, el 63.3% presenta estado nutricional normal, 16.9% sobretalla, 19.1% retardo leve, 4.6% retardo moderado y 1.0% retardo grave. De acuerdo al indicador Peso/Edad el 59.9% presenta estado nutricional normal, 10.0% sobrepeso y obesidad, 24.9% desnutrición leve, 4.9% desnutrición moderada y 0.2% desnutrición grave.

El perfil epidemiológico lo presentan los Cuadros No.75, No.76 y No.77; respecto a las principales causas de morbilidad en el grupo de menores de un año la primera causa es la enfermedad diarreica, en el grupo de 1-4 años el resfriado común, en el grupo de 5-14 años síndrome gripal, en el grupo de 15-19 años y en el de 20 años y más traumatismo; la segunda causa para los menores de un año es el resfriado común, para el grupo de 1-4 años la enfermedad diarreica, para el grupo de 5-14 años traumatismo, 15-19 años infecciones de vías urinarias, 20 años y más síndrome gripal.

Entre las principales causas de enfermedades transmisibles y su tasa de incidencia por cada 10,000 habitantes están la influenza epidémica con 517.22, diarreas con 323.95, rubeola con 47.64, varicela con 46.65

De las primeras causas de mortalidad la más sobresaliente en menores de un año es la prematuridad, en el grupo de 1-4 años tumores malignos, en grupos de 5 años en adelante los accidentes, homicidios, suicidios y otras violencias.

1.10. ANÁLISIS DE LA REGIÓN METROPOLITANA :

En esta Región de Salud la población de responsabilidad según el Censo de 1990, asciende a 586,613 habitantes. Dado que esta región no es una región integrada la población de responsabilidad varía según el tipo de Institución. En este orden de ideas, la población de responsabilidad estimada a 1993 para las diferentes instalaciones es la siguiente: Centros de Salud correspondientes al Ministerio de Salud asciende a 503,895 habitantes; para las Policlínicas de la Caja de Seguro Social la población de responsabilidad es de 402,397; para los Hospitales Nacionales la población varía, se tiene que para el Hospital Santo Tomás la población es de 1,686,828, para el Hospital del Niño la población es de 875,998, para el Instituto Oncológico Nacional 1,686,828; para el Hospital Psiquiátrico 1,686,828, y para el Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid 1,497,210.

La densidad poblacional promedio es de 228.0 Hbt/km², la misma oscila en un rango de 69.8 Hbt/km² y 3,882.7 Hbt/Km².

Para atender a la población demandante de servicios de salud en esta Región se cuenta con 46 instalaciones según se observa en el Mapa No.15 y Cuadro No.78, de los cuales tres (6.5%) son Hospitales Especializados, dos (4.3%) Hospital de Medicina General, dos (4.3%) Hospitales Generales, cinco (10.9%) Policlínicas, 17 (37.0%) Centros de Salud, 16 (34.8%) Clínicas Satélites de la Caja del Seguro Social, 1 (2.2%) Centro de Rehabilitación Infantil. Estas, ocupan el 6.1% del total de instalaciones existentes en el país. De las mismas, el 43.5% corresponden al Ministerio de Salud, el 52.2% a la Caja de Seguro Social y el 4.3% son Patronatos.

Para atender a la población de responsabilidad se cuenta con 9,260 recursos humanos según se observa en los Cuadros No.79 y No.80; los mismos, están distribuidos en las categorías ocupacionales de la siguiente manera: 15.8% son médicos, 13.2% enfermeras, 2.2% odontólogos, 0.3% nutricionistas, 3.8% laboratoristas, 1.6% farmacéuticos, 11.8% auxiliares de enfermería, 0.6% inspectores de saneamiento, 0.7% asistentes de laboratorio, 1.9% asistentes de farmacia, 0.7% trabajadoras sociales, 10.3% otras categorías, 35.2% administrativos, 1.4% técnicos de rayos x, 0.1% educadores para la salud, 0.4% ayudantes de salud. Ver Cuadro 79.

En los Hospitales existe el 71.5% de los recursos humanos, en las Policlínicas y Clínicas Satélites existe el

21.6% de los recursos humanos, en los Centros de Salud existe el 6.5% de los recursos humanos, y en el Centro de Rehabilitación Infantil (CRI) existe el 0.4% de los mismos.

La información de la tasa de los recursos humanos por cada 10,000 habitantes, señala que la tasa de médico en los Centros de Salud es de 2.42, Policlínicas 7.88, Hospital Santo Tomás 1.83, Hospital del Niño 1.13, Instituto Oncológico Nacional 0.23, Hospital Psiquiátrico 0.11, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid 13.04.

La tasa de enfermera es de 1.27 en Centros de Salud, 2.41 en Policlínicas, 2.9 en Hospital Santo Tomás, 1.5 en Hospital del Niño, 0.24 en Instituto Oncológico Nacional, 0.32 en Hospital Psiquiátrico, 13.37 en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid; la tasa de odontólogo es de 1.49 en Centros de Salud, 1.99 en Policlínicas, 0.04 en Hospital Santo Tomás, 0.13 en Hospital del Niño, 0.01 en Instituto Oncológico, 0.01 en Hospital Psiquiátrico, 0.20 en Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

La tasa de laboratorista es de 0.44 en los Centros de Salud, 1.76 en Policlínicas, 0.39 en Hospital Santo Tomás, 0.35 en Hospital del Niño, 0.08 en Instituto Oncológico Nacional, 0.03 en Hospital Psiquiátrico, 3.63 en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid; la tasa

de farmacéutico es de 0.12 en los Centros de Salud, 2.01 en Policlínicas, 0.05 en Hospital Santo Tomás, 0.01 en Hospital del Niño, 0.03 en Instituto Oncológico Nacional, 0.01 en Hospital Psiquiátrico, 1.19 Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

La tasa de nutricionista es de 0.18 en los Centros de Salud, 0.20 en Policlínicas, 0.01 en Hospital Santo Tomás, 0.05 en Hospital del Niño, 0.01 en Instituto Oncológico Nacional, 0.01 en Hospital Psiquiátrico, 0.10 en el Complejo Hospitalario Metropolitano; la tasa de trabajadoras sociales es de 0.26 en los Centros de Salud, 0.27 en Policlínicas, 0.05 en Hospital Santo Tomás, 0.06 en Hospital del Niño, 0.01 en Instituto Oncológico Nacional, 0.05 en Hospital Psiquiátrico, 0.35 en el Complejo Hospitalario Metropolitano; la tasa de auxiliar de enfermería en los Centros de Salud es de 1.21, Policlínicas 2.76, Hospital Santo Tomás 1.27, Hospital del Niño 1.92, Instituto Oncológico Nacional 0.19, Hospital Psiquiátrico 0.47 y Complejo Hospitalario Metropolitano 9.99; la tasa de educador para la salud en esta Región es de 0.14 y de inspector de saneamiento es de 1.03.

La tasa de los médico especialista es: cirugía general 0.87, medicina interna 1.53, pediatría 10.89, gineco-obstetricia 5.19. Las subespecialidades de medicina interna (7.93), cirugía (3.57) y otras especialidades (3.02)

En lo que a cobertura de vacunación respecta, en la Región Metropolitana de Salud se observa, que en el distrito de Taboga con sólo 28 niños menores de 1 año, la cobertura en DPT, Polio y Sarampión están por debajo del 40.0%, y la BCG sólo alcanza el 46.4% de cobertura.

Respecto al Perfil Socioepidemiológico, específicamente el Perfil Social, en el ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas en la República que los dos distritos están clasificados en alto (80-100). Ver Mapa No.2 y Cuadro No.10.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda, muestran que los dos distritos están clasificados en alto (80-100). Ver Mapa No.3 y Cuadro No.11.

Referente a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, se observa que los dos distritos están clasificados en alto (80-100).

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud, indican que los dos distritos están clasificados en alto (80-100). Ver Mapa No.5 y Cuadro No.19.

La información correspondiente al estado nutricional, muestra que según el indicador Peso/Talla, los niños de 12-39

meses de edad en un 58.2% presentan un estado nutricional normal, 18.5% sobrepeso y obesidad, 19.2% desnutrición leve, 1.0% desnutrición moderada. El indicador Talla/Edad, revela que el 56.6% presenta un estado normal, 18.0% sobretalla, el 12.0% retardo leve, 4.5% retardo moderado y 2.0% retardo grave. De acuerdo al indicador Peso/Edad, el 60.9% tiene un estado nutricional normal, 16.6% sobrepeso y obesidad, 17.5% desnutrición leve, 3.5% desnutrición moderada y 1.4% desnutrición grave. Ver los Cuadros No.24, 25 y 26.

El perfil epidemiológico de la Región apreciable en los Cuadros No.82, No.83, No.84, No.85 y No.86, señala que en los Centros de Salud las principales causas de consultas por morbilidad en los grupos de menores de un año, 1-4 años y 5-14 años fue el resfriado común; en el grupo de 15-19 años y de 20-59 años la primera causa fue las Infecciones de las Vías Urinarias; y en el grupo de 60 y más años la primera causa fue la Hipertensión Arterial. Como segunda causa en los menores de un año y los de 5-14 años la bronquitis aguda; en el grupo de 1-4 años, la bronquitis; en los de 15-19 años, anemia: en los de 20-59 años la faringitis y en los de 60 y más años las infecciones de las vías urinarias.

En el Hospital Santo Tomás las primeras causas de morbilidad fueron la diabetes mellitus, hipertensión esencial y cataratas. En el Hospital del Niño las principales causas

fueron las enfermedades del aparato respiratorio, traumatismos y envenenamientos. En el Hospital Psiquiátrico las principales causas de morbilidad fueron la esquizofrenia paranoide, dependencia química y la psicosis maniaco-depresiva.

Las principales causas de enfermedades transmisibles fueron el resfriado común con una tasa de 172.38/10,000, la enfermedad diarreica (66.23), influenza epidémica (61.04), vulvovaginitis (1.98), varicela (12.98).

Las principales causas de mortalidad a nivel de la Región Metropolitana de Salud fueron en orden descendente los tumores malignos; infarto agudo del miocardio; accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias; bronconeumonía, sepsis; paro cardiorrespiratorio; SIDA; enfermedad cerebrovascular.

En el Hospital Santo Tomás las primeras causas de muerte fueron el SIDA, la hemorragia intracraneal y bronconeumonía. En el Hospital del Niño las primeras causa de muerte fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas y enfermedades del aparato respiratorio. a nivel del Hospital Psiquiátrico las primeras causas de muerte estuvieron constituidas por paro cardiorrespiratorio, infarto al miocardio y la insuficiencia cardíaca.

1.11. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE SAN BLAS:

La Región de Salud de San Blas tiene bajo su responsabilidad una población que asciende a 34,044 habitantes la cual en su totalidad corresponde a población rural, con un promedio de densidad poblacional de 14.4 Hbt/km², la cual oscila en un rango que va desde 6.7 Hbt/km² hasta 19.1 Hbt/Km².

En esta Región existen 16 instalaciones de salud como se visualiza en el Mapa No.16 y Cuadro No.87 para ofertar los servicios de salud. De esta totalidad, 3 (18.8%) son hospitales, 3 (18.8%) centros de salud, 5 (31.2%) subcentros de salud y 5 (31.2%) puestos de salud. Estas instalaciones ocupan el 2.4% de la totalidad existentes en el país.

Para ofertar servicios, se cuenta con 123 funcionarios, los que representan el 0.6% de la totalidad existente en el país. En el Cuadro No.88 se presenta la información de las categorías ocupacionales: el 14.6% médico, 17.9% enfermera, 6.6% odontólogo, 0.8% nutricionista, 0.8% laboratorista, 0.8% farmacéutico, 17.9% auxiliar de enfermería, 4.1% asistente de laboratorio, 4.1% asistente de farmacia, 1.6% educador para la salud, 3.2% ayudante de salud, 27.6% administrativo.

La tasa de las categorías ocupacionales por cada 10,000 habitantes de los 40,044 estimados a 1993, es la siguiente:

4.50 médico, 5.49 enfermera, 2.00 odontólogo, 0.25 nutricionista, 0.25 laboratorista, 0.25 farmacéutico, 0.50 educador para la salud, 5.49 auxiliar de enfermería, 1.25 asistente de farmacia, 1.25 asistente de laboratorio, 8.49 administrativo, 1.00 ayudante de salud.

La tasa de las especialidades médicas es de 1.00 por 10,000 habitantes, como se ve en el Cuadro No.89.

La información referente a la cobertura de vacunación muestra que en las diferentes vacunas la cobertura está por encima del 75.0%. Cabe la observación de que esta Región de Salud al igual que San Miguelito son las dos únicas regiones de salud que mostraron estas cifras.

En cuanto al perfil socioepidemiológico, específicamente la información correspondiente al Perfil Social se señala que en el ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas, San Blas aparece clasificado en muy bajo con 19.99 de índice.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda, muestran que la Región de San Blas está clasificada en muy bajo con 13.56 de índice.

El promedio de habitantes por vivienda es de 7.9. El

56.1% de las viviendas no tienen servicio sanitario y 42.8% utiliza el hueco letrina; la fuente de abastecimiento de agua para beber de las viviendas es de: 0.05% pozo sanitario, 1.5% brocal no protegido, 0.1% agua lluvia, 2.0% pozo superficial, 37.0% río o quebrada. De la totalidad de viviendas, el 84.3% tienen piso de tierra. Ver los Cuadros No.12 y No.13.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación San Blas está clasificado en bajo con 27.16 de índice de satisfacción de necesidades.

El porcentaje de analfabetismo de la población de 10 años y más asciende al 40.0% de la totalidad del país; la mediana de años aprobados es de 3.4. Ver Cuadros No.16 y No.17.

En cuanto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud, esta región está clasificada en medio bajo con un índice de 44.46. Ver Mapa 5 y Cuadro 19.

La información del estado nutricional, muestra que la región con mayor prevalencia de desnutrición crónica en escolares de 6-9 años de edad en los Censos de Talla de 1988 fue San Blas.

El perfil epidemiológico de la Región se observa en los datos registrados en los Cuadros No.91, No.92 y No.93, en

donde se muestra que entre las primeras causas de morbilidad están en orden descendente el resfriado común, piodermitis, síndrome gripal, diarrea, escabiasis, parásitos, dermatitis, bronquitis, faringoamigdalitis, neumonía. Entre las primeras causas de enfermedades transmisibles y tasa de incidencia aparecen la diarrea con 331.13, síndrome gripal 71.42, influenza epidémica 251.47, amebiasis 51.19 y varicela 47.45

Las principales causas de muerte fueron cólera, tuberculosis, senilidad sin mención de psicosis, bronconeumonía, neumonía, asma.

1.12. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE SAN MIGUELITO:

La población de responsabilidad de San Miguelito, asciende a 243,025 habitantes. Tiene una densidad de población promedio de 4,860.5 Hbt/Km², constituyendo así la Región de Salud con el más alto promedio de densidad poblacional.

Cuenta esta Región de Salud con 11 instalaciones como se observa en el Mapa No.17 y Cuadro No.94 para ofertar los servicios de Salud a su población. La totalidad de instalaciones están distribuidas en 9 (81.8%) Centros de Salud y 2 (18.2%) Policlínicas; estas instalaciones representan el 1.7% del total de instalaciones existentes en el país.

En esta Región, se encuentra el 5.7% de la totalidad de recursos humanos existentes en el país; los mismos, ascienden a 1,174 funcionarios distribuidos en las categorías ocupacionales como se observa en el Cuadro No.95 de la siguiente manera: 16.9% médico, 8.4% enfermera, 5.2% odontólogo, 0.4% educador para la Salud, 1.5% inspector de saneamiento, 7.2% auxiliar de enfermería, 0.3% nutricionista, 1.3% trabajadora social, 3.3% farmacéutico, 3.7% laboratorista, 3.7% asistente de farmacia, 2.2% asistente de laboratorio, 11.2% otras categorías, 0.6% técnico de rayos x, 33.8% administrativo, 0.3% ayudante de salud.

Se observa además, la tasa por cada 10,000 habitantes de los 299,768 estimados a 1993 de las categorías ocupacionales, en donde existen 6.61 médico, 3.30 enfermera, 2.03 odontólogo, 0.50 trabajadora social, 0.13 nutricionista, 1.30 farmacéutico, 1.43 laboratorista, 0.23 técnico de rayos x, 0.17 educador para la salud, 0.57 inspector de saneamiento, 2.84 auxiliar de enfermería, 1.43 asistente de farmacia, 0.83 asistente de laboratorio, 4.40 otras categorías, 13.24 administrativo, 0.13 ayudante de salud.

Respecto a la cobertura de vacunación se aprecia que al igual que la Región de San Blas, la cobertura para todas las vacunas está por encima del 75.0%

En lo que al perfil socioepidemiológico respecta, la información referente al perfil social, muestra que en el ordenamiento de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas, San Miguelito está clasificado en alto con 98.61 de índice de satisfacción.

La información correspondiente a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda indican que San Miguelito está clasificado en alto con 97.09.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, muestran que San Miguelito está clasificado en alto con el 100.00 de índice de satisfacción.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud indican que San Miguelito está clasificado en alto con un índice de 99.22

La información correspondiente al estado nutricional de los niños de 12-39 meses, muestra que según el indicador Peso/Talla el 68.2% tienen estado nutricional normal, 18.5% tienen sobrepeso y obesidad, 19.2% presenta desnutrición leve, 1.0% desnutrición moderada. De acuerdo al indicador Talla/Edad el 56.6% tiene estado nutricional normal, 18.0% sobretalla, 12.0% retardo leve, 4.5% retardo moderado y 2.0% retardo grave. Según el indicador Peso/Edad, el 60.9% tiene estado

nutricional normal, 16.6% sobrepeso y obesidad, 17.5% desnutrición leve, 3.5% desnutrición moderada, 1.4% desnutrición grave. Ver Cuadros N0.24, 25 y 26.

El perfil epidemiológico que se visualiza en los Cuadros No.98 y No.99 muestra que la primera causa de morbilidad en los grupos etáreos que van desde los menores de un año hasta los 19 años de edad, la constituye el resfriado común; en las maternas, la anemia; en el grupo de ginecología el virus papiloma humano; en el grupo de 20 años y más la hipertensión arterial. Como segunda causa, en los menores de un año está la diarrea; en los de 1-4 años, la dermatitis; en los de 5-14 años, bajo peso; en los de 15-19 años, las infecciones de vías urinarias; en las maternas, el bajo peso; en ginecología, la cervicitis; 20-59 años la infección de vías urinarias; 60 y más años el resfriado común y la diabetes.

En cuanto a las enfermedades transmisibles aparecen la influenza epidémica con tasa de 98.94, la enfermedad diarreica con tasa de 79.03, la varicela con 12.01, la rubeola con 10.37 y la amebiasis con 0.37

La tasa de mortalidad infantil es 17.8, la neonatal de 13.6, postneonatal 4.2, 1-4 años 0.7, 5-9 años 0.4, 10-19 años 0.6, 20-59 años 1.9, 60 y más años 28.2

1.13. ANÁLISIS DE LA REGIÓN DE VERAGUAS:

En esta Región de Salud, la población de responsabilidad asciende a 203,626 habitantes; de estos, el 14.8% corresponde a población urbana y el 85.20% a población rural. La densidad poblacional promedio es de 18.1 Hbt/Km²; con un rango que oscila entre 5.7 y 62.8 Hbt/Km²

El número de instalaciones físicas de salud para ofertar servicios que se observa en el Mapa No.18 y Cuadro No.100 es de 81. Su distribución es del orden siguiente: 2 (2.5%) hospitales de medicina general, 1 (1.2%) hospital general, 2 (2.5%) policlínicas, 6 (7.4%) centros de salud, 10 (12.3%) centros de salud, 1 (1.2%) subcentro de salud y 60 (74.1%) puestos de salud. Estas instalaciones ocupan el 12.4% de la totalidad de las instalaciones existentes en el país.

Para la atención de los servicios de salud, en esta región se cuenta con 1,137 recursos humanos los que constituyen el 5.5% de la totalidad de los recursos humanos existentes en el país y que fueron objeto de este estudio.

De las categorías ocupacionales en las que se distribuye el recurso humano; se aprecia: 13.1% médicos, 4.5% odontólogo, 10.6% enfermera, 1.6% farmacéutico, 1.8% laboratorista, 0.3% nutricionista, 1.0% trabajadora social, 0.8% técnico de rayos

x, 11.4% auxiliar de enfermería, 1.8% asistente de laboratorio, 5.5% asistente de farmacia, 1.7% inspector de saneamiento, 0.4% educador para la salud, 6.5% otras categorías, 34.7% administrativo, 4.3% ayudante de salud.

Se observa la tasa de las categorías ocupacionales por cada 10,000 habitantes de los 219,951 estimados a 1993; se visualiza que la tasa de médico es de 4.00, odontólogo 2.32, enfermera 5.46, nutricionista 0.18, laboratorista 0.95, farmacéutico 0.82, educador para la salud 0.23, inspector de saneamiento 0.86, técnico de rayos x 0.41, auxiliar de enfermería 5.91, asistente de laboratorio 0.95, asistente de farmacia 2.82, otras categorías 3.36, administrativo 17.96, ayudante de salud 2.23, trabajadora social 0.50.

Los datos de la cobertura de vacunación señalan que el 54.5% de los distritos tienen una cobertura menor del 75.0% en DPT y Polio, el 36.4% de los distritos tienen la cobertura menor del 75.0% en Sarampión, y el 72.7% de los distritos tienen la cobertura menor del 75.0% en BCG; en este último caso, es preocupante que algunas coberturas son tan bajas que sólo alcanzan el 20.5% como en el caso del distrito de Montijo, 23.2% Atalaya y 23.5% Río de Jesús.

En lo que al perfil socioepidemiológico respecta, la información del perfil social; muestra que en el ordenamiento

de distritos según niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas un distrito está clasificado en muy bajo (14.59), tres distritos en bajo (20-39.99), cinco distritos en medio bajo (40-59.99), uno en medio alto (72.81) y un distrito en alto (86.54). Ver Mapa No.2 y Cuadro No.10.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de vivienda, indican que dos distritos están clasificados en muy bajo (0-19.99), seis distritos en bajo (20-39.99), uno en medio bajo (43.42), uno en medio alto (60-79.99), y uno en alto (86.78). El promedio de habitantes por vivienda es de 4.8; la fuente de abastecimiento de agua de las viviendas particulares ocupadas es: 0.9% brocal no protegido, 27.4% pozo superficial, 0.1% agua lluvia, 9.5% río o quebrada; de la totalidad de viviendas, el 52.8 % tienen piso de tierra. La información referente a la disposición de excretas indica que el 32.1% de las viviendas no tienen servicio sanitario, el 52.7% utiliza el hueco letrina, el 6.6% está conectado a alcantarillado y el 8.7% conectado a tanque séptico.

Respecto a los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de educación, cuatro distritos están clasificados en medio bajo (40-59.99), cinco distritos en medio alto (60-79.99) y dos distritos en alto (80-100).

La mediana de años aprobados es de 5, la población de 10

años y más analfabeta asciende al 21.9%.

Los niveles relativos de satisfacción de necesidades básicas de salud, muestran que tres distritos están clasificados en bajo (20-39.99), tres en medio bajo (40-59.99), tres en medio alto (60-79.99) y dos en alto (80-100).

La información del estado nutricional, muestra que según el indicador Peso/Talla, los niños de 12 a 39 meses de edad en un 66.2% tienen un estado nutricional normal, en un 14.4% tienen sobrepeso y obesidad, en un 26.5% tienen desnutrición leve, 1.8% desnutrición moderada. De acuerdo al indicador Talla/Edad, el 54.4% tiene un estado nutricional normal, 11.3% tiene sobretalla, 23.9% retardo leve, 10.6% retardo moderado y 3.5% retardo grave. Según el indicador Peso/Edad, el 52.4% tiene un estado nutricional normal, el 12.6% tiene sobrepeso y obesidad, el 25.2% desnutrición leve, 8.3% desnutrición moderada, 1.5% desnutrición grave. Ver Cuadros 24,25 y 26.

El perfil epidemiológico que se observa en los Cuadros No.104, No.105 y No.106, muestra que entre las principales causas de morbilidad a nivel regional están el resfriado común, parasitosis, hipertensión arterial, síndrome gripal, anemia, bronquitis. La información de las primeras causas de morbilidad según grupo etáreo, muestra que para la población comprendida entre uno y 19 años de edad, la primera causa es

el resfriado común y la segunda causa la parasitosis; para la población de 20 años y más, la primera causa es la hipertensión arterial y la segunda causa el resfriado común.

Entre las primeras causas de enfermedades transmisibles y tasa de incidencia están la influenza epidémica con tasa de 17.0, síndrome diarreico con 16.9, rubeola con 2.7, varicela con 1.8, sarampión con 0.5, mordedura de ofidio con 0.9.

Respecto a las principales causas de defunciones aparece en primer lugar la enfermedad cerebrovascular, en segundo lugar la enfermedad pulmonar, en tercer lugar la cardiopatía arteroesclerótica, en cuarto lugar la prematuridad y en quinto lugar el síndrome hepático.

Se ha visualizado la situación de cada región de salud observándose diferencias particulares sobre todo en el perfil socioepidemiológico de la población; en el aspecto de la distribución del recurso humano según la organización de los servicios se observa igual comportamiento en todas las regiones de salud, la mayor cantidad del recurso humano se localiza en los hospitales y policlínicas. Las categorías ocupacionales, guardan igual comportamiento: a más médicos, más enfermeras y auxiliares de enfermería; menos nutricionistas, menos educadores para la salud, menos inspectores de saneamiento ambiental.

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN:

Como se detalló, en el análisis estadístico los datos de la investigación se obtuvieron de: a) resultados finales de los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1990, b) el instrumento de recolección de datos a las Regiones de Salud, c) el instrumento de recolección de datos a Hospitales Nacionales y otras instalaciones del área Metropolitana.

En la comprobación de los tres sistemas de hipótesis planteados, se utilizó el análisis de correlación lineal simple con el fin de medir la intensidad de la relación existente entre los recursos humanos, la distribución geográfica y ocupacional de estos, así como con el perfil socioepidemiológico de la población a la cual ofertan los servicios de salud.

Se aplicó prueba de significación estadística *t* de student. Se calculó el coeficiente de determinación (r^2).

Asegurada la confiabilidad de los datos obtenidos durante el momento de explicación del problema (segundo momento de la investigación) planteado en el diseño metodológico (Figura No.6), se procedió a determinar qué indicadores e índices de las variables podrían ser relacionados para luego ser sometidos al análisis mediante el uso de la técnica de

correlaciones con el propósito de comprobar las hipótesis (ver sistema de hipótesis)

Hecha la relación entre los datos del censo (perfil social) y los datos de los instrumentos aplicados a las regiones de salud y hospitales (perfil epidemiológico, estructura y distribución del recurso humano) se encontró que del total de seis indicadores, éstos podían ser divididos en ocho categorías; con las mismas, se establecieron 42 cruces los que fueron sometidos al análisis correlacional para obtener el grado de relación existente.

Con los resultados encontrados en el análisis descriptivo en los que se observa el desequilibrio ocupacional, se procedió a realizar algunos análisis de correlación aplicando el Coeficiente de correlación lineal simple para visualizar dichos desequilibrios.

En este aspecto, se trabajó con distintas distribuciones. Una de las distribuciones sometidas a correlación es la distribución población de responsabilidad en número de habitantes por cada Región de Salud del país, y el recurso humano en número de funcionarios existentes en cada Región de Salud del país; los siguientes fueron los resultados:

ΣX	=	2562826
ΣX^2	=	7815836689
ΣY	=	20565
ΣY^2	=	10241147.1
ΣXY	=	7511979349
N	=	12

$$r = 0.79$$

El resultado de $r = 0.79$, muestra la existencia de asociación positiva muy alta entre la población de responsabilidad y el recurso humano.

Para determinar la significación estadística se propuso las hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

Al resultado anterior se le aplicó la prueba de significación estadística de

$$t = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}} \alpha = 0.05 \text{ g.l.} = 10$$

En este caso la norma decisoria dice que puede rechazarse H_0 si $t = \pm 1.8125$; el resultado obtenido para t fue 3.1734. Este resultado muestra que las variables en estudio están relacionadas a un nivel de significación estadística de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis de nulidad y se acepta la

hipótesis alternativa. Los valores 2.2281, 2.764 y 3.1693, llevarían al rechazo de la hipótesis nula a los niveles de significación 0.025, 0.01 y 0.005 respectivamente.

Se calculó el coeficiente de determinación, obteniendo un valor de $r^2 = 0.3803$. Este resultado, indica que el 38.0% de la variación en el número de los recursos humanos es explicada por el número de la población de responsabilidad a la que se le debe ofertar servicios de salud.

En la Tabla No.4, puede observarse los resultados obtenidos con la aplicación del coeficiente de correlación simple a las diferentes categorías ocupacionales según las Regiones de Salud.

Estos resultados muestran claramente que la distribución del recurso humano responde al número de la población de responsabilidad a la cual se ofertan servicios de salud.

TABLA No. 4

RESULTADOS DE LOS COEFICIENTES DE CORRELACIÓN SEGÚN LAS
DIVERSAS CATEGORÍAS OCUPACIONALES EN EL PAÍS. AÑO: 1993

CATEGORÍA OCUPACIONAL	r
TOTAL	0.79
MÉDICO	0.80
MÉDICO GENERAL	0.89
MÉDICO ESPECIALISTA	0.74
MÉDICO INTERNISTA	0.69
MÉDICO CIRUJANO	0.68
MÉDICO GINECO-OBSTETRA	0.86
MÉDICO PEDIATRA	0.60
OTROS MÉDICOS ESPECIALISTAS	0.73
ENFERMERA	0.76
ODONTÓLOGO	0.84
NUTRICIONISTA	0.74
FARMACÉUTICO	0.82
LABORATORISTA	0.76
TRABAJADORA SOCIAL	0.80
EDUCADOR PARA LA SALUD	0.63
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	0.88
TÉCNICO DE RAYOS X	0.76
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	0.77
ASISTENTE DE FARMACIA	0.88
ASISTENTE DE LABORATORIO	0.87
ASISTENTE DE SALUD	0.24
OTRAS CATEGORÍAS	0.79
ADMINISTRATIVOS	0.78

Fuente: Cuestionarios de recolección de datos a las Regiones de Salud,
Hospitales Nacionales y otras Instalaciones del Área Metropolitana

La información anterior muestra resultados de r indicativos de la existencia de asociación positiva alta y muy alta entre las distribuciones población de responsabilidad y recurso humano de salud. Los coeficientes de determinación evidencian que en un alto porcentaje la variación en cada una de las categorías ocupacionales es explicada por la variación en el número de la población de responsabilidad.

Al comparar la información de la tasa de instalaciones y la tasa de recursos humanos, se observa que se da una relación baja inversa, según se advierte en la siguiente información:

ΣX	=	43.69
ΣX^2	=	207.8265
ΣY	=	774.43
ΣY^2	=	67888.4005
ΣXY	=	2475.7543
N	=	12

$r = - 0.36$

Estos datos son congruentes con la distribución de las instalaciones de salud según la organización de los servicios en el sentido de que en algunas Regiones de Salud que cuentan con mayor número de instalaciones, tienen más instalaciones de baja complejidad; por su parte, otras Regiones de Salud que tienen menor número de instalaciones, éstas son de mediana y alta complejidad; en consecuencia, las instalaciones de baja

complejidad aglutinan menor cantidad de recursos humanos que las instalaciones de mediana y alta complejidad.

Los resultados antes mostrados, son congruentes con el actual modelo de atención en el sentido de la vigencia del modelo curativo en el que se requiere mayor cantidad de recurso humano en instalaciones de mediana y alta complejidad como son las policlínicas, algunos centros de salud, y las diferentes categorías de hospitales (medicina general, general y especializados).

Por su parte, la hegemonía del modelo curativo ha contribuido al desequilibrio geográfico por razones como la concentración en las áreas urbanas de los centros de atención con mayor capacidad resolutive de problemas de salud; centros estos, que cada día incrementan la adquisición de equipos especializados acordes a los avances científico-tecnológicos, que ameritan de recursos humanos especializados para operar los mismos; ya sea, en las áreas de apoyo, diagnóstico y tratamiento; el mismo sistema operante es el que influye o genera el desequilibrio de los recursos humanos de orden geográfico y a su vez el ocupacional.

Estos resultados muestran la existencia de desequilibrio geográfico en el país; porque, las instalaciones de baja complejidad en su mayoría se encuentran ubicadas en áreas

rurales, y las instalaciones de mediana y alta complejidad por su parte se encuentran localizadas en su mayoría en las áreas urbanas; en los mapas del No.7 al No.18 puede apreciarse la distribución y localización de las instalaciones de salud en las diferentes Regiones de Salud del país. De igual forma en la Figura No.2 se observa como se da la distribución de estas instalaciones según la organización de los servicios por niveles de complejidad.

El coeficiente de determinación muestra que el 86.4% de la variación en el recurso humano es explicada por la variación en las instalaciones de salud.

Los resultados de la correlación entre las distribuciones densidad de población y densidad del recurso humano contribuye a verificar lo antes expuesto, dada la correlación de 0.99; correlación positiva muy alta. Los los resultados fueron:

ΣX	=	5363.1
ΣX^2	=	23689135.49
ΣY	=	29.0100
ΣY^2	=	565.7601
ΣXY	=	115124.2860
N	=	12

$r = 0.99$

La siguiente Tabla, muestra los resultados de las

correlaciones realizadas entre los índices que constituyen el indicador perfil social y el recurso humano existente en las Regiones de Salud del país. Los datos que sustentan estos resultados se localizan en los Anexos.

TABLA No.5

**RESULTADOS DE LOS COEFICIENTES DE CORRELACIÓN
DE LOS ÍNDICES DEL PERFIL SOCIAL**

ÍNDICE	r	g.l.	Valor t	t ±	α
Abastecimiento Agua	1.00	7	2.6507	1.8946	0.05
Alcantarillado	1.00	7	2.6963	1.8946	0.05
Piso de Tierra	0.45	7	1.6143	1.8946	0.05
Analfabetismo	0.56	7	2.6390	1.8946	0.05

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990 Cuestionarios de recolección de datos a Regiones de Salud, Hospitales Nacionales y otras Instalaciones del Área Metropolitana.

Puede observarse la existencia de asociación perfecta en el caso de abastecimiento de agua y alcantarillado, asociación positiva mediana en la tenencia de piso de tierra y asociación positiva alta en el analfabetismo y los recursos humanos.

Por su parte los coeficientes de determinación indican que la variación en los recursos humanos es explicada por la variación en los índices abastecimiento de agua potable, alcantarillado, piso de tierra y analfabetismo en un 0.3%, 3.7%, 45.6% y 68.4% respectivamente.

Los coeficientes de determinación muestran que la variación en la variable independiente es explicada por la variable dependiente, lo cual quiere decir que las variables en estudio tienen relación y además tienen significación estadística, ya que la prueba t así lo demostró para el caso de viviendas con agua potable, alcantarillado y analfabetismo.

En lo que al perfil epidemiológico se refiere, se presenta relación directa en lo que a esperanza de vida respecta; se distingue que las Regiones de Salud con tasas más altas de recursos humanos por 10,000 habitantes: Metropolitana (183.77), Azuero (86.11), Chiriquí (65.42), Colón (60.32) son las que más años de esperanza de vida tienen (75.4), (73.1), (70.6) y (70.2) respectivamente; por su lado, las Regiones con tasas más bajas de recursos humanos por 10,000 habitantes como Darién (46.77), Bocas del Toro (47.74) y San Blas (30.72) tienen una población cuya esperanza de vida asciende a (62.7), (65.9) y (67.6) respectivamente.

Se observa asociación inversa entre la presencia de algunas enfermedades transmisibles en las Regiones de Salud y el recurso humano existente como lo es el caso de la amebiasis en donde en aquellas regiones con mayor tasa de recursos humanos, la tasa de la amebiasis es menor; y en el caso de las regiones con menos tasas de recursos humanos, la tasa de amebiasis es mayor. La tasa de amebiasis por 10,000 habitantes

en Darién es de 128.52, en Bocas del Toro es de 58.88 y en San Blas es de 51.19; la tasa de recursos humanos por 10,000 habitantes para estas regiones es de (46.77), (47.74) y (30.72) respectivamente. Sin embargo la tasa de amebiasis en Azuero es de (1.00), Chiriquí (6.80), Colón (0.05), Panamá Oeste (4.81); cuentan estas regiones con tasa de recursos humanos de: (86.11, 65.42, 60.32 y 57.96), respectivamente.

En cuanto a la presencia de la enfermedad diarreica puede apreciarse la relación inversa entre la tasa del recurso humano y la tasa de dicha enfermedad. Las regiones más afectadas son Bocas del Toro, Darién y San Blas; las menos afectadas son la Región Metropolitana y Colón.

En las regiones de Azuero y Chiriquí se encuentran altas tasas de enfermedad diarreica. Sin embargo, al revisar la información del perfil social se puede visualizar que el resultado obtenido en el perfil epidemiológico es compatible con el perfil social dado que estas dos regiones tienen altos porcentajes de viviendas con piso de tierra, Azuero (12.2%) y Chiriquí (22.1%) del total del país; y estas regiones tienen una población de responsabilidad del orden de 7.1% y 15.8% respectivamente.

Los datos de la Tabla No.6, permiten apreciar los resultados de los coeficientes de correlación entre los

índices del perfil epidemiológico y el recurso humano existente en las diferentes Regiones de Salud del país.

TABLA No.6

RESULTADOS DE LOS COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE LOS ÍNDICES DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

ÍNDICE	r	g.l.	Valor t	t ±	α
RUBEOLA	0.20	9	3.0037	1.8331	0.05
AMEBIASIS	-0.40	7	-2.6486	1.8946	0.05
ENFERMEDAD DIARREICA	-0.34	10	3.1168	1.8125	0.05
INFLUENZA EPIDÉMICA	0.70	10	3.1439	1.8125	0.05

Fuente: Cuestionario de recolección de datos a las Regiones de Salud, Hospitales Nacionales y otras Instalaciones del Área Metropolitana

La aplicación de la prueba t como prueba de significación estadística a los resultados de la correlación lineal entre los índices del perfil epidemiológico y el recurso humano muestra que se encontró significación estadística en las cuatro correlaciones.

Los resultados de los coeficientes de determinación muestran la existencia de baja, mediana y alta explicación de la variación en las variables independientes por parte de la variable dependiente. En este sentido, se tiene que en el caso de la rubeola el porcentaje de explicación es de 31.5%, en la amebiasis de 86.3%, en la enfermedad diarreica 91.9%, y en la influenza epidémica 55.9%.

En síntesis, se puede decir que los datos estadísticos del perfil epidemiológico de la población panameña en las diferentes Regiones de Salud guardan relación congruente con el recurso humano existente dadas las relaciones positivas encontradas en los casos de esperanza de vida, influenza epidémica, rubeola, y las relaciones negativas en los casos de la amebiasis y la enfermedad diarreica aguda.

Estos resultados refuerzan la tesis de la existencia de desequilibrio geográfico en el país en donde las regiones con mayor población urbana y mejores condiciones de vida, cuentan con más recursos humanos de salud para dar respuesta a sus necesidades; aquellas regiones con menos población urbana y peores condiciones de vida, tienen menos recursos humanos.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS CENTRAL No.1:

Existe desequilibrio de distribución geográfica de los recursos humanos que laboran en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Para la comprobación de esta hipótesis se contrastaron empíricamente sus correspondientes hipótesis derivadas.

Contrastación de la Hipótesis Derivada 1.1:

Existe correlación positiva alta entre la población urbana y el recurso humano existente en las regiones de salud.

$$H_0: r \leq 0.90$$

$$H_A: r > 0.90$$

Las variables participantes en este análisis fueron población urbana (en porcentaje) y el recurso humano (en porcentaje) del total existente en el país; consideradas como X y Y respectivamente. Los resultados fueron los siguientes:

$\Sigma X = 313.100$	$r = 0.72$
$\Sigma X^2 = 17286.090$	
$\Sigma Y = 100.0$	
$\Sigma Y^2 = 3811.52$	
$\Sigma XY = 6452.92$	
$N = 9$	

Se puede afirmar que existe relación positiva alta entre la población urbana en las diferentes regiones de salud del país y el recurso humano existente en las áreas urbanas para atender a la población demandante de servicios de salud. Este resultado indica que a mayor porcentaje de población urbana, mayor porcentaje de recursos humanos.

Como $r = 0.72 < 0.90$, no es posible rechazar la hipótesis nula de $r < 0.90$. La aplicación de t como prueba de significación estadística con $\alpha = 0.05$ y g.l. = 7 muestra un resultado de $t = 2.6468$, por lo que puede rechazarse la

hipótesis de nulidad de $r = 0$, ya que la norma decisoria en este caso dice que puede rechazarse dicha hipótesis si el resultado de $t = \pm 1.8946$.

El resultado de t indica que si existe correlación entre las dos variables, y se puede decir que la relación observada no depende sólo de la casualidad. Un valor de 2.3646 llevaría al rechazo de la hipótesis de nulidad al nivel de significación 0.025; de esta manera, el valor 2.6468 es significativo a un nivel de significación más riguroso.

Se calculó el coeficiente de determinación, obteniendo un valor para $r^2 = 0.4820$, indicando que en un 48.2% la variación en el recurso humano es explicada por la variación en la población urbana.

Con base a lo anterior, se puede concluir que con las condiciones presentes en el estudio se puede esperar que a mayor porcentaje de población urbana se contará con mayor porcentaje de recursos humanos de salud. Esta conclusión permite explicar la hipótesis central No.1 referente a la existencia de desequilibrio geográfico del recurso humano.

Contrastación de la Hipótesis Derivada 1.2:

Existe correlación negativa alta entre la población rural y el recurso humano existente en las diferentes regiones de

salud del país.

$$H_0: r \leq -0.90$$

$$H_A: r > -0.90$$

En este análisis las variables participantes fueron población rural (en porcentaje) y el recurso humano (en porcentaje) del total existente en el país. Los siguientes fueron los resultados:

$\Sigma X = 586.900$	$r = -0.72$
$\Sigma X^2 = 44596.090$	
$\Sigma Y = 100.0$	
$\Sigma Y^2 = 3811.52$	
$\Sigma XY = 3547.080$	
$N = 9$	

El resultado $r = -0.72$ indica que existe relación negativa alta entre las variables en estudio, lo cual muestra que a mayor porcentaje de población rural menor porcentaje de recursos humanos.

Al confrontar este resultado con el obtenido en el análisis de la Hipótesis Derivada 1.1, se puede ver que cuantitativamente ambas variables tienen el mismo valor sólo que con direcciones opuestas, la una (H.D. 1.1) es positiva,

y la otra (H.D. 1.2) es negativa.

