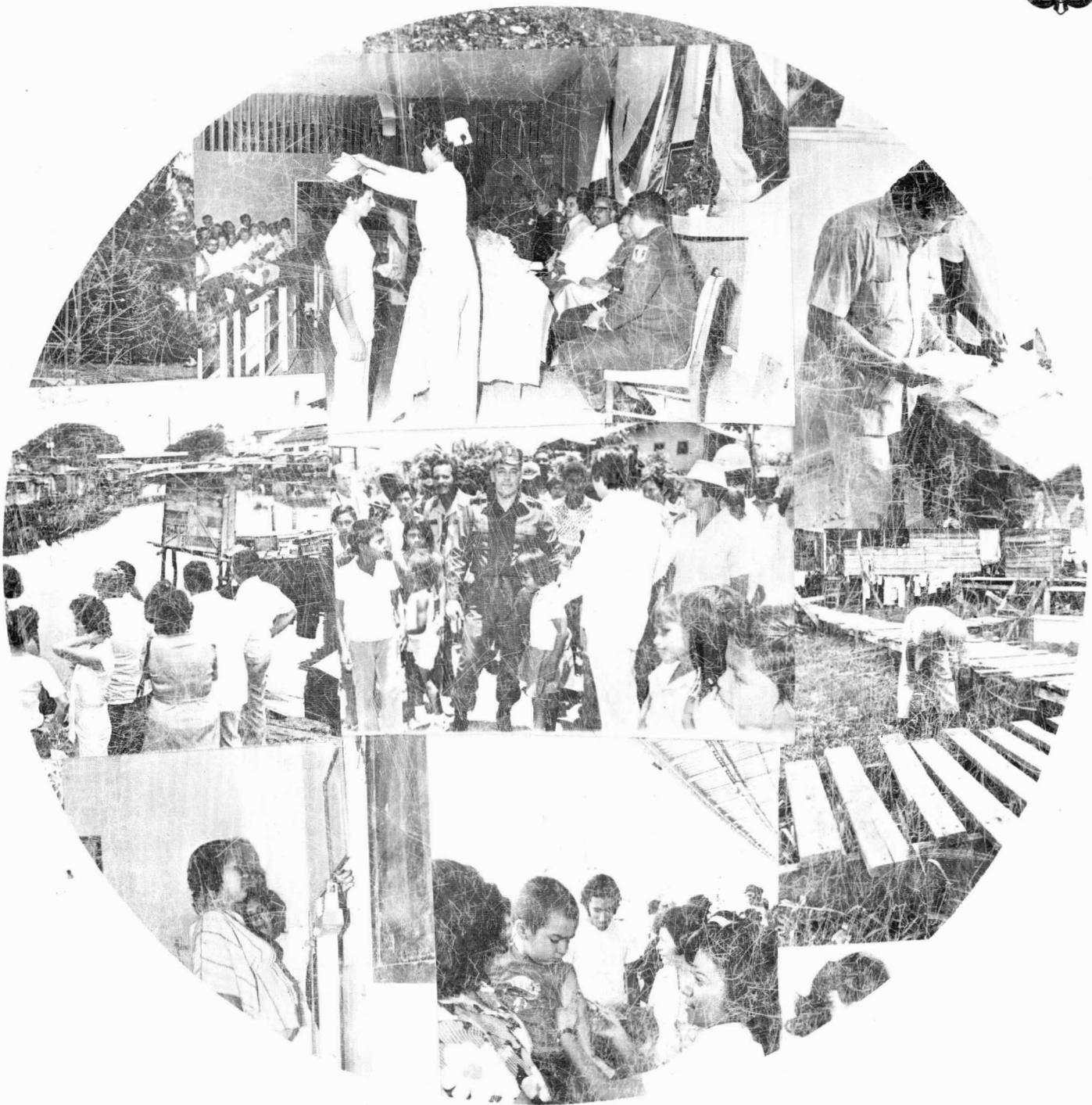


MINISTERIO DE SALUD

INDEXED



**INFORME DEL MINISTRO DE SALUD
DR. ABRAHAM SAIED N.
1974 - 1977**

Panama, 20 de septiembre de 1978



INDEXED

**INFORME DEL MINISTRO DE SALUD
DR. ABRAHAM SAIED N.
1974 - 1977**

Panama, 20 de septiembre de 1978

CONTENIDO

	Página
Introducción	3
Programas Generales de Salud	4
Salud Familiar	5
Programa Materno Infantil	5
Sub-Programa Infantil	6
Sub-Programa Maternal	7
Programa de Salud del Adulto	8
Programa de Salud Ambiental	10
Agua Potable	10
Saneamiento Ambiental	13
Servicios Generales de Salud	15
Consejo Técnico de Salud	15
Estudios de Población	16
Enfermería	17
Salud Mental	17
Salud Dental	18
Epidemiología.....	18
Difteria, Tétanos y Tosferina	19
Sarampión	20
Tuberculosis	21
Malaria	22
Aedes Aegypti	23
Hepatitis	23
Enfermedades Venéreas	23
Planificación de la Salud	24
Estadística	24
Farmacia y Drogas	25
Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria	26
Nutrición	27
Programas de Apoyo	
Docencia e Investigación	28
Educación de la Comunidad	28
Docencia	29
Trabajo Social	29
Comunicaciones	30
Investigaciones	30
Administración en Salud	31
Organización y Administración	31
Desarrollo de Recursos Humanos	32

INTRODUCCION

Desde la década pasada los países han ido adquiriendo progresivamente más conciencia sobre la carencia de servicios de Salud y los grandes núcleos de población que están desprovistos de todo tipo de atención médica, principalmente en las zonas rurales y áreas marginadas.

Esto ha dado lugar a que constantemente se hagan revisiones y ajustes en las políticas de salud y se adopten estrategias tendientes de hacer accesible a los servicios de salud a una mayor cantidad de población. Dentro de estas nuevas orientaciones surgió la necesidad de dar especial consideración a la atención primaria de salud como un mecanismo útil para acelerar el proceso.

Indudablemente que el éxito de todas estas actividades solamente se asegura con la participación efectiva y dinámica de la comunidad, como receptora de los beneficios que se derivan de las mismas.

Nuestro país está viviendo todas estas transformaciones en la implementación de la administración de la atención médica en beneficio de la población. Ha sido uno de los primeros en latinoamérica de hacer partícipe a la comunidad de los programas de salud dirigidos a lograr su mayor bienestar. Los Comités de Salud y Las Juntas Comunales hablan muy en alto al respecto y son numerosas y de trascendencia los logros obtenidos en diferentes campos.

Paralelamente se están haciendo grandes esfuerzos por extender la cobertura de los servicios y se han ido incorporando núcleos de poblaciones marginadas al beneficio de los programas de salud. Esta incorporación se ha hecho a través de la definición y establecimientos de niveles de atención, que van de lo más sencillo, determinado por las potencialidades de las comunidades, a lo más complejo, especializado y costoso ubicado en las grandes urbes. El nivel más sencillo ha fortalecido el concepto de atención primaria de salud como "medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asis-

tencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación".

A través de esfuerzos financieros tanto nacionales como con ayudas procedentes del extranjero, se ha desarrollado la infraestructura, mediante un vasto programa de construcciones de instituciones de salud principalmente del tipo de subcentros y puestos de salud; el desarrollo de un amplio programa de construcción de acueductos rurales y pozos, mejoras a la vivienda, desarrollo de proyectos de nutrición mediante la organización de huertos comunitarios, de proyectos de crías de animales y otros.

A su vez, antes las dificultades en contar con la adecuada disponibilidad de recursos humanos para atender las acciones específicas de salud, se han adoptado mecanismos que están permitiendo a adiestrar a personal procedente de la comunidad para cumplir con este cometido. Así, por medio de ley, se ha creado la profesión del Asistente Médico, el cual puede ser de 2 tipos: el de nivel universitario y el que no posee este nivel o también llamados ayudantes de salud. Actualmente están funcionando cursos de adiestramiento de ayudantes de salud en la mayor parte de las Regiones Sanitarias.

Todos estos esfuerzos aunados y que permiten llevar a la práctica los programas de salud, con la asesoría del equipo técnico y la tecnología y el proceso administrativo adecuado, dentro de la estructura y política que actualmente desarrolla el Ministerio de Salud en estrecha coordinación con las otras agencias del sector y con otros sectores del desarrollo, hacen vislumbrar que en un futuro muy cercano habremos conseguido una cobertura total para la protección de la salud de todos los panameños.

Se exponen a continuación los logros obtenidos en los diferentes campos de salud y que sirven y servirán de soporte a la consecución de esta meta final.



I.- PROGRAMAS GENERALES DE SALUD

A partir del año de 1973 el gobierno de la República de Panamá decidió integrar por etapa la institución que tenían a su cargo el cuidado de la salud de los panameños, con la finalidad de evitar la duplicación de esfuerzos y recursos, y obtener mayor capacidad para atender una demanda creciente de más y mejores servicios. En la actualidad sólo una provincia de las nueve que conforman la geografía del país resta para incorporarse al proceso integracionista, la cual es la provincia de Panamá que deberá cumplirse para 1979.

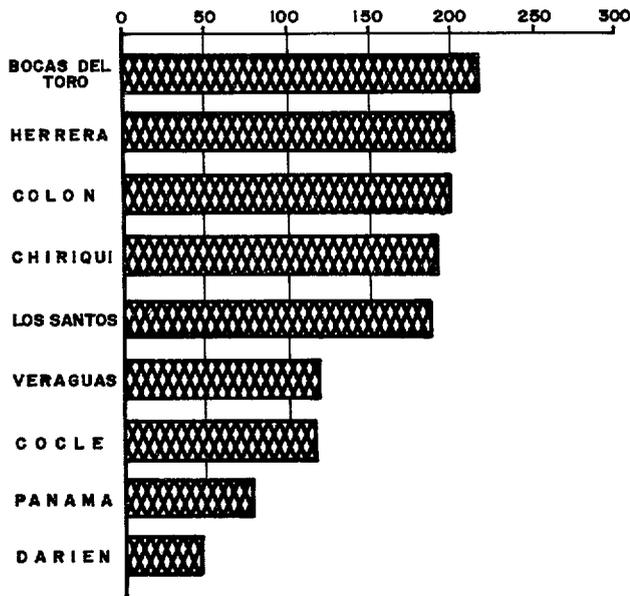
La situación señalada ha significado una ampliación importante de la capacidad del sistema de salud para incorporar una mayor población y ha permitido dedicar esfuerzos adicionales a la extensión de los servicios a las zonas rurales para los cuales se han implementado programas integrales de salud y se ha adiestrado personal de las mismas Comunidades a los cuales se le han asignado el rol principal en el proceso de cambio.