En consecuencia, se puede decir que tomando como base estos resultados, puede explicarse la hipótesis central formulada que alude al desequilibrio geográfico del recurso humano en salud. Además, puede corroborarse lo expresado en el marco teórico respecto a que las diferencias entre las tasas de personal/población de las zonas urbanas y rurales pueden considerarse indicadores de desequilibrio.

Continuando el análisis estadístico de la población rural y el recurso humano, y tomando en cuenta que $r = -0.72$, < -0.90 , no es posible rechazar la hipótesis de nulidad. Con base a lo anterior, se aplicó a r una prueba de significación estadística, por lo que se propuso las siguientes hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

Se aplicó la prueba t con $\alpha = 0.05$ y g.l. = 7. La regla decisoria dice que puede rechazarse H_0 si $t = \pm 1.8946$.

El resultado obtenido para t fue de -2.6468 , por lo que se rechaza la hipótesis de nulidad de $r = 0$ y se acepta la hipótesis alternativa. Este resultado muestra la correlación existente entre las variables en estudio; además, denota que

la diferencia entre las dos variables es mayor que el valor que se necesita para rechazar la hipótesis nula. Los datos son lo suficientemente significativos como para concluir que la relación observada no se debe a la casualidad. Este resultado también es significativo al nivel 0.025.

Se calculó el coeficiente de determinación, obteniendo un valor para $r^2 = 0.4820$, lo cual quiere decir que el 48.2% de la variación en el recurso humano es explicada por la variación en la población rural.

Con base a lo anterior, se concluye que con las condiciones presentes en el estudio puede esperarse que a mayor población rural menos recursos humanos de salud; a la vez, que contribuye a la explicación de la Hipótesis Central No.1 de desequilibrio geográfico existente en los recursos humanos en salud.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS CENTRAL No.2:

Existe desequilibrio de distribución ocupacional en la estructura del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Para la comprobación de esta hipótesis se contrastaron empíricamente sus correspondientes hipótesis derivadas.

Contrastación de la Hipótesis derivada 2.1:

Existe correlación positiva alta entre la enfermera y el médico para ofertar los servicios de salud a la población demandante de estos en el país.

$$H_0: r \leq 0.90$$

$$H_A: r > 0.90$$

Las variables participantes de este análisis fueron la tasa del recurso humano enfermera (por 10,000 habitantes) y la tasa del recurso humano médico (por 10,000 habitantes), del total existente en el país; consideradas como Y y X.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

$\Sigma X = 105.480$	$r = 0.96$
$\Sigma X^2 = 1405.242$	
$\Sigma Y = 102.720$	
$\Sigma Y^2 = 1191.798$	
$\Sigma XY = 1275.524$	
$N = 12$	

El resultado de r permite afirmar que existe relación positiva muy alta entre las variables en estudio. Dado que, $r = 0.96, > 0.90$, se rechaza la hipótesis nula de $r < 0.90$ y se acepta la hipótesis alternativa de $r > 0.90$.

Por lo anterior, y para verificar si el resultado obtenido tiene significación estadística o se debe a la casualidad, se aplicó a r una prueba de significación; por lo que, se propusieron las siguientes hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

Se utilizó la prueba t para su contrastación, donde:

$$t = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}} \quad \text{con } \alpha = 0.05 \text{ y g.l.} = 10$$

En este caso la norma decisoria dice que puede rechazarse H_0 si $t = \pm 1.8125$.

El valor obtenido para t es de 3.1491, lo que permite rechazar la hipótesis nula de $r = 0$, y aceptar la hipótesis alternativa de $r \neq 0$. Este resultado indica que existe relación entre las variables en estudio; se observa que la diferencia encontrada es alta y es mayor que el valor necesario para rechazar la hipótesis nula al nivel de significación 0.05. Un valor de 2.764, llevaría al rechazo de la hipótesis nula al nivel de significación 0.01.

Con base a lo anterior, se puede concluir que con las condiciones presentes en el estudio, puede esperarse que a más médicos más enfermeras. Esta conclusión permite explicar la

Hipótesis Central No.2 de desequilibrio ocupacional.

El resultado obtenido al calcular el coeficiente de determinación indica que el 7.0% de la variación en el recurso humano enfermera es explicada por la variación en el recurso humanos médico dado que el valor obtenido fue de: $r^2 = 0.0707$

Contrastación de la Hipótesis Derivada 2.2:

Existe correlación positiva alta entre la tasa de otros profesionales de la salud (odontólogos, laboratoristas, farmacéuticos, nutricionistas, trabajadoras sociales) y la tasa médico-enfermera.

$$H_0: r \leq 0.90$$

$$H_A: r > 0.90$$

Participaron en este análisis las variables otros profesionales de la salud (en tasa) y médico-enfermera (en tasa), tomadas como Y y X respectivamente.

El resultado de $r = 0.97$, lo que indica la existencia de una relación positiva muy alta entre las variables en estudio.

Los resultados fueron los siguientes:

ΣX	=	208.200
ΣX^2	=	5148.102
ΣY	=	66.330
ΣY^2	=	497.207
ΣXY	=	1587.354
N	=	12

r	=	0.97
-----	---	------

Como $r = 0.97 > 0.90$, se rechaza la hipótesis nula de $r < 0.90$ y se acepta la hipótesis alternativa de $r > 0.90$. Para verificar la significación estadística, se le aplicó a r la prueba t , por lo que se propusieron las hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

En su contrastación, se tiene que:

$$t = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}} \text{ con } \alpha = 0.05 \text{ y g.l.} = 10$$

Para este caso la norma decisoria dice que puede rechazarse la H_0 si $t = \pm 1.8125$.

El resultado obtenido para t es de 3.1466, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Este resultado indica que existe relación entre

las variables estudiadas; se visualiza que la diferencia encontrada es alta y mayor que el valor necesario para rechazar la hipótesis nula. El valor de t también es significativo al nivel 0.01, nivel más riguroso.

Con este resultado cabe esperar que con las condiciones presentes en el estudio, a mayor tasa de médico/enfermera, mayor tasa de otros profesionales de la salud. Esta conclusión permite en parte explicar la Hipótesis Central No.2 de desequilibrio ocupacional.

El cálculo del coeficiente de determinación muestra que el 4.9% de la variación en la tasa de los otros recursos humanos es explicada por la variación en la tasa de médico-enfermera, ya que el resultado obtenido fue de: $r^2 = 0.0497$

Contrastación de la Hipótesis Derivada 2.3:

Existe correlación positiva alta entre la tasa del recurso humano (educador/salud, inspector/saneamiento ambiental, ayudante/salud) y la tasa médico-enfermera.

$$H_0: r \leq 0.90$$

$$H_A: r > 0.90$$

Las variables participantes en este análisis fueron recursos humanos (educador para la salud, inspector de

saneamiento ambiental y ayudante de salud) y el recurso humano médico-enfermera; consideradas como Y y X respectivamente. Los siguientes fueron los resultados:

ΣX	=	208.200
ΣX^2	=	5148.1026
ΣY	=	38.750
ΣY^2	=	172.1885
ΣXY	=	624.113
N	=	12

$$r = -0.18$$

Se puede afirmar que con el resultado de r probablemente no exista relación entre las variables en estudio, y que este valor pueda deberse solamente al azar.

Como $r = -0.18 < 0.90$, no es posible rechazar la hipótesis nula $r < 0.90$; sin embargo, se aplicó la prueba t con la intención de ver si el resultado de r es significativo. Para este caso se propusieron las hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

En su contrastación se aplicó la prueba de:

$$t = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} \quad \text{con } \alpha = 0.05 \text{ y g.l.} = 10$$

La norma decisoria dice que en este caso, puede rechazarse H_0 si $t = \pm 1.8125$.

El valor obtenido para t fue de -3.1525 ; por lo tanto, es posible rechazar la hipótesis nula de $r = 0$. Este resultado es indicativo de la existencia de relación entre las variables estudiadas; la diferencia entre las dos variables es mayor que el valor necesario para rechazar la hipótesis nula.

El coeficiente de determinación muestra que la variación en los educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental y ayudantes de salud son explicados en un 96.7% por la variación en los médicos-enfermeras, ya que el resultado obtenido fue de: $r^2 = 0.9674$

El resultado de esta hipótesis permite apreciar la hegemonía de la práctica médica y del modelo curativo; ya que, con las dos hipótesis anteriores pudo detectarse que pareciera que es alrededor de la categoría médico que gira el resto de las categorías ocupacionales de los profesionales de salud; de ahí que para las categorías analizadas en la tercera hipótesis derivada que son categorías dedicadas más al modelo preventivo se guarda una relación casi nula; es decir, para la categoría médico estas categorías no tienen relevancia para el modelo curativo vigente.

En síntesis puede afirmarse que en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social se da el desequilibrio en la distribución ocupacional.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS CENTRAL No.3:

Existe inequidad en la accesibilidad de la población a los recursos humanos que constituyen la estructura del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, lo que se traduce en respuesta parcial al perfil socioepidemiológico de la población a la cual ofertan los servicios de salud.

Se contrastaron empíricamente tres hipótesis derivadas para la comprobación de esta hipótesis.

Contrastación de la Hipótesis Derivada 3.1:

Existe correlación positiva alta entre el perfil social según los índices de variación geográfica universal de menos distritos postergados de acuerdo a las condiciones de la vivienda y el porcentaje del recurso humano existente para ofertar los servicios de salud en las Regiones de Salud.

$$H_0: r \leq 0.90$$

$$H_A: r > 0.90$$

Participaron en este análisis las variables perfil social según los índices de variación geográfica universal de menos

distritos postergados (en porcentaje) y recursos humanos (en porcentaje) del total existente en el país; tomadas como X y Y respectivamente.

El resultado obtenido permite afirmar que existe correlación positiva mediana entre el porcentaje de menos distritos postergados y el porcentaje del recurso humano; esto es indicativo de que a mayor porcentaje de menos distritos postergados mayor porcentaje de recursos humanos. Los respectivos datos son los siguientes:

ΣX	=	639.700	$r = 0.52$
ΣX^2	=	49859.050	
ΣY	=	100.0	
ΣY^2	=	2419.480	
ΣXY	=	7944.800	
N	=	12	

Como $r = 0.52 < 0.90$, no es posible rechazar la hipótesis nula de $r < 0.90$. Para comprobar si este valor es o no significativo, se aplicó a r una prueba de significancia estadística.

Por lo anterior, se propusieron las siguientes hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

Para su comprobación se aplicó la prueba de t, donde:

$$t = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}} \text{ a } \alpha 0.05 \text{ con G.L.}=7$$

En este caso, la norma decisoria dice que puede rechazarse H_0 si $t = \pm 1.8125$ a un nivel de significación $\alpha 0.05$ y G.L.: 10

Se obtuvo un valor para t de 3.1448. Dado que el valor obtenido para t difiere del propuesto para la hipótesis nula, ésta se rechaza y se acepta la hipótesis alternativa de $r \neq 0$.

El resultado muestra la existencia de relación entre las variables en estudio, que la diferencia encontrada es significativa y mayor que el valor que se necesita para rechazar la hipótesis nula al nivel de significación 0.05.

Conforme a los criterios establecidos, los datos son lo suficientemente significativos para permitir la conclusión de que la relación observada no depende solamente de la casualidad. Esta conclusión permite explicar la Hipótesis Central No.3, referente a la respuesta parcial de la estructura del recurso humano al perfil socioepidemiológico de la población dado que los resultados permiten inferir que la población con mejores condiciones de vida cuenta con más recursos humanos y viceversa, la población con peores condiciones de vida cuenta con menos recursos humanos.

El coeficiente de determinación muestra que el 72.6% de la variación en el porcentaje de recursos humanos es explicada por la variación en el porcentaje de menos distritos postergados, dado que el resultado obtenido fue de: $r^2 = 0.7266$

Contrastación de la Hipótesis Derivada 3.2:

Existe correlación negativa alta entre el perfil social según los índices de variación geográfica universal de más distritos postergados de acuerdo a las condiciones de la vivienda y el porcentaje del recurso humano existente para ofertar los servicios de salud en las Regiones de Salud.

$$H_0: r \leq -0.90$$

$$H_A: r > -0.90$$

Participaron en este análisis las variables perfil social según los índices de variación geográfica universal (en porcentaje) considerada como X, y recursos humanos (en porcentaje) considerada como Y.

El resultado de r permite afirmar que existe relación negativa mediana entre las variables en estudio.

Como r -0.52 no es posible rechazar la hipótesis de nulidad de $r < 0.90$. Los resultados son los siguientes:

ΣX	=	561.300
ΣX^2	=	41984.659
ΣY	=	100.0
ΣY^2	=	2419.48
ΣXY	=	2059.90
N	=	12

$$r = -0.52$$

Para verificar si el valor obtenido se debe a la casualidad o si tiene significación estadística se aplicó a r una prueba, por lo que se plantean las siguientes hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

Para contrastarla se utilizó prueba de significación:

$$t = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} \text{ a } \alpha 0.05 \text{ y G.L.} = 10$$

La norma de decisión en este caso, dice que puede rechazarse la hipótesis nula H_0 si $t = \pm 1.8125$ a un nivel de significación de 0.05 y 10 G.L.

Como el valor obtenido para t fue de -9.9160, se rechaza la hipótesis nula de $r = 0$ y se acepta la hipótesis alternativa. Este resultado indica que existe relación entre las variables en estudio. Puede observarse que la diferencia

encontrada es mayor que el valor que se necesita para rechazar la hipótesis de nulidad al nivel de significación 0.05

En base a lo anterior, se puede concluir que con las condiciones presentes en el estudio se puede esperar que a mayor porcentaje de distritos postergados menor porcentaje de recursos humanos. Esta conclusión permite explicar la Hipótesis Central No.3 de que la estructura del recurso humano responde parcialmente al perfil socioepidemiológico de la población en el sentido de que no existe equidad en la accesibilidad de la población al recurso humano que oferta los servicios de salud.

El coeficiente de determinación indica que el 97.2% de la variación en el porcentaje del recurso humano es explicada por la variación en el porcentaje de más distritos postergados. El valor obtenido fue de $r^2 = 0.9725$

Contrastación de la Hipótesis Derivada 3.3:

Existe correlación positiva alta entre el perfil epidemiológico representado por la esperanza de vida y el recurso humano en las diferentes Regiones de Salud.

$$H_0: r \leq 0.90$$

$$H_A: r > 0.90$$

En este análisis las variables participantes fueron el perfil epidemiológico representado por la esperanza de vida (en número de años) considerada como Y, y el recurso humano (en número de funcionarios) considerada como X. Los siguientes fueron los resultados obtenidos:

ΣX	=	20442
ΣX^2	=	102396342
ΣY	=	782.7
ΣY^2	=	55881.51
ΣXY	=	1497650.7
N	=	11

$r = 0.39$

El resultado de r permite afirmar que existe relación positiva baja entre el número de años en la esperanza de vida y el número de recursos humanos en las Regiones de Salud del país; el mismo, indica que a mayor número de recursos humanos mayor esperanza de vida de la población.

Dado que $r = 0.39 < 0.90$, no es posible rechazar la hipótesis de nulidad de $r < 0.90$. Para comprobar si este valor es o no significativo se aplicó una prueba de significación estadística. Para su efecto se propusieron las hipótesis:

$$H_0: r = 0$$

$$H_A: r \neq 0$$

Se aplicó para su contrastación la prueba t, donde:

$$t = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}} \text{ a } \alpha : 0.05 \text{ y G.L.} = 9$$

La norma decisoria en este caso dice que puede rechazarse H_0 si $t = \pm 1.8331$ a un nivel de significación 0.05 y 9 G.L.

El valor resultante para t fue de 15.1046, mayor que el valor propuesto para la hipótesis de nulidad; por lo tanto, ésta se rechaza y se acepta la hipótesis alternativa. Este resultado muestra la existencia de relación entre las variables en estudio; la diferencia es significativa y mayor que el valor necesario para rechazar la hipótesis nula al nivel 0.05; el nivel de significación alcanza hasta el 0.005

Esta conclusión permite explicar la Hipótesis Central No.3 de que la estructura del recurso humano responde parcialmente al perfil socioepidemiológico de la población dada la comprobación de la falta de equidad en la distribución del recurso humano para ofertar los servicios de salud a la población demandante de éstos.

El resultado de r muestra que a mayor número de recursos humanos mejor perfil epidemiológico, mayor esperanza de vida de la población y a menor número de recursos humanos, peor perfil epidemiológico y menor esperanza de vida.

El coeficiente de determinación indica que el 99.4% de la variación en el perfil epidemiológico representado por la esperanza de vida es explicada por la variación en el recurso humano, dado que el resultado obtenido fue de: $r^2 = 0.9940$

Se ha llegado al final del análisis correlacional de los ocho (8) cruces necesarios para la comprobación de las tres (3) Hipótesis Centrales, lo que ha permitido conocer la relación existente entre el recurso humano de salud y la población panameña demandante de los servicios de salud, por una parte; por otra, cuánto desequilibrio de distribución geográfica y ocupacional existe en el recurso humano de salud.

Para visualizar concretamente los resultados obtenidos, a manera de síntesis se ha categorizado cada uno de los coeficientes de correlación lineal simple obtenidos en los diferentes cruces referidos a la prueba de hipótesis. Los datos obtenidos fueron agrupados en dos categorías, a saber:

a. Correlaciones negativas: se agruparon en esta categoría aquellos cruces que demostraron asociación inversa; es decir, mientras que en la variable independiente se registraba un valor bajo, por el contrario en la variable dependiente se registraba un valor alto. Del total de ocho cruces, en esta categoría quedaron clasificados tres cruces.

**FIGURA No.9
CORRELACIONES NEGATIVAS**

Porcentaje de Población Rural	Porcentaje de Recursos Humanos
Porcentaje de Más Distritos Postergados	
Tasa: Educador Para Salud, Inspector Saneamiento Ayudante de Salud	Tasa: Médico-Enfermera

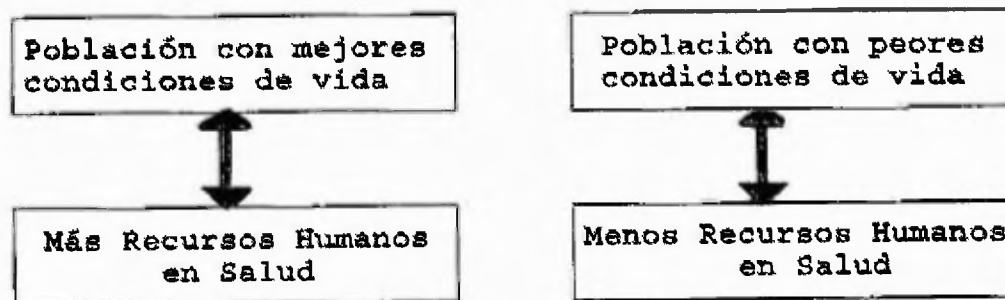
b. Correlaciones positivas: se agruparon en esta categoría los cruces que revelaron grado de asociación directa. Se registraron en esta categoría cinco de los ocho cruces; por tanto, puede afirmarse que si existe relación entre el recurso humano de salud y el perfil socioepidemiológico de la población panameña y que existe desequilibrio de distribución geográfica y ocupacional del recurso humano de salud.

**FIGURA No.10
CORRELACIONES POSITIVAS**

Porcentaje Población Urbana	Porcentaje Recurso Humano
Tasa Enfermera	Tasa Médico
Tasa Médico-Enfermera	Tasa Otros Profesionales de Salud
Porcentaje Menos Distritos Postergados	Porcentaje Recurso Humano
Esperanza de Vida (Perfil Epidemiológico)	Número de Recurso Humano

Se describieron coeficientes de significación estadística en siete (7) de los ocho (8) cruces de variables. En consecuencia, se llega a la conclusión de que los indicadores e índices utilizados en la medición de las variables en estudio, sirven para hacer predicciones desde el punto de vista de significación estadística.

En la matriz de correlaciones (Tabla No.7), puede observarse los resultados obtenidos. Los mismos, parecieran indicar que la distribución del recurso humano está en relación directa con la población de responsabilidad a la cual debe ofertar los servicios; es decir, a mayor número de población, mayor número de recursos humanos; a menor número de población, menor número de recursos humanos. Se aprecia que la población que tiene mejores condiciones de vida tiene mayor número de recursos humanos y la población que tiene peores condiciones de vida tiene menor número de recursos humanos:



De los resultados obtenidos se traduce también la relación existente entre las diferentes categorías

TABLA No.7
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN (MATRIZ)

VARIABLES	% RRHH	T. M.	T.OPS	T.EIA	RRHH	RRHH	RRHH
% Población Urbana	0.72	-	-	-	-	-	-
% Población Rural	-0.72	-	-	-	-	-	-
*							
Tasa Enfermera/Médico	-	0.96	-	-	-	-	-
Tasa Enfermera	-	-	0.97	-	-	-	-
Tasa Enfermera/Médico	-	-	-	-0.18	-	-	-
*							
IVGU. - distritos postergados	-	-	-	-	0.52	-	-
IVGU. + distritos postergados	-	-	-	-	-	-0.52	-
Perfil epidemiológico esperanza de vida	-	-	-	-	-	-	0.39
*							

IVGU = Índice de Variación Geográfica Universal

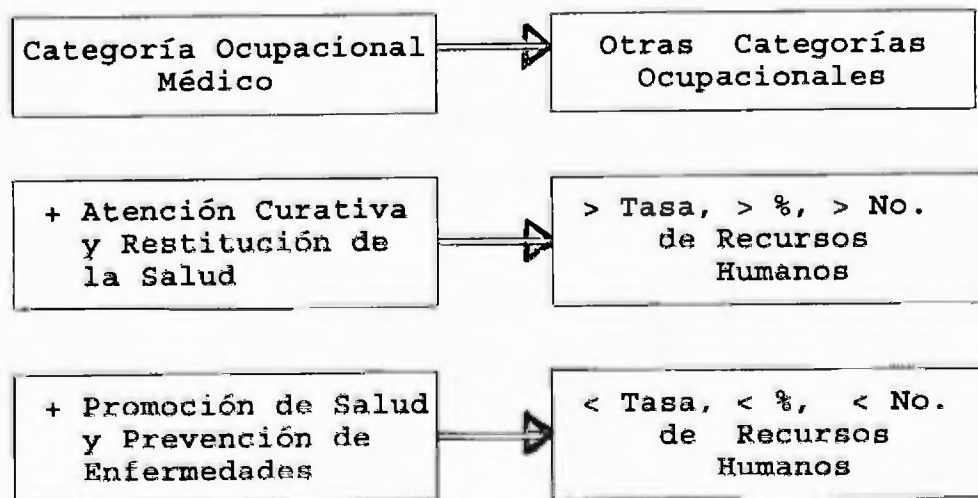
RRHH = Recursos Humanos

T.M. = Tasa Médico

T.OPS= Tasa Otros Profesionales de Salud

T.EIAS= Tasa Educador/Salud, Inspector/Saneamiento Ambiental, Ayudante/Salud

ocupacionales de recursos humanos; pareciera que es la categoría ocupacional médico la que marca la pauta para las otras categorías ocupacionales, por un lado; por otro, puede percibirse que las categorías ocupacionales que mayormente existen son aquéllas que están dedicadas más hacia la atención curativa y de restitución de la salud en instalaciones de mediana y alta complejidad en detrimento de aquellas categorías ocupacionales que se dedican a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.



En la confrontación de estos resultados con lo teóricamente expuesto en el marco teórico al igual que con los supuestos, hipótesis y la categorización de las variables muestra que se cumple con lo esperado en el sentido de la existencia de desequilibrios geográficos y ocupacionales del recurso humano, así como la inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud por la respuesta parcial de la estructura del recurso humano al perfil socioepidemiológico de

la población panameña.

Estas observaciones apuntan hacia la explicación de las hipótesis planteadas en el sistema de hipótesis.

Desde el punto de vista de porcentaje de variación explicada, se puede observar en la Tabla No.8, que estos coeficientes de determinación llegan a explicar hasta un 99.4% de la variación entre las distribuciones estudiadas .

Puede decirse que los resultados obtenidos con los diferentes cruces de variables con sus respectivas correlaciones y coeficientes de determinación, tienen un gran valor explicativo.

Como se puso de manifiesto en los capítulos anteriores, existen otros tipos de desequilibrios de distribución de recursos humanos los que por razones previamente expuestas de ciertas limitaciones no fueron consideradas en este trabajo; por lo que se cree que si se consideran en un nuevo estudio con las mismas características y condiciones del presente trabajo, se obtendrá un aumento en la capacidad explicativa sobre los desequilibrios de los recursos humanos de salud.

TABLA No.8

**RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE LAS CORRELACIONES CON
EL PORCENTAJE DE VARIACIÓN EXPLICADA**

Nombre de la Variable	Correlación	Cuadrado	% Variación Explicado
Tasa Méd-Enf/Tasa Otros Profesionales	0.97	0.0497	4.9
Tasa Enfermera/Tasa Médico	0.96	0.0707	7.0
Población Urbana/Recurso Humano	0.72	0.4820	48.2
Población Rural/Recurso Humano	-0.72	0.4820	48.2
IVGU(- distr.posterg.)/Recurso Humano	0.52	0.7266	72.6
Tasa Méd-Enf/Tasa Trabaj.Atenc.Primar.	-0.18	0.9674	96.7
IVGU(+ distr.posterg.)/Recurso Humano	0.52	0.9725	97.2
Esperanza Vida(No.año)/RRHH (No.func)	0.39	0.9940	99.4

CONCLUSIONES

En el estudio se realizaron tres análisis de datos: de la Investigación Histórica-documental, análisis descriptivo y estadístico de la Investigación de Campo.

Del análisis de datos de la Investigación Histórica-documental se extrajeron las siguientes conclusiones:

- La revisión bibliográfica muestra que en Panamá, se han realizado esfuerzos desde la década del 70 en busca de alternativas de intervención al problema existente en el Área de los Recursos Humanos de Salud, como la integración de los servicios de salud, nombramiento de especialistas en áreas que no contaban con este recurso, extensión de cobertura.

- Los análisis, conclusiones y recomendaciones emanadas de los eventos desarrollados desde el 70 hasta 1994 se esquematizaron en la Figura No.8, utilizando el modelo de la historia natural de los desequilibrios. Este esquema muestra cuáles han sido los factores de riesgo que han influido en las complicaciones existentes hoy día; entre los que se señalan: ausencia de política bien definida del desarrollo del recurso humano, carencia de política administrativa, carencia de presupuesto adecuado, prevalencia del modelo curativo, prevalencia del criterio político sobre el criterio técnico.

- En la esquematización se evidencia que entre las complicaciones señaladas están: desempleo, subempleo, mala distribución y subutilización del recurso humano.

- En la década del 70, se dieron hechos significativos que han influido en el avance del conflicto y actual desequilibrio de los recursos humanos de salud, como las huelgas, por ejemplo.

El análisis Descriptivo de la Investigación de Campo, evidencia las siguientes conclusiones:

- El Recurso Humano en Salud, oferta servicios a una población eminentemente joven; población ésta que en un 51.8% es urbana y 48.2% rural.

- La totalidad del recurso humano asciende a 20,565 funcionarios, ocupando los más altos porcentajes entre las categorías que ofrecen servicios de atención directa el recurso humano médico (14.3%), auxiliares de enfermería (13.5%) y enfermeras (12.8%).

- Las otras categorías ocupacionales que ofrecen servicios directos que suman más de 20, sólo alcanzan un 28.3% de la totalidad de los recursos humanos.

- La tasa total del recurso humano por 10,000 habitantes en el país es de 80.24.

- Las categorías ocupacionales menos representadas según la tasa por 10,000 habitantes son : nutricionistas (0.23), educador para la salud (0.20), trabajadora social (0.53)

- Las categorías ocupacionales más representadas según la tasa por 10,000 habitantes son: médicos (11.43), auxiliares de enfermería (10.86), enfermeras (10.29).

- La tasa de la categoría médicos especialistas es de 5.95/10,000, mientras que la tasa de médicos generales es de 3.77/10,000.

- La distribución del recurso humano en las Regiones de Salud, muestra que en la Región Metropolitana se localiza la más alta tasa de estos (183.77/10,000), le continúan en orden decreciente Azuero (86.11), Chiriquí (65.42), Colón (60.32), Panamá Este (59.77), Panamá Oeste (57.96), Coclé (52.30), Veraguas (52.17), Bocas del Toro (47.74), Darién (46.77), San Miguelito (31.38) y San Blas (30.72).

- Según la Organización de los Servicios el recurso humano se localiza en un mayor porcentaje en instalaciones de mediana y alta complejidad.

Para el análisis estadístico de los datos de la Investigación de Campo, se comprobaron tres hipótesis generales, las cuales apuntaban hacia el propósito y problema planteados en el estudio. Las tres hipótesis fueron probadas mediante la contrastación empírica de hipótesis derivadas.

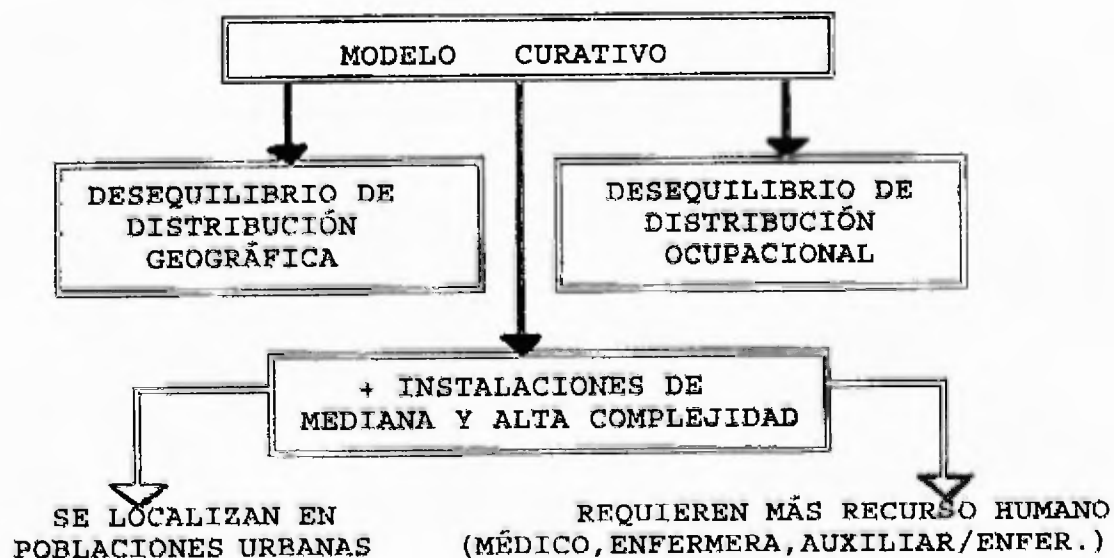
De los resultados obtenidos con este análisis, fue posible extraer las conclusiones siguientes:

- El resultado de la correlación Densidad de Población (Hbt./km²) y Densidad del Recurso Humano (RRHH/km²), muestra un resultado de $r = 0.99$, revelando así una relación positiva muy alta entre estas distribuciones; por ende, a más población más recursos humanos y viceversa, a menos población menos recursos humanos.

- La correlación entre las variables instalaciones de salud y recurso humano muestra un resultado de $r = -0.36$. Este resultado es congruente con el actual modelo de atención en el que se requiere mayor cantidad de recursos humanos en instalaciones de mediana y alta complejidad, y menos recursos humanos en las instalaciones de baja complejidad.

- Los resultados obtenidos, confirman la hegemonía del modelo curativo, el cual ha contribuido a reforzar el desequilibrio de distribución geográfica y ocupacional por

razones como la concentración en áreas urbanas de los centros de atención con mayor capacidad resolutoria de los problemas de salud. Centros, que cada día incrementan la adquisición de equipos especializados acorde a los avances científico-tecnológicos; que ameritan de recursos humanos capacitados y especializados para operar los mismos en las áreas de apoyo, diagnóstico y tratamiento. Aglutinan por razones obvias, el mayor número de recursos humanos sobre todo de las categorías médicos especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería.



- Respecto a la asociación existente entre el perfil socioepidemiológico de la población y el recurso humano, los resultados evidencian una relación directa; observándose que la población con mejores condiciones de vida cuenta con más recursos humanos y la población con peores condiciones de vida cuenta con menos recursos humanos.

- La correlación entre las variables población urbana y recursos humanos muestra como resultado un coeficiente de correlación lineal simple de 0.72; mientras que la correlación entre las variables población rural y recursos humanos muestra un resultado de $r = -0.72$, se evidencia así la existencia de desequilibrio geográfico del recurso humano.

- Los resultados de las correlaciones entre las variables menos y más distritos postergados y recursos humanos, mostraron la existencia de $r = 0.52$ y $r = -0.52$ respectivamente. Estos resultados evidencian una vez más el desequilibrio geográfico y la disociación existente entre el perfil socioepidemiológico de la población y el recurso humano.

- El perfil epidemiológico muestra relaciones inversas entre la presencia de algunas enfermedades transmisibles (amebiasis, enfermedad diarreica) y el recurso humano. En estos casos, los resultados de los coeficientes de determinación muestran la existencia de baja, mediana y alta explicación entre las variables constitutivas del perfil epidemiológico y el recurso humano. El porcentaje de variación explicada muestra que en el caso de la enfermedad diarreica se da en un 91.9%, en la amebiasis en un 86.3%, en la influenza epidémica en un 55.9%, y en la rubeola 31.5%.

- Se encontró asociación positiva baja entre la esperanza de vida y el recurso humano en las Regiones de Salud, obteniéndose un $r = 0.39$. Este resultado confirma la existencia de desequilibrio geográfico y de disociación entre el perfil socioepidemiológico de la población y el recurso humano, ya que las poblaciones que cuentan con más recursos humanos son las que tienen más esperanza de vida y las que tienen menos recursos humanos, por ende tienen menos esperanza de vida.

- Los resultados obtenidos entre las distintas correlaciones del perfil social y el epidemiológico con el recurso humano de salud, son indicativos de la existencia de discriminación en la oferta de servicios de salud a la población demandante de éstos; las poblaciones con menos posibilidades son las que cuentan con menos accesibilidad a mejorar sus condiciones de vida.

- Los resultados obtenidos de las correlaciones entre las categorías ocupacionales muestran la existencia de desequilibrio ocupacional, la hegemonía de la práctica médica y el predominio del modelo de atención curativo.

- Los resultados del análisis estadístico de los datos, corrobora el análisis descriptivo de la existencia de desequilibrio en la distribución geográfica, desequilibrio en la distribución ocupacional del recurso humano, así como la

respuesta parcial de la estructura del recurso humano de salud al perfil socioepidemiológico de la población panameña.

- En siete de las ocho correlaciones se describieron coeficientes de significación estadística, por lo que se infiere que los índices e indicadores utilizados para la medición de las variables en estudio sirven para la predicción desde el punto de vista de significación estadística.

- Los resultados obtenidos dan respuesta al problema, propósito, supuestos, objetivos e hipótesis planteadas, y corroboran lo teóricamente expuesto tanto en el marco conceptual como en el marco teórico de esta investigación.

- La capacidad explicativa de las variables en estudio es alta, lo que es coherente con el marco teórico en cuanto a los indicadores sugeridos para medir los diferentes desequilibrios de los recursos humanos en salud.

- En el estudio no se consideraron todos los tipos de desequilibrios existentes en los recursos humanos por limitaciones de recolección de información que permitiera la medición de dichas variables; se considera que sería de interés en próximos estudios analizarlos.

RECOMENDACIONES

Tomando como base los resultados y conclusiones de este estudio, se recomienda:

- Las autoridades de salud deben con carácter de urgencia emprender estudios profundos que permitan el análisis continuo y permanente de la situación de los recursos humanos, así como de la situación de salud del país tomando en cuenta los esfuerzos ya realizados en la búsqueda de alternativas de intervención a la problemática de los recursos humanos, ya que a pesar de los esfuerzos realizados como la integración de los servicios, la extensión de cobertura y otros que se han instrumentado, estos no han sido lo suficientemente contundentes, quizás por efectos externos a la Organización y que han influido a que la asignación de recursos humanos no esté en función de las demandas de la población.

- Poner en ejecución por lo menos algunas de las sugerencias que aparecen descritas en la Figura No.8 de este estudio referente a acciones preventivas y de intervenciones al problema de los recursos humanos de salud en Panamá.

- De crear un sistema de información de recursos humanos a nivel nacional, regional y local, verificar que aporte datos veraces, oportunos y confiables para la toma de decisiones.

- De generar Política para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, encaminada a la búsqueda del equilibrio de los recursos humanos, y de respuesta al perfil socioepidemiológico de la población, tomar en cuenta las recomendaciones contenidas en los Informes Técnicos de Seminarios, Talleres, Comisiones de Trabajo, etc.; recomendaciones éstas, que han emanado del análisis conjunto de los actores involucrados (servicio, docencia, gremio, sector privado de salud y otros).

- En la política de Desarrollo del Recurso Humano tomar en consideración el perfil socioepidemiológico de la población a la cual se ofertan los servicios de salud.

- Frente al desequilibrio de distribución geográfica y ocupacional, con evidencias de escasez de recursos humanos en las áreas de promoción de la salud y prevención y frente a la realidad compleja del modelo curativo, más que una redistribución apriori de recursos humanos, se requiere con carácter de urgencia identificar las necesidades reales de tipo y cantidad de recursos humanos necesarios para la promoción de la salud tanto en áreas rurales como urbanas, por un lado; por otro, realizar un estudio independiente que permita señalar las alternativas de flexión del modelo curativo existente para adecuar la sobrecarga de trabajo que aún se percibe en los centros hospitalarios.

- Formar recursos humanos necesarios para el impulso de un modelo de atención dirigido hacia el fomento de la salud y prevención de enfermedades como lo son: nutricionistas, educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental; la formación debe ser integral.

- Para la formación de nuevos recursos humanos de las categorías ocupacionales: médico, enfermera, debe darse una verdadera integración docencia servicio donde se identifiquen conjuntamente las necesidades reales de estos, acorde a las necesidades de servicio y del perfil socioepidemiológico de la población. Debe darse una formación integral.

- Consciente de la situación económica que vive el país, considerando las condiciones de desempleo y subempleo del recurso humano especialmente enfermeras y médicos por un lado; por otro, la situación de falta de recursos humanos en las áreas rurales se recomienda a las autoridades de salud realizar un esfuerzo por nombrar a estos recursos humanos aunque sea con menos horas, de manera tal que el salario que se les pague sea proporcional al salario normal de este tipo de recurso humano.

- En el caso del personal de enfermeras desempleadas, se sugiere que si la recomendación antes mencionada es acogida, como parte de incentivo a este recurso humano puede ser que su

trabajo sea supervisado y evaluado por las correspondientes autoridades de enfermería a fin de que dicha oportunidad de trabajo se le reconozca posteriormente para su idoneidad profesional.

- La formación del recurso humano enfermera con el énfasis de promoción y prevención que acoge al actual plan de estudios de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, permite aumentar el rendimiento en las áreas comunitarias; por lo tanto, se recomienda que se hagan estudios pilotos que demuestren la anterior emisión; para sus efectos, nombrar este recurso humano en áreas donde se requieran coberturas de recursos humanos y que se desarrollen programas íntegros de promoción y prevención.

- Para alcanzar la Meta SPT/2000, se hace necesario el cambio urgente del modelo de atención curativo, por un modelo de atención preventivo. Para esto se requiere que los tres estamentos (formación, servicio y gremio), se concienticen, cambien de mentalidad e inicien conjuntamente el cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANDA PASTOR, José. Epidemiología General. Tomo primero. Venezuela. 1971. 475 Pgs.
- BARAHONA, Rodrigo. PASCAP y el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud en Centro América. OPS/OMS/PASCAP. San José, Costa Rica. Julio. 1994. 19 Pgs.
- BARRENECHEA, Juan José; Trujillo Emiro y Chorny Adolfo. Salud Para Todos en el Año 2000. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. 1ª Edición. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 1990. 323 Pgs.
- CANALES, Francisca y Haddad Jorge. Manual de Planificación de Recursos Humanos para la Salud. Publicación PASCAP No.20. San José, Costa Rica. 1986. 209 Pgs.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. Dirección de Estadística y Censo. Censos Nacionales de Población y Vivienda. Resultados Finales Ampliados, Viviendas y Hogares. Volumen 11. Panamá. 1990. 265 Pgs.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. Dirección de Estadística y Censo. Censos Nacionales de Población y Vivienda Resultados Finales Ampliados, Viviendas y Hogares. Volumen III. Panamá. 1990. 317 Pgs.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y POLÍTICA ECONÓMICA. Panamá: Niveles de Satisfacción de las Necesidades. Mapa de la Pobreza. Documento de Trabajo No. 44. Panamá, diciembre de 1993. 98 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe Ejecutivo, Comisión Nacional de Recursos Humanos. Panamá. Agosto 1994. 55 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe Técnico de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud. Panamá, septiembre de 1993. 67 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Nutrición y Dietética. Encuesta Nacional de Vitamina A. Panamá. 1992. 25 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Planificación de Recursos Humanos. Informe Técnico del Taller Sobre la Situación de los Recursos Humanos en Salud en Panamá. Panamá, abril de 1991. 115 Pgs.

- MINISTERIO DE SALUD. La Situación Actual en Recursos Humanos en Salud en Centro América (Integralidad), Ponencia presentada por el Director General de Salud en el Foro Centroamericano "El Desarrollo en Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud, San José Costa Rica del 21 al 23 de julio de 1994. Panamá. 1994. 27 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Memoria del Ministerio de Salud. Presentada por el Ministro de Salud, al Presidente de la República, a la Asamblea Legislativa y a la Población Panameña. Panamá. Junio, 1992. 204 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Salud 1990 - 1994. Panamá. 1990. 110 Pgs.
- MINISTERIO DE SALUD. Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconstrucción y Reconciliación Nacional. Ciudad de Panamá, enero-1990. 28 Pgs.
- OMS/UNICEF. Alma - Ata 1978. Atención Primaria de Salud. 3ra. Impresión. Ginebra. 1981. 91 Pgs.
- OPS/OMS. Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud Para Todos en el Año 2,000. Segunda Evaluación. Volumen 3 Región de Las Américas. Washington, D.C., E.U.A. 1993. 131 Pgs.
- OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. La Administración Estratégica. Washington, D.C., E.U.A. 1992. 159 Pgs.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 16, No.2. Washington, D.C., E.U.A. 1982.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 16, No.3. Washington, D. C., E.U.A. 1982.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 16, No.4. Washington, D. C., E.U.A. 1982.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 17, No.1. Washington, D. C., E.U.A. 1983.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 18, No.1. Washington, D. C., E.U.A. 1984.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 18, No.4. Washington, D. C., E.U.A. 1984.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 20, No.1. Washington, D. C., E.U.A. 1986.

- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 20, No.3.
Washington, D. C., E.U.A. 1986.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 21, No.1.
Washington, D. C., E.U.A. 1987.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 21, No.2.
Washington, D. C., E.U.A. 1987.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 21, No.4.
Washington, D. C., E.U.A. 1987.
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 22, No.3.
Washington, D. C., E.U.A., (Julio-Septiembre, 1988).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 22, No.4.
Washington, D. C., E.U.A., (Octubre-Diciembre, 1988).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 23, No.3.
Washington, D. C., E.U.A., (Julio-Septiembre, 1989).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 23, No.4.
Washington, D. C., E.U.A., (Octubre-Diciembre, 1989).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 24, No.1.
Washington, D. C., E.U.A., (Enero-Marzo, 1990).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 24, No.4.
Washington, D. C., E.U.A., (Octubre-Diciembre, 1990).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 25, No.2.
Washington, D. C., E.U.A., (Abril-Junio, 1991).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 25, No.3.
Washington, D. C., E.U.A., (Julio-Septiembre, 1991).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 26, No.1.
Washington, D. C., E.U.A., (Enero-Marzo, 1992).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 26, No.2.
Washington, D. C., E.U.A., (Abril-Junio, 1992).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 26, No.4.
Washington, D. C., E.U.A., (Octubre-Diciembre, 1992).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 27, No.1.
Washington, D. C., E.U.A., (Enero-Marzo, 1993).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 27, No.3.
Washington, D. C., E.U.A., (Julio-Septiembre, 1993).

- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 27, No.4. Washington, D. C., E.U.A., (Octubre-Diciembre, 1993).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 28, No.1. Washington, D. C., E.U.A., (Enero-Marzo, 1994).
- O.P.S./O.M.S. Educación Médica y Salud. Volumen 28, No.2. Washington, D. C., E.U.A., (Abril-Junio, 1994).
- O.P.S./O.M.S. Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud: Compromiso Para un Proceso Estratégico. Volumen I. San José, Costa Rica, 1994. 51 Pgs.
- O.P.S./O.M.S. Informe Anual del Director, 1991. Documento Oficial No.249. Washington, D.C.,E.U.A. 1992. 212 Pgs.
- O.P.S./O.M.S. Salud Para Todos en el Año 2,000. Plan de Acción Para la Instrumentalización de las Estrategias Regionales. Documento Oficial No.179. Washington D.C., E. U. A., 1982. 98 Pgs.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mejoramiento de la Labor de los Agentes de Salud Comunitarios en la Atención Primaria de Salud. Informe de un grupo de estudio de la O.M.S. Serie de Informes Técnicos No.780. Ginebra, 1989. 51 Pgs.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de Personal Sanitario Para Alcanzar la Salud Para Todos en el Año 2,000 Mediante la Atención Primaria. Informe de un Comité de Expertos de la O.M.S. Serie de Informes Técnicos No. 717. Ginebra, 1985. 99 Pgs.
- PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD PARA CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ. PASCAP 90: Una Alternativa Sub-regional Para el Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos en Salud. San José, Costa Rica, 1992. 31 Pgs.
- PURCALLAS, Daniel. Transformación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. Publicación Especial OPS/OMS/PASCAP. San José, Costa Rica, 1992. 312 Pgs.
- ROVERE, Mario. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.96. OPS/OMS. Washington, D.C., E.U.A, 1993. 226 Pgs.
- WAYNE, W., Daniel. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Primera Reimpresión. Editorial LIMUSA. México. 1979. 485 Pgs.

ANEXOS

ANEXO No.1

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PARA LAS REGIONES DE SALUD**

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

RECURSOS HUMANOS EN SALUD, SU RELACIÓN CON EL PERFIL
SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA. AÑO: 1993

Estimado (a) Planificador (a)

Región de Salud de: _____

Se le solicita su colaboración a fin de obtener datos que permitan determinar la existencia de desequilibrios de distribución geográfica y ocupacional del recurso humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, mediante la identificación de la estructura y distribución de los recursos humanos y el perfil epidemiológico de la población.

Con los resultados que se obtengan, se espera el diseño de una propuesta de intervención al problema de los desequilibrios de los recursos humanos en salud en Panamá.

GRACIAS,

EDA L. MEDINA DE WONG

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, REGIONES DE SALUD

1. Población de responsabilidad: _____

2. Principales causas de muerte con certificación médica:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Diez primeras causas de morbilidad general:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Diez primeras causas de morbilidad según los diferentes grupos etáreos:

a. menores de un año:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

b. niños de 1 - 4 años:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

c. niños de 5 - 9 años:

d. adolescentes de 10 - 14 años:

e. adolescentes de 15 - 19 años:

f. adultos de 20 años y más:

5. Diez primeras causas de enfermedades transmisibles y su tasa de incidencia:

CAUSA	Número	Tasa *

* Por 10,000 habitantes

6. Estructura y Distribución del Recurso Humano:

- a. Recurso Humano existente según instalación de salud:
 (médico especialista, médico general, médico internos,
 médico residente, odontólogo general, odontólogo
 interno, enfermera, nutricionista, farmacéutico,
 laboratorista, trabajadora social, auxiliar de
 enfermería, educador para la salud, inspector de
 saneamiento ambiental, técnico de Rayos X, asistente de
 farmacia, asistente de laboratorio, asistente o
 ayudante de salud, otras categorías, administrativos).

Recurso Humano según Categoría Ocupacional	TOTAL	Instalación de Salud				
		S.C.S	C.S.	Polic	C.ScC	Hosp.
TOTAL						
Médico especialista						
Médico general						
Médico interno						
Médico resident						
Odont. general						
Odont. interno						
Enfermera						
Nutricionista						
Farmacéutico						
Laboratorista						
Trabajadora S.						
Educador/salud						
Inspector/S/A						
Auxiliar Enfer.						
Asist. Farmacia						
Asist. Laborat.						
Asist. Salud						
Técnico Rayos X						
Otra Categoría						
Administrativo						

S.C.S= Sub Centro de Salud
 C.S.= Centro de Salud
 Polic= Policlínica
 C.ScC= Centro de Salud con Cama
 Hospit= Hospital

b. Médico Especialista y su distribución:

Especialidad Médica	TOTAL	Instalación de Salud		
		C.S	Polic.	Hospit.
TOTAL				
Medicina Interna				
Cirugía General				
Pediatría				
Gineco-Obstetricia				
Psiquiatría				
Epidemiología				
Salud Pública				
Geriatría				
Nefrología				
Cardiología				
Neurología				
Neurocirugía				
Fisiatría				
Dermatología				
Otorrinolaringolog.				
Patología				
Neumología				
Urología				
Ortopedia				
Oftalmología				
Medicina Familiar				
Gastroenterología				
Salud Ocupacional				
Anestesiología				
Oncología				
Hematología				
Paidopsiquiatría				
Radiología				
Endocrinología				
Reumatología				
Infectología				
Otros Cirujanos				
Otras				
Especialidades				

ANEXO No. 2

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PARA LOS HOSPITALES NACIONALES Y
OTRAS INSTALACIONES DEL ÁREA METROPOLITANA**

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

RECURSOS HUMANOS EN SALUD, SU RELACIÓN CON EL PERFIL
SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA. AÑO: 1993

Estimado(a) Director(a) Médico:

Institución: _____

Se le solicita su colaboración a fin de obtener datos que permitan determinar la existencia de desequilibrios de distribución geográfica y ocupacional del recurso humano en el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, mediante la identificación de la estructura y distribución de los recursos humanos y el perfil epidemiológico de la población.

Con los resultados que se obtengan, se espera el diseño de una propuesta de intervención al problema de los desequilibrios de los recursos humanos en salud en Panamá.

GRACIAS,

EDA L. MEDINA DE WONG

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Cuestionario No. _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, HOSPITALES NACIONALES Y
OTRAS INSTALACIONES DEL ÁREA METROPOLITANA.

1. Población de responsabilidad: _____

2. Mortalidad hospitalaria en Número y tasa:

CAUSA DE MUERTE	Número	Tasa*

* Por 10,00 habitantes

3. Diez primeras causas de morbilidad:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Estructura y Distribución del Recurso Humano:

- a. Recurso Humano existente según instalación de salud:
 (médico especialista, médico general, médico internos,
 médico residente, odontólogo general, odontólogo
 interno, enfermera, nutricionista, farmacéutico,
 laboratorista, trabajadora social, auxiliar de
 enfermería, educador para la salud, inspector de
 saneamiento ambiental, técnico de Rayos X, asistente de
 farmacia, asistente de laboratorio, asistente o
 ayudante de salud, otras categorías, administrativos).

Recurso Humano según Categoría Ocupacional	TOTAL	Instalación de Salud				
		S.C.S	C.S.	Polic	CScC	Hosp
TOTAL						
Médico especialista						
Médico general						
Médico interno						
Médico resident						
Odont. general						
Odont. interno						
Enfermera						
Nutricionista						
Farmacéutico						
Laboratorista						
Trabajadora S.						
Educador/salud						
Inspector/S/A						
Auxiliar Enfer.						
Asist. Farmacia						
Asist. Laborat.						
Asist. Salud						
Técnico Rayos X						
Otra Categoría						
Administrativo						

S.C.S= Sub Centro de Salud
 C.S= Centro de Salud
 Polic= Policlínica
 Hosp= Hospital

b. Médico Especialista y su distribución:

Especialidad Médica	TOTAL	Instalación de Salud		
		Cen.Sal	Policlín	Hospit.
TOTAL				
Medicina Interna				
Cirugía General				
Pediatría				
Gineco-Obstetricia				
Psiquiatría				
Epidemiología				
Salud Pública				
Geriatría				
Nefrología				
Cardiología				
Neurología				
Neurocirugía				
Fisiatría				
Dermatología				
Otorrinolaringolog.				
Patología				
Neumología				
Urología				
Ortopedia				
Oftalmología				
Medicina Familiar				
Gastroenterología				
Salud Ocupacional				
Anestesiología				
Oncología				
Hematología				
Paidosiquiatría				
Radiología				
Endocrinología				
Reumatología				
Infectología				
Otros Cirujanos				
Otras				
Especialidades				

ANEXO No. 3
MAPAS, CUADROS, GRÁFICAS

CUADRO No.2

POBLACIÓN URBANA Y RURAL DE LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA AÑO: 1990 (a)

ÁREA Y PROVINCIA	1990			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	INDICE MASCULINIDAD (HOMBRE POR CADA 100 MUJERES)
TOTAL	2,329,329	1,178,790	1,150,539	102.5
BOCAS DEL TORO	93,361	49,131	44,230	111.1
COCLÉ	173,190	90,362	82,828	109.1
COLÓN	168,294	85,436	82,858	103.1
CHIRIQUÍ	370,227	189,435	180,792	104.8
DARIÉN	43,832	24,211	19,621	123.4
HERRERA	93,681	47,767	45,914	104.0
LOS SANTOS	76,947	39,634	37,313	106.2
PANAMÁ	1,072,127	528,067	544,060	97.1
VERAGUAS	203,626	108,531	95,095	114.1
COMARCA SAN BLAS	34,044	16,216	17,828	91.0
URBANA	1,251,555	607,025	644,530	94.2
BOCAS DEL TORO	27,832	14,753	13,079	112.8
COCLÉ	44,748	21,965	22,783	96.4
COLÓN	98,925	48,716	50,209	97.0
CHIRIQUÍ	125,503	60,625	64,878	93.4
DARIÉN	1,502	749	753	99.5
HERRERA	40,963	19,540	21,423	91.2
LOS SANTOS	15,974	7,442	8,532	87.2
PANAMÁ	852,922	412,458	440,464	93.6
VERAGUAS	43,186	20,777	22,409	92.7
RURAL	1,077,774	571,765	506,009	113.0
BOCAS DEL TORO	65,529	34,378	31,151	110.4
COCLÉ	128,442	68,397	60,045	113.9
COLÓN	69,369	36,720	32,649	112.5
CHIRIQUÍ	244,724	128,810	115,914	111.1
DARIÉN	42,330	23,462	18,868	124.3
HERRERA	52,718	28,227	24,491	115.3
LOS SANTOS	60,973	32,192	28,781	111.9
PANAMÁ	219,205	115,609	103,596	111.6
VERAGUAS	160,440	87,754	72,686	120.7
COMARCA SAN BLAS	34,044	16,216	17,828	91.0

FUENTE: Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990 Volumen II Pág 29

(a) Excluye la población civil y militar que reside en las áreas bajo control militar de los Estados Unidos de América en las Provincias de Panamá y Colón

en Darién es de 128.52, en Bocas del Toro es de 58.88 y en San Blas es de 51.19; la tasa de recursos humanos por 10,000 habitantes para estas regiones es de (46.77), (47.74) y (30.72) respectivamente. Sin embargo la tasa de amebiasis en Azuero es de (1.00), Chiriquí (6.80), Colón (0.05), Panamá Oeste (4.81); cuentan estas regiones con tasa de recursos humanos de: (86.11, 65.42, 60.32 y 57.96), respectivamente.

En cuanto a la presencia de la enfermedad diarreica puede apreciarse la relación inversa entre la tasa del recurso humano y la tasa de dicha enfermedad. Las regiones más afectadas son Bocas del Toro, Darién y San Blas; las menos afectadas son la Región Metropolitana y Colón.

En las regiones de Azuero y Chiriquí se encuentran altas tasas de enfermedad diarreica. Sin embargo, al revisar la información del perfil social se puede visualizar que el resultado obtenido en el perfil epidemiológico es compatible con el perfil social dado que estas dos regiones tienen altos porcentajes de viviendas con piso de tierra, Azuero (12.2%) y Chiriquí (22.1%) del total del país; y estas regiones tienen una población de responsabilidad del orden de 7.1% y 15.8% respectivamente.

Los datos de la Tabla No.6, permiten apreciar los resultados de los coeficientes de correlación entre los

CUADRO No.3

INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA SEGÚN
REGIONES DE SALUD, POR TIPO DE INSTITUCIÓN
AÑO: 1993

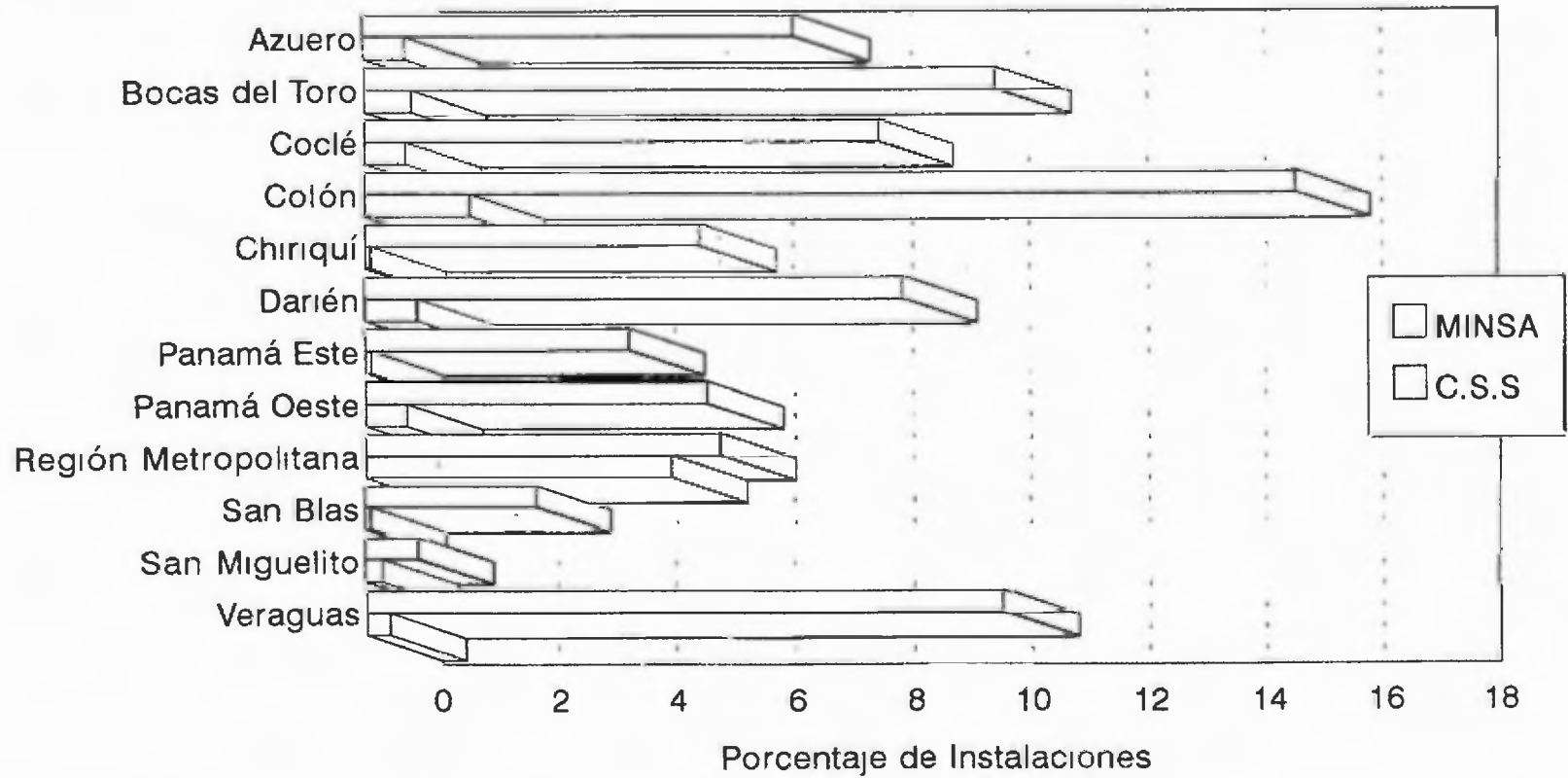
REGIÓN DE SALUD	TOTAL		MINSA		C.S.S.	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL *	739	100.0	652	88.2	87	11.8
AZUERO	74	10.0	67	9.1	7	0.9
BOCAS DEL TORO	59	8.0	54	7.3	5	0.7
COCLÉ	85	11.5	79	10.7	6	0.8
COLÓN	69	9.4	64	8.7	5	0.7
CHIRIQUÍ	130	17.6	117	15.8	13	1.8
DARIÉN	43	5.8	42	5.7	1	0.1
PANAMÁ ESTE	34	4.6	33	4.5	1	0.1
PANAMÁ OESTE	48	6.5	43	5.8	5	0.7
METROPOLITANA	83	11.2	45	6.0	38	5.2
SAN BLAS	22	3.0	21	2.9	1	0.1
SAN MIGUELITO	9	1.2	7	0.9	2	0.3
VERAGUAS	83	11.2	80	10.8	3	0.4

* Incluye oficinas administrativas.

FUENTE: Inventario de instalaciones, SIIM, Proyecto
Sub-Regional RE-HS-OZ, MINSA-C.S.S., 1993

GRÁFICA No.1
INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA SEGÚN REGIONES DE SALUD. AÑO: 1993

Regiones de Salud



Fuente: Inventario de Instalaciones, SIIM, 1993

CUADRO No.4

INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA
SEGUN REGIONES DE SALUD, POR TIPO DE INSTALACION
AÑO: 1993

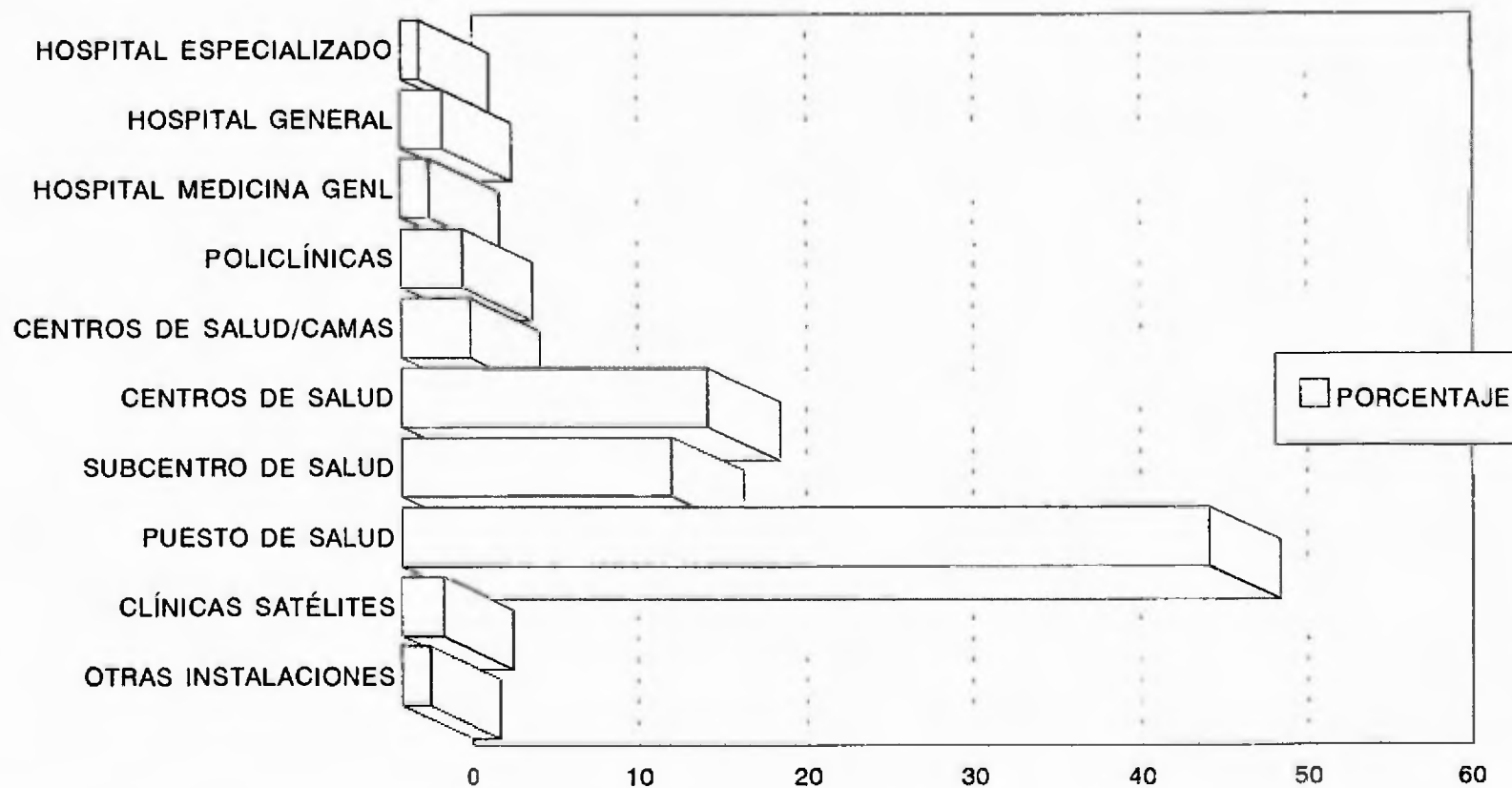
REGION DE SALUD	TIPO DE INSTALACION										
	TOTAL*	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL MEDICINA GENERAL	HOSPITAL GENERAL	POLICLINICAS	CENTROS DE SALUD CON CAMAS	CENTRO DE SALUD	SUBCENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	CLINICAS SATELITES	OTROS
TOTAL	654	7	16	11	24	27	120	106	316	16	11
AZUERO	70	3	3	1	3	-	19	41	-	-	-
BOCAS DEL TORO	57	-	2	1	1	2	8	6	37	-	-
COCLÉ	81	-	-	2	3	4	11	15	46	-	-
COLON	62	-	-	1	1	3	10	9	38	-	-
CHIRIQUI	103	1	1	1	3	2	21	23	41	-	10
DARIEN	40	-	3	-	-	6	-	2	29	-	-
METROPOLITANA	46	3	2	2	5	-	17	-	-	16	1
PANAMA ESTE	47	-	-	1	1	-	6	-	39	-	-
PANAMA OESTE	40	-	-	1	3	1	9	5	21	-	-
SAN BLAS	16	-	3	-	-	3	-	5	5	-	-
SAN MIGUELITO	9	-	-	-	2	-	9	-	-	-	-
VERAGUAS	81	-	2	1	2	6	10	-	60	-	-

- CIFRA NULA

* NO INCLUYE OFICINAS ADMINISTRATIVAS

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADÍSTICAS DE LAS REGIONES DE SALUD, HOSPITALES NACIONALES,
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL.

GRÁFICA No.2
TIPO DE INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 1993



CUADRO No.5

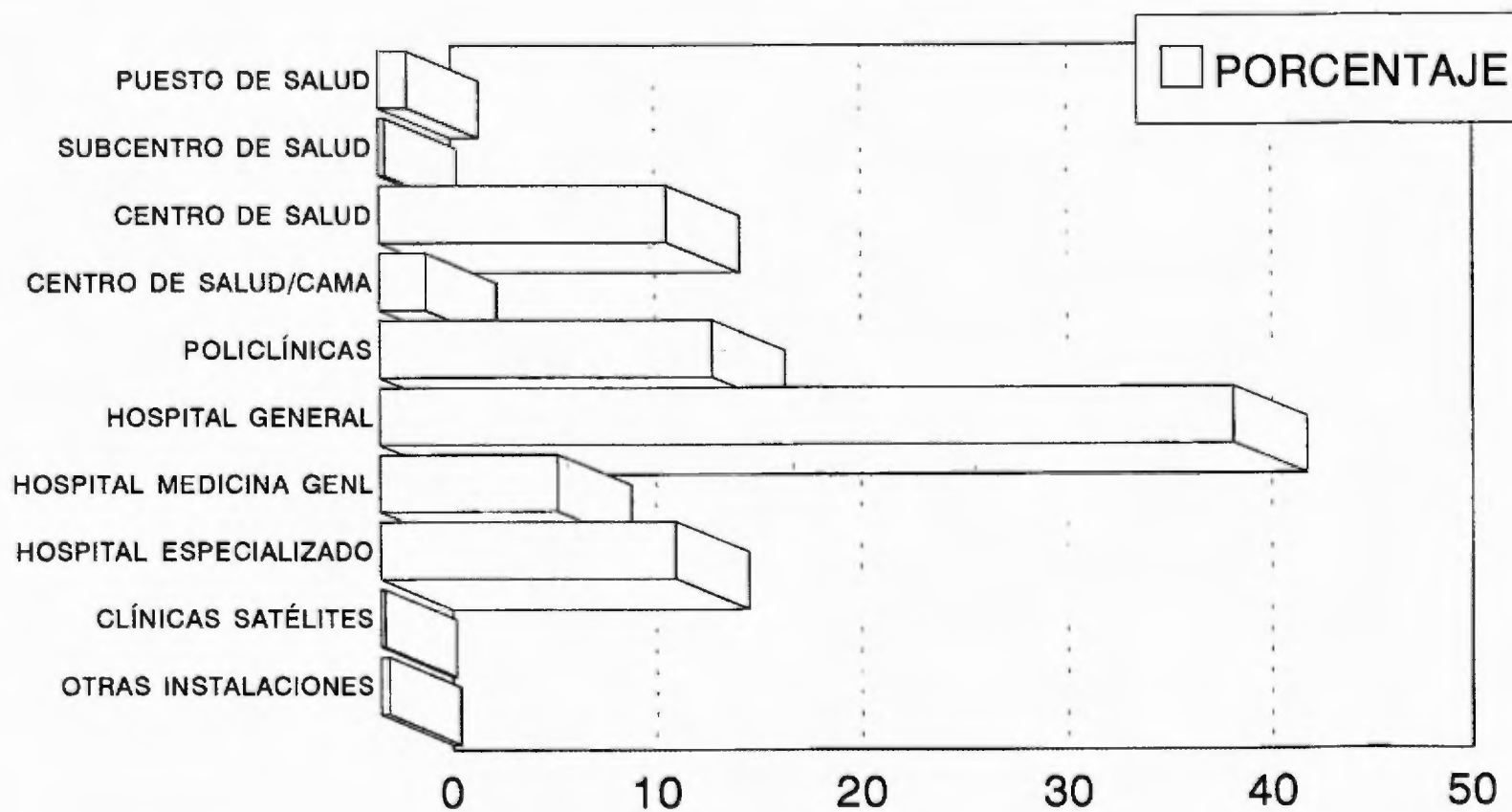
DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN. AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL a_/	654	100.0	18,421	100.0
PUESTO DE SALUD	316	48.3	248	1.3
SUB CENTRO DE SALUD	106	16.2	60	0.4
CENTRO DE SALUD	120	18.3	2,432	13.2
CENTRO DE SALUD CON CAMA	27	4.1	402	2.2
POLICLÍNICAS	24	3.6	3,914	21.3
HOSPITAL GENERAL	11	1.7	7,206	39.2
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	16	2.4	1,522	8.2
HOSPITAL ESPECIALIZADO	7	1.3	2,527	13.7
OTRAS	10	1.5	33	0.1
CLÍNICAS SATÉLITES	16	2.4	39	0.2
CRI	1	0.2	38	0.2

FUENTE: Departamentos de Personal de las 12 Regiones de Salud, Hospitales Nacionales y Planificación de la Caja de Seguro Social.

a_/ Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

GRÁFICA No.3
PORCENTAJE DEL RECURSO HUMANO SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN. AÑO: 1993



Fuente Cuestionario a Regiones de Salud, Hospitales Nacionales, Otras Instalaciones

CUADRO No.6

RECURSO HUMANO EN INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 1993

REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES	MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL											
	TOTAL		RECURSO HUMANO NUCLEAR *		OTRAS CATEGORÍAS		OTROS ** PROFESIONALES		AUXILIAR TÉCNICO ASISTENTE		ADMINIS-TRATIVOS	
	No	TASA	No	TASA	No	TASA	No	TASA	No	TASA	No	TASA
TOTAL	20,565	80.24	6,156	24.02	2,361	9.21	1,200	4.68	4,437	17.31	6,411	25.02
AZUERO	1,572	86.11	447	23.70	235	12.87	75	4.11	442	25.00	373	20.43
BOCAS DEL TORO	527	47.74	160	14.51	68	6.16	19	1.72	175	15.84	105	9.51
COCLÉ	962	52.30	307	16.69	119	2.88	55	2.99	283	18.98	198	10.76
COLÓN	1,190	60.32	340	17.28	319	16.17	72	3.66	296	14.95	163	8.26
CHIRIQUÍ	2,644	65.42	686	16.96	347	8.59	120	2.97	663	16.41	828	20.49
DARIÉN	242	46.77	78	15.08	21	4.06	9	1.73	82	15.85	52	10.05
PANAMÁ ESTE	458	59.77	134	17.49	38	4.96	22	2.87	129	16.83	135	17.62
PANAMÁ OESTE	1,276	57.96	393	17.86	53	2.41	74	3.36	287	13.03	469	21.30
METROPOLITANA	9,260	183.77	2,886	57.27	955	18.95	596	11.84	1,561	30.97	3,262	64.74
SAN BLAS	123	30.72	48	11.99	-	-	3	0.75	38	9.49	34	8.49
SAN MIGUELITO	1,174	31.38	358	9.57	132	3.53	101	2.70	186	4.97	397	10.61
VERAGUAS	1,137	52.17	319	14.63	74	3.40	54	2.47	295	13.55	395	18.12

- Cifra Nula

* Medico, Enfermera, Odontólogo

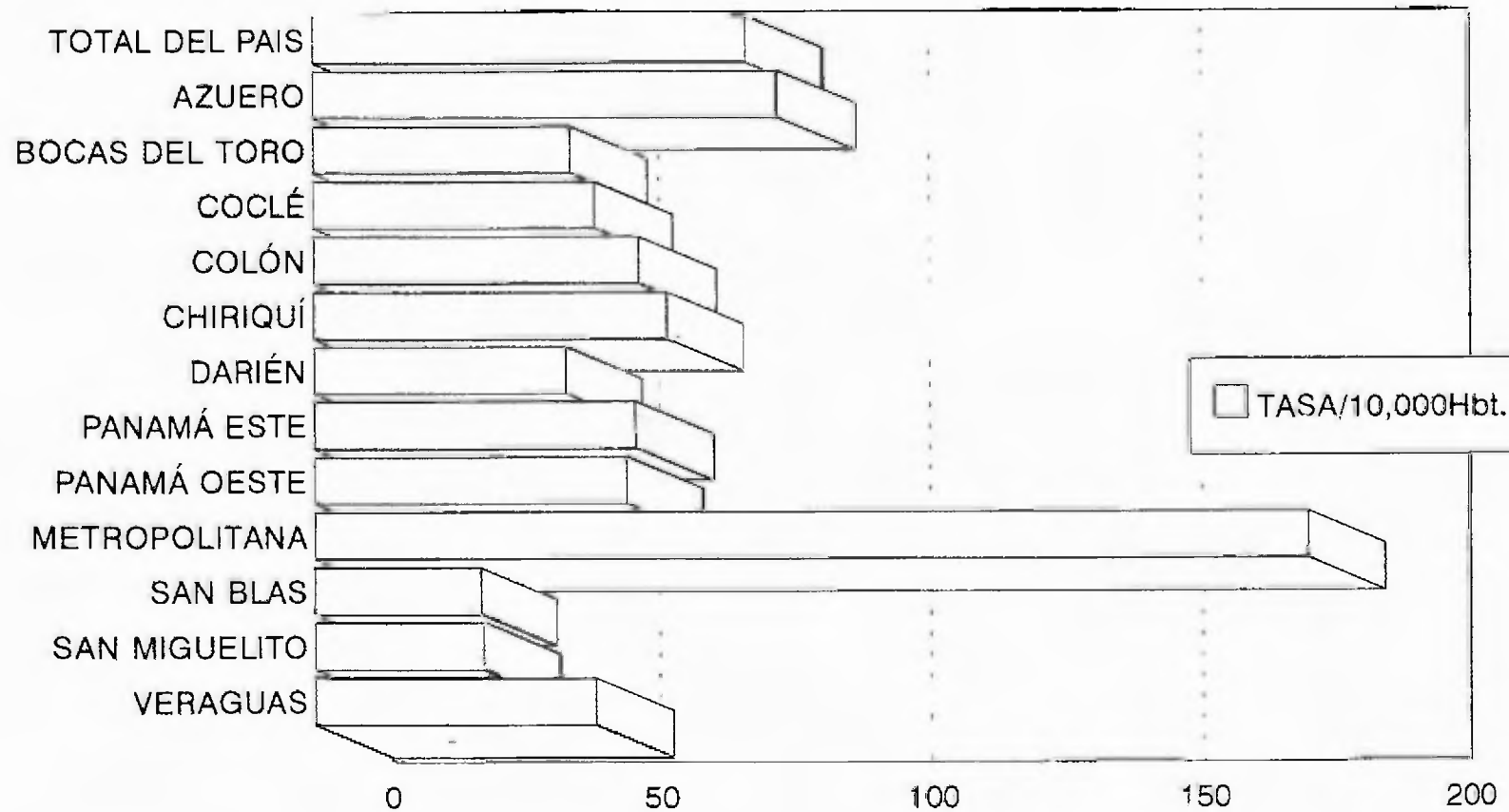
** Laboratorista, Nutricionista, Farmacéutico, Trabajadora Social

Tasa por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamentos de Personal de las Regiones de Salud, Hospitales Nacionales y Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social.

GRÁFICA No.4

TASA DEL RECURSO HUMANO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO: 1993



CUADRO No.7

PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES, POR REGIONES DE SALUD
AÑO: 1993

CATEGORIA OCUPACIONAL	REGIONES DE SALUD														
	TOTAL			AZUERO	BOCAS DEL TORO	COLON	COCLE	CHIRIQUI	DARIEN	PANAMA ESTÉ	PANAMA OESTE	METRO-POLITANA	SAN BLAS	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
	No.	% a)	TASAb)	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA
TOTAL	20,565	100.0	80.24	86.11	47.74	52.30	60.32	65.42	46.77	59.77	57.96	183.77	30.72	31.38	52.17
MEDICO GENERAL	966	4.7	3.77	4.66	3.17	3.04	3.50	2.72	2.13	2.74	4.86	5.83	2.25	2.91	2.75
MEDICO ESPECIALISTA	1,525	7.4	5.95	4.93	1.36	1.63	3.75	3.61	1.35	3.13	3.18	18.12	1.25	2.38	2.84
MEDICO INTERNO	319	1.6	1.24	0.99	0.91	1.85	1.01	0.69	2.13	1.83	0.55	2.82	1.00	-	1.19
MEDICO RESIDENTE	121	0.6	0.47	-	-	-	-	0.17	-	-	-	2.26	-	-	-
ENFERMERA	2,636	12.8	10.29	11.07	7.43	7.56	8.06	8.24	7.92	7.18	7.36	24.25	5.49	2.65	5.51
ODONTOLOGO GENERAL	496	2.4	1.94	1.48	0.82	1.47	0.86	1.53	1.55	1.57	1.91	3.85	0.75	1.63	1.56
ODONTOLOGO INTERNO	93	0.5	0.36	1.37	0.82	1.14	0.05	-	-	1.04	-	0.14	1.25	-	0.78
LABORATORISTA	685	3.3	2.67	2.14	1.18	1.90	2.03	1.91	1.35	1.96	1.82	7.03	0.25	1.15	0.96
FARMACÉUTICO	320	1.6	1.25	1.21	0.36	0.65	1.12	0.77	0.19	0.52	0.86	2.92	0.25	1.04	0.83
NUTRICIONISTA	60	0.3	0.23	0.27	0.09	0.11	0.10	0.12	0.19	0.26	0.09	0.62	0.25	0.11	0.18
TECNICO DE RAYOS X	254	1.2	0.99	1.42	1.09	0.49	0.30	0.87	0.19	0.78	0.55	2.60	-	0.19	0.41
EDUCADOR PARA LA SALUD	52	0.2	0.20	0.22	0.36	0.05	0.30	0.12	0.77	8.52	0.23	0.14	0.50	0.13	0.23
INSP. SANEAMIENTO AMB.	248	1.2	0.97	1.48	0.45	1.14	0.91	1.16	1.55	0.65	1.32	1.03	-	0.45	0.87
TRABAJADORA SOCIAL	135	0.7	0.53	0.49	0.09	0.33	0.41	0.17	-	0.13	0.59	1.27	-	0.40	0.50
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2,783	13.5	10.86	18.13	8.15	9.40	9.48	9.80	7.15	8.22	7.86	21.70	5.49	2.27	5.97
ASISTENTE DE FARMACIA	535	2.6	2.09	2.30	1.72	2.17	1.42	2.18	0.19	0.91	1.18	3.45	1.25	1.15	2.84
ASISTENTE DE LABORATORIO	204	1.0	0.80	0.66	0.82	0.11	0.51	0.62	0.39	0.65	0.86	1.37	1.25	0.67	0.96
AYUDANTE O ASIST. DE SALUD	361	1.8	1.41	-	3.26	2.01	1.98	1.66	5.60	5.09	1.04	0.67	1.00	0.11	2.25
*OTRAS CATEGORIAS	2,361	11.5	9.21	12.87	6.16	2.88	16.17	8.59	4.06	4.96	2.41	18.95	-	3.53	3.40
**ADMINISTRATIVOS	6,411	31.1	25.02	20.43	9.51	10.76	8.26	20.49	10.05	17.62	21.30	64.74	8.49	10.61	18.12

* SE REFIERE AL RECURSO HUMANO QUE BRINDA SERVICIOS DE ATENCION DIRECTA (APOYO, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO).