Las prioridades establecidas en el orden social han sido definidas en la filosofía de los programas que contemplan la atención a la madre y al niño y del adulto dedicados principalmente a proporcionar servicios preventivos y curativos a diferentes niveles de complejidad con facilidades de traslados de pacientes de un nivel a otro para asegurar a la población la oportunidad de tener acceso a los mejores recursos en salud con que cuenta el sistema. Es por ello que se ha otorgado a las regiones de salud la oportunidad de gozar de los recursos adecuados y la oportunidad de administrarlos de acuerdo a sus realidades.

La disponibilidad de los recursos para la atención ambulatoria ha permitido otorgar a la población consultas médicas a una tasa de 1.270 por cada 1.000 habitantes y los servicios hospitalarios han producido 23.7 egresos por cada cama al año, con fluctuaciones extremas de 43.9 en la Provincia de Herrera y 17.5 en Panamá. En todos los aspectos se ha procurado el mejoramiento de la capacidad instalada y se han extendido en el afán de cubrir con ellos las necesidades de la gente, y ante el constante au-

GRAFICA No. 1

**CONSULTAS MEDICAS POR 100 HABITANTES
SEGUN PROVINCIA: 1977**



mento de los costos de operación se ha tratado de mejorar la administración para que los recursos existentes se tornen más eficaces. Es un sentimiento generalizado la necesidad de desarrollar cursos de adiestramiento en servicio en esta área realmente crítica de administración hospitalaria y de mantenimiento de hospitales y de Equipo.

Salud Familiar:

El Ministerio de Salud, al reorganizar su estructura administrativa, creó en enero de 1975 la Dirección de Salud Familiar.

Esta dependencia tendría como fin: promover, prevenir y atender los problemas de salud de la familia. El Programa de Salud de Adultos, Materno Infantil, el de Salud Mental, Salud Dental y el Programa de Enfermería; formarían el grupo que se denominaría Salud Familiar.

Cada programa mantiene sus actividades específicas y realiza acciones que abarcan al grupo como un todo, a través de la coordinación realizada a nivel central; mediante reuniones para planificación y programación, análisis de logros y dificultades en la ejecución y evaluación del impacto de los programas y en el nivel local, mediante actividades de supervisión y docencia.

En el nivel local, se ha logrado reproducir la estructura de la Dirección de Salud Familiar, en las Regiones de Azuero, Colón, Chiriquí, y Veraguas. En las otras provincias los directores están conscientes de la necesidad de organizar estas y se encuentran en proceso de seleccionar entre su personal a los responsables de la tarea.

A.- Programa de Salud Materno-Infantil:

El Programa a través de sus dos Sub-Programas: el Maternal y el Infantil, abarca todos los aspectos preventivos y curativos de la Salud, relacionados con la Reproducción y el Desarrollo Humano, lo cual implica el Control del Embarazo, del Parto, del Puerperio, Regulación de la Fecundidad y el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño en toda su extensión desde la concepción hasta el final de la adolescencia.

Las áreas de trabajo del Programa Materno-Infantil, se resumen en tres aspectos generales:

- 1.- Atención Médica Integral.
- 2.- Educación.
- 3.- Investigación.
- 4.- Ambulatoria Intrainstitucional.

Para el año de 1977, de la Población Total del país, el 65.4% constituyó el blanco de las acciones del Programa, con la siguiente proporción según los grupos de población sujetos a riesgos:

a) Menores de 15 años:	42.4 %
Composición:	
Meñor de 1 año	3.0 %
1 - 4 años	12.3 %
5 - 14 años	26.6 %
b) Población Femenina en edad fértil (de 15-44 años)	22.0 %



A pesar de que las Instituciones del Sector Público de Salud tienen la responsabilidad sobre el total de la población, cabe la aclaración de que un núcleo importante de esta población es atendida en otras Instituciones de Salud como Clínicas y Hospitales privados, etc.

Sub-Programa Infantil:

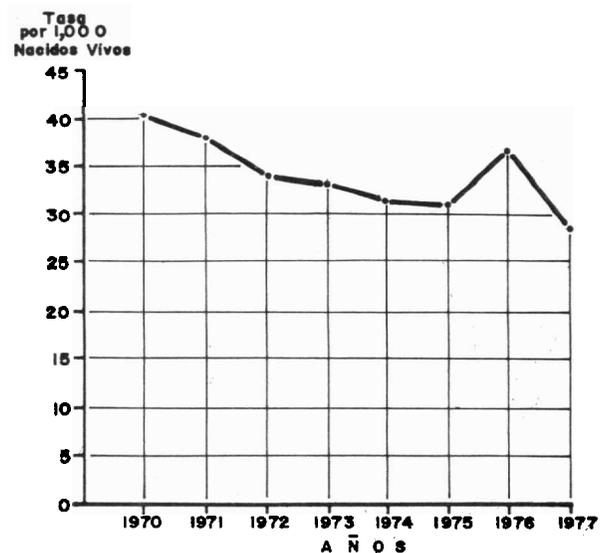
Dentro de las principales actividades de este Sub-Programa, se destacan la Atención y Captación Precoz del Recién Nacido y el continuo control del Crecimiento y Desarrollo del Niño hasta la adolescencia, además del control de la Nutrición, de las inmunizaciones y atención de su morbilidad. Las actividades del Control de Crecimiento y Desarrollo (Clínica del Niño Sano) son el resultado de la acción conjunta y complementada del Personal Médico y de Enfermería.

La Morbilidad Pediátrica es la actividad que constituye la mayor demanda de Consultas Médicas absorbiendo de este modo proporción de los recursos. De un total de 724.200 niños menores de 15 años se dieron 882.406 consultas por morbilidad, en 1977, lo que equivaldría a 1.2 consultas por

niños menores de 15 años. Se programaron 1,065.504 de manera que se cumplió la meta en un 83 0/o. El crecimiento de la demanda atendida entre los años de 1972 a 1977 fue del orden del 68.3 0/o con un incremento anual de 13.7 0/o.

GRAFICA No. 2

MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADA EN LA REPUBLICA, AÑOS 1970-1977



La atención hospitalaria a este grupo fue 13.5% superior al que se brindó en 1972 y la relación Consulta Egreso que en 1972 fue de 22 se modificó a 32 en 1977. Todo este esfuerzo significó una sustancial mejora en algunos indicadores, como ejemplo: la mortalidad infantil y su componente la neonatal temprana y mayormente la tardía, atribuibles a los esfuerzos en las actividades de vacunación y la reducción de las tasas de morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacuna. La mayor atención del parto permitió el control temprano del recién nacido eliminando los riesgos de muerte en el período crítico de adaptación del niño al medio ambiente.

La Dirección del programa continuó desarrollando programas de adiestramiento en servicio sobre el manejo del niño de alto riesgo, la atención de las Clínicas Pediátricas, etc.

Sub-Programa Maternal:

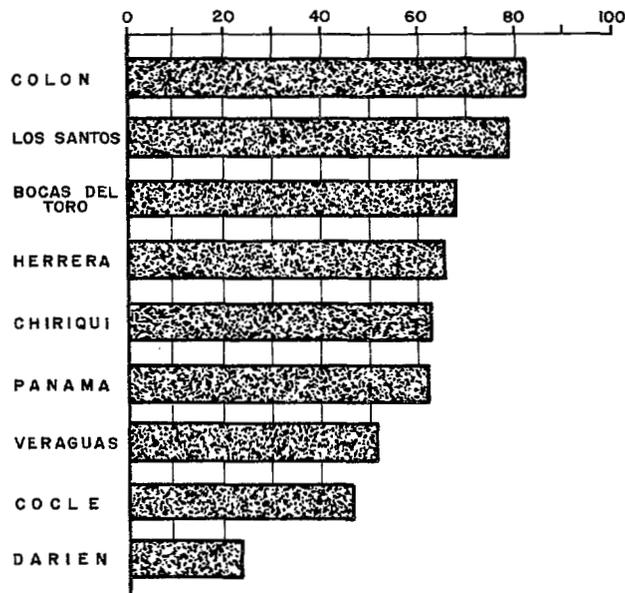
Las acciones desarrolladas en las clínicas permitió que el 76.6% de los partos fue-

sen atendidos profesionalmente, brindándole a los nuevos panameños la oportunidad de ser recibidos adecuadamente al momento de su nacimiento. Resulta claro que esta cifra es reveladora de la cobertura de los servicios de salud y significa un incremento de 12.3% desde 1972 y presenta una panorámica del trabajo realizado en el último quinquenio.

La proyección de los servicios de salud a las comunidades hizo posible que la asistencia a las clínicas de prenatales se duplicase en el período 1972-1977 con un incremento de 14% más que en el año 1976. El control puerperal ha mantenido tradicionalmente, niveles relativamente bajos y para 1977, sólo el 25% de las mujeres que se atendieron durante su embarazo se registraron en estas clínicas.

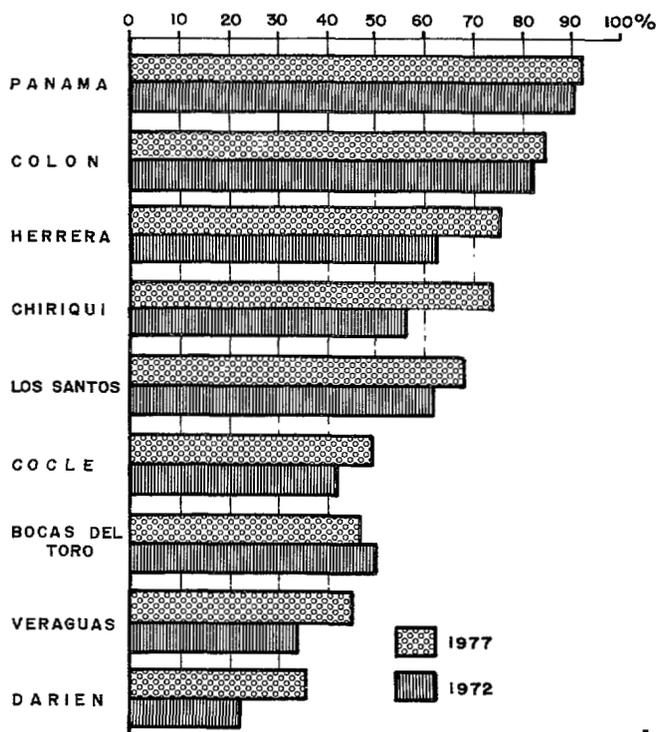
GRAFICA No. 4

EMBARAZOS ATENDIDOS POR 100 NACIDOS VIVOS POR PROVINCIA: 1977



GRAFICA No. 3

PORCENTAJE DE ATENCION PROFESIONAL AL PARTO POR PROVINCIA: 1972-1977



Esta situación puede ser explicada por los esfuerzos educativos que se realiza, desde el momento del embarazo y del parto inclusive, para planear adecuadamente sus embarazos, que durante el último año ingresó a 9.285 mujeres de las cuales el 41% eran menos de 25 años, evidenciando el deseo de la mujer panameña de espaciar sus embarazos.