** SE REFIERE AL RECURSO HUMANO QUE NO BRINDA SERVICIOS DE ATENCION DIRECTA

- CIFRA NULA

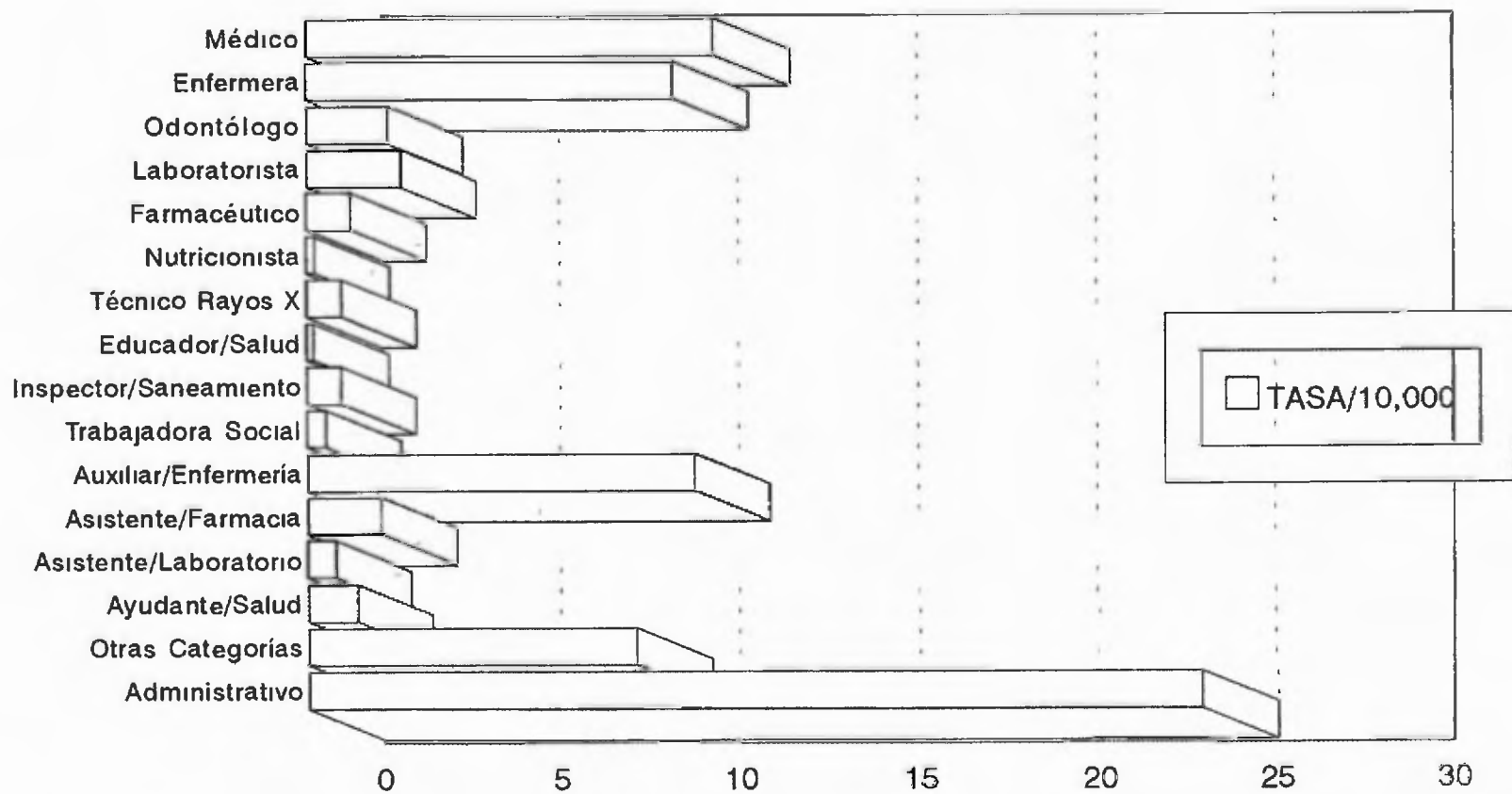
a) SE CALCULO EN BASE A LA TOTALIDAD DE RECURSOS HUMANOS.

b) SE ESTIMO EN BASE A LA POBLACION TOTAL DEL PAIS x 10,000 HAB

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES

GRÁFICA No.5

TASA DEL RECURSO HUMANO SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL, REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 1993



Fuente Cuestionario Regiones de Salud, Hospitales Nacionales y Otras Instalaciones

CUAORO No.8

MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES EN LA REPÚBLICA DE PANAMA
POR REGIONES DE SALUD. AÑO: 1993

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL			REGIONES DE SALUD											
	No.	% a)	TASA b)	AZUERO	BOCAS DEL TORO	COCLÉ	COLÓN	CHIRIQUI	DARIÉN	PANAMÁ ESTE	PANAMA OESTE	METRO-POLITANA	SAN BLAS	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
* TOTAL	1,374	100.0	5.36	3.01	1.36	1.63	3.75	3.61	1.35	3.13	2.09	17.76	1.00	2.38	2.29
**MEDICINA INTERNA	97	7.1	0.58	0.38	0.18	0.22	0.41	0.20	0.19	0.26	0.14	1.53	-	0.04	0.23
CIRUGIA GENERAL	88	6.4	0.34	0.11	0.36	0.33	0.41	0.20	0.39	0.39	0.14	0.87	0.25	0.05	0.23
***GINECO-OBSTETRICIA	193	14.0	2.30	1.62	0.71	0.54	1.98	2.30	0.78	2.42	0.18	5.19	-	1.31	0.95
****PEDIATRIA	251	18.3	2.87	1.82	0.40	0.74	1.85	1.28	0.42	1.37	1.19	10.89	-	2.50	1.08
EPIDEMIOLOGIA	13	0.9	0.05	-	-	-	-	0.02	0.19	0.13	-	-	0.50	0.11	-
SALUD PÚBLICA	6	0.4	0.02	0.11	-	-	-	0.05	-	0.13	-	0.08	0.25	-	-
ANESTESIOLOGÍA	79	5.7	0.31	0.16	0.09	-	0.30	0.20	-	-	1.18	1.11	-	-	0.09
UROLOGIA	31	2.3	0.12	-	-	0.05	0.15	0.05	-	-	0.05	0.46	-	0.03	0.05
**PSIQUIATRIA	69	5.0	0.41	0.33	-	0.05	0.15	0.07	-	0.26	0.14	1.06	-	0.29	0.14
ORTOPEDIA	76	5.5	0.30	0.05	0.10	0.22	0.35	0.30	-	0.26	0.18	0.73	-	0.08	0.18
OFTALMOLOGIA	55	4.0	0.21	-	0.09	0.11	0.10	0.12	-	0.13	0.05	0.73	-	0.11	0.09
OTORRINOLARINGOLOGIA	41	3.0	0.16	-	0.09	-	0.15	0.10	-	0.26	0.09	0.56	-	0.05	0.05
PATOLOGIA	23	1.7	0.09	-	-	-	0.05	0.02	-	-	0.05	0.40	-	-	-
NEUROLOGIA	9	0.7	0.04	-	-	-	-	0.02	-	-	-	0.16	-	-	-
*****GERIATRIA	7	0.5	0.79	-	-	-	-	0.74	-	-	-	3.60	-	-	-
ONCOLOGIA	8	0.6	0.03	-	-	-	-	0.05	-	-	-	0.08	-	-	-
NEFROLOGIA	13	0.9	0.05	-	-	-	-	0.02	-	-	-	0.24	-	-	-
ALERGOLOGIA	12	0.9	0.05	-	-	-	-	0.02	-	-	0.05	0.18	-	-	0.09
MEDICINA FAMILIAR	10	0.7	0.04	-	-	-	-	0.10	-	-	-	0.10	-	0.13	-
DERMATOLOGÍA	33	2.4	0.13	0.16	-	0.05	0.05	0.07	-	-	0.05	0.40	-	0.13	0.05
HEMATOLOGIA	14	1.0	0.05	0.05	-	-	-	0.02	-	-	0.05	0.26	-	-	-
NEUMOLOGIA	19	1.4	0.07	0.05	-	-	0.05	0.02	0.19	-	0.05	0.26	-	-	0.05

CONTINUACION CUADRO No.8...

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL			REGIONES DE SALUD											
	No.	% a)	TASA b)	AZUERO	BOCAS DEL TORO	COCLÉ	COLON	CHIRIQUI	DARIÉN	PANAMA ESTE	PANAMA OESTE	METRO- POLITANA	SAN BLAS	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
REUMATOLOGÍA	7	0.5	0.03	0.05	-	-	-	0.05	-	-	-	0.08	-	-	-
RADIOLOGÍA	27	2.0	0.11	0.05	-	-	0.05	0.05	-	-	0.05	0.50	-	-	0.09
GASTROENTEROLOGÍA	16	1.2	0.06	0.11	-	0.05	-	0.05	-	-	-	0.18	-	0.03	0.05
SALUD OCUPACIONAL	12	0.9	0.05	-	-	-	-	0.05	-	-	-	0.14	-	0.11	-
ENDOCRINOLOGÍA	9	0.7	0.04	-	-	-	-	0.05	-	-	-	0.14	-	-	-
NEUROCIROLOGÍA	11	0.8	0.04	-	-	-	-	0.07	-	-	-	0.36	-	-	-
FONOAUDILOGÍA	11	0.8	0.04	-	-	-	-	0.02	-	-	-	0.20	-	-	-
INFECTOLOGIA	10	0.7	0.04	-	-	-	-	0.05	-	-	-	0.20	-	-	-
****PAIDOSIQUIATRIA	8	0.6	0.09	-	-	-	-	-	-	-	-	0.58	-	-	-
OTROS CIRUJANDS	30	2.2	0.12	-	-	-	0.15	0.12	-	-	-	0.79	-	-	0.09
OTRAS ESPECIALIDADES	19	1.4	0.07	-	-	-	-	0.02	-	-	-	0.95	-	-	-
CARDIOLOGIA	54	3.9	0.21	0.16	-	0.11	0.10	0.12	-	0.13	0.09	0.69	-	0.05	0.09
MEDICINA FÍSICA	13	0.9	0.05	0.05	-	-	-	0.05	-	-	0.05	0.14	-	0.03	0.05

* FALTA 151 DE LOS QUE NO SE LOGRO IDENTIFICAR LA ESPECIALIDAD

** POBLACION > DE 15 AÑOS TOTAL DEL PAIS

*** POBLACION FEMENINA > DE 15 AÑOS, TOTAL DEL PAIS

**** POBLACION < DE 15 AÑOS TOTAL DEL PAIS

***** POBLACION DE 70 AÑOS Y +, TOTAL DEL PAIS

LOS DEMAS, TODA LA POBLACION

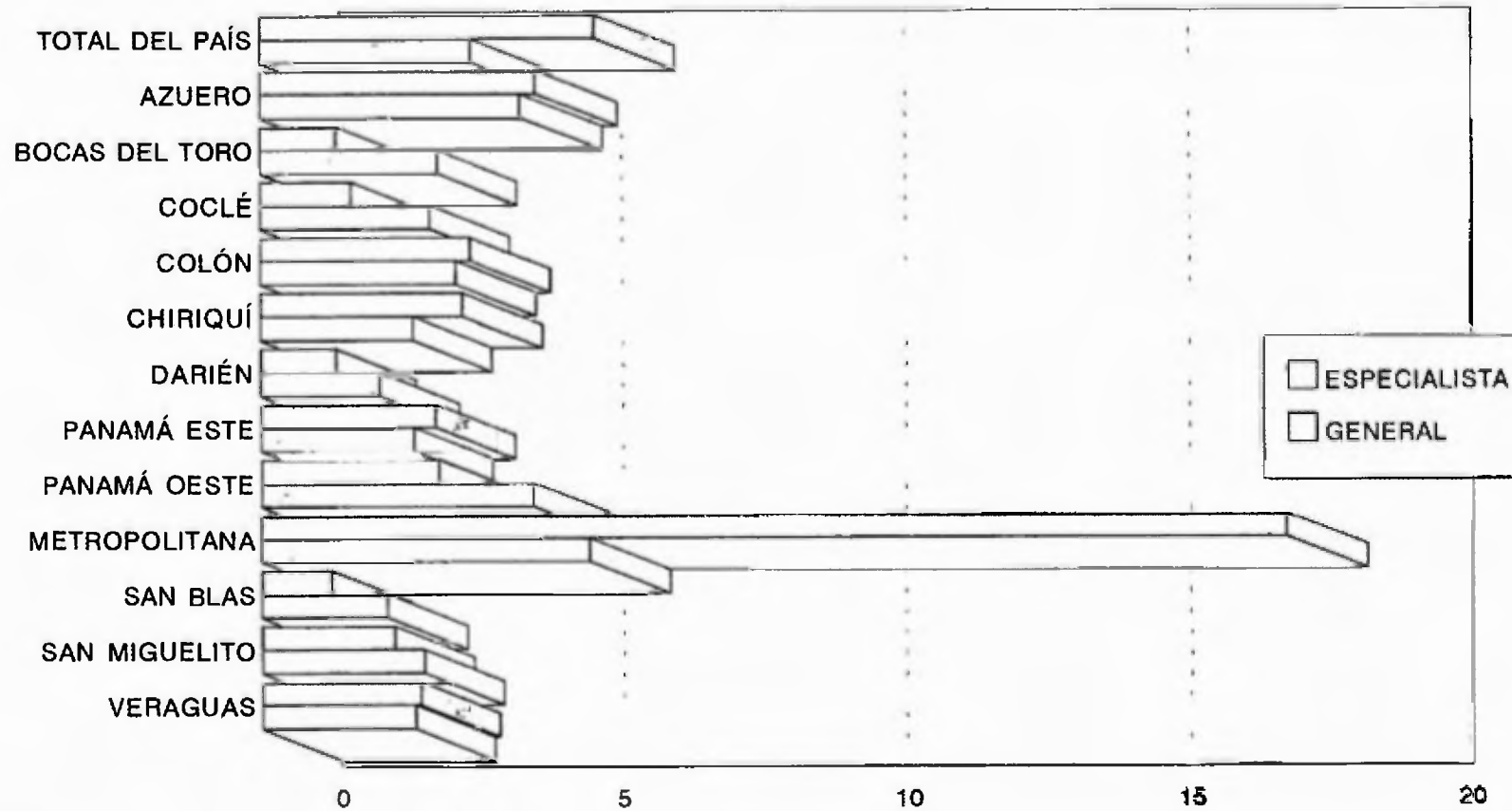
- CIFRA NULA

a) SE CALCULO EN BASE A LA TOTALIDAD DE ESPECIALISTAS

b) POR 10,000 HABITANTES

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES.

GRÁFICA No.6
TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS Y MÉDICOS GENERALES, REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO:1993



CUADRO No. 9

RECURSO HUMANO EXISTENTE EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ SEGUN TIPO DE INSTALACIÓN,
POR REGIONES DE SALUD. AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACION	TOTAL			REGIONES DE SALUD																							
	No.	%	TASA b)	AZUERO		BOCAS DEL TORO		CÓCLE		COLÓN		CHIRIQUÍ		DARIÉN		PANAMÁ ESTÉ		PANAMÁ OESTE		METRO- POLITANA		SAN BLAS		SAN MIGUELITO		VERAGUAS	
				No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA
*TOTAL	17,303	100.0	67.52	1,192	65.29	508	46.02	898	48.82	1,145	58.04	1,364	33.75	242	46.77	438	57.16	1,203	54.64	8,083	160.41	101	25.22	1,107	29.59	1,022	46.90
PUESTO DE SALUD	248	1.4	0.97	-	-	36	3.26	37	2.01	38	1.93	42	1.04	29	5.60	39	5.09	23	1.04	-	-	4	1.00	-	-	-	-
SUBCENTRO DE SALUD	60	0.3	0.23	***	***	-	-	9	0.49	20	1.01	13	0.32	3	0.58	-	-	4	0.18	-	-	11	2.75	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD	2,432	14.1	9.49	103	5.64	64	5.80	240	13.05	192	9.73	286	7.08	-	-	47	6.13	326	14.81	600	11.91	-	-	425	11.36	149	6.84
CENTRO DE SALUD CON CAMAS	402	2.3	1.57	***	***	34	3.08	-	-	157	7.96	***	***	113	21.84	-	1.70	***	***	-	-	34	8.49	-	-	98	4.50
POLICLINICAS	2,806	16.3	18.74	202	11.07	125	11.32	149	8.10	170	8.62	144	3.56	-	-	13	44.24	405	18.40	832	16.51	-	-	662	18.23	175	8.03
HOSPITAL GENERAL	7,206	41.7	28.12	95	5.20	249	22.56	463	25.17	-	-	344	8.51	-	-	339	-	445	20.21	5,007	99.37	-	-	-	-	388	17.80
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	1,522	8.8	5.94	130	7.12	-	-	-	-	568	28.79	130	3.22	97	18.75	-	-	-	-	84	1.67	52	12.99	-	-	212	9.73
HOSPITAL ESPECIALIZADO	2,517	14.5	9.82	662	36.26	-	-	-	-	-	-	372	9.20	-	-	-	-	-	-	1,483	29.43	-	-	-	-	-	-
**CLINICAS SATELITES	39	0.2	**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	**	-	-	-	-	-	-
OTRAS INSTALACIONES	71	0.4	0.28	-	-	-	-	-	-	-	-	33	0.82	-	-	-	-	-	-	38	**	-	-	-	-	-	-

- * EXCLUYE RECURSO HUMANO DE OFICINAS ADMINISTRATIVAS
- ** SE DESCONOCE POBLACION DE RESPONSABILIDAD
- *** EL RECURSO HUMANO ESTÁ UBICADO EN CENTROS DE SALUD
- CIFRA NULA

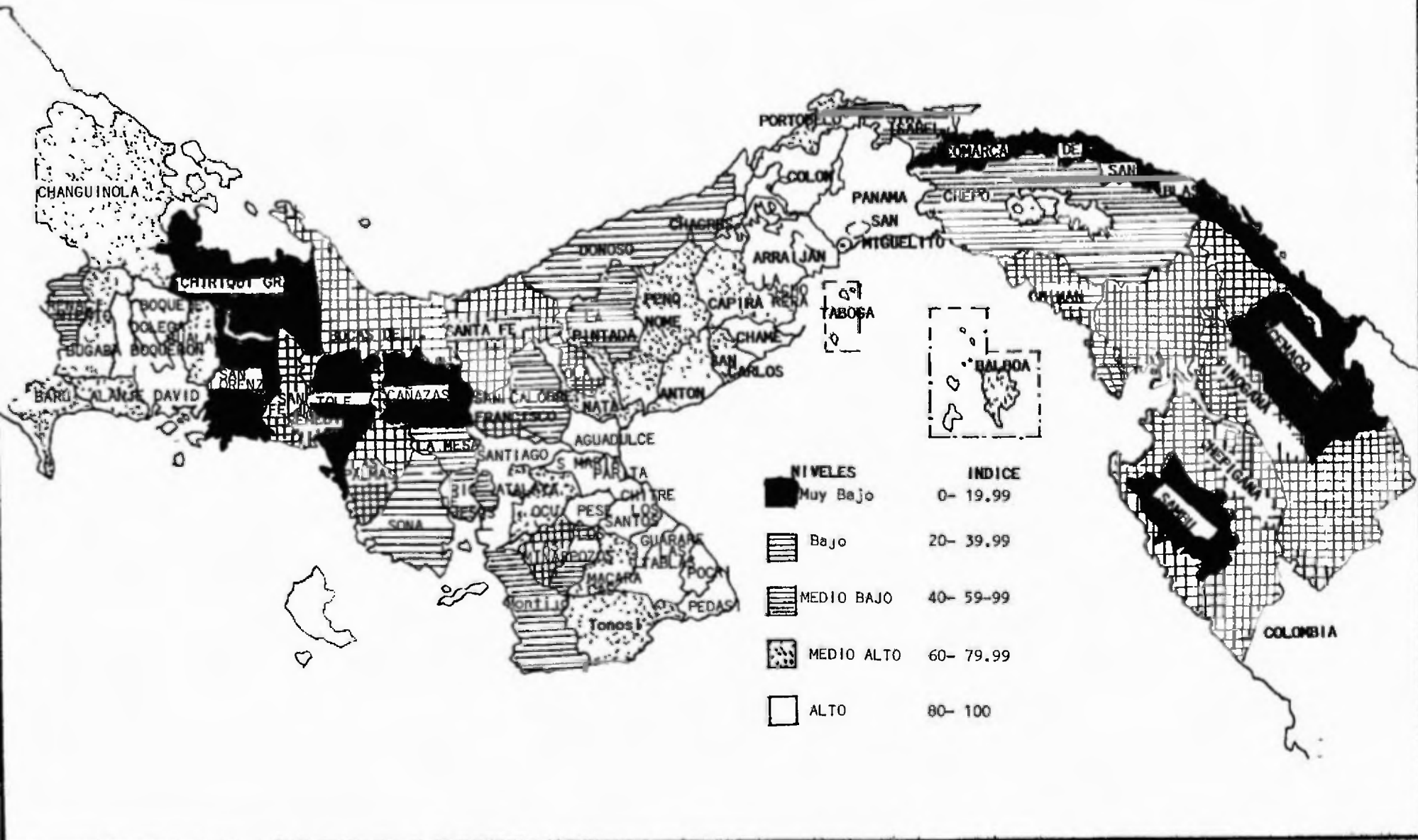
- a) SE CALCULÓ EN BASE AL RECURSO HUMANO TOTAL
- b) SE ESTIMÓ EN BASE A LA POBLACION TOTAL DEL PAIS POR 10,000 HABITANTES

LA TASA DE LAS REGIONES DE SALUD SE ESTIMÓ EN BASE A LA POBLACION DE RESPONSABILIDAD DE CADA UNA, POR 10,000 HABITANTES

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD, HOSPITALES NACIONALES Y DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

MAPA No.2

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS POR DISTRITO: AÑO 1990 (VIVIENDA, SALUD Y EDUCACION)



CUADRO N° 10

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, POR DISTRITO AÑO 1990 a /

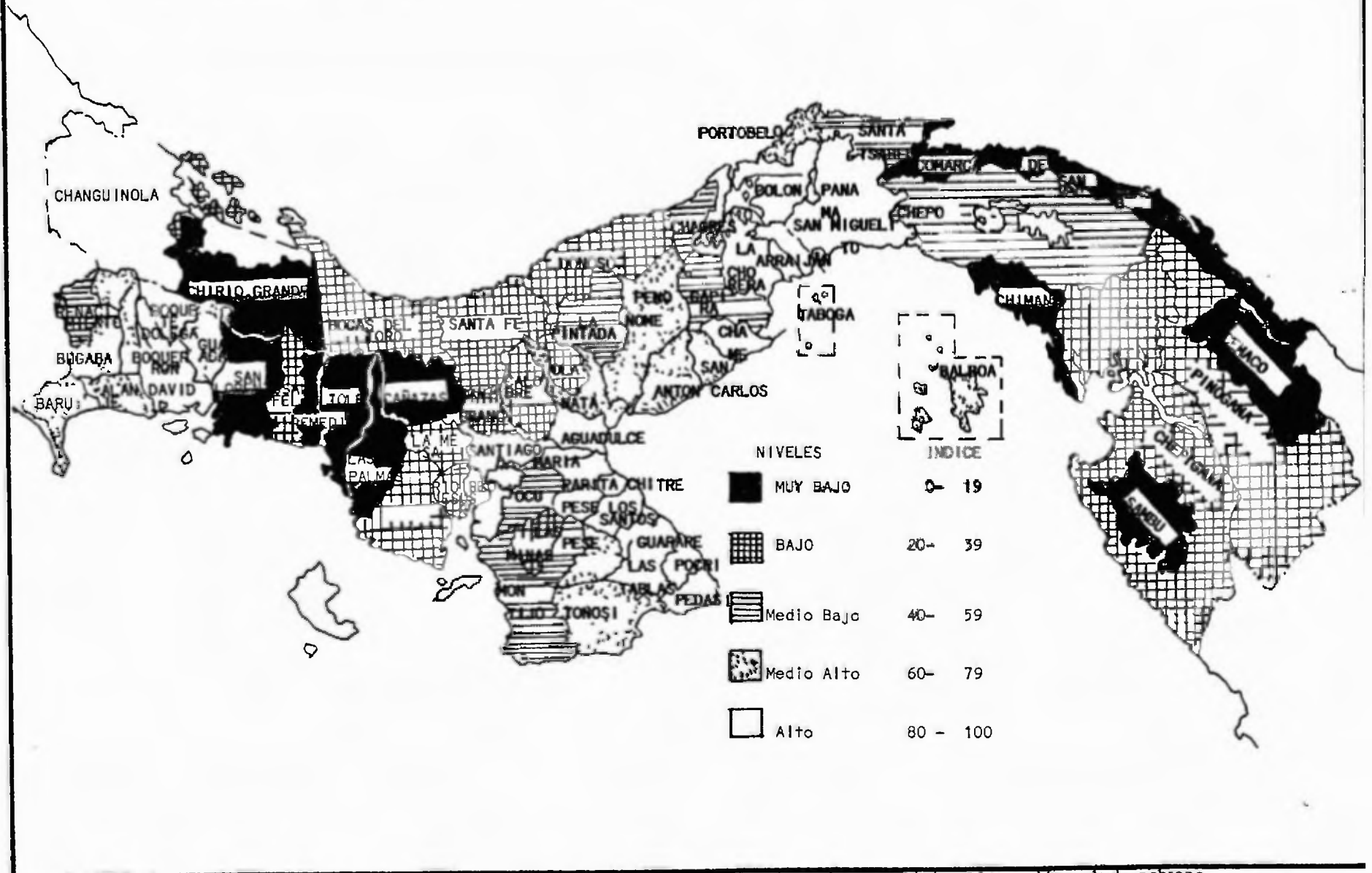
MUY BAJO (0-19 99)		BAJO (20-39 99)		MEDIO BAJO (40-59 99)		MEDIO ALTO (60-79 99)		ALTO (80-100)	
DISTRITO Y PROV	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE
-CHIRIQUI GRANDE (B OF TORO)	0 00	-BOCAS DEL TORO (BOCAS DEL TORO)	22 42	-DONOSO(COLON)	40 28	-CAPIRA(PANAMA)	61 12	-PESE(HERRERA)	84 30
-TOLL(CHIRIQUI)	5 78	-LAS PALMAS (VER)	22 53	-LA MESA (VER)	40 78	-OCU(HERRERA)	63 46	-DOLEGA(CHIRIQUI)	84 87
-SAN LORENZO (CHI)	10 76	-REMEDIOS (CHIR)	22 94	-CALOBRE (VER)	44 55	-BALBOA(PANAMA)	64 12	-BOQUETE(CHIRIQUI)	86 07
-CEMACO (DARIEN)	13 08	SAN FELIX (CHIR)	27 93	-SONA (VERAGUAS)	48 25	-PENONOME(COCLE)	64 69	-PEDASI (LOS S)	86 03
-CAÑAZAS (VER)	14 59	-CHIMAN (PAN)	28 20	-RIO DE JESUS (VER)	50 75	-GUALACA (CHIR)	64 97	-POCRI(LOS SANTOS)	86 54
-SAN BLAS	19 14	-OLA (COCLE)	31 81	-MONTIJO (VER)	51 23	-TONOSI (LOS S)	66 55	-SANTIAGO (VER)	86 54
-SAMBU(DARIEN)	19 99	-SANTA FE (VER)	31 90	-CHAGRES(COLON)	51 46	-MACARACAS (L S)	67 55	-CHAMF(PANAMA)	87 19
		-CHEPIGANA (DAR)	32 28	LOS POZOS (HER)	52 12	BOQUELON(CHIR)	68 36	-PARITA(HERRERA)	87 52
		-SAN FRANCISCO (VE)	33 55	-SANTA ISABEL (CL)	53 84	-ALANJE(CHIRIQUI)	69 14	-TABOGA(PANAMA)	88 54
		-LAS MINAS (HER)	35 36	-LA PINTADA (CC)	56 49	CHANGUINO(APT)	70 84	-SANTA MARIA (HER)	89 64
		-PINOGANA (DAR)	35 41	-CHEPO(PANAMA)	57 35	-ATALAYA (VER)	72 81	GUARARE(L S)	90 61
				-RENACIMIENTO (CH)	59 25	-PORTOBELO COLON)	74 16	COLON(COLON)	91 94
						-ANTON(COCLE)	75 62	-LOS SANTOS (L S)	92 03
						-NATA(COCLE)	77 20	-DAVID(CHIRIQUI)	92 73
						BARU(CHIRIQUI)	77 47	-LA CHORRERA(PMA)	92 81
						-SAN CARLOS(PMA)	78 27	-LAS TABLAS (L S)	93 41
						-BUGABA(CHIRIQUI)	79 64	-ARRAJAN(PANAMA)	94 92
								-AGUADULCE(COCLE)	95 00
								-PANAMA(PANAMA)	96 01
								-SAN MIGUELITO (PA)	98 61
								-CHITRE(HERRERA)	100 00

a / Los distritos se han ordenado en un rango de 0 (peor situación) a 100 (mejor situación) y representan valores normalizados de indicadores sobre Salud, Educación y Vivienda

Tomado de Panamá Niveles de Satisfacción de las Necesidades Básicas Mapa de la Pobreza Documento de Trabajo No 44, MIPPE 1993 Pág 17

MAPA No. 3

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS DE VIVIENDA, POR DISTRITO: AÑO 1990



Tomado: Ministerio de Planificación y Política Económica. Panamá. Niveles de Satisfacción de las necesidades Básicas. Mapa de la pobreza. Documento de Trabajo Nº44. Panamá, diciembre de 1993.

CUADRO No .11

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS
DE VIVIENDA EN LA REPUBLICA DE PANAMA, POR DISTRITO AÑO 1990 a /

MUY BAJO (0 - 19 99)		BAJO (20 - 39 99)		MEDIO BAJO (40 -59 99)		MEDIO ALTO (60 - 79 99)		ALTO (80 - 100)	
DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE
TOLE (CHIRIQUI)	0 00	SAN FELIX (CHIRIQUI)	26 42	MONTIJO (VER)	43 42	TONOSI (LOS SANTOS)	62 62	CHANGUINOLA(B)	81 83
CEMACO (DARIEN)	2 28	LAS MINAS (HERRERA)	26 78	CHAGRES (COLON)	47 12	MACARACAS(L SANTOS)	62 83	PEDASI (L S)	82 42
CAÑAZAS (VERAGUAS)	6 40	SAN FRANCISCO (VER)	27 47	CHEPO (PANAMA)	47 91	ALANJE (CHIRIQUI)	63 20	POCRI (L S)	83 07
SAN LORENZO (CHIRIQUI)	5 66	CHEPIGANA (DARIEN)	27 78	LOS POZOS (HER)	49 65	PENONOME (COCLE)	64 51	PESE (HER)	83 62
SAMBU (DARIEN)	8 60	BOCAS DEL TORO (B T)	27 92	SANTA ISABEL (COLON)	52 37	ATALAYA (VERAGUAS)	64 69	DOLFGA(CHIR)	84 51
SAN BLAS	13 56	LA MESA (VERAGUAS)	27 94	OCU (HFRRERA)	53 57	GUALACA (CHIRIQUI)	64 70	CHAME (PAN)	86 99
LAS PALMAS (VERAGUAS)	16 62	OLA (COCLE)	28 10	LA PINTADA (COCLE)	55 83	BOQUERON (CHIR)	64 96	SANTIAGO (V)	86 78
CHIRIQUI GRANDE (B T)	16 05	SANTA FE (VERAGUAS)	32 01	CAPIRA (PANAMA)	58 37	BARU (CHIRIQUI)	72 29	PARITA (HER)	87 53
REMEDIOS (CHIRIQUI)	17 41	SONA (VERAGUAS)	36 77	RENACIMIENTO (CHIR)	58 90	BALROA (PANAMA)	72 49	SANTA MARIA (H)	89 05
CHIMAN (PANAMA)	18 02	PINOGANA (DARIEN)	37 12			PORTOBELLO (COLON)	73 03	LA CHORRERA(P)	89 09
		DONOSO (COLON)	38 04			ANTON (COCLE)	74.57	TABOGA (PAN)	89 64
		CALOBRE (VERAGUAS)	39 31			NATA (COCLE)	75 65	BOQUETE (CH)	89 67
		RIO DE JESUS (VER)	39 60			SAN CARLOS (PAN)	75 72	COLON (COLON)	90 32
						RUGABA (CHIRIQUI)	76 22	GUARARE (L S)	90 60
								DAVID(CHIRIQUI)	91 53
								ARRAJAN (PMA)	92 01
								LAS TABLAS (L S)	92 58
								LOS SANTOS (L S)	92 97
								AGUADULCH(CO)	93 87
								PANAMA(PMA)	96 48
								SANMIGUELITO(P)	97 07
								CHITRE(HER)	100 0

a / Los distritos se han ordenado en un rango de 0(peor situacion) a 100 (mejor situacion) y representan valores normalizados de indicadores relacionados con la vivienda

Tomado de Panamá Niveles de Satisfacción de las Necesidades Basicas Mapa de la Pobreza Documento de Trabajo No 44, NIPPE 1993 Pág 19

CUADRO No.12

**VIVIENDAS OCUPADAS Y PERSONAS QUE LAS HABITAN EN
LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA
AÑO: 1990**

PROVINCIA Y TIPO DE VIVIENDA	VIVIENDAS OCUPADAS	PERSONAS QUE LAS HABITAN	PROMEDIO DE HABITANTES POR VIVIENDA
TOTAL.....	525,948	2,321,916	4.4
BOCAS DEL TORO..	16,558	93,259	5.6
COCLÉ.....	35,564	173,188	4.9
COLÓN.....	40,121	167,698	4.2
CHIRIQUÍ.....	80,411	370,058	4.6
DARIÉN.....	9,281	43,819	4.7
HERRERA.....	22,852	93,674	4.1
LOS SANTOS.....	21,524	76,943	3.6
PANAMÁ.....	252,426	1,065,706	4.2
VERAGUAS.....	42,878	203,533	4.7
COMARCA SAN BLAS.....	4,333	34,038	7.9

FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1990. VOLUMEN III. PAGINA 13

CUADRO No 13

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS EN LA REPÚBLICA,
 POR ABASTECIMIENTO DE AGUA DE BEBER Y CLASE DE
 SERVICIO SANITARIO, SEGÚN ÁREA Y PROVINCIA AÑO 1990

ÁREA Y PROVINCIA	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS							
	TOTAL	ABASTECIMIENTO DE AGUA DE BEBER			CLASE DE SERVICIO SANITARIO			
		ACUE- DUCTO	POZO SANITAR	OTRO (1)	ALCANTA RILLADO	TANQUE SEPTICO	HUECO LETRINA	SIN SERV/S.
1990	524,284	423,168	13,350	87,766	153,581	78,058	230,155	62,490
URBANA	295,105	287,494	2,216	5,395	153,413	51,004	86,046	4,642
RURAL	229,179	135,674	11,134	82,371	168	27,054	144,109	57,848
BOCAS DEL TORO	16,471	9,916	205	6,350	4,829	6,226	2,883	5,533
COCLE	35,500	26,937	1,151	7,412	2,016	4,984	25,514	2,986
COLON	39,867	34,207	784	4,876	15,859	8,937	11,624	3,447
CHIRIQUI	80,111	52,348	3,113	24,650	4,605	19,709	41,614	14,183
DARIEN	9,248	2,948	303	5,997	65	224	2,842	6,117
HERRERA	22,802	17,880	1,030	3,892	3,933	2,517	13,624	2,728
LOS SANTOS	21,483	18,411	928	2,144	2,011	2,877	14,537	2,058
PANAMA	251,701	233,417	3,756	14,528	120,456	28,830	93,113	9,302
VERAGUAS	42,783	24,539	2,078	16,166	2,807	3,705	22,558	13,713
COMARCA/SAN BLAS	4,318	2,565	2	1,751	-	49	1,846	2,423

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990. VOLUMEN III. PÁG 96.

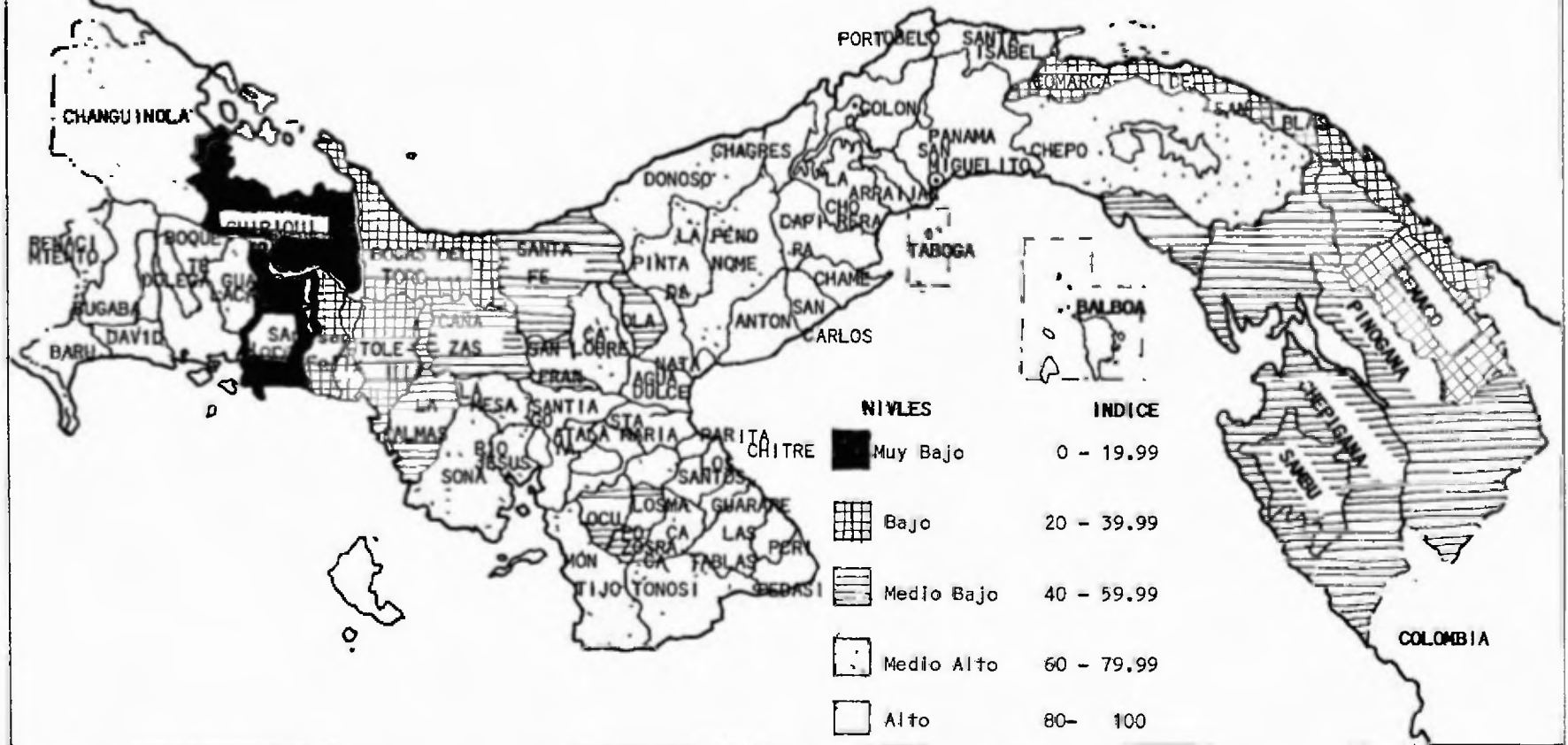
CUADRO No.14

VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, POR MATERIAL PREDOMINANTE
DEL TECHO DE LA VIVIENDA SEGUN TIPO DE PISO
REPÚBLICA DE PANAMÁ POR PROVINCIA
AÑO 1990

TIPO DE PISO	VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO DE LA VIVIENDA							
	TOTAL	CONCRETO	TEJA	FIBRA CEMENTO	METAL (ZINC, ALUMINIO)	MADERA PROTEGIDA	PAJA O PENCA	OTRO
TOTAL	524,284	39,663	20,390	4,266	407,263	4,672	47,716	314
PISO PAVIMENTO (CONCRETO, MOSAICO, LADRILLO, OTRO)	385,363	39,304	15,708	3,957	321,901	3,044	1,418	31
PISO DE MADERA	34,733	124	287	141	29,965	1,398	2,094	14
PISO DE TIERRA	96,990	106	4,289	148	54,452	208	37,581	206
OTRO TIPO DE PISO(CAÑA, PALOS, DESECHOS, OTRO)	7,450	129	106	20	945	22	5,913	63

MAPA No. 4

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS DE EDUCACION, POR DISTRITO: AÑO 1990



Tomado: Ministerio de Planificación y Política Económica. Panamá Niveles de Satisfacción de las necesidades básicas. Mapa de la pobreza. Documento de trabajo No.44. Panamá, diciembre de 1993.