En atención a la necesidad de adiestramiento se dictaron 4 cursos de Planificación Familiar y de educación sexual, proyectándose algunos de ellos hacia los grupos adolescentes.

B. Programa de Salud de Adultos

El programa de Salud de Adultos tiene la responsabilidad de normar los servicios de salud dirigidos a la población de mas de 15 años de edad.

Los objetivos del Programa son:

po de edad, la cual se debe principalmente a una reducción de la mortalidad por neumonías y enfermedades diarreicas. La tendencia de las causas degenerativas y violentas de suplantar a las enfermedades infecciosas como primeras causas de muerte se mantuvo durante el período referido, gracias al esfuerzo masivo del Ministerio de Salud en la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Los datos de morbilidad (hospitalaria), al estar condicionado aún por la oferta y no por la demanda, y al no incluir la morbilidad ambulatoria, no demuestran

ción de la oferta de servicios (vs. la demanda), a pesar de haberse superado desde 1976 el promedio de 1 consulta por habitante - año.

La escasez relativa de enfermeras y la concentración de sus esfuerzos en el programa Materno Infantil han determinado el bajo volumen de consultas de enfermería observadas durante el quinquenio de referencia. A esta misma situación se debe el volumen reducido de visitas domiciliarias, las cuales, sin embargo, han ido aumentando progresivamente a razón de 11-12% por año.

Las cifras referentes a egresos hospitalarios han mostrado un comportamiento un poco errático, probablemente debido a problemas en el registro estadístico. Durante el período 1974-1977 se mantuvo una relación de aproximadamente 5 egresos por cada 100 consultas médicas.

Las inmunizaciones, en general, han logrado una cobertura baja. Con la excepción de la vacunación antivariólica, que ya se está descontinuoando por prácticamente haberse

erradicado del mundo, y la BCG, cuya necesidad en adultos se ha casi eliminado debido a la vacunación rutinaria de recién nacidos con este antígeno; esta baja cobertura es motivo de preocupación. La vacunación antisarampionosa, si bien fue masiva en la población indígena adulta susceptible, no demuestra una cobertura adecuada. Sin embargo, mientras no se conozca la situación inmunológica real de nuestra población a través de la encuesta serológica nacional, próxima a realizarse, no se puede valorar objetivamente a los esfuerzos de vacunación realizados.

La inmunización contra el tétanos alcanzó un 10 a 20% de lo que sería una cobertura aceptable, pero muestra una tendencia a aumentar a razón de 85 a 100% por año. La protección contra la fiebre amarilla, por razones de un pequeño brote en 1974, alcanzó la cifra impresionante de 53.6%. Sin embargo, después de 1974 los niveles de cobertura han disminuido notablemente por debajo del 10% anual necesario para mantener protegida a nuestra población contra este mal.



Durante 1976 se inició, como actividad del Programa de Salud de Adultos, la detección precoz de la hipertensión arterial. Las tomas efectuadas hasta ahora en la Región Metropolitana han revelado que alrededor de un 15% de nuestra población adulta tiene valores tensionales elevados. En lo que va de 1978 se ha extendido la atención integral de la hipertensión, incluyendo a la detección precoz, a las provincias de Chiriquí, Veraguas y Colón.

Con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana se inició en 1977 la detección precoz del glaucoma en la Región Metropolitana. Debido a irregularidades en el registro, todavía no se cuenta con información sobre el trabajo realizado.

En 1977 se hizo un diagnóstico de la situación de salud del adulto panameño, se preparó el proyecto de Normas del Programa de Salud de Adultos y se crearon tres subprogramas, a saber:

- Subprograma Salud y Juventud
- Subprograma Salud y Producción
- Subprograma Salud de la Tercera Edad

Durante el primer cuatrimestre de 1978 se organizó el Primer Curso Nacional de Salud Ocupacional, en el cual participaron médicos, enfermeras, inspectores de saneamiento ambiental e inspectores de seguridad industrial de todo el país. Este curso fue el primer paso para la ampliación de actividades de Salud Ocupacional a todo el país.

C. Programa de Salud Ambiental

La filosofía de trabajo que enmarca las acciones de este programa, guarda una estrecha vinculación con el aporte de cada comunidad en la solución de sus propios problemas, ya que como base esencial de estos programas, son considerados los propios grupos de población a los que se les motivan, estimulan y se contabilizan como parte de la dinámica de generación de soluciones con que

cuenta el Ministerio de Salud. Esta política de trabajo, que requiere una dedicación casi completa a las responsabilidades diarias por estar involucrados grupos humanos a los que hay que utilizar para promover y obtener de ellos sus propios cambios en actitud, disposición mental y emocional, es la que a la postre produce los cambios básicos del ambiente físico que rodea a estos grupos y que constituye en un alto grado el factor que promueve, mejora o deteriora la salud de las comunidades.

Este enfoque ha permitido un incremento dinámico de los programas de extensión de cobertura de los servicios de salud y la interacción permanente que debe existir entre los mismos. Es así como el programa de agua potable rural, el de disposición sanitaria de la excreta, y el de salud industrial, se entienden como parte de un conjunto de normas, mejoramiento integral de la vivienda y del ambiente que la rodea, mayor producción y consumo de alimentos, utilizando para obtener estas realizaciones, el principio fundamental de una participación activa de la comunidad para alcanzar esas mejoras.

En el informe presente se tratará de resumir las acciones de esta Dirección correspondientes al período de 1974 a 1978, realizadas por conducto de los programas de Agua Potable Rural, Saneamiento Ambiental y Salud Industrial.

Agua Potable Rural:

Tomando en consideración que la experiencia panameña en lo referente al abastecimiento de agua potable de su población rural data ya de varias décadas, añadido a la política deliberada de convertir a los miembros de la comunidad en verdaderos agentes de cambios, esencialmente desde el advenimiento del gobierno revolucionario, podemos entonces mostrar con satisfacción datos estadísticos sobre lo obtenido hasta el presente.

Desde el año de 1900, fecha cercana al inicio de nuestra vida republicana, y que por tal motivo queremos utilizar como referen-

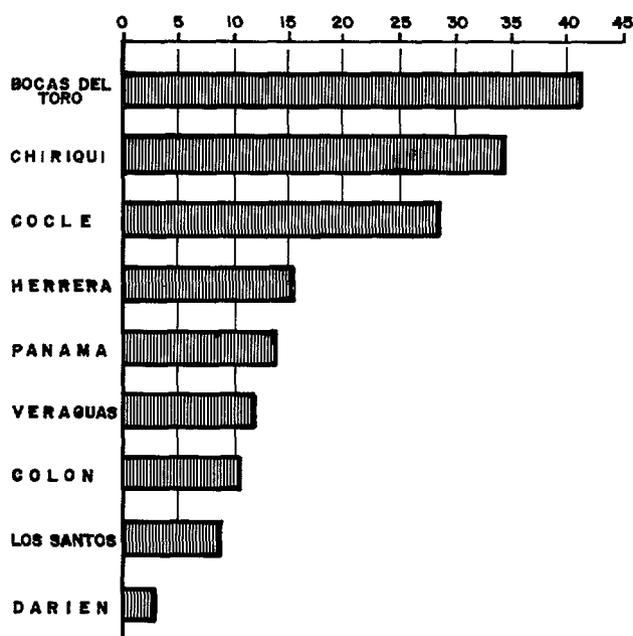
cia, hasta 1960, se logró beneficiar el 18.8% de la población rural del país, siendo en ese momento de 629,191 habitantes, lo cual representaba el 58.5% de la población total.

Al 31 de diciembre de 1974 el porcentaje de población beneficiada alcanzó el 53.2% de la población rural, estimada a esa fecha en 826,000 personas y que con relación a la población total del país representaba un 50.2%.

Estas cifras ponen de relieve el impacto que ya en 1974 venía haciendo el programa de dotación de agua rural, pues mientras que en 60 años de existencia de nuestra República, 1900-1960, se había logrado solamente el 18.8% de población beneficiada con agua potable, en 14 años adicionales, 1960-1974, ya contábamos con 53.2% de nuestra población rural beneficiada, sin embargo el avance es mas espectacular en la década del 70, pues observamos que de 1974 a 1977 este porcentaje sube a 63.8%.

GRAFICA No. 5

CASOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS POR 1000 HABITANTES REGISTRADAS POR PROVINCIA: 1977



No obstante referirse este informe al período 1974-1978, aún no se han terminado los programas de este último año y como consecuencia, no se han efectuado los análisis correspondientes.

Un hecho cualitativo de importancia sanitaria se refleja en los datos relativos a la población rural servida intradomiciliariamente, ya que en 1960 era menos del 1% en 1970 fué de 6.9%, en 1974 alcanza el 21.1% y en 1977 obtenemos el 23.9%.

Cuadro No. 1

Población rural con abastecimiento de agua al 31 de diciembre de los años indicados

Años	Pobl. Rural	% de Pobl. Total	Pobl. Beneficiada		Pobl. Servida	
			Número	%	Número	%
1960	629.191	58.5	118.411	18.8	5.662	0.9
1970	748.664	50.8	322.484	43.0	51.876	6.9
1974	826.000	50.2	439.200	53.2	174.250	21.1
1977	867.900	48.3	553.990	63.8	208.010	23.9
1978	Aún no ha transcurrido este año.					

El mejoramiento substancial de la dotación de agua potable en la República de Panamá, obedece a un sostenido programa de construcción de acueductos iniciado con financiamiento efectivo en 1970 y al programa de pozos rurales con suficientes recursos en 1955.

Gracias a estas acciones, hemos obtenido de 1974 a 1978 los logros siguientes:

Cuadro No. 2

Años	Acueductos Rurales	Pozos Rurales
1974	77	250
1975	88	264
1976	94	355
1977	53	410
1978 (x)	100	300
TOTAL	412	1,579

(x) Se tiene como meta terminar 100 acueductos para 1978 y 300 pozos rurales.



Con satisfacción informamos que este programa tiene asegurado el financiamiento de 150 acueductos adicionales los que deben ejecutarse en 1979 y 1980.

Evaluación Socio-Económica

En el año de 1975 la Dirección de Docencia e Investigación, programó y realizó una encuesta en 66 acueductos rurales con el fin de obtener datos concluyentes sobre los cambios socio-económicos ocurridos en esas comunidades como consecuencia de contar en su infraestructura con un sistema de abastecimiento de agua potable. Aunque todavía se realizan análisis complementarios de los resultados obtenidos en la encuesta, lo que introduce reservas en el uso de la información, presentamos algunos comentarios que contribuyen a confirmar las hipótesis anteriores.

En cuanto al tiempo de residencia en la comunidad se observó que en un período

de 4 años como máximo, las comunidades con acueducto habían registrado un aumento de población de 21.1% como promedio, lo que representa un mínimo de 5% de crecimiento anual contra un crecimiento de 2% de todo el sector rural. En lo relativo a las condiciones sanitarias de la vivienda se observó que el 78.4% tenían letrinas, de las cuales el 10.5% fueron hechas después de la construcción del acueducto, y el 42.7% de los investigados declaró haber hecho mejoras en sus viviendas en el mismo período. Estas mejoras han sido efectuadas en el techo, paredes, pisos y cocina. El 73.2% de los encuestados declararon tener su vivienda conectada al acueducto, de ellos el 59.2% manifestaron estar conectados por razones de comodidad y limpieza y el 36.6% porque tenían agua potable con mayor confiabilidad.

Presentamos ahora, aspectos epidemiológicos los cuales aunque deben ser manejados con mayor reserva, permiten constatar cambios de importancia. En la encuesta se manifiesta que "la población no tiene una clara percepción de que las enfermedades de origen hídrico como la diarrea, parasitosis, infecciones de la piel, son en realidad enfermedades. Quizás el hecho de que estos males ocurren con tanta frecuencia en las familias del medio rural, que se llega a considerar normal que un niño tenga parásitos o diarrea. Lo mismo sucede con los adultos, que consideran que se está enfermo cuando observan síntomas más graves y evidentes". Las principales causas de enfermedad informadas en las encuestas son las diarreas con un 29.6% del total antes del acueducto y de 12.6% después, lo que da una disminución del 57.3%; siguen las parasitosis con un 24.5% antes y un 8.5% después con una disminución del 65.2%; las infecciones con un 10.2% antes y 5.9% después con una disminución del 44.3%; la gastroenteritis con un 8.8% y un 3.7% antes y después respectivamente, con un 51% de disminución y la tifoidea con 14 casos antes y 5 después, lo que da una disminución del 64.2%. Estos datos epidemiológicos no ofrecen certeza absoluta debido a que las enfermedades de origen hídrico

aunque íntimamente relacionadas con el agua, pueden ser ocasionadas por muchos otros factores como la mala disposición de excretas, la manipulación inadecuada de alimentos, la falta de higiene en la vivienda y los malos hábitos higiénicos.

Para finalizar se presenta lo obtenido con relación a la participación de la comunidad. Como ya se ha expresado, el programa de acueductos rurales tal como se ha implantado en Panamá, demanda de la efectiva participación comunitaria en todas sus fases. Así los datos demuestran que el 86.50/o de los encuestados participaron en una forma u otra en la construcción del acueducto. Este hecho se ratifica aun más cuando se considera que el 13.40/o en su gran mayoría no participó por no residir en la comunidad en el momento de la construcción de la obra.

Saneamiento Ambiental

El Departamento de Saneamiento Ambiental por conducto de sus inspectores técnicos, supervisores e ingenieros, ha desarrollado una intensa actividad a lo largo y ancho del país durante la presente década. Sus aliados principales para conseguir cambios de importancia en las condiciones ambientales de las comunidades han sido los propios moradores de ellas y sus líderes naturales a través de las organizaciones básicas como juntas locales, comunales y comités de salud.

Durante esta década la problemática de Saneamiento Ambiental se ha multiplicado y se ha hecho más compleja por el propio crecimiento de la población y por el desarrollo que se ha dado en los sectores comerciales, industriales y agropecuarios. Estos cambios han motivado la especialización de los recursos humanos disponibles principalmente en las áreas de higiene y seguridad ocupacional y de prevención del deterioro de los ecosistemas por problemas de contaminación en el aire, el agua o el suelo.

Principales logros alcanzados:

Los principales logros obtenidos se reflejan en el análisis de las estadísticas relativas al

abastecimiento de agua potable, tanto en la zona urbana como en la zona rural, el cual ha sido presentado en la primera parte de este informe. Con relación a la disposición sanitaria de las excretas en el período de 1974 a 1978 se construyeron un total de 32,670 letrinas, beneficiando a una población de 163,350 personas, dato que aparece en detalle en el cuadro No. 3. Las letrinas sanitarias en la actualidad sirven para disponer las excretas del 22.30/o de la población urbana y el 74.20/o de la población rural, lo cual representa un 47.30/o de la población total del país. En este renglón se ha desarrollado una campaña permanente para lograr que todas las casas accesibles se conecten al sistema de alcantarillado en las comunidades donde funciona este sistema.

Cuadro No. 3
Letrinas construidas y Población Beneficiada
de abril 1974 a marzo 1978

Años	Letrinas	Población Beneficiada
1974	6,621	33,105
1975	6,763	33,815
1976	9,011	45,055
1977	8,142	40,710
1978 (x)	2,133	10,665
TOTALES	32,670	163,350

(x) Cifra correspondiente desde enero a marzo de 1978.

Con relación a la recolección, transporte y disposición final de los desechos sólidos, se ha brindado una asesoría permanente a todos los municipios e instituciones del país con responsabilidad en este servicio. Durante este período se han construido 31 crematorios en su gran mayoría en comunidades menores de 2,000 habitantes. Merece destacarse la asesoría técnica ofrecida por este departamento para lograr el mejoramiento del actual sistema de disposición final de la Ciudad de Panamá que por muchos años ha ocasionado graves problemas a las áreas ubicadas en sus alrededores.

En forma paralela a las acciones tomadas para resolver en forma satisfactoria el problema de las basuras, se ha mantenido una permanente campaña de construcción y

limpieza de canales de desagüe para reducir los criaderos de mosquitos y se han emprendido campañas sistemáticas para el control de las ratas.

La efectividad de estas campañas se han visto reducidas por la falta de cooperación por parte del público, quien no brinda la atención necesaria para mantener limpios los patios y terrenos baldíos dentro de la ciudad y por la falta de tinacos u otros dispositivos adecuados para un eficiente servicio de limpieza urbana.

Mencionaremos ahora el aspecto relacionado con el control sanitario de alimentos, que

dada su importancia a nivel urbano ha merecido la reacción de una sección dedicada en forma específica a la atención de esta actividad del saneamiento básico. En este campo ha existido una permanente acción para inspeccionar a los establecimientos dedicados a la elaboración y expendio de alimentos y con la colaboración de todos los Centros de Salud se ha intensificado el control de los manipuladores incluyendo la realización de cursos específicos para lograr su adiestramiento. El total de manipuladores adiestrados en este período alcanza la cifra de 4,301 y los certificados de salud expedidos a manipuladores ha sido de 55,479.



SERVICIOS GENERALES DE SALUD

CONSEJO TECNICO DE SALUD

El Consejo Técnico de Salud celebró en estos últimos 5 años un total de 63 reuniones ordinarias y 3 reuniones extraordinarias.

Los acuerdos y decisiones tomadas se resumen a continuación:

Se reconoció la idoneidad y se extendió autorización para el libre ejercicio de sus respectivas profesiones en el territorio del país a un total de 498 médicos, 66 odontólogos, 45 veterinarios, 19 optometristas, 18 nutricionistas, 1 quiropráctico, 3 acupunturistas, 4 asistentes médicos, 30 auxiliares dentales, 13 asistentes dentales, 8 higienistas dentales, 8 mecánicos dentales, 310 enfermeras, 265 laboratoristas y 101 farmacéuticos.

Por recomendación de la Comisión de Especialidades Médicas, se hizo el reconocimiento oficial de 178 profesionales como Médicos, Especialistas así:

Anestesiología 17, Cardiología 10, Cirugía General 20; Dermatología 2; Endocrinología 1; Gastroenterología 1; Ginecología y Obstetricia 23; Cirugía Plástica 1; Cirugía Pediátrica ; Cirugía Torácica 1; Ortopedia y Traumatología 4; Otorrinolaringología 9; Medicina Interna 18; Neumología 2; Oftalmología 10; Nefrología 3; Oncología 2; Pediatría 33; Psiquiatría 12; Patología 1; Urología 3; Cirugía Ortopédica 1; Cirugía Cardiovascular 1; Alergia e

Inmunología 1; Sub-especialidad en Perinatología Pediátrica 4; Sub-especialidad en Nefrología Pediátrica 1; Puericultura y Pediatría 1; Foniatría y Audiología 1.

Se autorizó la expedición de 160 licencias de Laboratorio y Agencias Farmacéuticas, para la importación y manejo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en sus sales puras y preparados farmacéuticos terminados con contenido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Se autorizó la contratación de 78 médicos extranjeros, quienes prestan servicios en diferentes Instituciones del Estado.

Se aprobó la autorización para la apertura y funcionamiento de 11 laboratorios privados.

Se aprobó la autorización para la apertura y funcionamiento definitivo de 5 Clínicas Hospitales Privados.

Se sancionó 6 casos por el ejercicio ilegal de la medicina.

Se concedieron 33 permisos de autorización a la Caja de Seguro Social para importar ciertos medicamentos de urgente necesidad, para los Hospitales de esa Agencia, ya que estos medicamentos son para el uso exclusivo de esta Institución.

Se aprobó el reconocimiento de idoneidad a 6 Asistentes Médicos.

Se aprobó la Resolución No. 1 que reglamenta la práctica de la técnica denominada Acupuntura en el territorio nacional.

Se aprobó el reconocimiento del primer año de internado a 22 Médicos que realizaron este período de trabajo en hospitales reconocidos del extranjero.

ESTUDIOS DE POBLACION

El último lustro se caracteriza por un robustecimiento de la Oficina en materia de recursos humanos a partir de 1974 que trae consigo un acrecentamiento de los estudios e investigaciones, con miras al establecimiento de la política demográfica del país por parte de la Comisión Nacional de Política Demográfica. Esta Comisión fue reestructurada en septiembre de 1974 para darle mayor coherencia.

Año Mundial de la Población:

La ONU proclamó el año 1974 como el Año Mundial de la Población con el fin de promover el interés de la comunidad internacional por los problemas demográficos y sus implicaciones recíprocas con aspectos económicos y sociales.