CUADRO No. 15

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS
DE EDUCACION EN LA REPUBLICA DE PANAMA AÑO 1990 a /

MUY BAJO (0-19 99)		BAJO (20-39 99)		MEDIO BAJO (40-59 99)		MEDIO ALTO (60-79 99)		ALTO (80-100)	
DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE
CHIRIQUI GRANDE (B T)	0 00	TOLE (CHIRIQUI)	24 53	CAÑAZAS (VERAGUAS)	41 13	CHEPO (PANAMA)	60 40	SANTA ISABEL(COL)	80 89
SAN LORENZO (CHIRIQUI)	7 05	SAN FELIX (CHIRIQUI)	25 35	SAMBU (DARIEN)	43 18	CALOBRE (VER)	61 26	BALBOA (PANAMA)	81 12
		SAN BLAS	27 16	LAS MINAS (HERRERA)	48 93	TONOSI (LOS SANTOS)	62 01	PORTOBELLO(COL)	81 82
		REMEDIOS (CHIRIQUI)	28 01	OLA (COCLE)	49 00	RENACIMIENTO (CH)	62 45	HUGABA(CHIR)	82 17
		BOCAS DEL TORO (B T)	31 92	CHEPIGANA (DARIEN)	51 46	CHANGUINOLA (B T)	62 73	ATALAYA(VER)	82.25
		CEMACO (DARIEN)	38 76	SANTA FE (VERAGUAS)	53 18	MACARACAS (L S)	64 16	ANTON (COCLE)	82 87
				PINOGANA (DARIEN)	53 88	SONA (VERAGUAS)	64 77	PEDASI(L S)	83 09
				LAS PALMAS (VERAGUAS)	55 46	GUALACA (CHIRIQUI)	65 01	SAN CARLOS(Pa)	83 14
				CHIMAN (PANAMA)	55 49	DONOSO (COLON)	66 73	POCRI (L S)	83 33
				SAN FRANCISCO (V)	59 96	LA MESA (VER)	67 07	LOS SANTOS (L S)	83 38
				LOS POZOS (HERRERA)	59 99	LA PINTADA (COCLE)	68 71	SANTA MARIA (H)	84.29
						MONTIJO (VER)	69 14	PARITA (HERRERA)	86 19
						RIO DE JESUS (V)	73 97	GUARARE (L S)	87 09
						OCU (HERRERA)	74 24	DOLEGA (CHIR)	87 20
						ALANJE (CHIRIQUI)	74 81	CHAME (PMA)	88 73
						CAPIRA (PANMA)	74 92	LAS TABLAS (L S)	89 56
						NATA (COCLE)	75 70	SANTIAGO(VER)	93 23
						BOQUERON (CH)	76 61	TABOGA(PANAMA)	93 46
						CHAGRES (COLON)	76 88	AGUADULCE(COC)	95 09
						BOQUETE (CHIR)	77 56	LA CHORRERA(H)	95 77
						PENONOME (COCLE)	78 77	DAVID (CHIRIQUI)	96 57
						PESE (HERRERA)	78 85	ARRAIJAN (PMA)	97 13
						BARU (CHIRIQUI)	79 32	COLON (COLON)	97 84
								CHITRE (HER)	97 89
								PANAMA (PMA)	98 46
								SAN MIGUELITO(P)	100 00

a / Los distritos se han ordenado en un rango de 0 (peor situacion) a 100 (mejor situacion) y representan valores normalizados de indicadores relacionados con la educacion de la poblacion

CUADRO No.16

**ALFABETISMO Y ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 10 AÑOS
Y MÁS DE EDAD EN LA REPÚBLICA, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD
AÑO 1990**

SEXO Y GRUPO DE EDAD	ALFABETISMO			
	TOTAL (1)	ALFABETA	ANALFABETA	PORCENTAJE DE ANALFABETA
TOTAL	1,769,488	1,569,528	189,184	10 7
10-14	257,390	235,125	20,540	8 0
15-19	248,361	235,432	12,122	4 9
20-24	228,398	216,505	11,230	4 9
25-29	200,452	189,650	10,218	5 1
30-34	165,622	153,727	11,282	6 8
35-39	139,234	125,201	13,322	8 6
40-44	116,618	100,618	15,220	13 1
45-49	96,732	80,580	15,364	15 9
50-54	78,404	62,071	15,594	19 9
55-59	62,234	47,291	14,215	22 8
60 Y MAS . . .	176,043	123,328	50,077	28 5
HOMBRE	892,588	795,419	92,100	10 3
10-14	131,624	119,299	11,400	8 7
15-19	124,873	118,720	5,774	4 6
20-24	114,187	108,679	5,206	4 6
25-29	100,027	95,351	4,404	4 4
30-34	82,963	77,987	4,726	5 7
35-39	69,859	63,533	6,017	8 6
40-44	58,993	51,343	7,322	12 4
45-49	49,540	41,639	7,550	15 2
50-54	39,994	31,904	7,729	19.3
55-59	32,005	24,576	7,067	22 1
60 Y MAS	88,523	62,388	24,905	28 1
MUJERES	876,900	774,109	97,084	11 1
10-14	125,766	115,826	9,140	7 3
15-19	123,488	116,712	6,348	5 1
20-24	114,211	107,826	6,024	5 3
25-29	100,425	94,299	5,814	5 8
30-34	82,659	75,740	6,556	7 9
35-39	69,375	61,668	7,305	10 5
40-44	57,625	49,275	7,898	13 7
45-49	47,192	38,941	7,814	16 6
50-54	38,410	30,167	7,865	20 5
55-59	30,229	22,715	7,148	23 6
60 Y MAS	87,520	60,940	25,172	28 8

CUADRO No 17

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 6 AÑOS Y MÁS DE EDAD
EN LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA. AÑO 1990

PROVINCIA	POBLACION DE 6 AÑOS Y MAS DE EDAD						
	TOTAL	NIVEL DE INSTRUCCION					MEDIANA DE AÑOS APROBADOS
		NINGUN GRADO	ALGUN GRADO DE PRIMARIA	ALGÚN AÑO DE SECUNDARIA	ALGÚN AÑO DE UNIVERSIDAD	NO ESPECIFICADOS	
TOTAL	1,987,984	197,649	929,355	666,327	168,992	25,661	6.7
BOCAS DEL TORO	73,903	21,340	34,418	14,257	1,525	2,363	4.1
COCLE	146,628	12,013	95,747	32,556	5,439	873	5.6
COLÓN	141,240	8,108	63,858	57,586	10,445	1,243	7.1
CHIRIQUÍ	312,642	48,346	158,658	84,522	17,604	3,512	5.7
DARIEN	35,150	9,042	21,034	3,985	265	824	3.5
HERRERA	81,431	8,944	46,824	20,579	4,284	800	5.8
LOS SANTOS	68,266	7,838	41,457	15,322	3,330	329	5.7
PANAMA	929,314	41,119	359,357	397,851	119,034	11,953	8.0
VERAGUAS	171,611	30,752	96,023	35,323	6,817	2,696	5.0
COMARCA DE SAN BLAS	27,799	10,147	11,979	4,346	259	1,068	3.4

FUENTE Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990 Volumen II Pág 87

CUADRO No.18

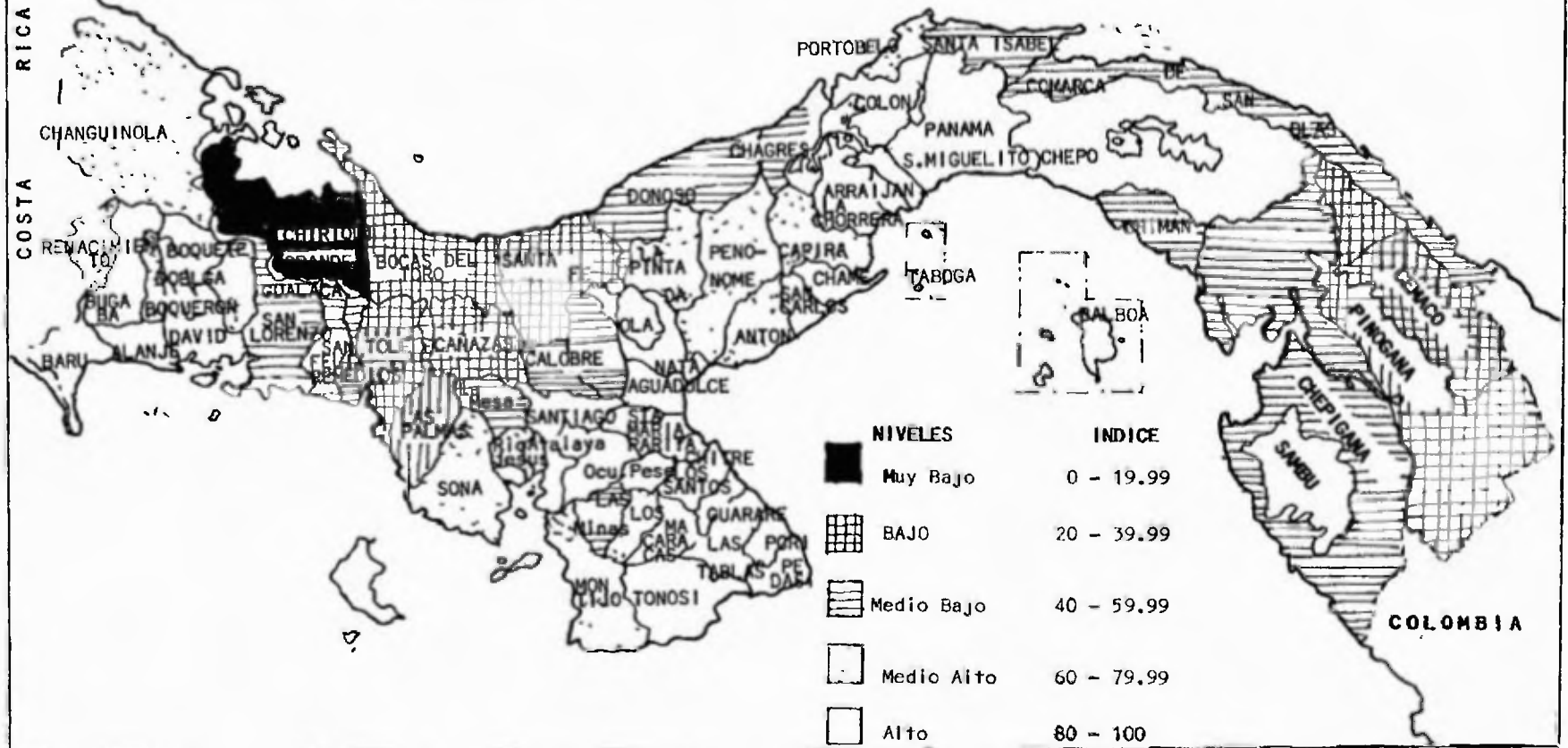
**POBLACIÓN DE 15 A 39 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A ALGÚN
AÑO UNIVERSITARIO, EN LA REPÚBLICA, POR SEXO,
SEGÚN PROVINCIA. AÑO: 1990**

PROVINCIA	POBLACIÓN DE 15 A 39 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A ALGÚN AÑO UNIVERSITARIO		
	1990		
	TOTAL	HOMBRE	MUJERES
TOTAL	43,732	18,342	25,390
BOCAS DEL TORO	281	86	195
COCLE	1,478	573	905
COLON	2,761	1,115	1,646
CHIRIQUI	4,337	1,553	2,784
DARIEN	10	4	6
HERRERA	1,138	407	731
LOS SANTOS	921	339	582
PANAMA	30,825	13,431	17,394
VERAGUAS	1,964	818	1,146
COMARCA DE SAN BLAS	17	16	1

FUENTE: Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990 Volumen II Pág 92

MAPA No. 5

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS DE SALUD, POR DISTRITO: AÑO 1990



Tomado: Ministerio de Planificación y Política Económica. Panamá Niveles de Satisfacción de las Necesidades Básicas. Mapa de la pobreza. Documento de Trabajo No 44. Panamá, diciembre de 1993.

CUADRO No.19

NIVELES RELATIVOS DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS
DE SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA, POR DISTRITO: AÑO 1990 a_/

MUY BAJO (0-19 99)		BAJO (20-39 99)		MEDIO BAJO (40-59 99)		MEDIO ALTO (60-79 99)		ALTO (80-100)	
DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROVINCIA	INDICE	DISTRITO Y PROV	INDICE
CHIRIQUI GRANDE (B T)	0 00	BOCAS DEL TORO (B T)	27 35	DONOSO (COLON)	41 78	LA PINTADA(COCLE)	60 29	OCU (HERRERA)	81 65
		TOLE (CHIRIQUI)	28 05	SAN FRANCISCO (V)	43 39	LOS POZOS (HERRERA)	63 06	CHEPO (PANAMA)	81 66
		LAS PALMAS(VERAGUAS)	32 68	OLA (COCLE)	44 32	PENONOME (COCLE)	64 13	ALANJE (CHIRIQUI)	82 55
		CAÑAZAS(VERAGUAS)	34 85	SAN BLÁS	44 46	MONTIJO (VERAGUAS)	64 63	SAN CARLOS (PMA)	84 00
		SANTA FE (VERAGUAS)	35 29	CHEPIGANA (DARIEN)	44 64	CHANGUINOLA (B T)	64 74	SANTIAGO (V)	84 06
		CEMACO (DARIEN)	37 04	SAMBU (DARIEN)	44 64	CAPIRA (PANAMA)	66 04	TONOSI (L S)	84 14
PINOIANA(DARIEN)	37 04	SAN LORENZO (CH)	45 46	RIO DE JESUS (V)	66 32	TABOGA (PMA)	85 26		
		CHIRMAN(PMA)	45 92	RENACIMIENTO (CH)	67 76	MACARACAS (L S)	85 40		
		BALBOA (PMA)	47 52	SONA (VERAGUAS)	69 54	NATA (COCLE)	85 81		
		REMEDIOS (CH)	49 07	GUALACA (CH)	73 66	ATALAYA (VER)	86 30		
		SANTA ISABEL(COLON)	49 64	BOQUERON (CH)	76 00	DOLEGA (CHIR)	87 09		
		SAN FELIX(CHIRIQUI)	51 06	PORTOBELLO(COLON)	76 61	BUGABA (CHIR)	87 99		
		CHAGRES(COLON)	54 02	ANTON(COCLE)	78 00	ROQUETE (CHIR)	88 12		
		CALOBRE(VERAGUAS)	56 34			COLON (COLON)	88 82		
		LAS MINAS(HERRERA)	57 42			BARU (CHIRIQUI)	89 82		
		LA MESA(VERAGUAS)	59 93			CHAME (PANAMA)	90 19		
						PARITA (HERRERA)	90 49		
						PESE (HERRERA)	92 09		
						DAVID (CHIRIQUI)	92 81		
						GUARARE(L S)	94 12		
						SANTA MARIA(H)	95 69		
						PEDASI(L S)	96 54		
						AGUADULCE(COCL)	96 83		
						POCRI(LOS SAN)	96 84		
						LOS SANTOS(L S)	97 08		
						LA CHORRERA(P)	97 65		
						LAS TABLAS(L S)	97 80		
						ARRAJAN(PMA)	98 32		
						SAN MIGUELITO(P)	99 22		
						PANAMA(PMA)	99 40		
						CHITRE (HERRERA)	100 00		

a_/ Los distritos se han ordenado en un rango de 0 (peor situación) a 100 (mejor situación) y representan valores normalizados de Indicadores relacionados con la No Asistencia Profesional al Parto, Mortalidad Infantil y Desnutrición

CUADRO No. 20

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, POR GRUPO DE EDAD EN LA REPUBLICA
AÑO. 1992

GRUPO	1ra CAUSA	Nº	2da CAUSA	Nº	3ra CAUSA	Nº	4ta CAUSA	Nº	5ta CAUSA	Nº
MENOR DE 1 AÑO	IRA	5461	ENF DIARREICA	2570	GRIPE	1887	RESFRIADO COMUN	1801	CIERTAS AFEC P PER	849
1-4 AÑOS	IRA	25254	ENF DIARREICA	3409	PARASITOSIS	2909	RESFRIADO COMUN	2406	GRIPE	2382
5-14 AÑOS	IRA	17098	PARASITOSIS	5139	TRAUMATISMO	2603	RESFRIADO COMUN	2178	GRIPE	2156
15-19 AÑOS	IRA	3950	TRAUMATISMO	1263	ENF VIAS URINARIAS	1053	GRIPE	1034	RESFRIADO COMUN	597
20-59 AÑOS	HIPERT ARTERIAL	10338	I R A	12922	ENF VIAS URINARIAS	8500	TRAUMATISMO	5856	INFLUENZA	2929
60 Y MAS	HIPERT ARTERIAL	7787	I R A	3526	ENF VIAS URINARIAS	854	TRAUMATISMO	792	GRIPE	746
MATERNALES	ANEMIA	938	BAJO PESO	907	ENF VIAS URINARIAS	387	HIPERTENSION	328	AMENAZA PARTO PREM	269
GINECOLOGIA	CERVICITIS	3999	AMENORREA	1368	VULVOVAGINITIS	1210	VAGINITIS	1183	LEUCORREA	693

1- NO INCLUYE BOCAS DEL TORO, COLON

2- NO INCLUYE BOCAS DEL TORO, COLON, CHIRIQUI

FUENTE DEPARTAMENTO DE REGISTRO MEDICO Y ESTADISTICA DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD

CUADRO No.21

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN LA REPÚBLICA
DE PANAMÁ CON CERTIFICACIÓN
AÑO 1991

CAUSAS	TOTAL	TASA
TOTAL.....	9683	396.4
Tumores Malignos.....	1345	55.1
Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias.....	1279	52.4
Enfermedades Cerebrovasculares...	959	39.3
Infarto Agudo del Miocardio.....	683	28.0
Ciertas Afecciones Originadas en menores de 1 año.....	546	22.4
Enfermedades de la Circulación Pulmonar y Otras formas de Enfermedad del corazón.....	356	14.6
Otras enfermedades isquémicas del corazón.....	350	14.3
Diabetes Mellitus.....	281	11.5
Neumonía.....	278	11.4
Anomalías Congénitas.....	213	8.7
Todas las demás causas.....	3393	138.9

Tasa calculada por 100 000 habitantes con base a la estimación de población al 1ro de julio de 1992

Fuente: Departamento de Estadísticas, Ministerio de Salud

CUADRO No.22

CASOS Y TASAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
EN LA REPÚBLICA, AÑO: 1992

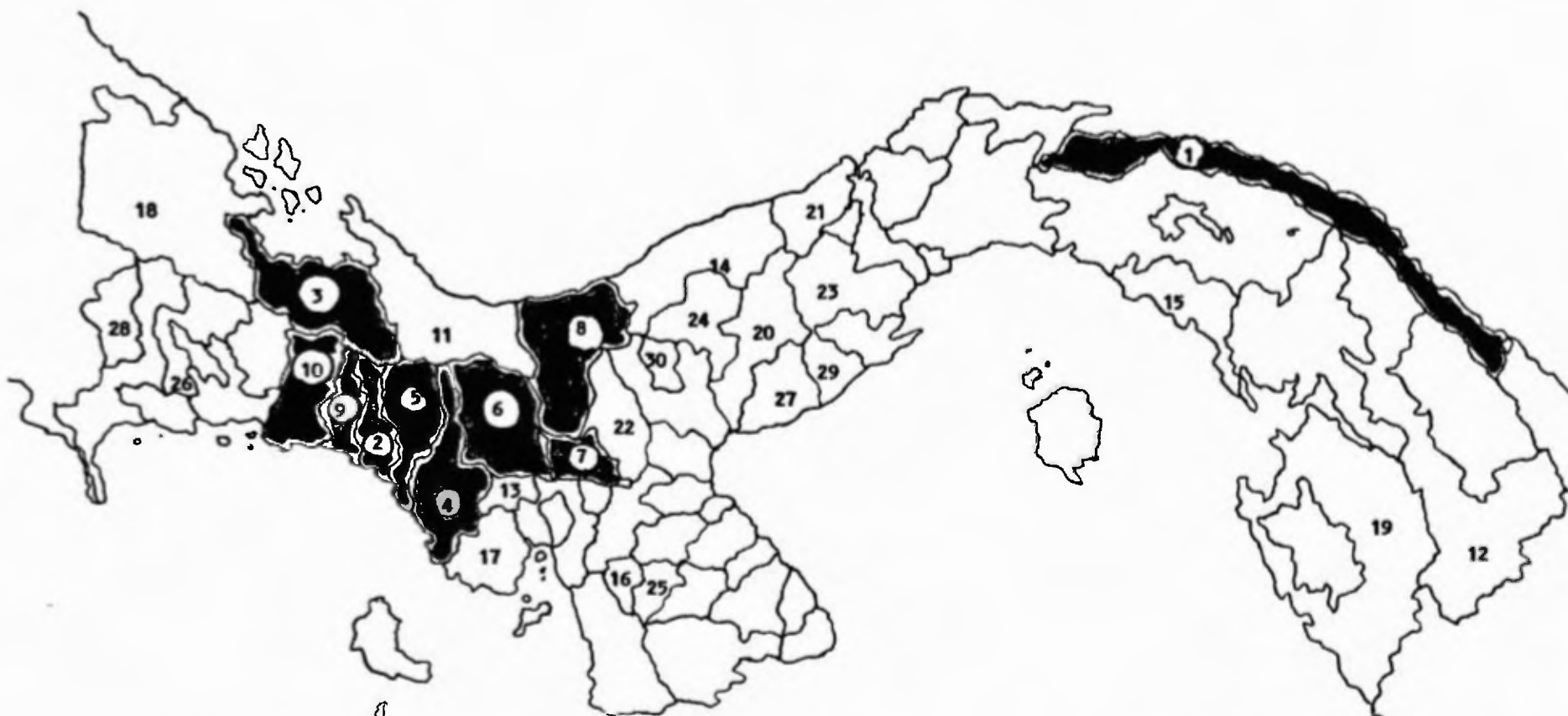
ENFERMEDADES	CASOS	TASA
Amebiasis.....	2499	99.4
Cólera.....	2418	96.2
Diarrea.....	90.880	3614.1
Gonorrea.....	2576	102.4
Hepatitis Infecciosa.....	157	6.2
Hepatitis Viral.....	411	16.3
Infección Meningocócica.....	40	1.6
Enfermedad Inflamatoria Pélvica..	2277	183.2
Influenza.....	140010	5567.9
Intoxicación Alimentaria.....	852	33.8
Enfermedades Respiratorias.....	227.132	9032.6
Leishmaniasis.....	1485	59.1
Malaria.....	727	28.9
Rubeola Congénita.....	2898	115.2
Sarampión.....	845	33.6
Sífilis.....	829	32.3
SIDA.....	(a) 649	
Tétano Neonatal.....	3	0.05
Tosferina.....	25	0.0
Tuberculosis en otras formas.....	35	1.4
Tuberculosis Pulmonar.....	714	28.4
Meningitis Bacteriana.....	116	4.6
Meningitis Viral.....	238	9.5
Brucelosis.....	5	0.2
Varicela.....	11427	454.4
Parotiditis Epidémica.....	1218	48.4
Shigelosis.....	26	1.0

Tasa calculada por 100 000 habitantes con base a la estimación de población al 1ro de julio

Fuente: División Técnica de Epidemiología, Sección de Estadística, Ministerio de Salud

(a) Hasta el 31 de diciembre de 1993

MAPA No.6
DISTRITOS DEL PAIS CON LA MAS ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA
EN ESCOLARES DE 6-9 AÑOS DE EDAD



<u>DISTRITO</u>	<u>PROVINCIA</u>	<u>PREVALENCIA</u>	<u>DISTRITO</u>	<u>PROVINCIA</u>	<u>PREVALENCIA</u>	<u>DISTRITO</u>	<u>PROVINCIA</u>	<u>PREVALENCIA</u>
1.San Blas	San Blas	71.2	11.Bocas del Toro	Bocas del Toro	45.7	21. Chagres	Colón	33.6
2.Remedios	Chiriquí	63.4	12.Pinogana	Darién	45.4	22. Calobre	Veraguas	33.2
3.Chiriquí Grande	Bocas del Toro	62.8	13.La Mesa	Veraguas	42.5	23. Capira	Panamá	32.9
4.Las Palmas	Veraguas	62.6	14.Donoso	Colón	42.3	24. La Pintada	Coclé	29.8
5.Tolé	Chiriquí	62.6	15.Chimán	Panamá	42.0	25. Los Pozos	Herrera	29.2
6.Cañazas	Veraguas	60.4	16.Las Minas	Herrera	37.7	26. Boquerón	Chiriquí	29.1
7.San Francisco	Veraguas	55.2	17.Soná	Veraguas	37.7	27. Antón	Coclé	29.0
8.Santa Fé	Veraguas	54.6	18.Changuinola	Bocas el Toro	35.3	28. Renacimiento	Chiriquí	26.9
9.San Felix	Chiriquí	52.2	19.Chepigana	Darién	35.2	29. San Carlos	Panamá	26.5
10.San Lorenzo	Chiriquí	48.5	20.Penonomé	Coclé	34.4	30. Olá	Coclé	26.2

Los 10 Distritos con mayor prevalencia, aparecen en color oscuro.

CUADRO No.23

PRINCIPALES PROBLEMAS NUTRICIONALES
EN PANAMÁ

PROBLEMA NUTRICIONAL	POBLACIÓN AFECTADA	-1E D	2 D E	AÑO
1 DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA	PRE-ESCOLARES(1)			
	DESNUTRICIÓN CRÓNICA(T/E)	48%	22%	1980 *
	DESNUTRICIÓN AGUDA(P/T)	26%	6%	1980 *
	DESNUTRICIÓN GLOBAL(P/E)	46%	16%	1980 *
	PRE-ESCOLARES(2)			
	DESNUTRICIÓN CRÓNICA(T/E)	29%	9%	1992 *
	DESNUTRICIÓN AGUDA(P/T)	20%	1%	1992 *
	DESNUTRICIÓN GLOBAL(P/E)	31%	7%	1992 *
	ESCOLARES DE PRIMER GRADO(3)			
	RETARDO DE TALLA SEVERO/MODERADO(T/E)			
	21 9%		1982**	
	18 8%		1985**	
	24 4%		1988**	
2 Anémias Nutricionales	RURAL %	URBANA % (3)		
	- Deficiencia de Hierro	36 0	12 7	1967
	- Deficiencias de Folatos	18 3	19 7	1967
		PRE-ESCOLARES (2)		1992
	18 6% CON NIVELES DE H8 < 11g/ml		1992	
3 DEFICIENCIA DE VITAMINA A	PRE-ESCOLARES (NACIONAL) (2)			1992
	5 8% CON < 20 mcg/dl DE RETINOL			
	29 4% CON < 30mcg/dl DE RETINOL			
	PRE-ESCOLARES (METROP/S MIGUELITO)(2)			1992
	9 1% CON < 20 mcg/dl DE RETINOL			
	31% CON < 30 mcg/dl DE RETINOL			
4 BOCIO ENDEMICO	DE 5 A 65 AÑOS Y MAS (4)			1967
	16 5% DE PREVALENCIA			
	DE 5 A 60 AÑOS			1975
	6 0% DE PREVALENCIA			
	ESCOLARES 6 A 12 AÑOS (5)			1990
	23 2% (REGION DE AZUERO)			1990
	12 4% (RESTO DEL PAIS)			

* INCLUYE OBESOS-1D E (NCHS)

** INCLUYE OBESOS-2D E (NCHS)

TOMADO DE Departamento de Nutrición y Dietética Ministerio de Salud

CUADRO No. 24

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 12 A 39 MESES POR AREA
SEGUN EL INDICADOR PESO/TALLA
AÑO: 1992

ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PESO/TALLA	AREA									
	TOTAL		1		2		3		4	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
TOTAL.....	1389	100.0	397	28.6	294	21.2	409	29.4	289	20.8
NORMAL.....	923	66.5	263	66.2	187	63.6	276	67.5	197	68.2
SOBREPESO Y OBESIDAD.....	185	13.3	58	14.4	39	13.3	49	12.0	39	13.5
DESNUTRICION LEVE.....	260	18.7	69	26.5	63	24.2	78	30.0	50	19.2
DESNUTRICION MODERADA.....	20	1.4	7	1.8	4	1.4	6	1.5	3	1.0
DESNUTRICION GRAVE.....	1	0.1	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0

AREA 1 CHIRIQUI, VERAGUAS Y BOCAS DEL TORO

AREA 2 AZUERO (PROVINCIA DE LOS SANTOS Y HERRERA) Y COCLE

AREA 3 COLON, PANAMA ESTE Y PANAMA OESTE

AREA 4 PANAMA METROPOLITANA Y SAN MIGUELITO

FUENTE ENCUESTA NACIONAL DE VITAMINA A, 1992 (EDICION PRELIMINAR)
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA, MINISTERIO DE SALUD

CUADRO No. 25

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 12 A 39 MESES POR AREA
SEGUN EL INDICADOR TALLA/EDAD
AÑO: 1992

ESTADO NUTRICIONAL SEGUN TALLA/EDAD	AREA									
	TOTAL		1		2		3		4	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
TOTAL.....	1389	100.0	897	28.6	294	21.2	409	29.4	289	20.8
NORMAL.....	783	56.6	160	54.4	239	58.4	183	63.3	783	56.6
SOBRETALLA.....	205	14.8	45	11.3	39	13.3	69	16.9	52	18.0
RETARDO LEVE.....	271	19.5	95	23.9	63	21.4	78	19.1	35	12.0
RETARDO MODERADO.....	101	7.3	42	10.6	27	9.2	19	4.6	13	4.5
RETARDO GRAVE.....	29	2.1	14	3.5	5	1.7	4	1.0	6	2.0

AREA 1 CHIRIQUI, VERAGUAS Y BOCAS DEL TORO
AREA 2 AZUERO (PROVINCIA DE LOS SANTOS Y HERRERA) Y COCLE
AREA 3 COLON, PANAMA ESTE Y PANAMA OESTE
AREA 4 PANAMA METROPOLITANA Y SAN MIGUELITO

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE VITAMINA A, 1992 (EDICION PRELIMINAR)
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA, MINISTERIO DE SALUD

CUADRO No. 26

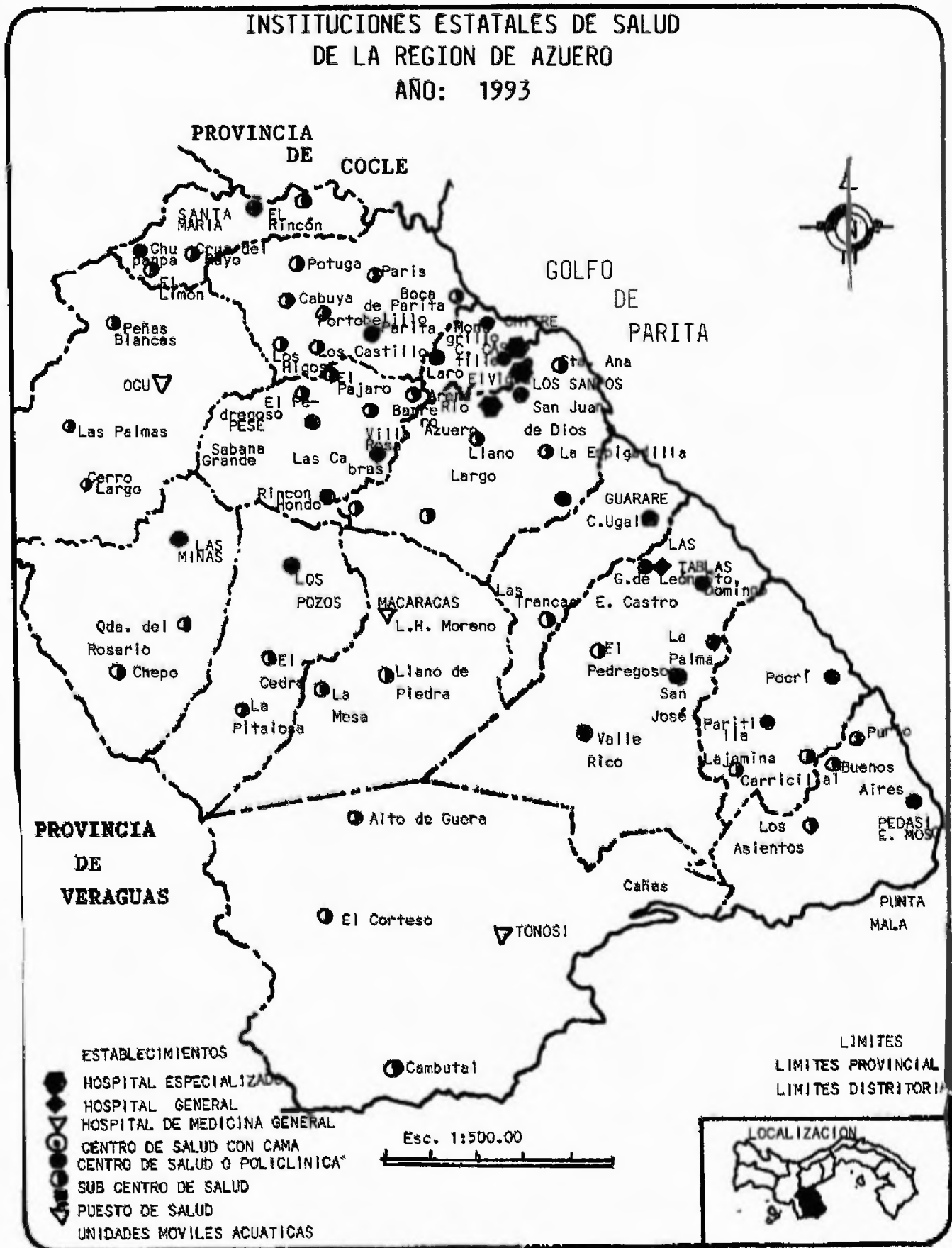
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 12 A 39 MESES POR AREA
SEGUN EL INDICADOR PESO/EDAD
AÑO: 1992

ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PESO/EDAD	AREA									
	TOTAL		1		2		3		4	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
TOTAL.....	1389	100.0	397	28.6	294	21.2	409	29.4	289	20.8
NORMAL.....	784	56.4	208	52.4	155	52.7	245	59.9	176	60.9
SOBREPESO Y OBESIDAD.....	173	12.5	50	12.6	34	11.6	41	10.0	48	16.6
DESNUTRICION LEVE.....	334	24.0	100	25.2	81	27.6	102	24.9	51	17.5
DESNUTRICION MODERADA.....	86	6.2	33	8.3	23	7.8	20	4.9	10	3.5
DESNUTRICION GRAVE.....	12	0.9	6	1.5	1	0.3	1	0.2	4	1.4

AREA 1 CHIRIQUI, VERAGUAS Y BOCAS DEL TORO
AREA 2 AZUERO (PROVINCIA DE LOS SANTOS Y HERRERA) Y COCLE
AREA 3 COLON, PANAMA ESTE Y PANAMA OESTE
AREA 4 PANAMA METROPOLITANA Y SAN MIGUELITO

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE VITAMINA A, 1992 (EDICION PRELIMINAR)
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA, MINISTERIO DE SALUD

INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD
DE LA REGION DE AZUERO
AÑO: 1993



CUADRO No.27

**DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN
DE SALUD DE AZUERO, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993**

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL a_/	70	100.0	1,192	100.0
PUESTO DE SALUD	-	-	-	-
SUB CENTRO DE SALUD	41	58.6	* ---	---
CENTRO DE SALUD	19	27.1	* 103	8.6
CENTRO DE SALUD CON CAMA	-	-	-	-
POLICLÍNICAS	3	4.3	202	17.0
HOSPITAL GENERAL	1	1.4	95	8.0
HOSPITAL DE MEDICINA GENERAL	3	4.3	130	10.9
HOSPITAL ESPECIALIZADO	3	4.3	662	55.5

--- Cifra no disponible

- Cifra Nula

* La información recabada incluye al personal de los SubCentros de Salud en la de los Centros de Salud.

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Azuero.

CUADRO No.28

PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO
EXISTENTE EN LA REGIÓN DE SALUD DE AZUERO
SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES
AÑO: 1993

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	TOTAL		
	NÚMERO	% a>	TASA b>
TOTAL	1,572	100.0	86.11
Médico General	85	5.4	4.66
Médico Especialista	90	5.7	4.93
Médico Interno	18	1.1	0.99
Médico Residente	-	-	-
Enfermera	202	12.8	11.07
Odontólogo General	27	1.8	1.48
Odontólogo Interno	25	1.6	1.37
Laboratorista	39	2.5	2.14
Farmacéutico	22	1.4	1.21
Nutricionista	5	0.3	0.27
Técnico de Rayos X	26	1.7	1.42
Educador para la Salud	4	0.2	0.22
Inspec. Saneam. Ambiental	27	1.8	1.48
Trabajadora Social	9	0.5	0.49
Auxiliar de Enfermería	331	21.0	18.13
Asistente de Farmacia	42	2.7	2.30
Asistente de Laboratorio	12	0.8	0.66
Asistente de Salud	-	-	-
* Otras Categorías	235	15.0	12.87
** Administrativos	373	23.7	20.43

- Cifra Nula

* Recurso Humano que ofrece servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no ofrece servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano

b> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Azuero.

CUADRO No.29
TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES
EN LA REGIÓN DE SALUD DE AZUERO * AÑO: 1993

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL	
	NÚMERO	TASA a>
TOTAL	55	3.01
Medicina Interna	7	0.38
Cirugía General	2	0.11
Gineco-Obstetricia **	10	1.62
Pediatría ***	10	1.82
Salud Pública	2	0.11
Anestesiología	3	0.16
Psiquiatría	6	0.33
Ortopedia	1	0.05
Neurología	1	0.05
Reumatología	1	0.05
Radiología	1	0.05
Dermatología	3	0.16
Hematología	1	0.05
Neumología	1	0.05
Cardiología	3	0.16
Medicina Física	1	0.05
Gastroenterología	2	0.11

* Excluye Especialistas de Policlínicas y el Hospital El Vigía.

** Población femenina > de 15 años.

*** Población < de 15 años.
 Los demás toda la población.

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Azuero.

CUADRO No.30

DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGUN LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS
EN LA REGION DE SALUD DE AZUERO

AÑO: 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS														
	TOTAL			SUBCENTROS Y CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			POLICLINICAS			OFICINA REGIONAL		
	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAb)	No.	%	TASAa)
TOTAL	884	100.0	48.43	103	11.7	5.64	590	66.7	32.32	129	14.6	12.29	62	7.0	3.40
MEDICO	195	22.0	10.68	21	2.4	1.15	122	13.7	6.68	39	4.4	3.71	13	1.5	0.71
ODONTOLOGO	52	5.9	2.85	22	2.4	1.21	12	1.4	0.66	14	1.6	1.33	4	0.4	0.22
ENFERMERA	202	22.9	11.07	12	1.4	0.66	151	17.1	8.27	20	2.3	1.90	19	2.2	1.04
AUXILIAR DE ENFERMERIA	303	34.3	16.60	45	5.2	2.46	233	26.4	12.76	22	2.4	2.10	3	0.3	0.16
LABDRATORISTA	39	4.4	2.14	2	0.2	0.11	21	2.4	1.15	12	1.4	1.14	4	0.4	0.22
FARMACEUTICO	22	2.4	1.21	1	0.1	0.05	9	1.0	0.49	11	1.2	1.05	1	0.1	0.05
TECNICO DE RAYOS X	26	2.9	1.42	-	-	-	22	2.4	1.21	4	0.4	0.38	-	-	-
TRABAJADORA SOCIAL	9	1.0	0.49	-	-	-	4	0.4	0.22	-	-	-	5	0.6	0.27
NUTRICIONISTA	5	0.6	0.27	-	-	-	5	0.6	0.27	-	-	-	-	-	-
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	27	3.1	1.48	-	-	-	8	0.9	0.44	6	0.7	0.57	13	1.5	0.71
EDUCADOR PARA LA SALUD	4	0.4	0.22	-	-	-	3	0.3	0.16	1	0.1	0.10	-	-	-

- CIFRA NULA

a) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION TOTAL

b) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION ASEGURADA

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL, S.I.S. AZUERO

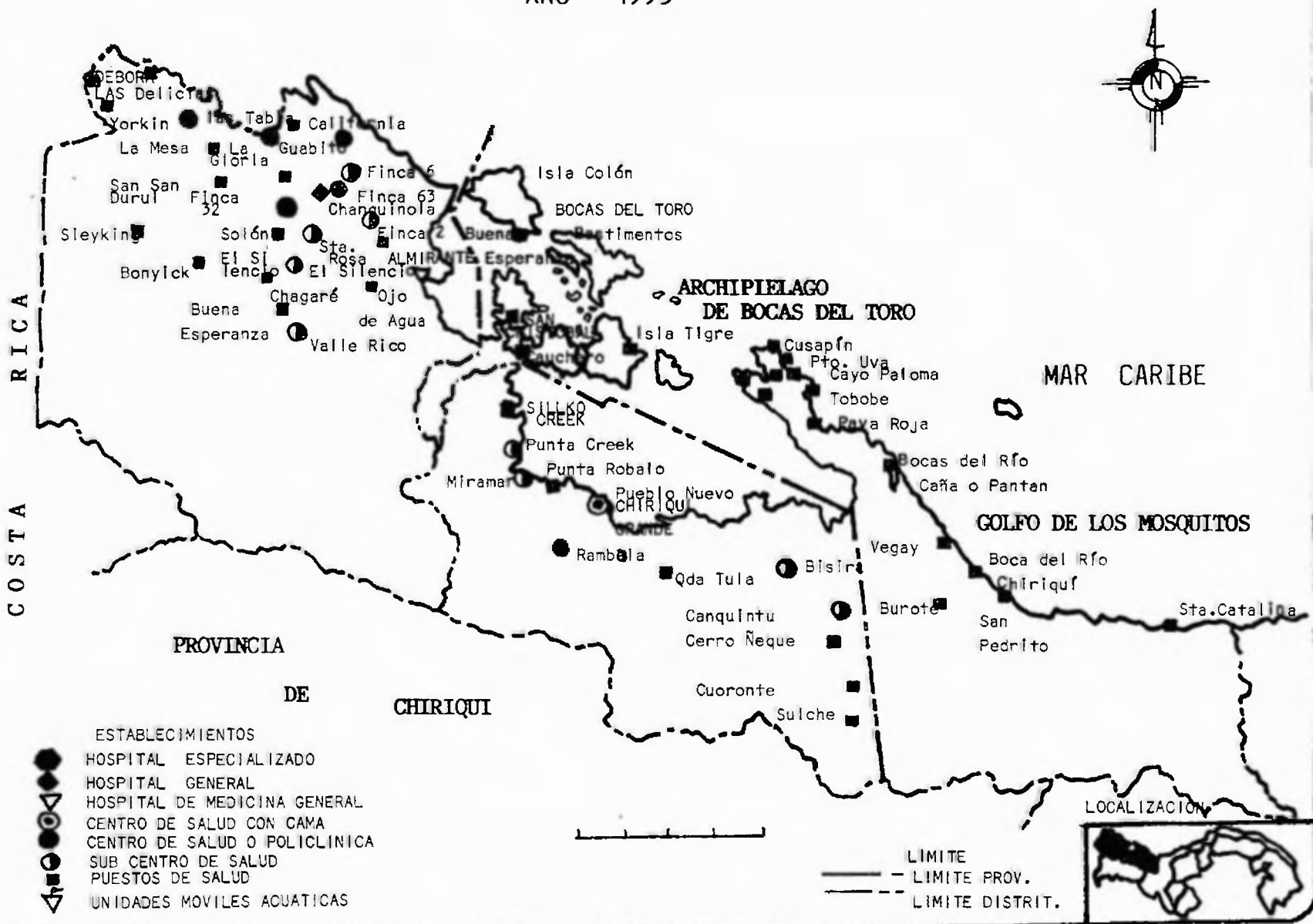
CUADRO No. 31

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS POR MORBILIDAD, EN LA REGION DE AZUERO POR GRUPOS DE EDAD. AÑO: 1993

1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS		10 - 14 AÑOS		15 - 19 AÑOS		20 Y MAS	
CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No
Resfriado	762	Rinofaringoamig	1493	Rinofaringoamig	1054	Rinofaringoamig	600	Rinofaringoamig	292	H T A	6446
Rinofaringoamig	486	Resfriado	1213	Resfriado	720	Resfriado	385	Resfriado	215	Gripe	2129
Bronquitis	337	Gripe	597	Gripe	553	Gripe	362	Gripe	215	Rinofaringoamig	1824
Gripe	247	Bronquitis	597	Parasitosis	320	Bronquitis	141	Gastritis	83	Resfriado	1678
Diarrea	226	Parasitosis	301	Bronquitis	269	Parasitosis	137	I V U	76	I V U	1392
Parasitosis	31	Diarrea	265	Diarrea	135	Gastritis	72	Diarrea	60	Gastritis	1236
Gastritis	29	I V U	39	Gastritis	50	Diarrea	67	Bronquitis	41	Diabetes	1019
I V U	14	Gastritis	73	I V U	48	I V U	61	Hipert Arterial	27	Bronquitis	500
								Parasitosis	25	Diarrea	416
								Diabetes	5	Parasitosis	93

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadística, Región de Salud de Azuero

MAPA No. 8
INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD DE LA REGION DE BOCAS DEL TORO
AÑO 1993



Tomado: Memoria del Ministerio de Salud. Año 1992

CUADRO No.33

**DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE BOCAS DEL TORO, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993**

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a_/	57	100.0	508	100.0
PUESTO DE SALUD	37	64.9	36	7.1
SUB CENTRO DE SALUD	6	10.5	* ---	---
CENTRO DE SALUD	8	14.0	* 64	12.6
CENTRO DE SALUD CON CAMA	2	3.5	* ---	* ---
POLICLÍNICAS	1	1.8	34	6.7
HOSPITAL GENERAL	1	1.8	125	24.6
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	2	3.5	249	49.0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

---Cifra no disponible

- Cifra Nula

* La información recabada incluye el personal de SubCentros de Salud y Centros de Salud con Camas en Centros de Salud.

a_/ Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

FUENTE:Departamento de Personal, Región de Salud de Bocas del Toro.

CUADRO No.34

PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO
EXISTENTE EN LA REGIÓN DE SALUD DE BOCAS DEL TORO
SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES
AÑO: 1993

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	TOTAL		
	NÚMERO	% a>	TASA b>
TOTAL	527	100.0	47.74
Médico General	35	6.6	3.17
Médico Especialista	15	2.8	1.36
Médico Interno	10	1.9	0.91
Médico Residente	-	-	-
Enfermera	82	15.6	7.43
Odontólogo General	9	1.7	0.82
Odontólogo Interno	9	1.7	0.82
Laboratorista	13	2.5	1.18
Farmacéutico	4	0.8	0.36
Nutricionista	1	0.2	0.09
Técnico de Rayos X	12	2.3	1.09
Educador para la Salud	4	0.8	0.36
Inspec. Saneam. Ambiental	5	1.0	0.45
Trabajadora Social	1	0.2	0.09
Auxiliar de Enfermería	90	17.0	8.15
Asistente de Farmacia	19	3.6	1.72
Asistente de Laboratorio	9	1.7	0.82
Asistente de Salud	36	6.8	3.26
* Otras Categorías	68	12.9	6.16
** Administrativos	105	19.9	9.51

- Cifra Nula

* Recurso Humano que ofrece servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no ofrece servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano

b> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Bocas del Toro.

CUADRO No.35

**TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES
EN LA REGIÓN DE SALUD DE BOCAS DEL TORO
AÑO: 1993**

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL	
	NÚMERO	TASA a>
TOTAL	15	1.36
Medicina Interna	2	0.18
Cirugía General	4	0.36
Gineco-Obstetricia *	2	0.71
Pediatría **	2	0.40
Anestesiología ***	1	0.09
Ortopedia	2	0.18
Oftalmología	1	0.09
Otorrinolaringología	1	0.09

* Población femenina > de 15 años.