Para celebrar este acontecimiento, la Oficina de Estudios de Población preparó una exposición gráfica sobre diversos aspectos demográficos en el mundo, en América Latina y en Panamá. Con base en esta exposición gráfica, se editó un folleto a colores "Panamá en el Año Mundial de la Población" que recoge, además de las 80 gráficas, breves textos explicativos de las mismas.

Asimismo, el Director de la Oficina participó en la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest, Rumanía, en agosto de 1974.

Atlas de Salud de Panamá:

La realización de esta obra es acaso la tarea más importante durante el período 1973-1975. Correspondió a esta Oficina la coordinación de su preparación, aparte de la elaboración de los cartogramas y láminas y la redacción de comentarios.

El Atlas de Salud de Panamá constituye una segunda edición revisada, aumentada y puesta al día del Atlas de Geografía Médica de 1970. Está formado por un conjunto de 47 cartogramas y láminas que muestran informaciones especializadas referentes a la población panameña y sus condiciones de salud, y se complementan con 39 comentarios, incluyendo gráficas y cuadros estadísticos que facilitan su estudio y aclaran su contenido. Fue publicado en 1975.

Estudios e Investigaciones:

- Algunos Aspectos sobre la Fecundidad en la República de Panamá.
- Situación y Tendencias del Analfabetismo en Panamá.
- La Seguridad Económica en la Vejez.
- Notas sobre Morbilidad y Mortalidad General en Panamá: 1973-1975.
- Estudio Socio-Económico de las Barriadas de Emergencia en Panamá: 1970.
- Encuesta de Seguimiento a las Usuarias del Programa de Planificación Familiar.
- Proyección de las Necesidades de Alimento para la Población Panameña: Años 1975-1980 y 1985.
- La Encuesta de Fecundidad de Panamá: 1975-1977. Esta investigación constituyó la principal actividad de la Oficina realizada en el período mayo 1975-diciembre 1977, siendo después de los Censos Nacionales de 1970 la investigación demográfica más importante del país.

Boletín Informativo "Temas de Población":

Desde el mes de agosto de 1976 la Oficina de Estudios de Población viene publicando periódicamente el Boletín "Temas de Población" el cual cumple con la finalidad de dar a conocer distintos aspectos relacionados con la población, y que son producto de los estudios e investigaciones que aquí se realizan, de tal for-

ma que sus resultados sean del más amplio conocimiento y de la mayor utilidad posible.

Participación de la Oficina de Estudios de Población en Otros Proyectos de Investigación:

La Oficina de Estudios de Población, en su función de Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Política Demográfica, participa en forma efectiva en proyectos que se realizan en otras dependencias oficiales, como son entre otras:

- La Dinámica de Población y sus Relaciones con la Reforma Educativa-Ministerio de Educación.
- Educación y Empleo en Panamá-IFARHU
- La Situación del Obrero en la Ciudad de Panamá-ICI
- Proyecciones de Población-Dirección de Estadística y Censo.

Seminario sobre Políticas de Investigación en Población:

Este Seminario se organizó dentro del marco de la Comisión Nacional de Política Demográfica, entre el 14 y 16 de diciembre de 1977, con el objetivo de formalizar las relaciones de trabajo existentes entre las diversas entidades oficiales que realizan investigaciones sobre población, como también intercambiar experiencias concernientes a metodología utilizadas en las investigaciones y definir una política de investigación que sirva como plataforma para el trabajo coordinado entre las diversas unidades comprometidas o interesadas en la temática.

Enfermería

Las necesidades nacionales del recurso de enfermería aún no han sido satisfechas, apesar de que dos centros de enseñanza, están produciendo anualmente 120 unidades aproximadamente. La relación de enfermera por 10,000 habitantes aun se encuentra distante de la meta de 10 establecida para las Américas.



La dotación del recurso auxiliar muestra una tasa para 1977 de 15.2 por cada 10.000 habitantes y le relación de 1.8 auxiliar por cada enfermera en el país. Parte de este personal conjuntamente con los ayudantes de Salud, tiene la tarea de participación activa en los programas de atención primaria, prestando sus servicios en las comunidades más apartadas para la cual ha sido necesario el diseño de guías que redefinen sus funciones, ajustándolas al trabajo rural.

A nivel más alto de la escala organizativa se han implementado trabajos específicos para formular y aplicar estándares de atención en servicios de enfermería hospitalaria y comunitaria destinados al mejoramiento de la calidad de la atención. Una primera evaluación sobre los resultados de estas normas se realizaron en 1976, y sus resultados seguramente proporcionan suficiente conocimientos adicionales para mejorar el esfuerzo en este campo y como consecuencia ampliar las coberturas manteniendo los mismos niveles de calidad.

Salud Mental

Las actividades de Salud mental se han expandido durante los últimos años en la medida que la atención ambulatoria se ha colocado al alcance de los Centros de Concentración de servicios. Entre 1970 y 1977 el volumen de esta actividad se quintuplicó al registrarse 10,824 en 1970 y

51,829 en 1977, adquiriendo una nueva dimensión en razón de que el servicio se extendió hacia regiones en que no existía en el pasado.

La atención hospitalaria ha disminuido significativamente como consecuencia del programa de extramuros y los tiempos de permanencia se redujeron. Se encuentra en ejecución un programa de Ergoterapia que permite al paciente desarrollar trabajos normales bajo supervisión médica, recibiendo aceptación tanto de pacientes como de familiares.

Se ha desarrollado un programa de docencia en Psiquiatría en coordinación con la Universidad de Panamá de donde han egresado 22 Psiquiatras y 10 se encuentran en período de entrenamiento. De igual manera se desarrollan cursos de Salud Mental dirigido a personal de enfermería, que ha proporcionado cuatro promociones desde 1973 con un total de 42 unidades adiestradas en esta área.

En coordinación con la Escuela de Farmacología de la Universidad de Panamá se creó el Instituto de Investigaciones Psicofarmacológica que investiga nuevos fármacos conjuntamente con la Universidad de McGill de Canadá. En esta dirección se organizó una investigación sobre demandas de servicios de Salud Mental conjuntamente con el Instituto de Higiene Mental de los Estados Unidos en la que participan otros países del mundo.

Con la finalidad de mejorar la atención del paciente se encuentra en aplicación los estándares de Salud con participación primordial del Departamento de Enfermería.

SALUD DENTAL

Si se analiza el rendimiento de los servicios odontológicos en la República de Panamá, podemos apreciar que desde la década del año 60 hacia atrás, el reducido número de odontólogos aparece como una de las causas más importantes que incidían sobre el bajo nivel de salud bucal en la población.

En el decenio actual y mediante los cambios radicales operados en la estructuración de los ser-

vicios odontológicos demuestran grandes transformaciones a través de los programas de salud integral de las necesidades odontológicas de las comunidades.

El establecimiento de un laboratorio clínico odontológico de investigación aplicada, cuya finalidad básica es la investigación aplicada de diferentes métodos técnicos y procedimientos.

La creación de las clases de auxiliar dental, asistente de odontología e higienista dental, mediante la Resolución No. 321 de 19 de mayo de 1976, personal auxiliar que ha permitido hacer mejor uso del personal profesional con las consecuentes mejoras en el rendimiento de los servicios.

La organización y desarrollo de un curso de Asistente de Odontología Comunitaria, a través del Ministerio de Salud y la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá, lo cual, indudablemente, ha permitido mayor delegación de funciones por parte de los odontólogos. Además, se hace responsable a la Facultad de Odontología como el único organismo encargado de la formación de personal a todos los niveles, (profesional y auxiliar), de acuerdo a las necesidades del país y teniendo como base la política de Salud.

La realización de estudio diagnóstico sobre la problemática odontológica en Panamá, llevado a cabo por una Comisión designada por el Ministro de Salud, Doctor Abraham Saied, y de la cual forman parte los Departamentos de Odontología del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá y la Asociación Odontológica Panameña.

La actualización del conocimiento profesional, mediante la realización de seminarios que se realizan en diferentes Sistemas de Salud con el fin de transmitir a los profesionales los últimos conocimientos científicos que les permita mantenerlos al día en el ejercicio de su profesión.

EPIDEMIOLOGIA

Este es uno de los departamentos que durante los últimos cuatro años ha sido motivo de reorganiza-

ción con el fin de obtener una estructura que permita elaborar, analizar y recomendar las medidas que ayuden a controlar con mayor eficacia las enfermedades como problema de salud.

Dentro de las acciones más importantes llevadas a cabo se pueden enumerar las siguientes:

- 1.- Se inició la vigilancia epidemiológica con la recolección, análisis y distribución de la información a través de un Boletín epidemiológico mensual para toda la República y uno semanal para la Región Metropolitana.
- 2.- Se ha aumentado los cuadros de personal médico con formación en Epidemiología en cursos internacionales y esperamos que a mediano plazo estemos en capacidad de tener una red funcional en todo el país.
- 3.- Se han programado seminarios para médicos y enfermeras, los cuales tienen como objetivo implantar los conocimientos epidemiológicos para reforzar las actividades de vigilancia en cada una de las Regiones del país.
- 4.- Se ha dado alta prioridad y se han intensificado los programas de vacunación contra las enfermedades transmisibles en todo el país.

A.- Control de Enfermedades Transmisibles

Difteria, Tétanos y Tosferina.

A consecuencia de la aplicación de la vacuna trivalente (D.P.T.) los casos y defunciones por Difteria han desaparecido del cuadro de la morbilidad desde el año de 1974 en que se registraron los dos últimos casos, confirmados, manteniéndose bajo investigación aquellos sobre de que se sospecha la enfermedad hasta su esclarecimiento completo. En términos generales la enfermedad se ha mantenido en control desde hace más de una década y el reporte más importante se escenificó en 1970 en donde se registraron 40 casos confirmados en el país.