** Población < de 15 años.

*** Médico por contrato.
Los demás toda la población.

a> Por 10.000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Bocas del Toro.

CUADRO No.36

DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGUN LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS
EN LA REGION DE SALUD DE BOCAS DEL TORO

AÑO: 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS																	
	TOTAL			PUESTO DE SALUD			SUBCENTRO Y CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			POLICLINICAS			DIRECCION REGIONAL		
	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAb)	No.	%	TASAa)
TOTAL	390	100.0	35.33	36	9.2	3.26	64	16.4	5.80	273	70.0	24.73	12	3.1	2.25	5	1.3	0.45
MEDICO	60	15.4	5.44	-	-	-	12	3.1	1.09	45	11.5	4.08	3	0.8	0.56	-	-	-
ODONTOLOGO	19	4.9	1.72	-	-	-	5	1.3	0.45	13	3.3	1.18	1	0.3	0.19	-	-	-
ENFERMERA	85	21.8	7.70	-	-	-	11	2.8	1.00	71	18.2	6.43	3	0.8	0.56	-	-	-
AUXILIAR DE ENFERMERIA	94	24.1	8.52	-	-	-	10	2.4	0.91	80	20.5	7.25	4	1.0	0.75	-	-	-
LABORATORISTA	13	3.3	1.18	-	-	-	1	0.3	0.09	11	2.8	1.00	1	0.3	0.19	-	-	-
FARMACEUTICO	4	1.0	0.36	-	-	-	-	-	-	4	1.0	0.36	-	-	-	-	-	-
TECNICO DE RAYOS X	12	3.1	1.09	-	-	-	-	-	-	12	3.1	1.09	-	-	-	-	-	-
TRABAJADORA SOCIAL	1	0.3	0.09	-	-	-	-	-	-	1	0.3	0.09	-	-	-	-	-	-
NUTRICIONISTA	1	0.3	0.09	-	-	-	-	-	-	1	0.3	0.09	-	-	-	-	-	-
ASISTENTE DE CLINICA	42	10.8	3.80	-	-	-	8	2.1	0.72	34	8.7	0.09	-	-	-	-	-	-
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	5	1.3	0.45	-	-	-	1	0.3	0.09	-	-	-	-	-	-	4	1.0	0.36
EDUCADOR PARA LA SALUD	3	0.9	0.27	-	-	-	1	0.3	0.09	1	0.3	0.09	-	-	-	1	0.3	0.09
AYUDANTE O ASISTENTE DE SALUD	51	13.0	4.62	36	9.2	3.26	15	3.8	1.36	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- CIFRA NULA

a) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION TOTAL

b) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION ASEGURADA

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL, S.I.S BOCAS DEL TORO

CUADRO N° 37

MORBILIDAD DE ALGUNAS ENFERMEDADES
OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN
ÁREA SANITARIA, REGIÓN DE SALUD DE BOCAS DEL TORO. AÑO:1993

ENFERMEDAD	TOTAL		BOCAS DEL TORO		CHIRIQUÍ GRANDE		CHANGUINOLA		ALMIRANTE		GUABITO	
	CASO	TASA	CASO	TASA	CASO	TASA	CASO	TASA	CASO	TASA	CASO	TASA
SARAMPIÓN	2	1.8	-	-	1	4.3	-	-	-	-	1	7.5
TOSFERINA	195	177	-	-	194	853	1	2.5	-	-	-	-
RUBEOLA	186	168	4	19	70	16	377	150	4	2	113	15
TÉTANOS NEONATAL	9	1	-	-	-	-	1	0.5	-	-	-	-
TETANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUBERCULOSIS	121	134	4	19	2	8.8	104	261	18	34	6	45
GONORREA	112	101	4	19	9	40	64	170	23	43	12	90
SIFILIS	9	8.1	-	-	-	-	3	7.5	2	4	2	15
ENF INF PELVICA	256	1049	6	130	10	199	162	1102	75	2515	3	110
OFIDISMO	50	45	8	38	4	19	20	50	17	32	1	7.5
DIARREA	5765	5223	93	440	444	1952	3916	9832	873	1642	601	4512
LEISHMANIASIS	337	305	19	90	131	576	84	211	78	147	25	188

Tasa x 100.000 Hab., excepto Tétano Neonatal = tasa x 1.000 N.V.)

FUENTE: Coordinación de Epidemiología, S.I.S. de Bocas del Toro.

CUADRO No.38

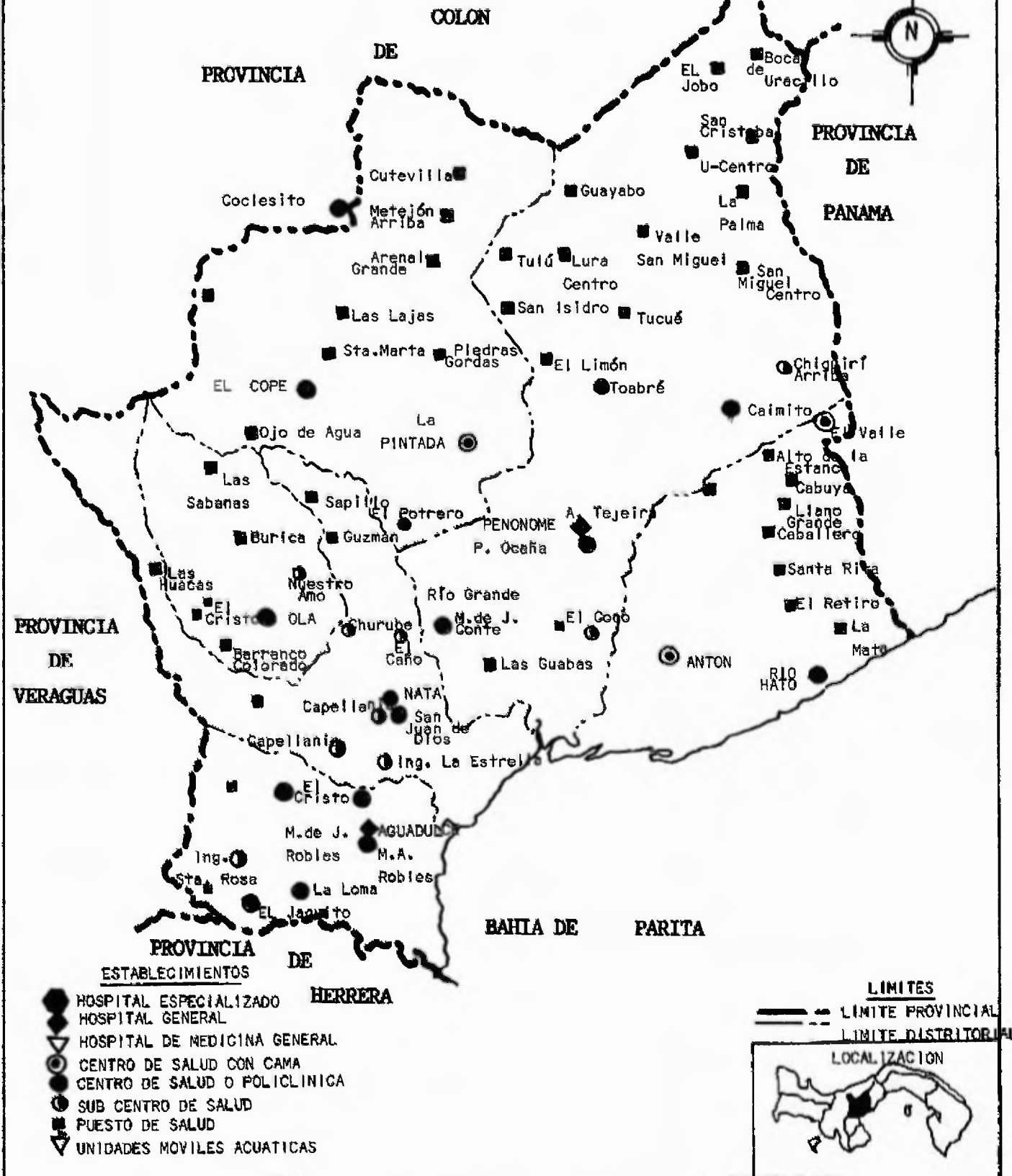
**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE MAYOR NOTIFICACIÓN
EN LA REGIÓN DE SALUD DE BOCAS DEL TORO.
AÑO: 1993.**

ENFERMEDADES	TASA GENERAL POR 10,000 H.
	1993
ENFERMEDAD DIARREICA	517.20
INFLUENZA EPIDÉMICA	328.57
VARICELA	33.88
AMEBIASIS	58.88
LEISHMANIASIS	30.43
ENFERMEDAD INF. PÉLVICA *	10.37
TUBERCULOSIS DEL AP. RESP.	10.05
INF. GONOCOCICA DEL AP. G.U.	10.14
CONJUNTIVITIS AGUDA VIRAL	14.67
MALARIA	19.29
NEUMONÍA	53.50
NEUMONÍA GRAVE	39.86

*Tasa específica (mujeres en edad fértil x 1000)

FUENTE: Informe epidemiológico de enfermedades transmisibles, S.I.S. Bocas del Toro

MAPA No. 9
 INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD
 DE LA REGION DE COCLE
 AÑO: 1993



CUADRO No.39

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE COCLÉ, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a_/	81	100.0	898	100.0
PUESTO DE SALUD	46	56.8	37	4.1
SUB CENTRO DE SALUD	15	18.5	9	1.0
CENTRO DE SALUD	11	13.6	* 240	26.7
CENTRO DE SALUD CON CAMA	4	4.9	* ---	---
POLICLÍNICAS	3	3.7	149	16.6
HOSPITAL GENERAL	2	2.5	463	51.6
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra Nula

--- Cifra no disponible

* La información recabada incluye el personal de Centros de Salud con Camas en los Centros de Salud.

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Coclé.

CUADRO No.40

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO
EXISTENTE EN LA REGIÓN DE SALUD DE COCLÉ
SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES
AÑO: 1993**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	TOTAL		
	NÚMERO	% a>	TASA b>
TOTAL	962	100.0	52.30
Médico General	56	5.8	3.04
Médico Especialista	30	3.1	1.63
Médico Interno	34	3.5	1.85
Médico Residente	-	-	-
Enfermera	139	14.4	7.56
Odontólogo General	27	2.8	1.47
Odontólogo Interno	21	2.2	1.14
Laboratorista	35	3.6	1.90
Farmacéutico	12	1.2	0.65
Nutricionista	2	0.2	0.11
Técnico de Rayos X	9	1.0	0.49
Educador para la Salud	1	0.1	0.05
Inspec. Saneam. Ambiental	21	2.2	1.14
Trabajadora Social	6	0.6	0.33
Auxiliar de Enfermería	173	18.0	9.40
Asistente de Farmacia	40	4.2	2.17
Asistente de Laboratorio	2	0.2	0.11
Asistente de Salud	37	3.9	2.01
* Otras Categorías	119	12.4	2.88
** Administrativos	198	20.6	10.76

* Recurso Humano que ofrece servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no ofrece servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano

b> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Coclé.

CUADRO No.41

TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES
EN LA REGIÓN DE SALUD DE COCLÉ
AÑO: 1993

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL	
	NÚMERO	TASA a>
TOTAL	30	1.63
Medicina Interna	4	0.22
Cirugía General	6	0.33
Gineco-Obstetricia *	3	0.54
Pediatría **	5	0.74
Urología	1	0.05
Psiquiatría	1	0.05
Ortopedia	4	0.22
Oftalmología	2	0.11
Dermatología	1	0.05
Cardiología	2	0.11
Gastroenterología	1	0.05

* Población femenina > de 15 años.

** Población < de 15 años.
Los demás toda la población.

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Coclé.

CUADRO No.42

DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGUN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
EN LA REGION DE SALUD DE COCLÉ

AÑO: 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS																	
	TOTAL			PUESTO DE SALUD			SUBCENTRO DE SALUD			CENTRO DE SALUD			HOSPITAL			POLICLINICAS		
	No.	%	TASAA)	No.	%	TASAA)	No.	%	TASAA)	No.	%	TASAA)	No.	%	TASAA)	No.	%	TASAb)
TOTAL	457	100.0	24.84	37	8.1	2.0	9	2.0	0.49	132	28.9	7.18	220	48.2	11.96	59	12.9	5.59
MEDICO	76	16.6	4.13	-	-	-	-	-	-	26	5.7	1.41	34	7.4	1.85	16	3.5	1.52
ODONTOLOGO	27	5.9	1.47	-	-	-	-	-	-	19	4.2	1.03	3	0.7	0.16	5	1.1	0.47
ENFERMERA	98	21.4	5.33	-	-	-	-	-	-	25	5.5	1.36	62	13.6	3.37	11	2.4	1.04
AUXILIAR DE ENFERMERIA	148	32.4	8.05	-	-	-	9	2.0	0.49	42	9.2	2.28	91	20.0	4.95	6	1.3	0.57
LABORATORISTA	30	6.6	1.63	-	-	-	-	-	-	5	1.1	0.27	13	2.9	0.71	12	2.6	1.14
FARMACEUTICO	12	2.6	0.65	-	-	-	-	-	-	1	0.2	0.05	5	1.1	0.27	6	1.3	0.57
TECNICO DE RAYOS X	9	2.0	0.49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1.3	0.33	3	0.7	0.28
TRABAJADORA SOCIAL	4	0.9	0.22	-	-	-	-	-	-	3	0.7	0.16	1	0.2	0.05	-	-	-
NUTRICIONISTA	2	0.4	0.11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.4	0.11	-	-	-
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	14	3.1	0.76	-	-	-	-	-	-	11	2.4	0.60	3	0.7	0.16	-	-	-
AYUDANTE O ASISTENTE DE SALUD	37	8.1	2.01	37	8.1	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- CIFRA NULA

a) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION TOTAL

b) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION ASEGURADA

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL, S.I.S. COCLÉ

CUADRO No.43

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL , POR GRUPO ETÁREO, REGIÓN DE COCLÉ. AÑO: 1993

MENOR DE 1 AÑOS		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20 Y MAS	
CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSAS	No	CAUSA	No
IRA	4540	IRA	11169	IRA	6911	IRA	3624	IRA	2253	IRA	16673
ENF DE LA PIEL	746	ENF DE LA PIEL	1910	PARASITOSIS INT	1591	ENF DE LA PIEL	890	ENF DE LA PIEL	654	H T A	11077
ENF DIARREICA	503	PARASITOSIS INT	1477	ENF DE LA PIEL	982	PARASITOSIS INT	845	I V U	477	I V U	6386
ANEMIA	159	ENF DIARREICA	891	HERIDAS Y TRAUMATISMOS	568	HERIDAS Y TRAUMATISMOS	528	HERIDAS Y TRAUMATISMO	468	ENF DE LA PIEL	3849
PARASITOSIS INT	119	ANEMIA	531	ENF DIARREICA	351	I V U	279	PARASITOSIS INT	308	Lumbalgia	3712
RESFRIADO COMÚN	87	ASMA BRONQUIAL	484	I V U	346	ENF DIARREICA	203	GASTRITIS	153	HERIDAS Y Traumatism	2652
I V U	80	HERIDAS Y Traumatismos	320	ASMA BRONQUIAL	343	ANEMIA	177	LUMBALGIA	158	GASTRITIS	2647
ASMA BRONQUIAL	69	I V U	284	ANEMIA	312	AMIGDALITIS	152	AMIGDALITIS	139	Diabetes Mellitus	2312
HERIDAS Y TRAUMATISMO	37	Desnutricion	180	AMIGDALITIS	155	ASMA BRONQUIAL	135	ENF DIARREICA	126	PARASITOSIS INT	1814
DESNUTRICION	31	RESFRIADO COMÚN	126	RESFRIADO COMUN	152	GASTRITIS	109	ANEMIA	98	ENF DIARREICA	1320

FUENTE: Departamento de Estadística, S.I.S. Coclé.

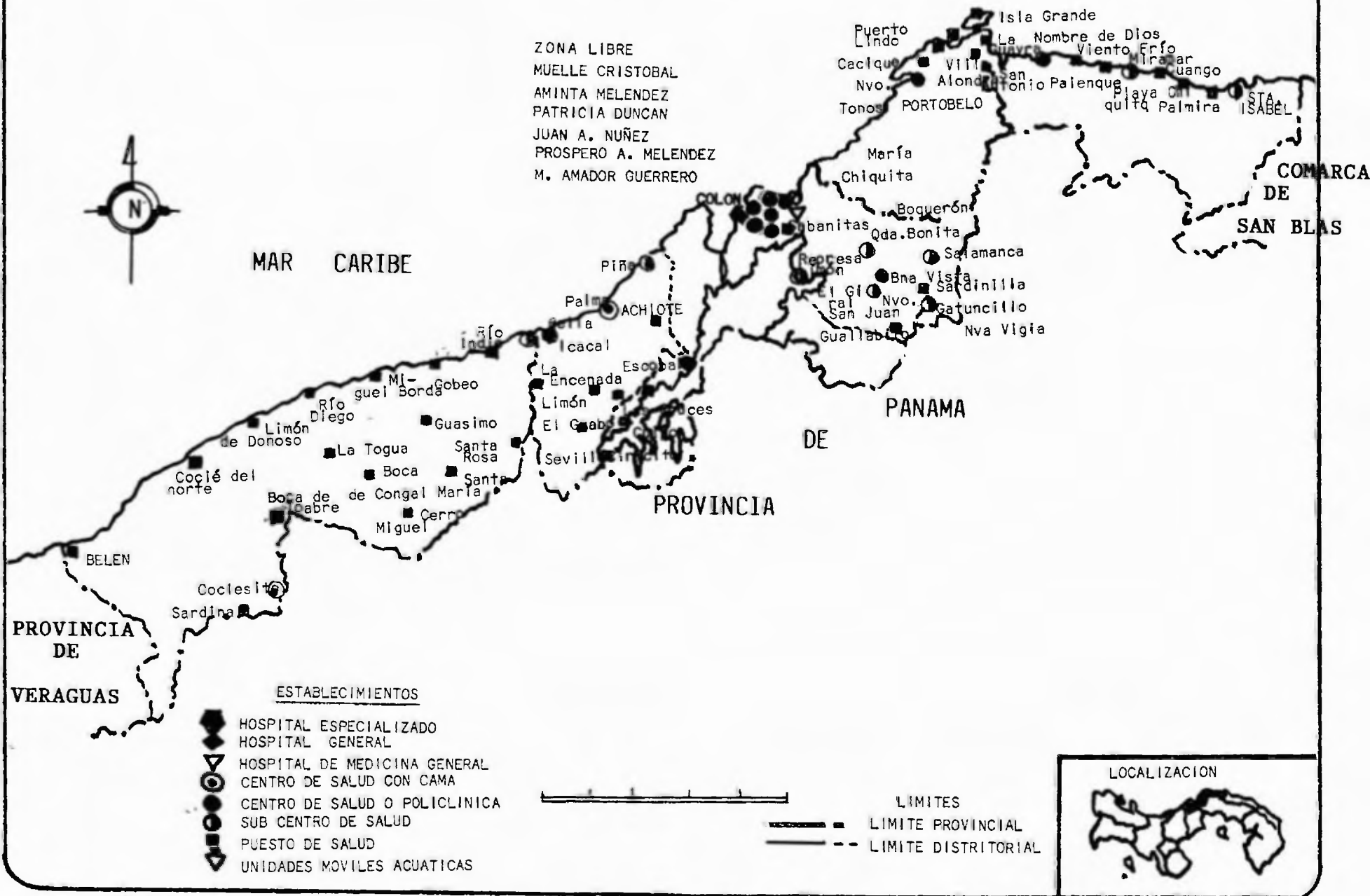
CUADRO No.44**CAUSAS Y TASA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
REGIÓN DE COCLÉ. AÑO: 1993.**

ORDEN	CAUSAS	TOTAL	TASA *
1	INFLUENZA EPIDÉMICA	4277	232.51
2	ENFERMEDAD DIARREICA	3236	175.92
3	VARICELA	1087	59.09
4	RUBEOLA	487	26.47
5	LEISHMANIASIS	258	14.03
6	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	157	8.53
7	PAROTIDITIS EPIDÉMICA	138	7.50
8	MORDEDURA DE OFIDIO	111	6.03
9	CONJUNTIVITIS VIRAL	89	4.84
10	BLENORRAGIA	61	3.32

* Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Estadísticas, S.I.S. Coclé.

MAPA No. 10
 INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGION DE COLON
 AÑO 1993



Tomado: Memoria del Ministerio de Salud Año 1992

CUADRO No.45

**DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE COLÓN, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993**

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a /	62	100.0	1,145	100.0
PUESTO DE SALUD	38	61.3	38	3.3
SUB CENTRO DE SALUD	9	14.5	20	1.7
CENTRO DE SALUD	10	16.1	192	16.8
CENTRO DE SALUD CON CAMA	3	4.9	157	13.7
POLICLÍNICAS	1	1.6	170	14.9
HOSPITAL GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	1	1.6	568	49.6
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra Nula

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Colón.

CUADRO No.46

PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO
EXISTENTE EN LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN
SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES
AÑO: 1993

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	TOTAL		
	NÚMERO	% a>	TASA b>
TOTAL	1,190	100.0	60.32
Médico General	69	5.8	3.50
Médico Especialista	74	6.2	3.75
Médico Interno	20	1.7	1.01
Médico Residente	-	-	-
Enfermera	159	13.4	8.06
Odontólogo General	17	1.4	0.86
Odontólogo Interno	1	0.1	0.05
Laboratorista	40	3.3	2.03
Farmacéutico	22	1.8	1.12
Nutricionista	2	0.2	0.10
Técnico de Rayos X	6	0.5	0.30
Educador para la Salud	6	0.5	0.30
Inspec. Saneam. Ambiental	18	1.5	0.91
Trabajadora Social	8	0.7	0.41
Auxiliar de Enfermería	189	15.9	9.48
Asistente de Farmacia	28	2.4	1.42
Asistente de Laboratorio	10	0.8	0.51
Asistente de Salud	39	3.3	1.98
* Otras Categorías	319	26.8	16.17
** Administrativos	163	13.7	8.26

- Cifra Nula

* Recurso Humano que ofrece servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no ofrece servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano

b> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Colón.

CUADRO No.47

TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES
EN LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN
AÑO: 1993

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL	
	NÚMERO	TASA a>
TOTAL	74	3.75
Radiología	1	0.05
Medicina Interna	8	0.41
Cirugía General	8	0.41
Gineco-Obstetricia *	12	1.98
Pediatría **	13	1.85
Anestesiología	6	0.30
Urología	3	0.15
Psiquiatría	3	0.15
Ortopedia	7	0.35
Oftalmología	2	0.10
Otorrinolaringología	3	0.15
Patología	1	0.05
Dermatología	1	0.05
Neumología	1	0.05
Cardiología	2	0.10
Otros Cirujanos	3	0.15

* Población femenina > de 15 años.

** Población < de 15 años.

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Colón.

CUADRO No 48

DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGUN LA ORGANIZACION
DE LOS SERVICIOS EN LA REGION DE SALUD DE COLON. AÑO: 1993.

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS											
	TOTAL			CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			POLICLINICA		
	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa b>
T O T A L	612	100.0	31.02	177	28.9	17.89	353	57.7	17.89	82	13.4	6.22
MÉDICO	160	26.1	8.11	39	6.4	1.98	92	15.0	4.66	29	4.7	2.20
ODONTÓLOGO	18	2.9	0.91	10	1.6	0.51	-	-	-	8	1.3	0.61
ENFERMERA	154	25.2	7.81	39	6.4	1.98	108	17.6	5.47	7	1.1	0.53
AUX./ENFERMERÍA	189	30.9	9.58	58	9.5	2.94	122	19.9	6.18	9	1.5	0.68
INSP./SANEAM. AMB	15	2.5	0.76	14	2.3	0.71	-	-	-	1	0.2	0.08
EDUCADOR DE SALUD	5	0.8	0.25	4	0.6	0.20	-	-	-	1	0.2	0.08
LABORATORISTA	39	6.4	1.98	9	1.5	0.46	20	3.3	1.01	10	1.6	0.76
TRABAJADOR SOCIAL	8	1.3	0.41	3	0.5	0.15	1	0.2	0.05	4	0.6	0.30
TÉCNICO/RAYOS X	6	1.0	0.30	1	0.2	0.05	1	0.2	0.05	4	0.6	0.30
NUTRICIONISTA	2	0.3	0.10	-	-	-	2	0.3	0.10	-	-	-
FARMACÉUTICOS	16	2.6	0.81	-	-	-	7	1.1	0.35	9	1.5	0.68

- Cifra nula

a> Por 10,000 habitantes de toda la población
b> Por 10,000 habitantes de la población asegurada.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Colón.

CUADRO No.49

TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
NOTIFICABLES DE LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN.
AÑO: 1993

ENFERMEDADES	1 9 9 3	
	CASOS	TASA 1/
Influenza	2958	149.9
Diarrea	1858	94.2
Neumonía	354	17.9
Conjuntivitis	172	8.7
Varicela	182	9.2
Leishmaniasis	82	4.1
Enfermedad Inflama- toria Pélvica	66	7.8
Intoxicación Aliment.	56	2.8
Uretritis N/E	20	1.0
Infec. Gonococcica Genito-Urinaria	68	3.5
Picadura de alacrán	21	1.1
Sífilis	10	0.5
Neumonía grave	26	1.3
Mordedura de Ofidio	17	0.8
Amebiasis	1	0.05

1/ Tasa por 10,000 habitantes.

FUENTE: Informe de las Enfermedades Transmisibles
reportadas del nivel local. Región de Colón.

CUADRO No. 50

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA REGIÓN DE COLÓN, POR GRUPOS DE EDAD. AÑO: 1993

GRUPO ETÁREO	< 1		1 - 4		5 - 14		15-19		20-59		60 y +	
	No	Pos	No	Pos	No	Pos	No	Pos	No	Pos	No	Pos
Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias			6	1	5	1	8	1	96	1		
Tumores Malignos									23	2	53	2
Arterioesclerosis											70	1
Infarto Agudo del Miocardio									19	3	30	4
Infección Respiratoria Aguda	8	2							6	6	31	3
Enfermedad Cardíaca Hipertensiva									8	5	26	5
Diabetes Mellitus											26	6
Prematuridad	15	1							9	4		
SIDA												
Otras Infecciones del período perinatal	7	3										

FUENTE Departamento de Registros Médicos y Estadística Región de Salud de Colón

CUADRO No.51

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE CHIRIQUÍ, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a_ /	103	100.0	1,364	100.0
PUESTO DE SALUD	41	39.8	42	3.1
SUB CENTRO DE SALUD	23	22.3	13	1.0
CENTRO DE SALUD	21	20.4	* 286	* 21.0
CENTRO DE SALUD CON CAMA	2	1.9	* ---	* ---
POLICLÍNICAS	3	2.9	144	10.6
HOSPITAL GENERAL	1	1.0	344	25.2
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	1	1.0	130	9.5
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1	1.0	372	27.2
OTROS	10	9.7	33	2.4

--- Cifra no disponible

* La información recabada incluye el personal de los Centros de Salud con Camas en los Centros de Salud.

a_ / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Chiriquí.

CUADRO No.52

PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO
EXISTENTE EN LA REGIÓN DE SALUD DE CHIRIQUÍ
SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES
AÑO: 1993

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	TOTAL		
	NÚMERO	% a>	TASA b>
TOTAL	2,644	100.0	65.42
Médico General	110	4.2	2.72
Médico Especialista	146	5.5	3.61
Médico Interno	28	1.1	0.69
Médico Residente	7	0.3	0.17
Enfermera	333	12.6	8.24
Odontólogo General	62	2.3	1.53
Odontólogo Interno	-	-	-
Laboratorista	77	2.9	1.91
Farmacéutico	31	1.2	0.77
Nutricionista	5	0.2	0.12
Técnico de Rayos X	35	1.3	0.87
Educador para la Salud	5	0.2	0.12
Inspec. Saneam. Ambiental	47	1.8	1.16
Trabajadora Social	7	0.3	0.17
Auxiliar de Enfermería	333	15.0	9.80
Asistente de Farmacia	88	3.3	2.18
Asistente de Laboratorio	25	0.9	0.62
Asistente de Salud	54	2.5	1.66
* Otras Categorías	242	13.1	8.59
** Administrativos	455	31.3	20.49

- Cifra Nula

* Recurso Humano que ofrece servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no ofrece servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano

b> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Chiriquí.

CUADRO No.53

**TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES
EN LA REGIÓN DE SALUD DE CHIRIQUÍ
AÑO: 1993**

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL	
	NÚMERO	TASA a>
TOTAL	146	3.61
Medicina Interna	8	0.20
Cirugía General	8	0.20
Gineco-Obstetricia *	29	2.30
Pediatría **	19	1.28
Epidemiología	1	0.02
Salud Pública	2	0.05
Anestesiología	8	0.20
Urología	2	0.05
Psiquiatría	3	0.07
Ortopedia	12	0.30
Oftalmología	5	0.12
Otorrinolaringología	4	0.10
Patología	1	0.02
Neurología	1	0.02
Geriatría ***	1	0.74
Oncología	2	0.05
Nefrología	1	0.02
Alergología	1	0.02
Medicina Familiar	4	0.10

No. 53 CONTINUACIÓN.....

ESPECIALIDAD MÉDICA	TOTAL	
	NÚMERO	TASA a>
Dermatología	3	0.07
Hematología	1	0.02
Neumología	1	0.02
Neurocirugía	3	0.07
Radiología	2	0.05
Salud Ocupacional	2	0.05
Cardiología	5	0.12
Otros Cirujanos	5	0.12
Intensivista	1	0.02
Endocrinología	2	0.05
Fisiatría	2	0.05
Fonoaudiología	1	0.02
Gastroenterología	2	0.05
Infectología	2	0.05
Reumatología	2	0.05

* Población femenina > de 15 años.

** Población < de 15 años.

*** Población > de 70 años.

Los demás toda la población.

a> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Chiriquí.

CUADRO No 54

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
EN LA REGIÓN DE SALUD DE CHIRIQUÍ AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS																		
	TOTAL			PUESTO DE SALUD			SUBCENTRO DE SALUD			CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			POLICLÍNICAS			OTRAS
	No	t	TASAA)	No	t	TASAA)	No	t	TASAA)	No	t	TASAA)	No	t	TASAA)	No	t	TASAb)	No
TOTAL	1355	100	33.53	42	3.1	1.04	14	1.0	0.35	286	21.1	7.08	846	62.4	20.93	144	10.6	6.45	23
MÉDICO	289	21.3	7.15	-	-	-	-	-	-	57	4.2	1.41	191	14.1	4.73	35	2.6	1.57	6
ODONTÓLOGO	56	4.1	1.39	-	-	-	1	0.1	0.02	30	2.2	0.74	6	0.4	0.15	18	1.3	0.81	1
ENFERMERA	318	23.5	7.87	-	-	-	4	0.3	0.10	39	2.9	0.96	254	18.7	6.28	18	1.3	0.81	3
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	391	28.9	9.67	4	0.3	0.10	9	0.7	0.22	74	5.5	1.83	259	19.1	6.41	32	2.4	1.43	13
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	7	0.5	0.17	-	-	-	-	-	-	7	0.5	0.17	-	-	-	-	-	-	-
EDUCADOR PARA LA SALUD	2	0.1	0.05	-	-	-	-	-	-	2	0.1	0.05	-	-	-	-	-	-	-
LABORATORISTA	80	5.9	1.98	-	-	-	-	-	-	13	1.0	0.32	48	3.5	1.19	19	1.4	0.85	-
FARMACÉUTICO	30	2.2	0.74	-	-	-	-	-	-	9	0.7	0.22	10	0.7	0.25	11	0.8	0.49	-
NUTRICIONISTA	3	0.2	0.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.1	0.05	1	0.1	0.04	-
TRABAJADORA SOCIAL	4	0.3	0.10	-	-	-	-	-	-	2	0.1	0.05	2	0.1	0.05	-	-	-	-
TÉCNICO DE RAYOS X	35	2.6	0.87	-	-	-	-	-	-	1	0.1	0.02	24	1.8	0.59	10	0.7	0.45	-
ASISTENTE DE FARMACIA	73	5.4	1.81	-	-	-	-	-	-	44	3.2	1.09	29	2.1	0.72	-	-	-	-
ASISTENTE DE LABORATORIO	13	1.0	0.32	-	-	-	-	-	-	8	0.6	0.20	5	0.4	0.12	-	-	-	-
AYUDANTE O ASISITENTE DE SALUD	54	4.0	1.34	38	2.8	0.94	-	-	-	-	-	-	16	1.2	0.40	-	-	-	-

CIFRA NULA
a) POR 10,000 HABITANTES DE TODA LA POBLACIÓN b) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACIÓN ASEGURADA
FUENTE DEPARTAMENTO DE PERSONAL, S I S CHIRIQUÍ

CUADRO No. 55

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA
EN LAS INSTALACIONES DEL SIS DE CHIRIQUÍ, POR GRUPO ETÁREO. AÑO 1993**

MENORES DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20 AÑOS Y +	
CAUSA	Nº	CAUSA	Nº	CAUSA	Nº	CAUSA	Nº	CAUSA	Nº	CAUSA	Nº
Enf vías resp sup	9,798	Enf vías resp sup	21,139	Enf vías resp sup	11,979	Enfermedades vías respiratorias sup	5,859	Enf vías resp sup	3,502	Enfermedad vías resp sup	20,073
Otras enf aparato respiratorio	6,020	Otra enf aparato respiratorio	12,660	Otra enf aparato respiratorio	6,020	Otras enf infec y parasitaria	3,218	Sig sint estado morboso mal definido	2,052	Enf sistema osteo muscular	16,732
Enf Infec intes	4,963	Otra enf infecciosa y parasitaria	6,354	Otra enf infecciosa y parasitaria	5,315	Otras enf aparato respiratorio	2,693	Otras enf aparato respiratorio	1,733	Enf otras partes Aparato Digest	13,582
Enf de la piel	2,799	Enf infecc int	6,293	Enf de la piel	2,422	Signo,síntoma,est morboso mal def	2,109	Enf de la piel	1,667	Otras enf aparato respiratorio	12,981
Signo,sint y estado morboso mal def	1,457	Enf de la piel	4,895	Signo, Sintoma y estado morboso mal definido	2,412	Enf de la piel	1,615	Otras enf Infecciosa y parasitaria	1,628	Signo,sint y estado morboso mal definido	11,920
Otras enf inf y parasitarias	1,244	Deficiencia de la nutrición	3,385	Enf de la sangre	1,820	Herida y traumatismo vasos sanguíneos	1,435	Enf de org genitales femeninos	1,455	Enf de la piel	11,246
Enf de otras partes del Apato Digestivo	767	Signo, sint y est morboso mal def	2,579	Herida traumatismo vaso sanguíneo	1,692	Enf de la sangre	1,421	Herida y traumatismo vasos sanguíneos	1,324	Otras enf infec y parasitaria	8,971
Def de nutrición	754	Enf de la sangre	1,884	Def de nutrición	1,625	Trastornos ojos y anexos	933	Enf otras partes del aparato digestivo	1,134	Enf org genitales femenino	8,469
Trastorno ojo y anexos	687	Herida,traumatismo vasos sanguíneos	1,156	Enfermedades infec intestinales	1,538	Enf infecciosas intestinales	786	Enf sistema osteo-muscular y conjuntivo	1,025	Enf hipertensiva	6,729
Enf del oído	538	Trast ojos y anexos	1,092	Trast ojos y anexos	1,147	Enf otras partes Aparato digestivo	709	Enf de la sangre	824	Traumatismo sin otra especificac	5,189

FUENTE: Registro Diario de Consulta de las Instalaciones Ministerio de Salud, SIS de Chiriquí.

CUADRO No.56

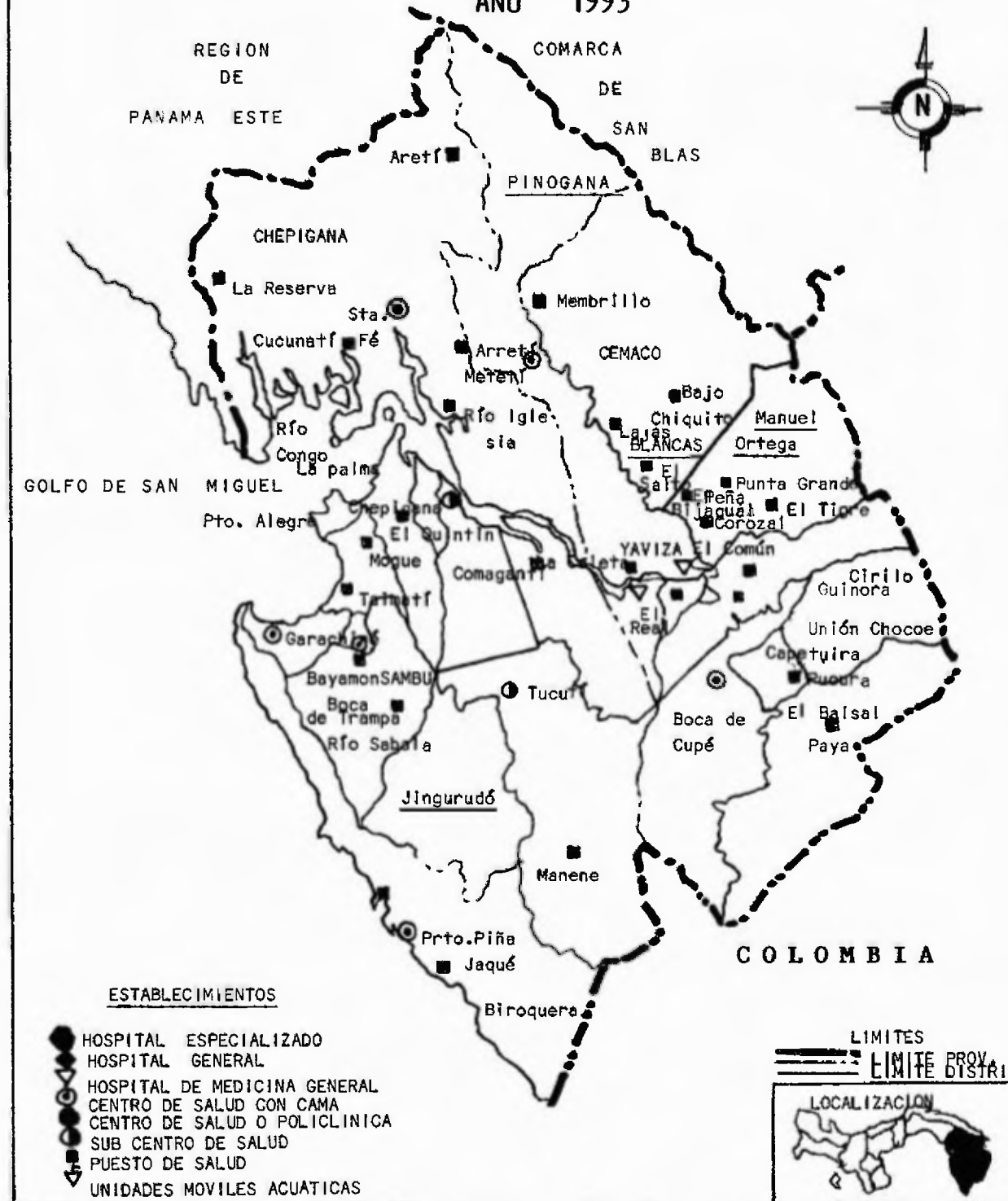
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES REPORTADAS
EN LAS INSTALACIONES DEL S.I.S. DE CHIRIQÚÍ, SEGÚN NÚMERO
Y TASA DE INCIDENCIA. AÑO: 1993**

ORDEN	CAUSAS	NUMERO	TASA *
1	ENFERMEDAD DIARREICA	18,072	447.1
2	INFLUENZA EPIDÉMICA	16,075	397.7
3	RUBEOLA	1,866	46.2
4	VARICELA	1,113	27.5
5	MORDEDURA DE PERRO	854	21.1
6	GIARDIASIS	523	12.9
7	CONJUNTIVITIS AGUDA	494	12.2
8	AMEBIASIS	275	6.8
9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	225	5.6
10	INTOXICACIÓN ALIMENTICIA	191	4.7

* Tasa por 10.000 habitantes.

FUENTE: Reporte semanal de enfermedades transmisibles de las Instalaciones del S.I.S. de Chiriquí.

MAPA No. 12
 INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD
 DE LA REGION DE DARIEN
 AÑO 1993



Tomado: Memoria del Ministerio de Salud. Año 1992

CUADRO No.57

**DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE DARIÉN, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993**

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL a /	40	100.0	242	100.0
PUESTO DE SALUD	29	72.5	29	12.0
SUB CENTRO DE SALUD	2	5.0	3	1.2
CENTRO DE SALUD	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD CON CAMA	6	15.0	113	46.7
POLICLÍNICAS	-	-	-	-
HOSPITAL GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	3	7.5	97	40.1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra nula

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Darién

CUADRO No.58

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE
EN LA REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN, SEGÚN
CATEGORÍAS OCUPACIONALES, AÑO: 1993.**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	T O T A L		
	Número	% a>	Tasa b>
T O T A L	242	100.0	46.77
MÉDICO GENERAL	11	4.5	2.13
MÉDICO ESPECIALISTA	7	2.9	1.35
MÉDICO INTERNO	11	4.5	2.13
MÉDICO RESIDENTE	-	-	-
ENFERMERA	41	16.9	7.92
ODONTÓLOGO GENERAL	8	3.3	1.55
ODONTÓLOGO INTERNO	-	-	-
LABORATORISTA	7	2.9	1.35
FARMACÉUTICO	1	0.4	0.19
NUTRICIONISTA	1	0.4	0.19
TÉCNICO DE RAYOS X	1	0.4	0.19
EDUCADOR PARA LA SALUD	4	1.7	0.77
INSPEC. SANEAMIENTO AMB.	8	3.3	1.55
TRABAJADORA SOCIAL	-	-	-
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	37	15.3	7.15
ASISTENTE DE FARMACIA	1	0.4	0.19
ASISTENTE DE LABORATORIO	2	0.9	0.39
AYUDANTE O ASIST./ SALUD	29	12.0	5.60
* OTRAS CATEGORÍAS	21	8.7	4.06
** ADMINISTRATIVOS	52	21.5	10.05

- Cifra Nula.

- * Recurso Humano que brinda servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).
- ** Recurso Humano que no brinda servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano.
b> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Panamá Darién.