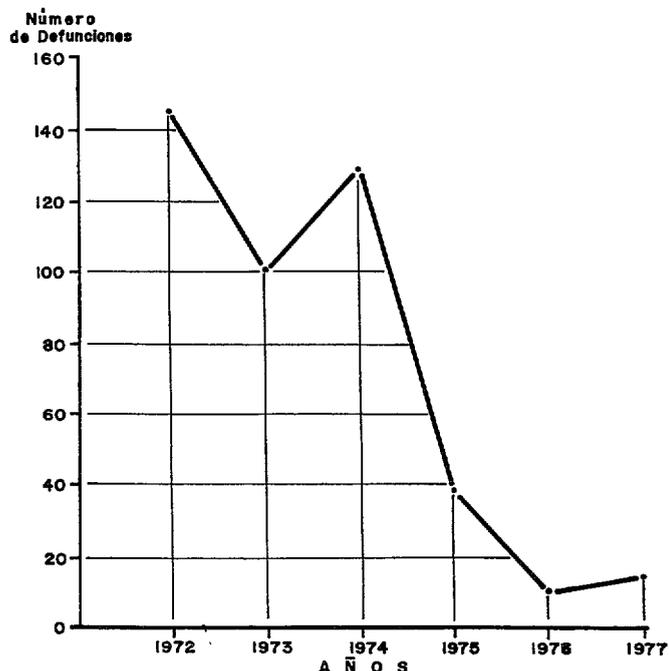
La tosferina continuó aportando gran número de casos en los primeros años de la década con el repunte cíclico de cinco años en 1972 en donde se registraron 1597 casos.

CUADRO No.4 CASOS NOTIFICADOS POR TOSFERINA Y TASAS POR 100. 000 HABITANTES REGISTRADOS POR PROVINCIA AÑOS 1967,1972,1977.

Provincia	1973		1974		1975		1976		1977	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total	515	205.0	242	43.1	135	8.1	61	3.5	127	44.3
Bocas del Toro	86	1040.0	6	12.1	19	37.2	6	11.4	1	10.4
Coclé	69	320.3	108	75.8	27	18.5	2	1.3	83	316.4
Colón	18	90.8	37	30.2	4	3.2	2	1.5	3	14.5
Chiriquí	120	268.8	111	42.6	26	9.7	7	2.6	3	6.0
Darién	-	-	6	24.9	2	8.2	-	0	-	-
Herrera	10	84.5	1	1.3	16	20.2	11	13.6	7	54.0
Los Santos	17	165.4	52	71.0	17	23.2	5	6.8	3	27.8
Panamá	84	83.8	134	18.7	24	3.2	27	3.5	17	14.0
Veraguas	111	398.3	242	159.1	-	0.0	1	0.6	10	33.3

Según esta tendencia en 1977 se realizaría el siguiente ciclo, sin embargo, no se produjo en la magnitud esperada, si bien representa un incremento importante con respecto al total de 1976, es apenas en 8 0/0 de lo observado en el año de 1972. A la luz de estas cifras tenemos la impresión de que se ha logrado romper el ciclo histórico de la enfermedad, hecho atribuible al mejoramiento del producto biológico empleado en la vacuna y a la mayor vigilancia y control de los casos; la observación de las tasas para los años citados reflejan la situación descrita y explican la distribución geográfica de las mismas; tendencias similares se pueden apreciar

GRAFICA No. 6
DEFUNCIONES DE TOSFERINA REGISTRADAS
AÑO: 1972 - 1977



para las defunciones ocurridas en esos años, con tasas que oscilan entre 8.9 por 100.000 habitantes en 1972 y 0.9 por 100.000 habitantes en 1977, los cuales dan testimonio del número de muertes que se pudieron evitar gracias a la extensión de los servicios y la aplicación de la técnica de prevención.

La situación referente al tétanos, ha experimentado un descenso significativo en los últimos años, al lograrse altos grados de cobertura de inmunización de la población de menores de 5 años, pero los casos actuales en la mayoría fatales, se registran en los grupos más jóvenes, principalmente en los recién nacidos, razón por la cual se ha iniciado un programa agresivo de vacunación con toxoide tetánico a las prenatales y los grupos expuestos al riesgo del embarazo lográndose proteger a este año aproximadamente un cuarto de la población susceptible.

CUADRO No.5 PERSONAS INMUNIZADAS CON DPT Y TOXOIDE POR PROVINCIA EN 1977

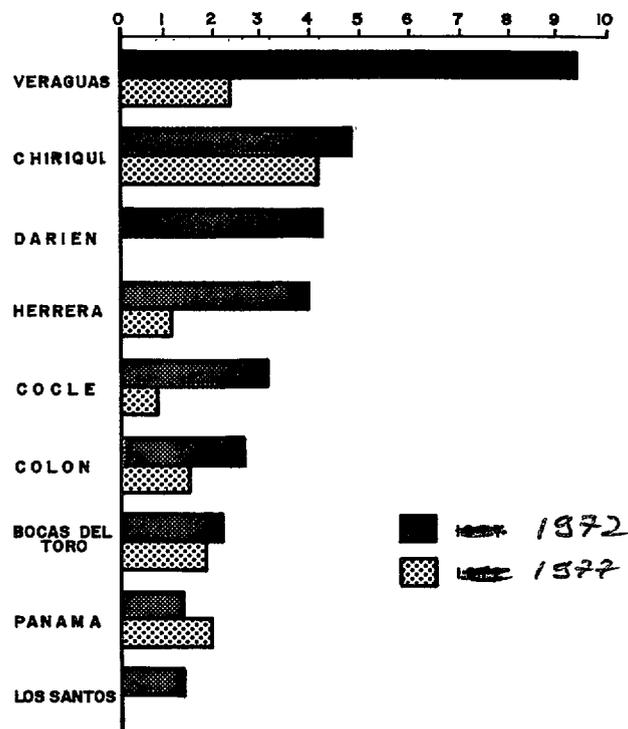
Provincia	Total	DPT (1)	Toxoide Tetánico (2)
Total	105.711	72.779	32932
Bocas del Toro	3.289	2.853	436
Coclé	9.633	6.981	2652
Colón	9.794	6.840	2954
Chiriquí	22.615	12.758	9857
Darién	434	339	115
Herrera	5.334	3.341	1993
Los Santos	5.163	2.004	3159
Panamá	33.629	25.555	8074
Veraguas	15.820	12.128	3692

- (1) Se refiere a niños menores de 5 años
 (2) Se refiere a población de prenatales y adultos.

El efecto acumulado de este esfuerzo se refleja en las figuras sobre las tasas de mortalidad, la cual ha experimentado importantes descensos a niveles de las regiones de salud en el período 1972-77.

GRAFICA No. 7

DEFUNCIONES DE TETANO POR 100,000 HABITANTES SEGUN PROVINCIA 1972-1977

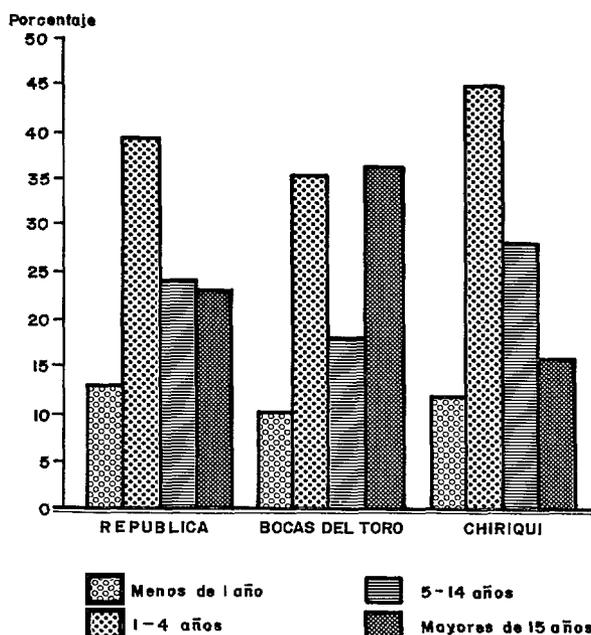


Sarampión:

El Sarampión aún plantea un serio problema de salud pública, en donde en 1977 se presentó un brote epidémico con 2.545 casos notificados y 39 muertes confirmadas, con tasas de 146.1 y 2.2 por 100.000 habitantes respectivamente. La provincia de Bocas del Toro con el 29.7 % de los casos y Chiriquí con el 33.8 fueron los mayormente afectadas, reuniendo entre ellas el 63.5 % de la incidencia observada. Este fenómeno tiene su explicación en la existencia de zonas de difícil acceso y normalmente habitadas por indios guaymíes con patrones culturales y de movilidad muy particulares que imposibilitan su atención en los servicios preventivos. Son en estas zonas en donde se está haciendo énfasis en la ampliación en los programas de salud rural con la finalidad de lograr la incorporación de esta población a los servicios básicos: (Gráfica). En el cuadro

GRAFICA No. 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SARAMPION POR GRUPOS DE EDAD EN DOS PROVINCIAS Y REPUBLICA: 1977



No. se presenta la información sobre el porcentaje de cobertura de la vacunación antisarampionosa de los menores de 5 años, durante los años de 1972-1977 anotando que el uso generalizado de la vacuna se realizó durante el año de 1970 y en aquella época la tasa de morbilidad era de 291.9 por 100.000 habitantes a diferencia de 143.7 en 1977, en medio de un año epidémico. Es razonable pensar que en un futuro próximo, los controles y la vigilancia en las zonas álgidas nos permitirán reducir a niveles tolerables la incidencia de la enfermedad y reducir a su mínima expresión las defunciones por esta misma causa.

CUADRO No.6 NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON VACUNAS ANTISARAMPIONOSA PROVINCIA 1972-1977

Provincias	A Ñ O S					
	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Total	33 280	42 359	23 009	22.038	39.339	44 115
Bocas del Toro	730	407	1 214	1.587	2.322	2 775
Coclé	3.621	1 939	4.823	1 896	3 789	3.253
Colón	1.451	6 169	930	2 411	5 047	3.940
Chiriquí	7.743	7 398	4 805	2 150	6 851	9 845
Darién	1 170	477	804	351	1 580	426
Herrera	2 049	1 914	2 198	1 783	2 368	1.807
Los Santos	3 307	2 121	1 334	758	1 671	970
Panamá	8.208	17 066	3 806	8 532	10 178	13.697
Veraguas	5 001	4 868	3 095	2 570	5 533	7 402

Poliomielitis:

Después de una árdua lucha en contra de esta enfermedad Panamá declaró la ausencia de casos desde hace cinco años, debido a los intensos esfuerzos realizados en las actividades de vacunación, actividad que continuará para mantener la situación actual, mejorando las coberturas y los sistemas de vigilancia e investigación. Para 1977 el 70.7 % de los menores de un año se le aplicaron dos o más dosis de la vacuna, grupo en donde está centrado el mayor esfuerzo de captación, siguiendo a la madre y al niño desde el momento del parto en los hospitales hasta los Centros de Salud para la realización de los controles normales.

Tuberculosis:

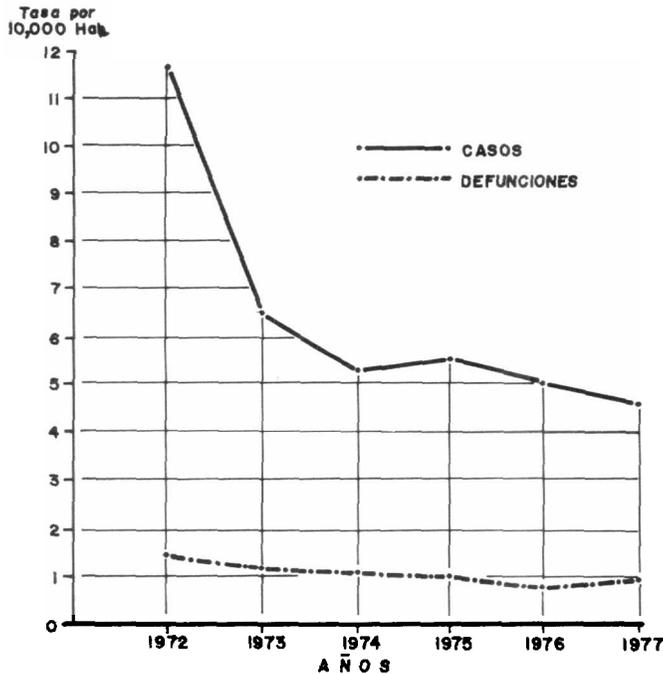
La tuberculosis continúa su descenso tanto en la morbilidad como en la mortalidad con tasas de 46.1 y 9.4 por 100.000 habitantes en 1977, en comparación a 116.2 y 14.8 en 1972, reflejando estas cifras progresos importantes en la lucha contra la enfermedad.

En la actualidad la atención de la enfermedad se ha integrado a los servicios generales de salud en donde se aplican, de manera rutinaria, la vacunación con B.C.G., se realizan los exámenes baciloscópicos y se tramitan muestras para verificación diagnóstica. En el último año se investigaron a 3.018 sintomáticos respiratorios, registrándose una positividad del orden del 5.0 %; es posible que la ampliación de la muestra permita un mayor conocimiento de lo que acontece a nivel nacional.

La investigación radigráfica, en el último año, registró una positividad de 0.7 % sobre un total de 41,720 placas tomadas; volúmenes similares han sido obtenidos en años anteriores.

La prevalencia de la enfermedad se ha establecido en 1.7 por mil habitantes, cifra que ha venido experimentando bajas años tras años. El seguimiento de los pacientes se ve-

**CASOS Y DEFUNCIONES DE TUBERCULOSIS
POR 10,000 HABITANTES: 1972 - 1977**



rifica mediante su registro en archivos especiales y se espera controlar el sistema a través de computadoras, lo cual facilitaría la obtención rápida de Estadística y la elaboración de estudios epidemiológicos especiales empleando tablas de vida, etc.

El personal de base, y asignados en lo administrativo a los niveles locales, continúan recibiendo adiestramiento y charlas de actualización y colaborando en la búsqueda de casos, campañas intensivas de vacunación de B.C.G., etc.

Malaria:

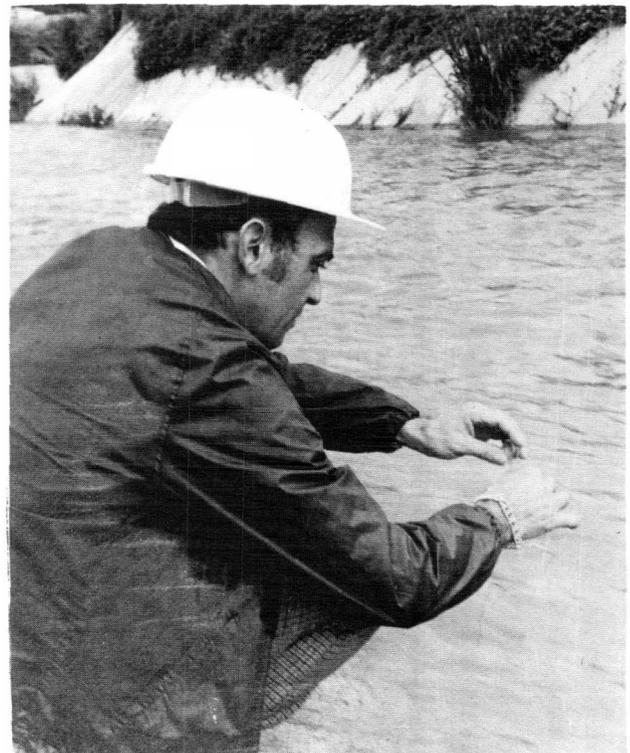
La evolución del Programa de Malaria se puede considerar favorable. Desde el punto de vista epidemiológico, la modificación de la tasa en 1972 de 59.9 a 38.1 por 100.000 habitantes en 1977, reflejan que la diferencia de casos de malaria es importante. Desde luego los meses que han influido mayormente en la actual situación, corresponden a los del presente año. Además de la baja total de casos, la situación de Portobelo y

del Distrito de Barú, registradas en el período anterior, prácticamente han sido eliminadas.

Se han introducido cambios estructurales y operacionales, tanto en Darién, como en Bocas del Toro y Calovébora (Norte de Veraguas), áreas éstas que aún generan casos, y que ofrecen serias dificultades en el desarrollo de las acciones.

Debido al avance del Programa, la evaluación o vigilancia epidemiológica crece cada vez más, en la medida en que se reduce el rociado. Esta medida ha dado buenos resultados, tanto en el Darién, como en Bocas y Calovébora donde se han aumentado las áreas con sus correspondientes evaluadores; además, con una periodicidad más corta de visitas, lo que permite un mejor conocimiento de la situación malárica en estas áreas de mayor endemividad.

Los recursos de gastos de operación, como de supervisión del nivel central, se tratan de usar en la forma más racional, dándole preferencia a esas tres áreas problemas.



Como ya se ha dicho, el descenso de casos en este período ha sido franco, siendo los meses del presente año los que han arrojado un número menor de casos, de tal manera que hasta la semana 26 (1a. de julio) los casos han sido 130, de los cuales 57 de ellos han sido importados del exterior o sea que sólo 73 de los casos son autóctonos.

El Darién, que mantiene el liderazgo de casos, de los 78 que lleva a la fecha 47 son importados de Colombia.

La aplicación intradomiciliar de insecticida de acción residual (D.D.T. y Propoxur) siguen constituyendo la principal medida de ataque; aunque cabe señalar, que en los últimos ciclos se nota un franco descenso en su aplicación, a medida que se van separando del rociado, amplias Zonas del área malárica del país, debido a la interrupción de la transmisión.

Los problemas técnicos, se reducen a dos aspectos: la resistencia del vector al D.D.T. y del *P. falciparum* a la cloroquina. El primero se observó a partir de 1972, en Las Cumbres; y el segundo en el año 1970, también en el mismo lugar. Durante el período informado se observó el regreso a la susceptibilidad del vector al D.D.T., en las localidades de Escobal y Las Cumbres.

Aedes Aegypti

Después de dos reinfestaciones, en 1969 y 1972, del mosquito *Aedes Aegypti*, trasmisor de la fiebre Amarilla, Dengue y otras enfermedades, se ha logrado controlar su presencia y desde febrero de 1976 no se ha registrado positividad en el territorio nacional. En la lucha para controlar el mosquito fué necesario establecer vigilancia estricta en las zonas portuarias y fronteras y desarrollar la campaña de erradicación por cuatro años. En la actualidad se realizan tareas de evaluación y vigilancia.

Es importante señalar que como consecuencia del brote del estado en 1972, se realizó una campaña masiva de vacunación a niveles nunca

antes alcanzado en una tarea de este tipo, con el propósito de proteger a la población. El dengue, presente en Colombia y algunos países centroamericanos, no ha ocasionado ningún caso en Panamá, como consecuencia de la labor de erradicación del principal agente transmisor.

Hepatitis:

Esta enfermedad ha ido adquiriendo a cada año una mayor relevancia, paralelamente a la proliferación de las barriadas nuevas de la ciudad de Panamá, sometida a importantes corrientes migratorias internas y donde se registraron un tercio de todos los casos conocidos en 1977. La tasa de Morbilidad que en 1972 era de 50.1 ascendió a 97.7 por cada 100.000 habitantes duplicándose, prácticamente, en los últimos cinco años.

Las ampliaciones a la capacidad de los sistemas de Acueductos y Alcantarillados en el distrito especial de San Miguelito lugar de procedencia de las mayoría de los casos, el fortalecimiento de los Centros de Salud en el área y una mayor vigilancia sobre el manejo y control de los manipuladores de alimentos son las medidas adoptadas por el Estado para mejorar los servicios de salud de la población expuesta.

Enfermedades Venéreas:

En respuesta al grave problema de las enfermedades de transmisión sexual se ha implantado un programa de vigilancia que permitirá afrontar en forma más eficiente y eficaz la situación de continuado crecimiento de la morbilidad. A pesar de las dificultades para obtener información completa de los casos, debido a su naturaleza social, dichos registros han estado mejorando notablemente permitiéndonos una visión de la magnitud del problema. Como en la mayoría de los países, la enfermedad se ubica en los centros urbanos importantes o en aquellas localidades que sin ser grandes urbes, por la naturaleza de las actividades económicas que realizan y con adecuada facilidades portuarias, se dedican al comercio marítimo, tal es el caso de las provincias de Colón,

CUADRO No.7 CASOS NOTIFICADOS DE
SIFILIS (Todas las formas y TASA POR
100.000 HABITANTES SEGUN PROVINCIA:
1973,1975,1977.

Provincia	C A S O S					Tasas
	1973	75	1977	73	75	77
TOTAL	762	1.655	1.607	50.0	99.2	90.7
Bocas del Toro	1	44	48	2.2	86.3	88.5
Coclé	11	34	47	8.8	23.3	33.3
Colón	30	92	88	25.9	73.2	66.5
Chiriquí	44	229	188	17.7	85.7	67.1
Darién	2	-	2	8.5	0	7.9
Herrera	3	27	-	4.0	34.1	0
Los Santos	5	32	8	6.9	43.6	10.8
Panamá	660	1.170	1.211	100.4	156.8	149.4
Veraguas	6	27	15	3.8	17.5	8.8

Bocas del Toro y Chiriquí, además de la ciudad de Panamá. La situación explicaba para la sífilis está acompañada por iguales tendencias de las enfermedades blenorragicas, cuya incidencia varió de 102.3 en 1972 a 207.9 por 100.000 habitantes en 1977.