CUADRO No.59

**TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES,
REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN
AÑO: 1993.**

ESPECIALIDAD MÉDICA	T O T A L	
	Número	Tasa a>
TOTAL.....	7	1.35
MEDICINA INTERNA	1	0.19
CIRUGÍA GENERAL	2	0.39
GINECO-OBSTETRICIA *	1	0.78
PEDIATRÍA **	1	0.42
EPIDEMIOLOGÍA	1	0.19
NEUMOLOGÍA	1	0.19

* Población femenina > 15 años.

** Población < 15 años.

Los demás: toda la población.

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Darién.

CUADRO No 60

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS														
	TOTAL			PUESTOS DE SALUD			SUBCENTROS SALUD			CENTROS DE SALUD			HOSPITALES		
	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>
T O T A L	130	100.0	25.12	29	22.3	5.60	2	1.5	0.39	60	46.2	11.60	39	30.0	7.54
MEDICO	29	22.3	5.60	-	-	-	1	0.8	0.19	16	12.3	3.09	12	9.2	2.32
ODONTOLOGO	8	6.2	1.55	-	-	-	-	-	-	5	3.8	0.97	3	2.3	0.58
ENFERMERA	41	31.5	7.92	-	-	-	-	-	-	23	17.7	4.45	18	13.8	3.48
AUX./ENFERMERIA	16	12.3	3.09	-	-	-	1	0.8	0.19	9	6.9	1.74	6	4.6	1.16
INSP. SANEA. AMB	4	3.1	0.77	-	-	-	-	-	-	4	3.1	0.77	-	-	-
EDUCADOR DE SALUD	2	1.5	0.39	-	-	-	-	-	-	2	1.5	0.39	-	-	-
NUTRICIONISTA	1	0.8	0.19	-	-	-	-	-	-	1	0.8	0.19	-	-	-
AYUDANTE DE SALUD	29	22.3	5.60	29	22.3	5.60	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- Cifra Nula

a> Por 10,000 habitantes de toda la población.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de Darién.

CUADRO No. 61

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS POR MORBILIDAD EN LA REGIÓN DE
DARIÉN, POR GRUPO DE EDAD**

< 1 año		1-4 años		5-14 años		15-19 años		20 años y +	
Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.
Tos o Resfriado	822	Tos o Resfriado	923	Parasit. intest.	805	Inf vías urin.	137	Inf.vías urin.	1423
Inf. epidémica	352	Parasit. intest.	781	Tos o Resfriado	481	Parasit. intest.	87	Inf. epidémica	799
Piodermatitis	126	Inf. epidémica	509	Inf. epidémica	265	Inf. epidémica	85	Tos/resfriado	479
IRA	222	Piodermatitis	651	Anemia	195	Tos o Resfriado	81	Parasit.intest	459
Enf. diarreica	222	Anemia	365	Faringoamig.	187	Heridas	76	Heridas	345
Faringoamig.	35	Enf. diarreica	66	Heridas	151	Anemia	73	Anemia	355
Bronquitis	122	Bronquitis	135	Piodermatitis	150	Faringoamig.	62	Lumbalgia	419
				Bronquitis	51	Enf. diarreica	21	H. Arterial	282
				Amenorrea	5	Gastritis	16		
						Bronquitis	10		

FUENTE Registros Médicos y Estadística, Región de Salud de Darién

CUADRO No.62

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES, REGIÓN DE DARIÉN. AÑO: 1993

CAUSA	No.	TASA*
Enfermedad diarreica	1650	318.89
Gripe	1306	252.41
Influenza epidémica	984	190.17
Amebiasis	665	128.52
Enf. Inflamatoria pélvica	119	109.24
Varicela	118	22.81
Neumonía	85	16.43
Malaria	80	15.46
Inf.gonocócica del aparato genito-urinario	79	15.27
Rubeola	73	14.11

* Tasa/10,000 habitantes

FUENTE: Registros Médicos y Estadísticas, Región de Darién.

CUADRO No. 63

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN.

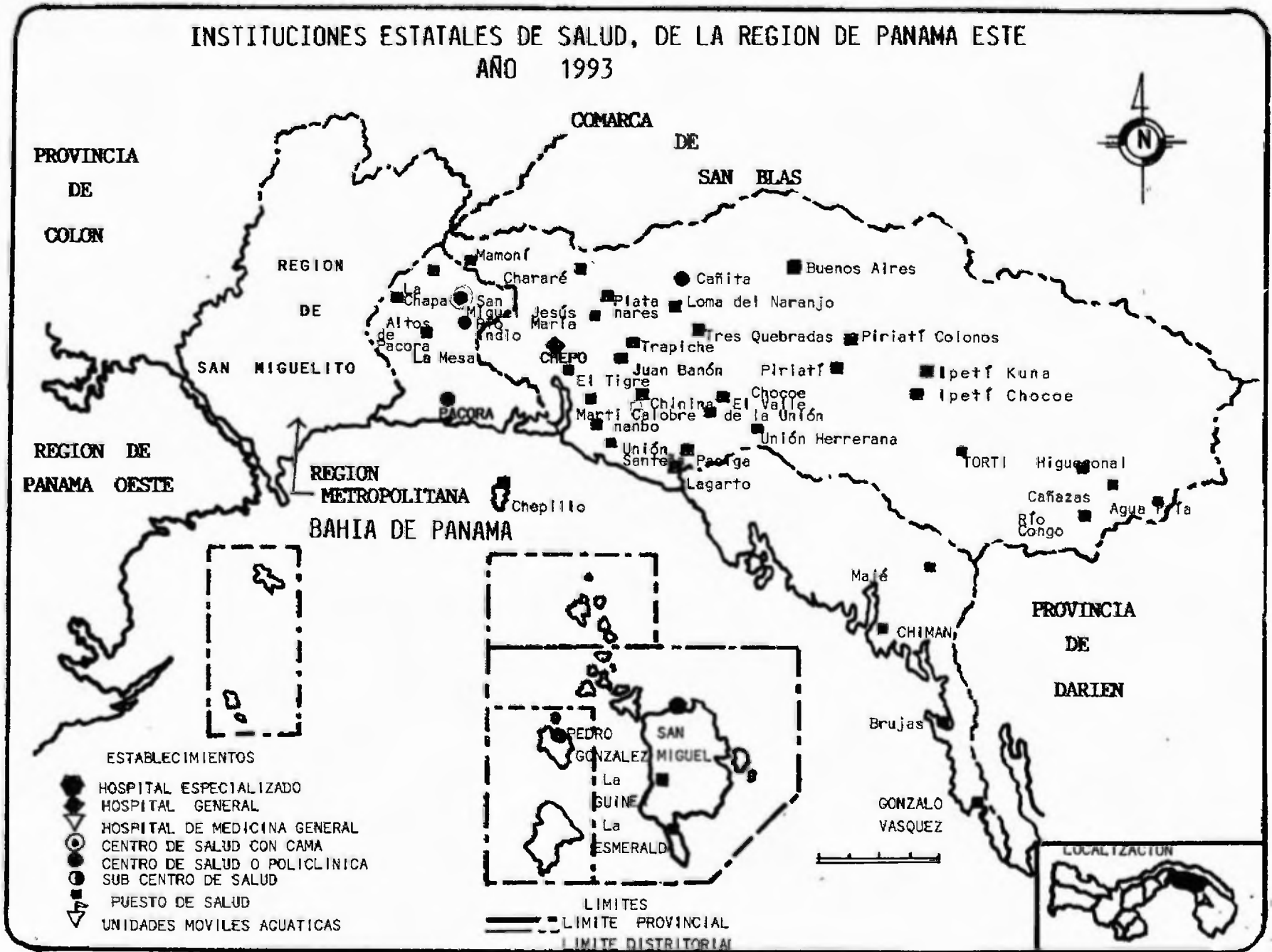
AÑO: 1993

MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD DEL ADULTO	
CAUSA	No.	CAUSA	No.
Paro Cardíaco	3	Insuficiencia cardíaca	2
Neumonía	1	Diarrea aguda	1
Bronconeumonía	1	Bronconeumonía	2
Septicemia	1	Enfermedad crónica E/E	1
Síndrome Anémico	1	Cólera	1
Shock Séptico	1	Paro cardíaco	1
Hemorragia	1	Herida proyectil arma	1
transumbilical externa		de fuego	

FUENTE Departamento de Registros Médicos y Estadística, Región de Darién

MAPA No. 13

INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGION DE PANAMA ESTE
AÑO 1993



Tomado: Memoria del Ministerio de Salud. Año 1992

CUADRO No.64

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE PANAMÁ ESTE, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a /	47	100.0	438	100.0
PUESTO DE SALUD	39	83.0	39	8.9
SUB CENTRO DE SALUD	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD	6	12.8	47	10.7
CENTRO DE SALUD CON CAMA	-	-	-	-
POLICLÍNICAS	1	2.1	13	3.0
HOSPITAL GENERAL	1	2.1	339	77.4
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra nula

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Panamá Este.

CUADRO No.65

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE
EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE, SEGÚN
CATEGORÍAS OCUPACIONALES, AÑO: 1993.**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	T O T A L		
	Número	% a>	Tasa b>
T O T A L	458	100.0	59.77
MÉDICO GENERAL	21	4.6	2.74
MÉDICO ESPECIALISTA	24	5.2	3.13
MÉDICO INTERNO	14	3.1	1.83
MÉDICO RESIDENTE	-	-	-
ENFERMERA	55	12.0	7.18
ODONTÓLOGO GENERAL	12	2.6	1.57
ODONTÓLOGO INTERNO	8	1.7	1.04
LABORATORISTA	15	3.3	1.96
FARMACÉUTICO	4	0.9	0.52
NUTRICIONISTA	2	0.4	0.26
TÉCNICO DE RAYOS X	6	1.3	0.78
EDUCADOR PARA LA SALUD	4	0.9	8.52
INSPEC. SANEAMIENTO AMB.	5	1.1	0.65
TRABAJADORA SOCIAL	1	0.2	0.13
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	63	13.8	8.22
ASISTENTE DE FARMACIA	7	1.5	0.91
ASISTENTE DE LABORATORIO	5	1.1	0.65
AYUDANTE O ASIST./ SALUD	39	8.5	5.09
* OTRAS CATEGORÍAS	38	8.3	4.96
** ADMINISTRATIVOS	135	29.5	17.62

- Cifra Nula.

* Recurso Humano que brinda servicios directos
(apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no brinda servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano.

b> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Panamá Este.

CUADRO No.66

TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES,
REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE.
AÑO: 1993.

ESPECIALIDAD MÉDICA	T O T A L	
	Número	Tasa a>
TOTAL.....	24	3.13
MEDICINA INTERNA	2	0.26
CIRUGÍA GENERAL	3	0.39
GINECO-OBSTETRICIA *	5	2.42
PEDIATRÍA **	4	1.37
EPIDEMIOLOGÍA	1	0.13
SALUD PÚBLICA	1	0.13
PSIQUIATRÍA	2	0.26
ORTOPEDIA	2	0.26
OFTALMOLOGÍA	1	0.13
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2	0.26
CARDIOLOGÍA	1	0.13

* Población femenina > 15 años.

** Población < 15 años.

Los demás: toda la población.

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Panamá Este.

CUADRO No.67

DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGUN LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS
EN LA REGION DE SALUD DE PANAMA ESTE

AÑO: 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS																	
	TOTAL			PUESTO DE SALUD			CENTRO DE SALUD			HOSPITAL			DIRECCIÓN REGIONAL			POLICLÍNICA		
	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)	No.	%	TASAa)
TOTAL	268	100.0	34.97	39	14.6	5.1	36	13.4	4.70	185	69.0	24.14	4	1.5	0.52	4	1.5	1.66
MÉDICO	59	22.0	7.70	-	-	-	9	3.4	1.17	49	18.3	6.39	-	-	-	1	0.4	0.42
ODONTOLOGO	21	7.8	2.74	-	-	-	7	2.6	0.91	13	4.9	1.70	-	-	-	1	0.4	0.42
ENFERMERA	52	19.4	6.79	-	-	-	8	3.0	1.04	44	16.4	5.74	-	-	-	-	-	-
AUXILIAR DE ENFERMERIA	64	23.9	8.35	-	-	-	7	2.6	0.91	55	20.5	7.18	-	-	-	2	0.7	0.83
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	3	1.1	0.39	-	-	-	1	0.4	0.13	-	-	-	2	0.7	0.26	-	-	-
EDUCADOR PARA LA SALUD	3	1.1	0.39	-	-	-	1	0.4	0.13	-	-	-	2	0.7	0.26	-	-	-
LABORATORISTA	15	5.6	1.96	-	-	-	2	0.7	0.26	13	4.9	1.70	-	-	-	-	-	-
FARMACÉUTICO	3	1.1	0.39	-	-	-	-	-	-	3	1.1	0.39	-	-	-	-	-	-
NUTRICIONISTA	1	0.4	0.13	-	-	-	1	0.4	0.13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRABAJADORA SOCIAL	1	0.4	0.13	-	-	-	-	-	-	1	0.4	0.13	-	-	-	-	-	-
TECNICO DE RAYOS X	6	2.2	0.78	-	-	-	-	-	-	6	2.2	0.78	-	-	-	-	-	-
AYUDANTE O ASISTENTE DE SALUD	40	14.9	5.22	39	14.6	5.1	-	-	-	1	0.4	0.13	-	-	-	-	-	-

- CIFRA NULA

a) POR 10,000 HABITANTES DE TODA LA POBLACION

b) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACION ASEGURADA

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PERSONAL, S.I.S. PANAMA ESTE

CUADRO No.68

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGÚN GRUPO ETÁREO,
REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. AÑO: 1993

-1 AÑO		1-4		5-14		15-19		20-59		60 Y MAS	
CAUSA	No.	CAUSA	No	CAUSA	No	CAUSA	No	CAUSA	No	CAUSA	No
INFLUENZA EPIDÉMICA	534	INFLUENZA EPIDÉMICA	1274	INFLUENZA	1198	INFLUENZA	276	INFLUENZA	2210	INFLUENZA	174
SINDROME DIARREICO	276	SINDROME DIARREICO	463	PARASITOSIS	721	ANEMIA	127	INFECCIÓN VIAS URINARIA	601	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	134
RESFRIADO COMUN	84	PARASITOSIS	385	ANEMIA	634	PARASITOSIS	84	VULVOVAGINITIS	573	ANEMIA	68
NEUMONIA LEVE	81	ANEMIA	357	PIODERMITIS	271	VULVOVAGINITIS	75	ANEMIA	504	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	53
NO ES NEUMONÍA	61	RESFRIADO COMUN	271	RESFRIADO COMUN	234	RESFRIADO COMUN	40	DIARREA	411	VARICELA	32
ANEMIA	44	NO ES NEUMONIA	254	DIARREA	173	VARICELA	35	PARASITOSIS	343	RESFRIADO COMUN	29
PIODERMITIS	29	PIODERMITIS	193	NEUMONÍA LEVE	128	NEUMONÍA LEVE	34	LUMBALGIA	304	PARASITOSIS	24
BRONQUITIS	23	NEUMONÍA LEVE	143	NO ES NEUMONÍA	114	DIARREA	34	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	271	LUMBALGIA	19
FARINGOA-MIGDALITIS	18	FARINGOA-MIGDALITIS	132	BRONQUITIS	63	FARINGOA-MIGDALITIS	29	RESFRIADO COMUN	200	FARINGOA-MIGDALITIS	12
PARASITOSIS	11	BRONQUITIS	79	VARICELA	60	PIODERMITIS	22	E P I	192	BRONQUITIS	4

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, S.I.S. de Panamá Este.

CUADRO No.69

**PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES EN NÚMERO Y TASA DE
INCIDENCIA, REGIÓN DE PANAMÁ ESTE. AÑO: 1993.**

CAUSAS	No.	TASA DE INCIDENCIA*
INFLUENZA	5,666	716.39
DIARREA	1,396	176.51
VULVOVAGINITIS	713	197.60
NO ES NEUMONÍA	527	66.63
NEUMONÍA LEVE	540	68.28
VARICELA	304	38.44
E.P.I.	207	57.40
AMEBIASIS	242	30.60
LEISHMANIASIS	117	14.79
RUBEOLA	58	7.33
PAROTIDITIS	58	7.33

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, S.I.S. Panamá Este.

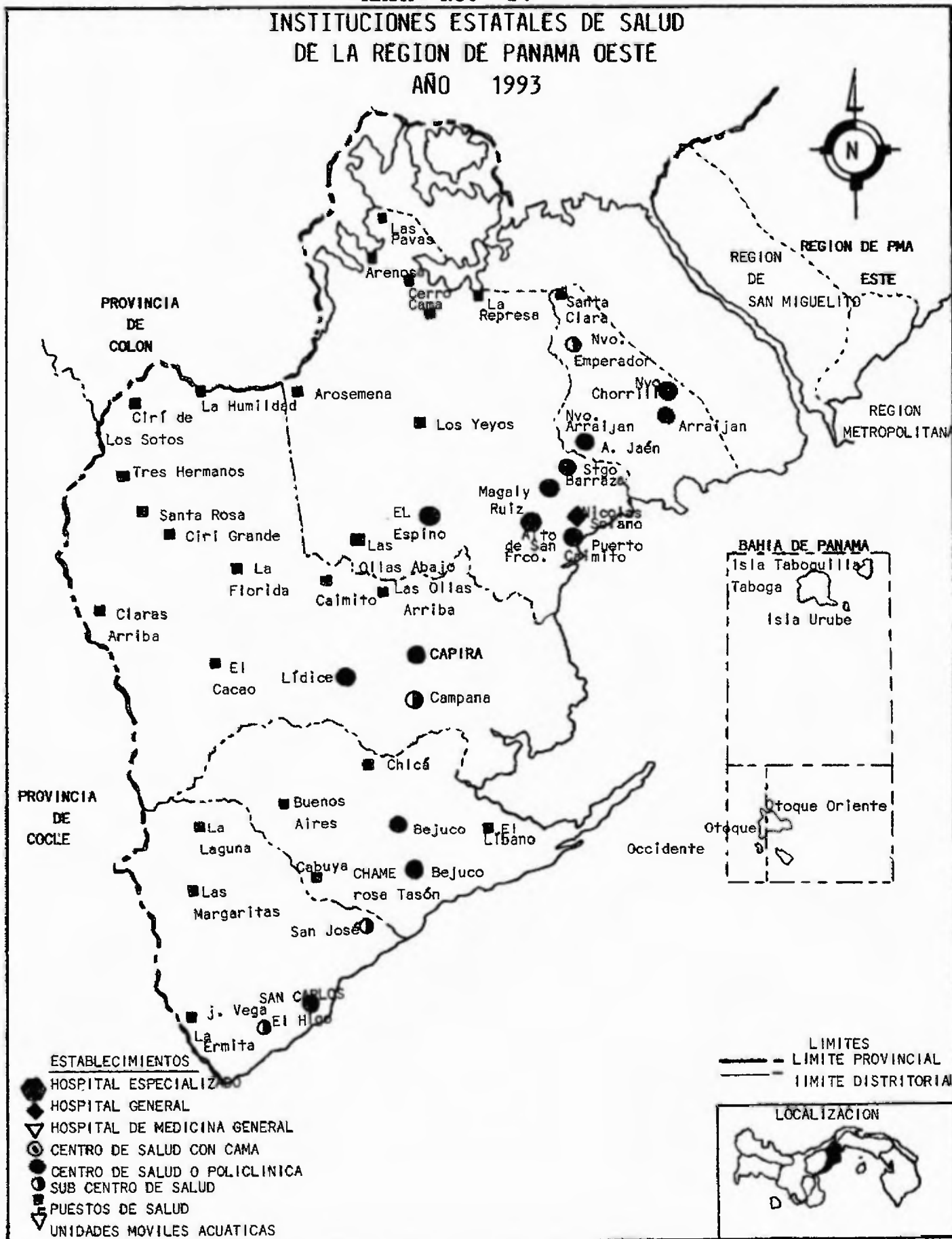
CUADRO No.70

**DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOSPITAL DE CHEPO
SEGÚN DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO, REGIÓN DE PANAMÁ
ESTE. AÑO: 1993**

20-59 AÑOS		60 Y MÁS	
CAUSA	No.	CAUSA	No.
CÁNCER METASTÁSICO PRIMARIO DESCONOCIDO	1	CÁNCER	6
SHOCK SÉPTICO	1	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	4
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA	1	SHOCK SÉPTICO	3
		ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	2

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas S.I.S. de Panamá Este.

INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD
DE LA REGION DE PANAMA OESTE
AÑO 1993



CUADRO No.71

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE PANAMÁ OESTE, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACIÓN	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a_/	40	100.0	1,203	100.0
PUESTO DE SALUD	21	52.5	23	1.9
SUB CENTRO DE SALUD	5	12.5	4	0.3
CENTRO DE SALUD	9	22.5	* 326	27.1
CENTRO DE SALUD CON CAMA	1	2.5	* ---	---
POLICLÍNICAS	3	7.5	405	33.7
HOSPITAL GENERAL	1	2.5	445	37.0
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra nula

--- Cifra no disponible

* La información recabada incluye el personal de los Centros de Salud con Camas en los Centros de Salud.

a_/ Excluye el Recurso Humano de las Oficinas Administrativas Regionales y Locales.

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Panamá Oeste.

CUADRO No:72

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE
EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE, SEGÚN
CATEGORÍAS OCUPACIONALES, AÑO: 1993.**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	T O T A L		
	Número	% a>	Tasa b>
T O T A L	1,276	100.0	57.96
MÉDICO GENERAL	107	8.4	4.86
MÉDICO ESPECIALISTA	70	5.5	3.18
MÉDICO INTERNO	12	0.9	0.55
MÉDICO RESIDENTE	-	-	-
ENFERMERA	162	12.7	7.36
ODONTÓLOGO GENERAL	42	3.3	1.91
ODONTÓLOGO INTERNO	-	-	-
LABORATORISTA	40	3.1	1.82
FARMACÉUTICO	19	1.5	0.86
NUTRICIONISTA	2	0.2	0.09
TÉCNICO DE RAYOS X	12	0.9	0.55
EDUCADOR PARA LA SALUD	5	0.4	0.23
INSPEC. SANEAMIENTO AMB.	29	2.3	1.32
TRABAJADORA SOCIAL	13	1.0	0.59
AUXILIAR DE ENFERMERIA	173	13.6	7.86
ASISTENTE DE FARMACIA	26	2.0	1.18
ASISTENTE DE LABORATORIO	19	1.5	0.86
AYUDANTE O ASIST./ SALUD	23	1.8	1.04
* OTRAS CATEGORÍAS	53	4.1	2.41
** ADMINISTRATIVOS	469	36.8	21.30

- Cifra Nula.

* Recurso Humano que brinda servicios directos
(apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no brinda servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano.

b> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Panamá Oeste.

CUADRO No.73

TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES,
REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE
AÑO: 1993.

ESPECIALIDAD MÉDICA	T O T A L	
	Número	Tasa a>
* TOTAL.....	46	2.09
MEDICINA INTERNA	3	0.14
CIRUGÍA GENERAL	3	0.14
GINECO-OBSTETRICIA **	7	0.98
PEDIATRÍA ***	9	1.19
ANESTESIOLOGÍA	4	1.18
UROLOGÍA	1	0.05
PSIQUIATRÍA	3	0.14
ORTOPEDIA	4	0.18
OFTALMOLOGÍA	1	0.05
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2	0.09
PATOLOGÍA	1	0.05
ALERGOLOGÍA	1	0.05
DERMATOLOGÍA	1	0.05
HEMATOLOGÍA	1	0.05
NEUMOLOGÍA	1	0.05
FISIATRÍA	1	0.05
CARDIOLOGÍA	2	0.09
RADIOLOGÍA	1	0.05

* Excluye 40 médicos especialistas de la
Policlínica Santiago Barraza.

** Población femenina > de 15 años.

*** Población < de 15 años.

Los demás: toda la población.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Panamá Oeste.

CUADRO No. 74

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS																	
	TOTAL			PUESTOS DE SALUD			SUBCENTROS SALUD			CENTROS DE SALUD			HOSPITALES			POLICLINICA		
	No	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa b>
T O T A L	671	100.0	30.48	23	3.4	1.04	4	0.6	0.18	187	27.9	8.49	242	36.1	10.99	215	32.0	14.93
MEDICO	186	27.7	8.45	-	-	-	1	0.1	0.05	47	7.0	2.13	57	8.5	2.59	81	12.1	5.62
ODONTÓLOGO	23	3.4	1.04	-	-	-	-	-	-	21	3.1	0.95	2	0.3	0.09	-	-	-
ENFERMERA	156	23.2	7.09	-	-	-	-	-	-	31	4.6	1.41	62	9.2	2.82	63	9.4	4.37
AUX./ENFERMERIA	172	25.6	7.81	-	-	-	3	0.4	0.14	49	7.3	2.23	100	14.9	4.54	20	3.0	1.39
INSP. SANEA. AMB	9	1.3	0.41	-	-	-	-	-	-	8	1.2	0.36	1	0.1	0.05	-	-	-
EDUCADOR DE SALUD	4	0.6	0.18	-	-	-	-	-	-	2	0.3	0.09	-	-	-	2	0.3	0.14
LABORATORISTA	40	6.0	1.82	-	-	-	-	-	-	9	1.3	0.41	10	1.5	0.45	21	3.1	1.46
FARMACEUTICO	19	2.8	0.86	-	-	-	-	-	-	2	0.3	0.09	3	0.4	0.14	14	2.1	0.97
NUTRICIONISTA	2	0.3	0.09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1	0.05	1	0.1	0.07
TRABAJADOR SOCIAL	12	1.8	0.55	-	-	-	-	-	-	4	0.6	0.41	2	0.3	0.09	6	0.9	0.42
TECNICO RAYO X	11	1.6	0.50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0.6	0.41	7	1.0	0.49
ASIST. FARMACIA	5	0.7	0.23	-	-	-	-	-	-	5	0.7	0.23	-	-	-	-	-	-
AYUDANTE DE SALUD	32	4.8	1.45	23	3.4	1.04	-	-	-	9	1.3	0.09	-	-	-	-	-	-

- Cifra Nula a> Por 10,000 habitantes de toda la población. b> Por 10,000 habitantes de la población asegurada.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S de Panamá Oeste.

CUADRO No.75

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MORBILIDAD, EN LA REGIÓN DE PANAMÁ OESTE, POR GRUPO DE EDAD. AÑO: 1993

< 1 año		1 - 4 años		5 - 14 años		15 -19 años		20 años y +	
CAUSAS	No.	CAUSAS	No.	CAUSAS	No.	CAUSAS	No.	CAUSAS	No.
TOTAL	9803	TOTAL	20154	TOTAL	20752	TOTAL	9679	TOTAL	20492
Enf. diarreica	1135	Resf. común	2441	Sínd. gripal	1835	Traumat.(1)	1011	Traumat.(1)	2526
Resf. común	1048	Enf. diarreica	1740	Traumat.(1)	1597	Inf. v. urinarias	618	Sínd. gripal	2000
Bronquitis	889	Faringoamig	1247	Resf. común	1431	Sínd. gripal	588	H. Arterial	1227
Rinofaringitis	731	Sínd. gripal	1245	Parasitosis	1407	Faringoamig.	350	Inf.v.urinarias	996
Sínd gripal	600	Amigdalitis	1111	Faringoamig.	1131	Resf. común	349	Enf. diarreica	673
Dermatitis	416	Traumat.(1)	1109	Rinofaringitis	905	Amigdalitis	318	Gastritis	631
Faringitis	355	Rinofaringitis	1090	Faringitis	816	Faringitis	316	Lumbalgia	525
Faringoamig.	343	Bronquitis	944	Amigdalitis	803	Parasitosis	167	Faringoamig.	495
Piodermitis	227	Piodermitis	800	Enf. diarreica	774	Amenorrea	162	Faringitis	483
Amigdalitis	201	Parasitosis	680	Bronquitis	765	dermatitis	151	Bronquitis	450
Demás causas	3858	Demás causas	7747	Demás causas	9288	Demás causas	5649	Demás causas	10526

(1) Incluye: fracturas, accidentes, luxaciones, esguinces, heridas, quemaduras, envenenamientos.

FUENTE: Registros Médicos y Estadísticas. Región de Salud de Panamá Oeste.

CUADRO No.76

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, REGIÓN DE PANAMÁ OESTE. AÑO: 1993

CAUSAS	No.	TASA/1
Influenza epidémica	11,387	517.22
Diarrea	7,132	323.95
Rubeola	1,049	47.64
Varicela	1,027	46.65
Enf. Inflamatoria pélvica	522	23.71
Leishmaniasis	269	12.22
Parotiditis epidémica	168	7.63
Infección gonocócica aguda	131	5.95
Amebiasis	106	4.81
Mordedura de ofidio	90	4.09

1/ Tasa expresada por 10,000 habitantes.

FUENTE: Registros Médicos y Estadísticas, Región de Panamá Oeste.

CUADRO No.77

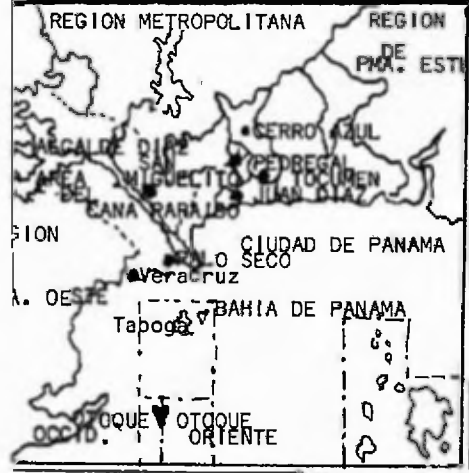
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA REGIÓN DE PANAMÁ OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. AÑO: 1993

Causas Principales	TOTAL	SEXO		< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 AÑOS Y +	
	No	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTAL	631	375	256	32	35	6	4	10	4	11	2	134	58	182	153
1.Acc.,homicidios, suicidios y otras violencias	108	88	20	--	--	1	--	5	--	9	2	57	11	16	7
2.Tumores malignos	94	55	39	--	--	3	1	1	2	--	--	18	14	33	22
3.Enf. isquémica del corazón	46	26	20	--	--	--	--	--	--	--	--	4	2	22	18
4.Neumonía	45	23	22	1	2	2	--	1	--	--	--	4	5	15	15
5.Enf. cerebro vascular	30	15	15	--	--	--	--	--	--	--	--	3	3	12	12
6.Diabetes Mellitus	29	13	16	--	--	--	--	--	--	--	--	3	1	10	15
7.Otras formas de enf. del corazón	26	16	10	--	--	--	--	1	--	--	--	4	2	11	7
8.Nefritis, sínd. nefrótico, nefrosis	20	14	6	--	--	--	--	--	--	--	--	11	3	3	3
9.Prematuridad	19	10	9	10	9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
10.Otras enfermedades del aparato digestivo	16	11	5	--	--	--	--	--	--	--	--	4	--	7	5
Demás causas	198	104	94	21	24	--	3	2	2	2	--	26	17	53	48

FUENTE: Registros Médicos y Estadísticas, Panamá Oeste.

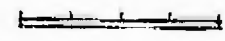
INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD

AÑO 1993



ESTABLECIMIENTOS

- HOSPITAL ESPECIALIZADO
- ◆ HOSPITAL GENERAL
- ▽ HOSPITAL DE MEDICINA GENERAL
- CENTRO DE SALUD CON CAMA
- CENTRO DE SALUD O POLICLINICA
- SUB CENTRO DE SALUD
- PUESTO DE SALUD
- ▽ UNIDADES MOVILES ACUATICAS



CUADRO N^o. 78

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN
METROPOLITANA DE SALUD, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACION	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N ^o	%	N ^o	%
TOTAL a /	46	100.0	9,201	100.0
PUESTO DE SALUD	-	-	-	-
SUB CENTRO DE SALUD	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD	17	37.0	600	6.5
CENTRO DE SALUD CON CAMA	-	-	-	-
POLICLINICAS	5	10.9	1,940	21.1
HOSPITAL GENERAL	2	4.3	5,007	54.4
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	2	4.3	64	0.9
HOSPITAL ESPECIALIZADO	3	6.5	1,493	16.2
CRI	1	2.2	38	0.4
*CLINICAS SATELITES	16	34.8	39	0.5

- Cifra Nula

* Pertenecen a la Caja de Seguro Social

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales

FUENTE: Departamentos de Personal de la Región Metropolitana de Salud, Hospitales Nacionales y Planificación de la Caja de Seguro Social.

PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN CATEGORÍAS OCUPACIONALES, POR INSTALACIONES EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑO: 1993

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	I N S T A L A C I O N E S																																				
	TOTAL			CENTRO DE SALUD Y SEDE			CLINICAS SATELITES			POLICLINICAS			CRI			PALO SECO			HOGAR DE LA ESPERANZA			INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL			HOSPITAL PSIQUIATRICO			HOSPITAL DEL NIÑO			HOSPITAL SANTO TOMAS			COMPLEJO HOSP. METROPOLITANO			
	No.	%	TASA ^{a)}	No.	%	TASA ^{a)}	No.	%	TASA ^{a)}	No.	%	TASA ^{b)}	No.	%	TASA ^{a)}	No.	%	TASA ^{a)}	No.	%	TASA ^{a)}	No.	%	TASA ^{c)}	No.	%	TASA ^{c)}	No.	%	TASA ^{d)}	No.	%	TASA ^{c)}	No.	%	TASA ^{e)}	
TOTAL	9,260	100.0	183.77	659	7.1	13.08	39	0.4	-	1940	21.0	48.21	38	0.4	-	31	0.3	-	53	0.6	-	283	3.1	1.68	386	4.2	2.29	824	8.9	9.41	1843	19.9	10.93	3164	34.2	21.13	
MEDICO GENERAL	294	3.2	5.83	62	0.7	1.23	17	0.2	-	146	1.6	3.63	-	-	-	1	0.01	-	5	0.05	-	-	-	2	0.02	0.01	-	-	-	25	0.3	0.15	36	0.4	0.89		
MEDICO ESPECIALISTA	913	9.9	18.12	60	0.6	1.19	6	0.1	-	171	1.8	4.25	3	0.03	-	-	-	4	0.04	-	38	0.4	0.23	11	0.1	0.07	76	0.8	0.87	154	1.7	0.91	390	4.2	9.69		
MEDICO INTERNO	142	1.5	2.82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.01	0.01	-	-	-	87	0.9	0.52	54	0.6	1.34			
MEDICO RESIDENTE	114	1.2	2.26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0.04	0.02	23	0.2	0.26	42	0.5	0.25	45	0.5	1.12			
ENFERMERA	1,222	13.2	24.25	64	0.7	1.27	4	0.04	-	97	1.0	2.41	1	0.01	-	1	0.01	-	19	0.2	-	41	0.4	0.24	54	0.6	0.32	139	1.5	1.59	264	2.9	1.57	538	5.8	13.37	
ODONTOLOGO GENERAL	194	2.1	3.85	75	0.8	1.49	10	0.1	-	80	0.9	1.99	1	0.01	-	-	-	-	-	-	-	2	0.02	0.01	1	0.01	0.01	11	0.1	0.13	6	0.1	0.04	8	0.1	0.20	
ODONTOLOGO INTERNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ODONTOLOGO ESPECIALISTA	7	0.1	0.14	-	-	-	-	-	-	7	0.1	0.17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
LABORATORISTA	354	3.8	7.03	22	0.2	0.44	-	-	-	71	0.8	1.76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0.1	0.08	5	0.05	0.03	31	0.3	0.35	66	0.7	0.39	146	1.6	3.63	
FARMACEUTICO	147	1.6	2.92	6	0.1	0.12	-	-	-	81	0.9	2.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0.05	0.03	1	0.01	0.01	1	0.01	0.01	5	0.05	0.03	48	0.5	1.19	
NUTRICIONISTA	31	0.3	0.62	9	0.1	0.18	1	0.01	-	8	0.1	0.20	-	-	-	-	-	-	1	0.01	-	1	0.01	0.01	1	0.01	0.01	4	0.04	0.05	2	0.02	0.01	4	0.04	0.10	
TECNICO DE RAYOS X	131	1.4	2.60	-	-	-	-	-	-	43	0.5	1.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.03	0.02	2	0.02	0.01	7	0.1	0.08	18	0.2	0.11	58	0.6	1.44	
EDUCADOR PARA LA SALUD	7	0.1	0.14	6	0.1	0.12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	52	0.6	1.03	52	0.6	1.03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRABAJADORA SOCIAL	64	0.7	1.27	13	0.1	0.26	1	0.01	-	11	0.1	0.27	-	-	-	-	-	-	1	0.01	-	1	0.01	0.01	9	0.1	0.05	5	0.05	0.06	9	0.1	0.05	14	0.2	0.35	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1,094	11.8	21.7	61	0.7	1.21	-	-	-	111	1.2	2.76	2	0.02	-	5	0.05	-	19	0.2	-	32	0.3	0.19	79	0.9	0.47	168	1.8	1.92	215	2.3	1.27	402	4.3	9.99	
ASISTENTE DE FARMACIA	174	1.9	3.45	9	0.1	0.18	-	-	-	90	1.0	2.24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.03	0.02	4	0.04	0.02	2	0.02	0.02	13	0.1	0.08	53	0.6	1.32	
ASISTENTE DE LABORATORIO	69	0.7	1.37	11	0.1	0.22	-	-	-	24	0.3	0.60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.02	0.01	1	0.01	0.01	2	0.02	0.02	13	0.1	0.08	16	0.2	0.40	
AYUDANTE O ASISTENTE DE SALUD	34	0.4	0.67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0.05	-	-	-	-	-	-	29	0.3	0.17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
*OTRAS CATEGORIAS	955	10.3	18.95	41	0.4	0.81	-	-	-	369	4.0	9.17	14	0.2	-	-	-	-	4	0.04	-	21	0.2	0.12	16	0.2	0.09	7	0.1	0.08	192	2.1	1.14	291	3.1	7.23	
**ADMINISTRATIVO	3,262	35.2	64.74	168	1.8	3.33	-	-	-	631	6.8	15.68	17	0.2	-	19	0.2	-	-	-	-	121	1.3	0.72	166	1.8	0.98	348	3.8	3.97	731	7.9	4.33	1061	11.5	26.37	

- Cifra Nula
* No Aplica

- a) Por 10,000 habitantes de toda la población de la Región Metropolitana
- b) Por 10,000 habitantes de toda la población asegurada de la Región Metropolitana
- c) Por 10,000 habitantes de la población total del país > de 15 años
- d) Por 10,000 habitantes de la población total del país < de 15 años
- e) Por 10,000 habitantes de la población asegurada de todo el país

CUADRO No 80

TASA DE MEDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES EN INSTALACIONES DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA
AÑO 1993

ESPECIALIDAD MEDICA	I N S T A L A C I O N E S																					
	TOTAL		HOSP SANTO TOMAS		HOSP DEL NIÑO		ONCOLOGICO		HOSPITAL PSIQUIATRICO		COMPLEJO HOSPITALARIO		REGION METROPOLITANA		POLICLINICAS		CRI		CLINICAS SATELITES		HOGAR DE LA ESPERANZA	
	No	TASA c)	No	TASA a)	No	TASA a)	No	TASA a)	No	TASA a)	No	TASA b)	No	TASA c)	No	TASA b)	No	TASA	No	TASA	No	TASA
TOTAL	895	17.76	154	0.91	76	0.87	38	0.23	11	0.07	372	2.48	40	1.19	171	4.25	3		6		4	
*MEDICINA INTERNA	56	1.53	11	0.07	-	-	-	-	-	-	37	0.25	2	0.05	6							
CIRUGIA GENERAL	44	0.87	10	0.06	5	0.06	2	0.01	-	-	26	0.07	-	-	1	0.02						
**GINECO OBSTETRICIA	101	5.19	27	0.32	-	-	1	0.01	-	-	24		47	0.87	30				2			
***PEDIATRIA	149	10.89	-	-	30	0.34	-	-	-	-	41		22	2.61	59		1		2			
SALUD PUBLICA	4	0.08											4	0.08								
ANESTESIOLOGIA	56	1.11	13	0.08	6	0.07	-	-	-	-	37	0.25	-	-	-	-						
UROLOGIA	23	0.46	6	0.04	1	0.01	1	0.01	-	-	12	0.08	-	-	3	0.07						
*PSIQUIATRIA	39	1.06	2	0.01	-	-	-	-	11	0.07	9		10	0.27	7							
ORTOPEDIA	37	0.73	6	0.04	4	0.05	-	-	-	-	18	0.12	-	-	9	0.22						
OPTALMOLOGIA	37	0.73	7	0.04	1	0.01	-	-	-	-	17	0.13	1	0.02	11	0.27						
OTORRINOLARINGOLOGIA	28	0.56	4	0.02	3	0.03	-	-	-	-	13	0.09	1	0.02	7	0.17						
PATOLOGIA	20	0.40	5	0.03	2	0.02	2	0.01	-	-	11	0.07	-	-	-	-						
NEUROLOGIA	8	0.16	2	0.01	2	0.02	-	-	-	-	2	0.01	-	-	2	0.05						
****GERIATRIA	8	3.60	1	0.11	-	-	-	-	-	-	5		-	-	2							
ONCOLOGIA	4	0.08	-	-	-	-	2	0.01	-	-	-	-	-	-	2	0.05						
NEFROLOGIA	12	0.24	3	0.02	2	0.02	-	-	-	-	6	0.04	-	-	1	0.02						
ALERGOLOGIA	9	0.18	-	-	1	0.01	-	-	-	-	8	0.05	-	-	-	-						
MEDICINA FAMILIAR	5	0.10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.02	4	0.10						
DERMATOLOGIA	20	0.40	4	0.02	-	-	-	-	-	-	4	0.03	1	0.02	10	0.25			1			
HEMATOLOGIA	13	0.26	2	0.01	1	0.01	1	0.01	-	-	8	0.05	-	-	1	0.02						
NEUROLOGIA	13	0.26	3	0.02	2	0.02	2	0.01	-	-	6	0.04	-	-	-	-						
FISIATRIA	7	0.14	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0.03	1	0.02	-	-			2			

ESPECIALIDAD MEDICA	I N S T A L A C I O N E S																					
	TOTAL		HOSP SANTO TOMAS		HOSP DEL NIÑO		ONCOLOGICO		HOSPITAL PSIQUIATRICO		COMPLEJO HOSPITALARIO		REGION METROPOLITANA		POLICLINICAS		CRI		CLINICAS SATELITES		HOGAR DE LA ESPERANZA	
	No	TASA c)	No	*** TASA a)	No	*** TASA a)	No	TASA a)	No	TASA a)	No	TASA b)	No	TASA c)	No	TASA d)	No	**** TASA	No	**** TASA	No	**** TASA
CARDIOLOGIA	35	0.69	7	0.06	2	0.02	1	0.01	-	-	19	0.13			6	0.15						
***PAIDOPSIQUIATRIA	8	0.58	-	-	-	-	-	-	-	-	6				1	0.02						
RADIOLOGIA	25	0.50	5	0.03	-	-	1	0.01	-	-	12	0.08			7	0.17						
SALUD OCUPACIONAL	7	0.14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			7	0.17						
OTROS CIRUJANOS	40	0.79	15	0.09	3	0.03	-	-	-	-	21	0.14			1	0.02						
ENDOCRINOLOGIA	7	0.14	1	0.01	1	0.01	-	-	-	-	5	0.03										
REUMATOLOGIA	4	0.08	1	0.01	-	-	-	-	-	-	3	0.02										
INFECTOLOGIA	10	0.20	4	0.02	-	-	-	-	-	-	6	0.04										
NEUROLOGIA	18	0.36	6	0.04	2	0.02	-	-	-	-	10	0.07										
OTRAS ESPECIALIDADES	48	0.95	9	0.05	8	0.09	23	1.48	-	-	2	0.01										6

- * POBLACION > DE 15 AÑOS
- ** POBLACION FEMENINA > DE 15 AÑOS
- *** POBLACION < DE 15 AÑOS
- **** POBLACION > DE 70 AÑOS
- ***** NO APLICA

LAS DEMAS: TODA LA POBLACION

- a) POR 100,000 HABITANTES DE LA POBLACION TOTAL DEL PAIS
- b) POR 100,000 HABITANTES DE LA POBLACION ASEGURADA TOTAL DEL PAIS
- c) POR 100,000 HABITANTES DE LA POBLACION TOTAL DE LA REGION METROPOLITANA
- d) POR 100,000 HABITANTES DE LA POBLACION ASEGURADA DE LA REGION METROPOLITANA

FUENTE: DEPARTAMENTOS DE PERSONAL DE LOS HOSPITALES, REGION METROPOLITANA Y DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

CUADRO No 81

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS																	
	TOTAL			CENTROS DE SALUD			POLICLINICAS			CLINICAS SATELITES			CRI			HOSPITALES		
	No.	%	TASAa)	No	%	TASAa)	No.	%	TASAb)	No.	%	TASA*	No.	%	TASA*	No.	%	TASAa)
TOTAL	4733	100.0	93.93	388	8.2	7.70	832	17.6	20.68	39	0.8	-	7	0.1	-	3467	73.3	68.8
MÉDICO	1465	31.0	29.07	117	2.5	2.32	323	6.8	8.03	23	0.5	-	3	0.1	-	999	21.1	19.83
ODONTOLOGO	198	4.2	3.93	72	1.5	1.43	87	1.8	2.16	10	0.2	-	1	0.02	-	28	0.6	0.56
ENFERMERA	1218	25.7	24.17	60	1.3	1.19	97	2.0	2.41	4	0.1	-	1	0.02	-	1056	22.3	20.96
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1094	23.1	21.71	61	1.3	1.21	111	2.3	2.76	-	-	-	2	0.04	-	920	19.4	18.26
INSPECTOR SANEAMIENTO AMBIENTAL	47	1.0	0.93	47	1.0	0.93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EDUCADOR PARA LA SALUD	6	0.1	0.12	6	0.1	0.12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LABORATORISTA	353	7.5	7.01	21	0.4	0.42	71	1.5	1.76	-	-	-	-	-	-	261	5.5	5.18
FARMACEUTICO	145	3.1	2.88	4	0.1	0.08	81	1.7	2.01	-	-	-	-	-	-	60	1.3	1.19
NUTRICIONISTA	22	0.5	0.44	-	-	-	8	0.2	0.20	1	0.02	-	-	-	-	13	0.3	0.26
TRABAJADORA SOCIAL	51	1.1	1.01	-	-	-	11	0.2	0.27	1	0.02	-	-	-	-	39	0.8	0.77
TECNICO DE RAYOS X	134	2.8	2.66	-	-	-	43	0.9	1.07	-	-	-	-	-	-	91	1.9	1.81

- CIFRA NULA

a) POR 10,000 HABITANTES DE TODA LA POBLACION

b) POR 10,000 HABITANTES DE LA POBLACIÓN ASEGURADA

* NO APLICA

FUENTE: Departamento de Personal de Hospitales, Region Metropolitana de Salud y Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social

CUADRO No.82

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MORBILIDAD, EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, POR GRUPO DE EDAD. AÑO: 1993

< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 14 AÑOS		15 - 19 AÑOS		20 - 59 AÑOS		60 AÑOS Y +	
Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.	Causas	No.
Total	13806	Total	22580	Total	20253	Total	9575	Total	39754	Total	5048
Resf común	1844	Resf.común	2242	Resf.comun	1203	I.V.U.	452	I.V.U.	2676	H.Arterial	524
Bronq.aguda	1188	Bronquitis	1908	Bronq.aguda	949	Anemia	310	Faringitis	1609	I.V.U.	247
Rinofaring.	1127	Rinofaring.	1432	Amigdalitis	936	Faringitis	237	Sínd.gripal	1432	Faringitis	212
Enf.diarrei	820	Faringitis	1044	Faringoamig	879	Faringoamig	229	H.Arterial	1422	Resf.común	142
Sínd.gripal	529	Faringoamig	966	Anemia	869	Resf.común	226	Cervicitis	1392	Sínd.gripal	134
Faringitis	477	Piodermitis	934	Faringitis	821	Amenorrea	208	Resf.común	1380	Parasit.int	125
Dermat.alér	353	Enf.diarrei	919	Rinofaringi	718	Heridas múlt	205	Anemia	1265	Heridas múlt	104
Anemia	337	Anemia	887	Parasit.int	682	Parasit.int	198	Leucorrea	1068	Lumbalgia	94
Faringoamig	323	Parasit.int	766	Piodermitis	555	Sínd.gripal	182	Parasit.int	1032	Dermatitis	92
Piodermitis	285	Amigdalitis	734	Sínd.gripal	497	Dermatitis	165	Obesidad	965	Gastritis	89
Demás causas	6523	Demás causas	10748	Demás causas	12144	Demás causas	7163	Demás causas	25513	Demás causas	3285

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, Región Metropolitana de Salud.

CUADRO No.83

**PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES, REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.
AÑO: 1993**

CAUSAS	No.	TASA*
TOTAL	22879	
Resfriado Común	9122	172.38
Enfermedad diarreica	3505	66.23
Influenza epidémica	3230	61.04
Vulvovaginitis	1015	1.98
Varicela	687	12.98
Conjuntivitis viral	634	11.98
Amigdalitis purulenta	506	9.56
Rubeola	551	10.41
Blenorragia	534	10.09
Enf. inflamatoria pélvica	430	8.13
Condiloma acuminado	441	8.33
Las demás causas	2224	42.03

*Tasa/10,000 habitantes

FUENTE Departamento de Registros Médicos y Estadísticas Región Metropolitana de Salud

CUADRO No.84

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. AÑO: 1993

C A U S A	No.
T O T A L	2,750
Tumores Malignos	453
Infarto Agudo del Miocardio	305
Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias	276
Bronconeumonía	183
Sepsis	133
Paro Cardio Respiratorio	93
SIDA	83
Enfermedad Cerebrovascular	53
Insuficiencia Respiratoria	45
Shock Séptico	35
Las demás causas	1,091

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.
Región Metropolitana de Salud.

CUADRO No.85

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD
EN HOSPITALES NACIONALES. AÑO. 1993**

CAUSA No.	HOSPITAL SANTO TOMAS	HOSPITAL DEL NIÑO	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL
I	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	Enfermedades del Aparato Respiratorio	Esquizofrenia Paranoide
II	Hipertensión esencial, no especific.	Traumatismos y envenenamiento	Dependencia química.
III	Catarata sin especificación.	Enferm. Infecciosa parasit.	Psicosis maniaco Depresiva.
IV	Disminución visual no especificada.	Ciertas afecciones originadas en el periodo pre natal.	Síndrome cerebral orgánico con psicosis.
V	Arteriosclerosis coronaria	Anomalías congénitas	Psicosis esquizofrénica
VI	Bocio no especificado.		
VII	Asma no especificada.		
VIII	Otros sitios especificados.		
IX	Epilepsia sin especificación		
X	Hernia inguinal sin mención de obstrucción.		

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadística del Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño y Hospital Psiquiátrico Nacional.

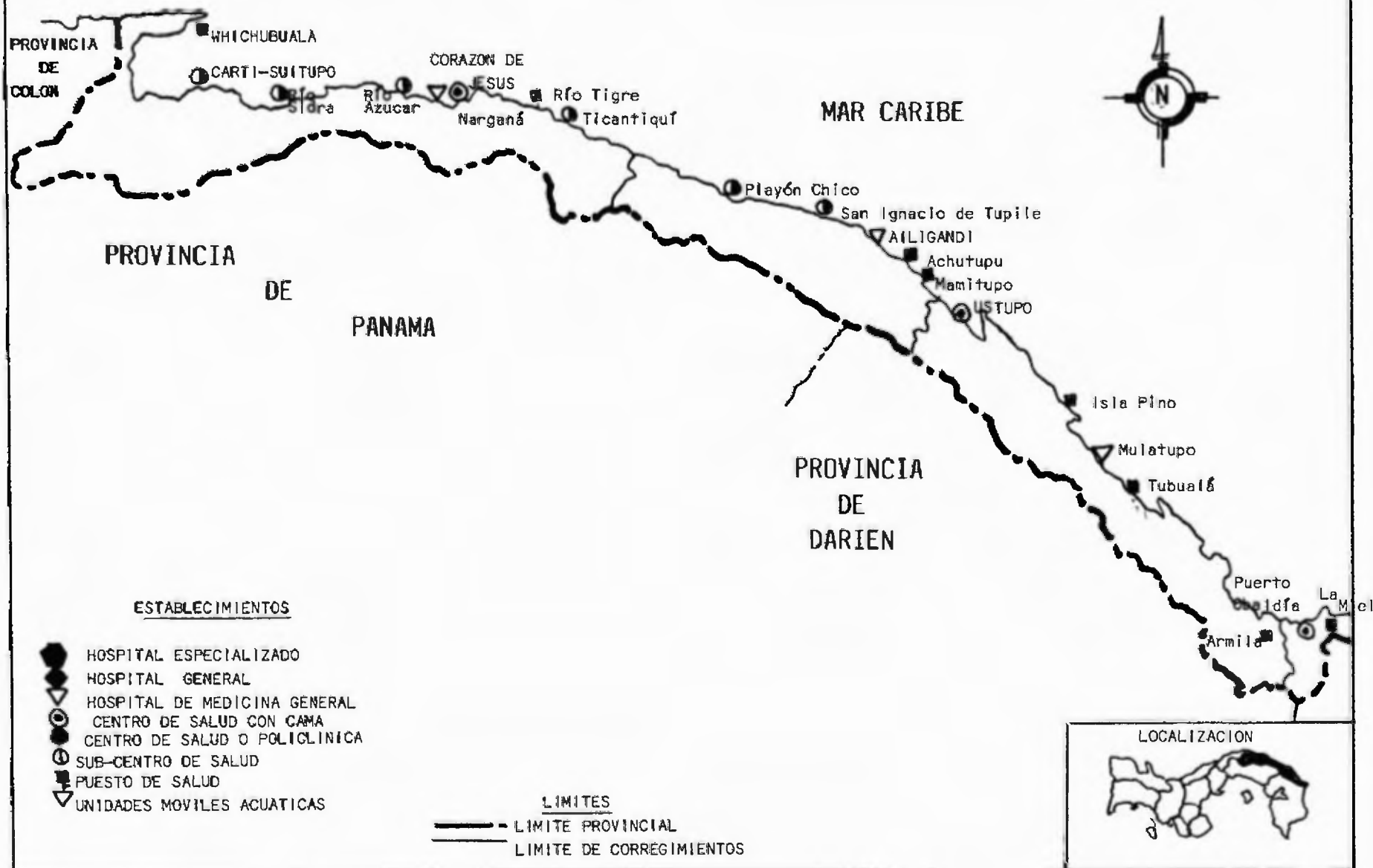
CUADRO No.86

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITALES NACIONALES. AÑO: 1993

CAUSA No.	HOSPITAL SANTO TOMAS	HOSPITAL DEL NIÑO	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL
I	SIDA	Ciertas afecciones originadas en período perinatal.	Paro Cardiorespi-ratorio.
II	Hemorragia Intracraneal	Anomalías congé-nitas.	Infarto al Miocardio.
III	Bronconeumonía no especificada.	Enfermedad del Aparato Respirat.	Insuficiencia cardíaca.
IV	Septicemia no especificada.	Enferm./glándula endocrina de la nutrición, del metabolismo y trastorno de la inmunidad.	C. A. Gástrico
V	Otras septicemias especificadas.	Tumores	Desequilibrio Hidrocefálico.
VI	Choque sin mención de trauma.		Desnutrición severa.
VII	Traumatismo intra intracraneal de otra naturaleza y de naturaleza no especificada.		Bronconeumonía
VIII	Disnea y anormalidades respirat.		
IX	Otros traumatismos múltiples especif.		
X	Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal defini-dad.		

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadística del: Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño y Hospital Psiquiátrico Nacional.

MAPA No. 16
 INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGION DE SAN BLAS
 AÑO 1993



Tomado: Memoria del Ministerio de Salud. Año 1992

CUADRO No. 87

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE SAN BLAS, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACION	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a /	16	100.0	101	100.0
PUESTO DE SALUD	5	31.2	4	3.9
SUB CENTRO DE SALUD	5	31.2	11	10.9
CENTRO DE SALUD	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD CON CAMA	3	18.8	34	33.7
POLICLINICAS	-	-	-	-
HOSPITAL GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	3	18.8	52	51.5
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra Nula

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de San Blas

CUADRO No.88

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE
EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN BLAS, SEGÚN
CATEGORÍAS OCUPACIONALES. AÑO: 1993.**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	T O T A L		
	Número	% a>	Tasa b>
T O T A L	123	100.0	30.72
MÉDICO GENERAL	9	7.3	2.25
MÉDICO ESPECIALISTA	5	4.1	1.25
MÉDICO INTERNO	4	3.2	1.00
MÉDICO RESIDENTE	-	-	-
ENFERMERA	22	17.9	5.49
ODONTÓLOGO GENERAL	3	2.5	0.75
ODONTÓLOGO INTERNO	5	4.1	1.25
LABORATORISTA	1	0.8	0.25
FARMACÉUTICO	1	0.8	0.25
NUTRICIONISTA	1	0.8	0.25
TÉCNICO DE RAYOS X	-	-	-
EDUCADOR PARA LA SALUD	2	1.6	0.50
INSPEC. SANEAMIENTO AMB.	-	-	-
TRABAJADORA SOCIAL	-	-	-
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	22	17.9	5.49
ASISTENTE DE FARMACIA	5	4.1	1.25
ASISTENTE DE LABORATORIO	5	4.1	1.25
AYUDANTE O ASIST./ SALUD	4	3.2	1.00
* OTRAS CATEGORÍAS	-	-	-
** ADMINISTRATIVOS	34	27.6	8.49

- Cifra Nula.

* Recurso Humano que brinda servicios directos
(apoyo, diagnóstico, tratamiento).

** Recurso Humano que no brinda servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano.

b> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. San Blas.

CUADRO No.89

**TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES,
EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN BLAS
AÑO: 1993.**

ESPECIALIDAD MÉDICA	T O T A L	
	Número	Tasa a>
TOTAL.....	4	1.00
CIRUGÍA GENERAL	1	0.25
EPIDEMIOLOGÍA	2	0.50
SALUD PÚBLICA	1	0.25

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. de San Blas.

CUADRO No 90

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN BLAS AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS														
	TOTAL			PUESTOS DE SALUD			SUBCENTROS SALUD			CENTROS DE SALUD			HOSPITALES		
	No	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>
T O T A L	82	100.0	20.48	4	4.9	1.00	8	9.8	2.00	25	30.5	6.24	45	54.9	11.24
MEDICO	12	14.6	3.00	-	-	-	1	1.2	0.25	5	6.1	1.25	6	7.3	1.50
ODONTOLOGO	8	9.8	2.00	-	-	-	1	1.2	0.25	3	3.7	0.75	4	4.9	1.00
ENFERMERA	22	26.8	5.49	-	-	-	2	2.4	0.50	8	9.8	2.00	12	14.6	3.00
AUX./ENFERMERIA	22	26.8	5.49	2	2.4	0.50	4	4.9	1.00	5	6.1	1.25	11	13.4	2.75
EDUCADOR DE SALUD	2	2.4	0.50	-	-	-	-	-	-	1	1.2	0.25	1	1.2	0.25
LABORATORISTA	1	1.2	0.25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.2	0.25
NUTRICIONISTA	1	1.2	0.25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.2	0.25
ASIST./LABORAT.	6	7.3	1.50	-	-	-	-	-	-	1	1.2	0.25	5	6.1	1.25
ASIST./FARMACIA	4	4.9	1.00	-	-	-	-	-	-	1	1.2	0.25	3	3.7	0.75
AYUDANTE DE SALUD	4	4.9	1.00	2	2.4	0.50	-	-	-	1	1.2	0.25	1	1.2	0.25

- Cifra Nula

a> Por 10,000 habitantes de toda la población.

FUENTE: Departamento de Personal, S I.S. de San Blas.

CUADRO No.91
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD,
REGIÓN DE SAN BLAS. AÑO: 1993

No.	CAUSA	TOTAL
1	Resfriado Común	1242
2	Piodermitis	1946
3	Síndrome Gripal	719
4	Diarrea	640
5	Escabiasis	538
6	Parásitos	427
7	Dermatitis	351
8	Bronquitis	340
9	Faringoamigdalitis	169
10	Neumonía	155

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, Región de
 Salud de San Blas.

CUADRO No.92

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES Y TASA DE INCIDENCIA.
REGIÓN DE SAN BLAS. AÑO: 1993

No.	CAUSA	TOTAL	TASA*
1	Diarrea	1326	331.13
2	Influenza epidémica	1007	251.47
3	Síndrome gripal	286	71.42
4	Amebiasis	205	51.19
5	Varicela	190	47.45
6	Rubeola	93	23.22
7	Neumonía	90	22.48
8	T.B.C.	79	19.73
9	Gonorrea	50	12.48
10	Conjuntivitis	21	5.24

* Tasa/10,000 habitantes

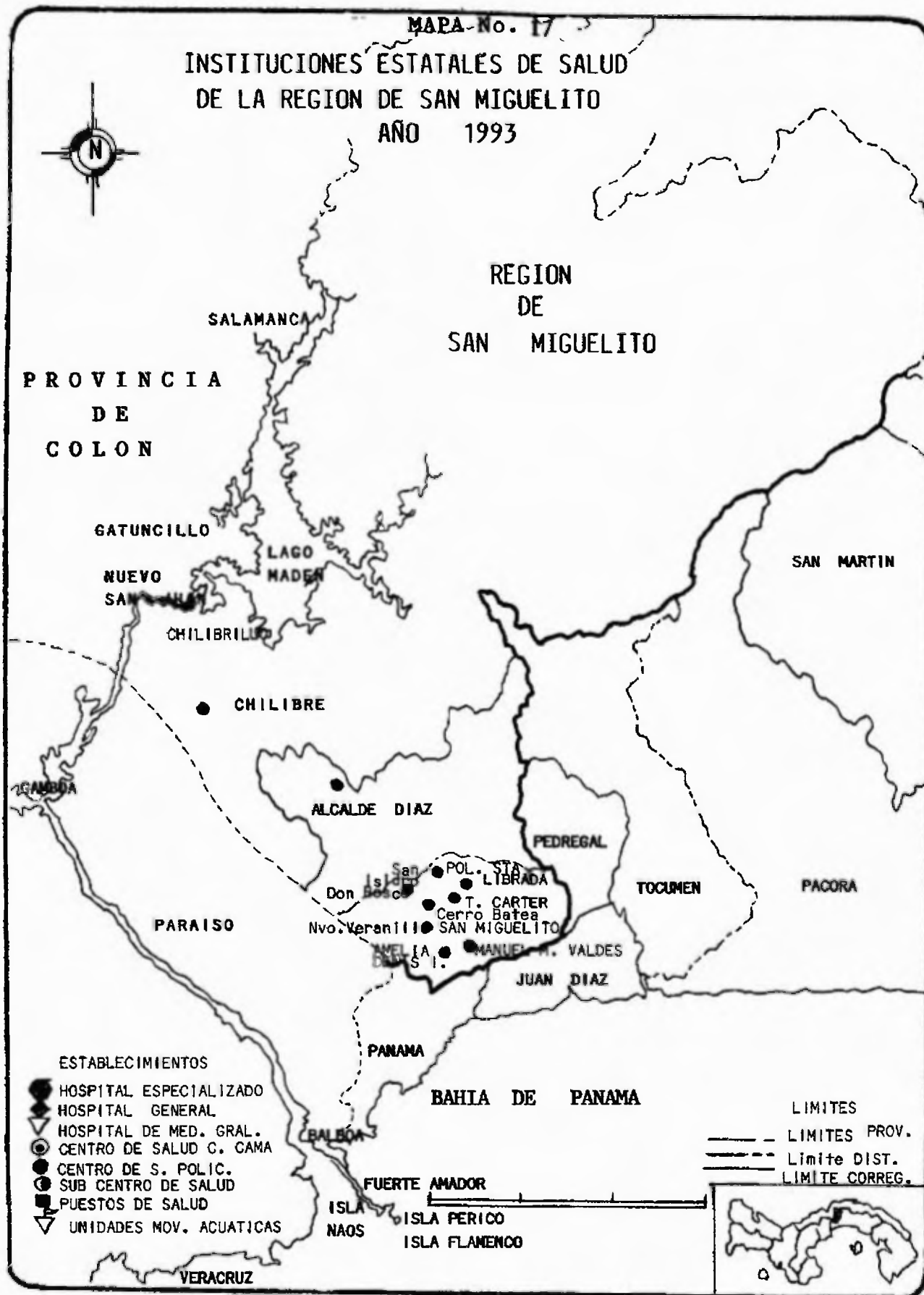
FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, Región de Salud de San Blas.

CUADRO No.93

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE CON
CERTIFICACIÓN MÉDICA. REGIÓN DE SALUD
DE SAN BLAS. AÑO: 1993

No.	CAUSA
1	Cólera
2	Tuberculosis
3	Senilidad sin mención de psicosis
4	Bronconeumonía
5	Neumonía
6	Asma
7	Otras anomalías congénitas del corazón
8	Síntomas generales
9	Síntomas relacionados con el aparato digestivo
10	Síntomas relacionados con el aparato respiratorio y otros síntomas torácicos
11	Otras causas mal definidas desconocidas de mortalidad

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, Región de Salud de San Blas.



Tomado: Memoria del Ministerio de Salud Año 1992

CUADRO No. 94.

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE SAN MIGUELITO, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACION	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a /	11	100.0	1,107	100.0
PUESTO DE SALUD	-	-	-	-
SUB CENTRO DE SALUD	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD	9	81.8	425	38.4
CENTRO DE SALUD CON CAMA	-	-	-	-
POLICLINICAS	2	18.2	682	61.6
HOSPITAL GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	-	-	-	-
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra Nula

a / Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales

FUENTE: Departamento de Personal de la Región de Salud de San Miguelito y Planificación de la Caja de Seguro Social.

CUADRO No.95

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE
EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, SEGÚN
CATEGORÍAS OCUPACIONALES. AÑO: 1993.**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	T O T A L		
	Número	% a>	Tasa b>
T O T A L	1,174	100.0	31.38
MÉDICO GENERAL	109	9.3	2.91
MÉDICO ESPECIALISTA	89	7.6	2.38
MÉDICO INTERNO	-	-	-
MÉDICO RESIDENTE	-	-	-
ENFERMERA	99	8.4	2.65
ODONTÓLOGO GENERAL	61	5.2	1.63
ODONTÓLOGO INTERNO	-	-	-
LABORATORISTA	43	3.7	1.15
FARMACÉUTICO	39	3.3	1.04
NUTRICIONISTA	4	0.3	0.11
TÉCNICO DE RAYOS X	7	0.6	0.19
EDUCADOR PARA LA SALUD	5	0.4	0.13
INSPEC. SANEAMIENTO AMB.	17	1.5	0.45
TRABAJADORA SOCIAL	15	1.3	0.40
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	85	7.2	2.27
ASISTENTE DE FARMACIA	43	3.7	1.15
ASISTENTE DE LABORATORIO	25	2.1	0.67
AYUDANTE O ASIST./ SALUD	4	0.3	0.11
* OTRAS CATEGORÍAS	132	11.2	3.53
** ADMINISTRATIVOS	397	33.8	10.61

- Cifra Nula
- * Recurso Humano que brinda servicios directos
(apoyo, diagnóstico, tratamiento).
- ** Recurso Humano que no brinda servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano.
b> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. San Miguelito.

CUADRO No.96

TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES,
EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
AÑO: 1993.

ESPECIALIDAD MÉDICA	T O T A L	
	Número	Tasa a>
TOTAL.....	89	2.38
MEDICINA INTERNA *	1	0.03
CIRUGÍA GENERAL	2	0.05
GINECO-OBSTETRICIA **	17	1.31
PEDIATRÍA ***	30	2.50
EPIDEMIOLOGÍA	4	0.11
UROLOGÍA	1	0.03
PSIQUIATRÍA	11	0.29
ORTOPEDIA	3	0.08
OFTALMOLOGÍA	4	0.11
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2	0.05
MEDICINA FAMILIAR	1	0.03
DERMATOLOGÍA	5	0.13
CARDIOLOGÍA	2	0.05
FISIATRÍA	1	0.03
GASTROENTEROLOGÍA	1	0.03
SALUD OCUPACIONAL	4	0.11

* Población > de 15 años.

** Población femenina > de 15 años.

*** Población < de 15 años.

Los demás: toda la población.

a> Por 10,000 habitantes

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de San Miguelito.

CUADRO No 97

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS								
	TOTAL			CENTRO DE SALUD			POLICLÍNICAS		
	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa b>
T O T A L	610	100.0	16.31	207	33.9	5.53	403	66.1	24.10
MÉDICO	186	30.5	4.97	61	10.0	1.63	125	20.5	7.48
ODONTÓLOGO	59	9.7	1.58	30	4.9	0.80	29	4.8	1.73
ENFERMERA	94	15.4	2.51	33	5.4	0.88	61	10.0	3.65
AUX./ENFERMERÍA	85	13.9	2.27	23	3.8	0.61	62	10.2	3.71
INSP./SANEAM. AMB	14	2.3	0.37	14	2.3	0.37	-	-	-
EDUCADOR DE SALUD	4	0.7	0.11	4	0.7	0.11	-	-	-
LABORATORISTA	43	7.0	1.15	11	1.8	0.29	32	5.2	1.91
FARMACEUTICO	39	6.4	1.04	4	0.7	0.11	35	5.7	2.09
NUTRICIONISTA	3	0.5	0.08	1	0.2	0.03	2	0.3	0.12
TRABAJADOR SOCIAL	14	2.3	0.37	8	1.3	0.21	6	1.0	0.36
TEC. DE RAYOS X	7	1.1	0.19	-	-	-	7	1.1	0.42
ASIST./LABORAT.	23	3.8	0.61	11	1.8	0.29	12	0.3	0.72
ASIST./FARMACIA	39	6.4	1.04	7	1.1	0.19	32	5.2	1.91

- Cifra Nula

a> Por 10,000 habitantes de toda la población

b> Por 10,000 habitantes de la población asegurada

FUENTE Departamento de Personal, Región de Salud de San Miguelito

CUADRO No.98

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDAS POR GRUPO DE EDAD
ESPECÍFICO. REGIÓN DE SAN MIGUELITO. AÑO: 1993**

GRUPO	1ra. Causa		2da. Causa		3ra. Causa		4ta. Causa		5ta. Causa	
	Nombre	No.	Nombre	No.	Nombre	No.	Nombre	No.	Nombre	No.
Mejor de 1 Año 1 - 4 años 5 - 14 años 15 - 19 años Maternales Ginecología	Resf.común	2433	Diarrea	447	Desnutrición	268	Prodermitis	183	Anemia	111
	Resf.común	4521	Dermatitis	626	Desnutrición	536	Diarrea	352	Anemia	346
	Resf.común	1765	Bajo peso	674	Parasit.intes	440	Anemia	433	Dermatitis	208
	Resf.común	526	I. V. U.	130	Anemia	102	Parasit.int.	81	Trast.Menstr	57
	Anemia	1199	Bajo peso	450	I. V. U.	136	Sobre peso	143	Parasitosis	292
20 - 59 años	Virus papi- loma humano	1756	Tricomoniasis	111	Proc.infl.Pél	238	Leucorrea	87	Enf.Infl.Pél	64
			Cervicitis	472	Amenorrea	125	Vulvovaginit	147	Anemia	64
	H. arterial	2280	I.V.U	1893	Resf. común	1736	Lumbalgia	262	Diabetes	546
									Parasitosis	155
									Obesidad	819
60 años y más									Anemia	165
	H.arterial	863	Resf. común	26	Parasitosis	4	I.V.U.	96	Diarrea	3
		Diabetes	354	Anemia	45	Obesidad	42	Lumbalgia	61	
								Ansiedad	19	

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, Región de Salud de San Miguelito.

CUADRO No.99

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO

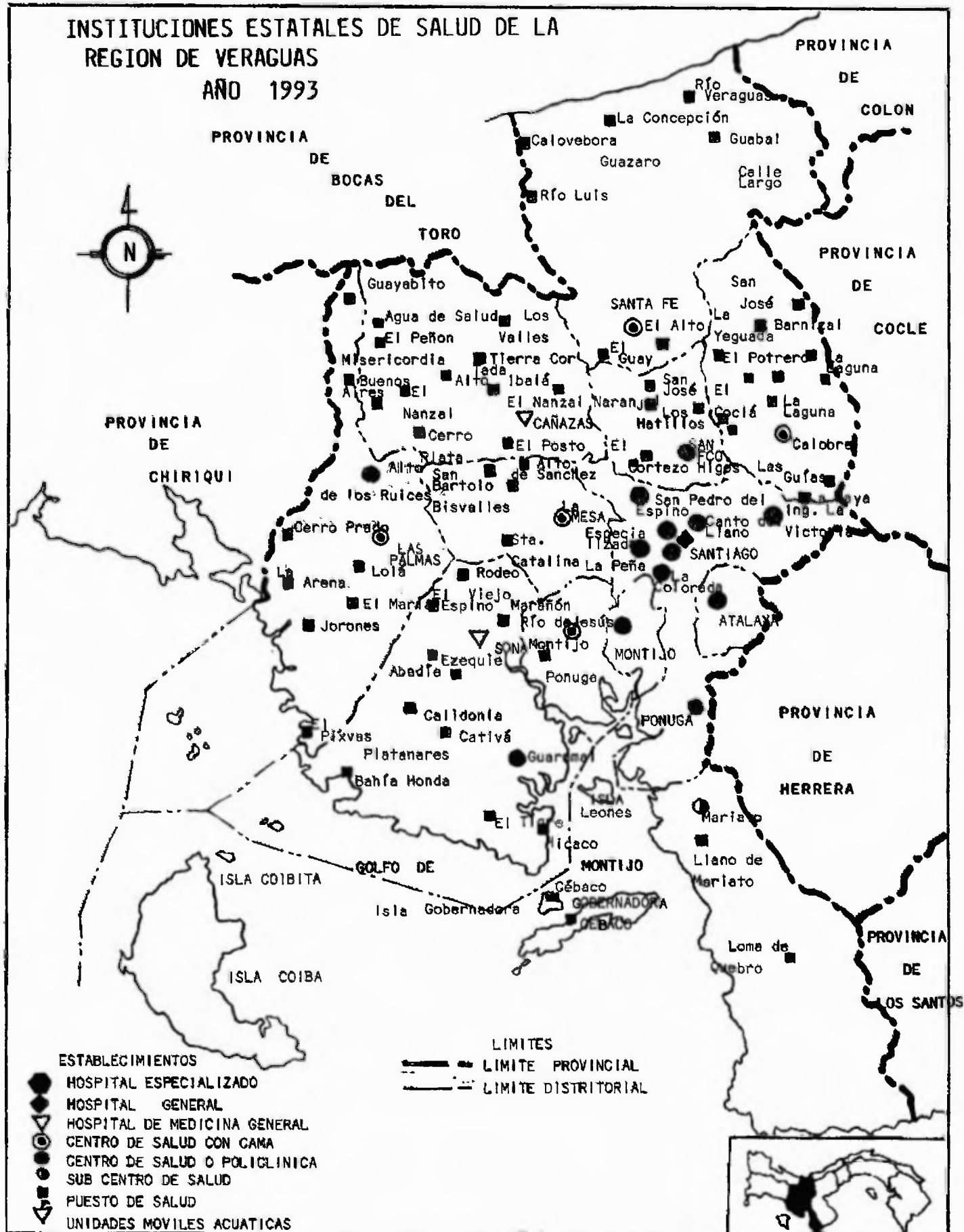
AÑO: 1993

ENFERMEDAD	No. DE CASOS	TASA *
Enfermedad Diarreica	2369	63.32
Amebiasis	11	0.29
Rubeola	311	8.31
Intoxicación Alimentaria	18	0.48
T.B.C. Aparato Respiratorio	12	0.32
Parotiditis	30	0.80
Varicela	360	9.62
Influenza Epidémica	2966	79.29

* Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadística, Región de Salud de San Miguelito.

INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD DE LA
REGION DE VERAGUAS
AÑO 1993



CUADRO No. 100

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EN LA REGIÓN DE
SALUD DE VERAGUAS, SEGÚN TIPO DE INSTALACIÓN
AÑO: 1993

TIPO DE INSTALACION	INSTALACIONES EXISTENTES		RECURSO HUMANO EXISTENTE	
	N°	%	N°	%
TOTAL a /	81	100.0	1,022	100.0
PUESTO DE SALUD	60	74.1	---	---
SUB.CENTRO DE SALUD	-	-	-	-
CENTRO DE SALUD	10	12.3	149	14.6
CENTRO DE SALUD CON CAMA	6	7.4	98	9.6
POLICLINICAS	2	2.5	175	17.1
HOSPITAL GENERAL	1	1.2	388	38.0
HOSPITAL MEDICINA GENERAL	2	2.5	212	20.7
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-

- Cifra Nula

--- Cifra no disponible

a_/ Excluye el Recurso Humano de Oficinas Administrativas Regionales y Locales

FUENTE: Departamento de Personal, Región de Salud de Veraguas

CUADRO No.101

**PORCENTAJE Y TASA DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE
EN LA REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS, SEGÚN
CATEGORÍAS OCUPACIONALES, AÑO: 1993.**

CATEGORÍAS OCUPACIONALES	T O T A L		
	Número	% a>	Tasa b>
T O T A L	1,137	100.0	52.17
MÉDICO GENERAL	60	5.3	2.75
MÉDICO ESPECIALISTA	62	5.5	2.84
MÉDICO INTERNO	26	2.3	1.19
MÉDICO RESIDENTE	-	-	-
ENFERMERA	120	10.6	5.51
ODONTÓLOGO GENERAL	34	3.0	1.56
ODONTÓLOGO INTERNO	17	1.5	0.78
LABORATORISTA	21	1.8	0.96
FARMACÉUTICO	18	1.6	0.83
NUTRICIONISTA	4	0.3	0.18
TÉCNICO DE RAYOS X	9	0.8	0.41
EDUCADOR PARA LA SALUD	5	0.4	0.23
INSPEC. SANEAMIENTO AMB.	19	1.7	0.87
TRABAJADORA SOCIAL	11	1.0	0.50
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	130	11.4	5.97
ASISTENTE DE FARMACIA	62	5.5	2.84
ASISTENTE DE LABORATORIO	21	1.8	0.96
AYUDANTE O ASIST./ SALUD	49	4.3	2.25
* OTRAS CATEGORÍAS	74	6.5	3.40
** ADMINISTRATIVOS	395	34.7	18.12

- Cifra Nula.

- * Recurso Humano que brinda servicios directos (apoyo, diagnóstico, tratamiento).
- ** Recurso Humano que no brinda servicios directos.

a> Se calculó en base a la totalidad del Recurso Humano.
b> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Veraguas.

CUADRO No.102
TASA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXISTENTES,
EN LA REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS
AÑO: 1993.

ESPECIALIDAD MÉDICA	T O T A L	
	Número	Tasa a>
TOTAL.....	50	2.29
MEDICINA INTERNA	5	0.2
CIRUGÍA GENERAL	5	0.23
GINECO-OBSTETRICIA *	6	0.95
PEDIATRIA **	9	1.08
ANESTESIOLOGÍA	2	0.09
UROLOGÍA	1	0.05
PSIQUIATRÍA	3	0.14
ORTOPEDIA	4	0.18
OFTALMOLOGÍA	2	0.09
OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	0.05
OTROS CIRUJANOS	2	0.09
ALERGOLOGÍA	2	0.09
DERMATOLOGÍA	1	0.05
NEUMOLOGÍA	1	0.05
GASTROENTEROLOGÍA	1	0.05
CARDIOLOGÍA	2	0.09
RADIOLOGÍA	2	0.09
FISIATRÍA	1	0.05

* Población femenina > de 15 años.

** Población < de 15 años. Los demás: toda la población.

a> Por 10,000 habitantes.

FUENTE: Departamento de Personal, S.I.S. Veraguas.

CUADRO No 103

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO EXISTENTE SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS AÑO 1993

RECURSO HUMANO	ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS											
	TOTAL			CENTRO DE SALUD			HOSPITALES			POLICLÍNICA		
	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>	No.	%	Tasa a>
T O T A L	643	100.0	29.50	167	26.0	7.66	389	60.5	17.85	87	13.5	7.38
MEDICO	144	22.4	6.61	30	4.7	1.38	94	14.6	4.31	20	3.1	1.70
ODONTÓLOGO	46	7.2	2.11	25	3.9	1.15	10	1.6	0.46	11	1.7	0.93
ENFERMERA	116	18.0	5.32	12	1.9	0.09	98	15.2	4.50	6	0.9	0.51
AUX./ENFERMERÍA	129	20.1	5.92	21	3.3	0.96	102	15.9	4.68	6	0.9	0.51
INSP./SANEAM. AMB	16	2.5	0.73	14	2.2	0.64	2	0.3	0.09	-	-	-
EDUCADOR DE SALUD	4	0.6	0.18	4	0.6	0.18	-	-	-	-	-	-
LABORATORISTA	20	3.1	0.92	1	0.2	0.05	19	3.0	0.87	-	-	-
FARMACEUTICO	17	2.6	0.78	1	0.2	0.05	5	0.8	0.23	11	1.7	0.93
NUTRICIONISTA	4	0.6	0.18	-	-	-	2	0.3	0.09	2	0.3	0.17
TRABAJADOR SOCIAL	11	1.7	0.50	3	0.5	0.14	3	0.5	0.14	5	0.8	0.42
TEC. DE RAYOS X	9	1.4	0.41	-	-	-	7	1.1	0.32	2	0.3	0.17
ASIST./LABORAT.	21	3.3	0.96	3	0.5	0.14	16	2.5	0.73	2	0.3	0.17
ASIST./FARMACIA	59	9.2	2.71	20	3.1	0.92	17	2.6	0.78	22	3.4	1.87
AYUDANTE DE SALUD	47	7.3	2.16	33	5.1	1.51	14	2.2	0.64	-	-	-

- Cifra Nula

a> Por 10,000 habitantes de toda la población

b> Por 10,000 habitantes de la población asegurada

FUENTE Departamento de Personal, S I S de Veraguas

CUADRO No.104

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGÚN GRUPO ETÁREO,
REGIÓN DE SALUD VERAGUAS. AÑO: 1993.**

1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MAS	
CAUSA	No.	CAUSA	No.	CAUSA	No.	CAUSA	No.	CAUSA	NO.
RESFRIADO COMÚN	3433	RESFRIADO	3134	RESFRIADO COMÚN	808	HIPERTENSION ARTERIAL	3147	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3437
PARASITOSIS	2411	PARASITOSIS	3181	PARASITOSIS	475	RESFRIADO COMU	2422	RESFRIADO COMUN	1134
BRONQUITIS	1098	ANEMIA	1271	GRIPE	368	GRIPE	2301	GRIPE	700
GRIPE	607	FARINGITIS	793	FARINGITIS	289	INFECCIONES DE VÍAS URINARIA	1867	BRONQUITIS	483
ANEMIA	533	AMIGDALITIS	747	ANEMIA	234	HERIDAS	1315	ARTRITIS REUMATOIDEA	430
DERMATITIS	361	GRIPE	740	HERIDAS	216	GASTRITIS	1290	GASTRITIS	427
AMIGDALITIS	345	BRONQUITIS	585	INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	120	PARASITOSIS	1163	ANEMIA	390
DIARREA	328	ASMA	302	BRONQUITIS	109	ANEMIA	846	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIA	341
PIODERMITIS	293	FARINGOAMIGDALITIS	301	DERMATITIS	100	FRACTURAS	833	FARINGITIS	343
RINOFARINGITIS	285	PIODERMITIS	193	FARINGOAMIGDALITIS	83	DERMATITIS	785	HERIDAS	266

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, S.I.S. Veraguas.

CUADRO No.105

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
Y TASA DE INCIDENCIA REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS
AÑO: 1993

<u>CAUSAS</u>	<u>NÚMERO</u>	<u>TASA a/</u>
SÍNDROME DIARREICO	3681	168.91
INFLUENZA EPIDÉMICA	3718	170.60
RUBEOLA	587	26.94
VARICELA	408	18.72
SARAMPIÓN	118	5.41
T.B.C.	76	3.49
BRONCONEUMONÍA	20	0.92
PAROTIDITIS	35	1.61
NEUMONÍA	37	1.70
INTOXICACIÓN ALIMENTICIA	55	2.52
MORDEDURA DE OFIDIO	209	9.5

a / Por 10,000 habitantes

FUENTE: Registro Epidemiológico Institucional, S.I.S. Veraguas

CUADRO No.106

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES,
REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS.
AÑO: 1993

<u>CAUSA</u>	<u>NÚMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
TOTAL	316	100.0
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	64	20.3
ENFERMEDAD PULMONAR	60	19.0
CARDIOPATÍA ARTEROESCLEROTICA	57	18.0
SÍNDROME HEPÁTICO	19	6.0
PREMATURIDAD	24	7.6
INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA	16	5.1
FALLAS CARDÍACAS POR ANTECEDENTES	14	4.4
CÁNCER DE ESTÓMAGO	12	3.8
ASMA BRONQUIAL	10	3.2
ENCEFALOPATIA	10	3.2
OTRAS CAUSAS	30	9.5

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, S.I.S. Veraguas