Planificación de la Salud

El Departamento de Planificación de la Salud ha formulado durante este período quinquenal (74-78) el Presupuesto de Gastos e Inversiones de las instituciones y de los Programas del Ministerio, además de las metas programáticas anuales, como marco referencial a las metas de actividades locales.

Ha sido significativa la participación del Departamento en la confección de diversos planes con caracteres nacionales y de aplicaciones regionales, desde planes de penetración rural y de desarrollo integrado hasta planes relacionados con aspectos específicos, tales como los de Alimentación Suplementaria y de programa de ayuda a Centros Materno Infantiles Rurales. A su vez se ha participado activamente en los pasos necesarios a fin de integrar los servicios de Salud del Ministerio y de la Caja de Seguro Social, los cuales se están llevando a cabo actualmente en esta forma en ocho de las nueve provincias del

país. Se ha efectuado una revisión total de las Normas Técnicas, las cuales sirven en el presente para supervisar las actividades de los programas y el cumplimiento anual de las metas. Además, se ha hecho un estudio y análisis de los Programas de Docencia de médicos residentes en el país, con objeto de reglamentar la carrera de la especialización médica. Por otra parte, el Departamento ha preparado en comisiones de trabajo, multi agenciales y multidisciplinarias, un sinnúmero de acuerdos, convenios y proyectos, tanto nacionales como de carácter internacionales. En el campo de los seminarios, cursos y congresos, la participación ha sido exhaustiva, particularmente en el campo internacional, en donde se ha llevado la representación del país, no solamente asistiendo a los debates sino presentando trabajos técnicos - científicos, de diverso contenido, inclusive dictándose el III Curso Nacional de Planificación de la Salud, con asesoría de OMS/OPS.

Estadística

El Departamento de Estadística y Cómputos Electrónicos tiene la responsabilidad de organizar, dirigir y supervisar el Sistema de Estadística y publicar un Anuario que recoja la información relativa a los servicios de salud, que permita la realización de los análisis necesarios para la evaluación de los programas.

A partir del año de 1973, se ordenó la integración de los servicios de salud (Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud), por lo cual fue necesario la modificación de formularios y patrones de procesamiento para cumplir con los requerimientos de información de las dos (2) instituciones. A medida que ha avanzado la experiencia se ha transformado en un sistema unificado de estadística, eminentemente manual, y que ha rendido buenos resultados. En la actualidad (1978) dicho sistema, deberá transformarse en otro automatizado, al trasladarse a las provincias de Salud máquinas de registro de datos, Diskettes, para posteriormente esos datos ser procesados por un computador central. El nuevo sistema presupone mayor oportunidad y posibilidades de análisis de la información de los servicios de Salud.

Entre las responsabilidades del Departamento de Estadística se encuentra el de asesorar y organizar los sistemas de archivos clínicos de las instalaciones de Salud con la finalidad de mejorar la atención al paciente, a través de un eficiente registro de la información médica en la historia clínica y la rápida recuperación de la información contenida en ella. Para cumplir con estos objetivos se ha aceptado el método del Dígito Terminal como modelo a emplearse y en la actualidad se trabaja, tanto a nivel de La Caja de Seguro Social como en el Ministerio de Salud con este propósito. Existen en la actualidad, suficientes recursos humanos para la mayoría de las instalaciones de Salud para implementar el método y el Nivel Nacional posee capacidad asesora suficiente para brindar el apoyo necesario. Algunas regiones de Salud, Azuero, por ejemplo, tiene a todas sus instalaciones organizadas de acuerdo al Dígito Terminal; algunas otras están haciendo los arreglos necesarios para iniciarlo, pero han faltado algunas decisiones sobre la definición de la numeración a emplearse y algunos recursos materiales y de equipo necesarios para resolver algunos problemas.

La situación en el área de Computación se ha modificado en los últimos años al retirarse el equipo existente en el Ministerio y centralizarse todas estas tareas en una máquina de mayor tamaño y flexibilidad instalada en La Contraloría General de la República, con la que se intenta dar respuesta a los requerimientos del nuevo Sistema Estadístico y al resto de la información administrativa que requiere computación. En la actualidad se tienen tres (3) máquinas duales de registros de datos (en total serían 6), se han contratado ocho (8) adicionales que se instalarán en las regiones de Salud, de acuerdo al nuevo sistema, y una convertidora de Diskettes a cinta magnética. Se ha fortalecido el equipo de programación y con la disponibilidad de paquetes de programas, en el Centro de Computación, creemos podemos dar respuesta adecuada a la demanda de información elaborada.

El Departamento de Estadística ha estado planificando desde 1972, la conversión del Sistema Estadístico por otro más eficiente que permitiera manejar grandes volúmenes de información; para cumplir con estos objetivos, resultaba nece-

sario diseñar un programa de adiestramiento con la finalidad de capacitar al personal local para cumplir las tareas que el nuevo sistema demandaría. A partir del año de 1973, se intensificaron las labores de adiestramiento en tres niveles básicos:

1. Cursos de Auxiliares de Estadística y Registros Médicos: Desde el año de 1973 se han dictado tres (3) cursos de este tipo y se han formado 96 unidades.
2. Cursos de Registros Médicos: En la última década, se han formado a 16 técnicos en Registros Médicos mediante becas de la OPS/OMS, y durante 1977 se dictó un curso de este tipo, localmente, formándose a 32 funcionarios del sector, para un total de 48 existentes a la fecha.
3. Cursos de Técnicos en Estadística: Para 1977 se encontraban disponibles 12 estadísticos profesionales, agregándose 8, gracias al curso nacional, que en colaboración con La Contraloría General, terminó en marzo de este año, para un total de 20 unidades.

En la actualidad se cuenta con personal preparado, a nivel de las provincias, para cumplir con los proyectos nuevos que deberán realizarse a partir de 1978.

Farmacia y Drogas

Durante este período la Sección de Farmacia, Drogas y Alimentos a cargo de la cual estuvo la coordinación y supervisión técnica de todo lo relacionado con el funcionamiento de establecimientos farmacéuticos, plantas de alimentos y bebidas así como los lugares de expendio, llevó a cabo una gran variedad de actividades las cuales se agrupan en administrativas y técnicas.

En cuanto a la labor administrativa se expidieron licencias para operar a las Agencias Distribuidoras, Laboratorios y Farmacias en las cuales la responsabilidad técnica estaba a cargo del profesional farmacéutico así mismo a las agencias agropecuarias y Botiquines donde la responsabilidad fue asumida por una persona idónea.

En cuanto a la labor técnica; se efectuaron visitas de inspección a los laboratorios, plantas de alimentos y bebidas brindando asesoría técnica, controlando desde la materia prima hasta el producto final (incluye local, equipo, proceso de fabricación, rotulación, conservación, almacenaje, distribución etc.) y estado de salud de los operarios.

Con la reorganización de la Sección de Farmacia y Drogas dependiente del Depto. de Epidemiología de la Dirección General de Salud, se ha podido llevar en forma más objetiva la Dirección, Coordinación y Supervisión Técnica de todo lo relacionado con el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos y los lugares de expendio de productos medicinales, químicos y cosméticos notándose un incremento en cuanto a inspecciones de establecimientos farmacéuticos se refiere.

Es importante señalar que el consumo de productos estupefacientes y sicotrópicos ha disminuído con relación a los años anteriores lo que se ha debido a la exigencia de la receta médica para la compra de los mismos, a pesar del gran número de recetas falsificadas que se ha logrado detectar durante el año 1977 y los primeros meses de 1978, especialmente en productos estimulantes. Sobre estos aspectos se mantiene estrecha relación con otras instituciones estatales (Seguro Social, Departamento Nacional de Investigaciones).

Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria

La creación de la Sección de Control de Alimentos como un organismo independiente, dentro de las múltiples dependencias del Ministerio de Salud, respondió a la necesidad que tenían los programas de Salud, de prestar una atención muy especial al control de la producción y manipulación de alimentos.

Inició sus labores en el año de 1975, en el que dedicó gran parte del tiempo a la definición de sus metas y a la organización de los recursos humanos destinados a darles cumplimiento.

Las actividades más importantes realizadas pueden ser agrupadas de acuerdo a la clase de ser-

vicio que se brinda a la comunidad de la siguiente manera:

1. Inspecciones técnicas a establecimientos de producción, almacenamiento, transporte, manipulación y expendio de alimentos.
2. Registros Sanitarios y control de calidad de los productos alimenticios.
3. Control de Importaciones.
4. Confección y evaluación de normas de calidad e higiene de los alimentos.
5. Programas de enriquecimiento.

Durante el mes de julio de 1976, se llevó a cabo la reorganización de los departamentos de Control de Alimentos y Veterinaria en un solo departamento, el cual recibió el nombre de Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria.

La reorganización mencionada se realizó, con el propósito de evitar la duplicidad de funciones entre los dos departamentos y la más eficiente utilización del personal en la labor de control de la contaminación de los alimentos y las enfermedades transmitidas de los animales al hombre.

El Registro Sanitario de Productos Alimenticios nacionales y procedentes del extranjero es una exigencia del Decreto No. 256 del 13 de junio de 1962 y esta función es llevada a cabo en las oficinas centrales del Departamento ubicadas en la sede del Ministerio.

Los registros sanitarios son concedidos a los productos alimenticios después de un estudio detallado de las fórmulas y los análisis necesarios efectuados en los Laboratorios Especializados de Análisis de la Universidad de Panamá.

El Programa controla la fortificación de tres productos alimenticios de primera necesidad (sal, azúcar y harina) por lo que se mantiene un muestreo a nivel de las plantas procesadoras para verificar los niveles de adición y otro a lo largo del territorio nacional en los lugares de expendio; para observar el comportamiento del producto.

La toma de muestras de sal, durante el período que nos ocupa, corresponde a la cifra de 2,810 de los cuales más del 49.90/o reportan cantidades de yodo dentro de lo exigido por la Ley. Las condiciones poco apropiadas en que se produce la sal en el país, hacen que el producto esté lleno de impurezas y humedad lo que contribuye a que el porcentaje de Iodo sea bajo. No obstante, el programa ha rendido beneficios a la comunidad porque la prevalencia del Bocio Endémico se ha reducido en el país a menos del 60/o.

De acuerdo con la Ley 66 del 9 de diciembre de 1976 se aprobó la fortificación del azúcar con Vitamina A. Dicho programa se inició en los ingenios particulares del país, en la zafra de 1976-1977, a los que se les brindó la asesoría técnica, para aplicar las normas de enriquecimiento establecidos por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Hasta la fecha se han tomado 47 muestras que se han analizado en el Laboratorio Central de Salud los que se han encontrado dentro de los límites establecidos.

El servicio de inspección de carne se lleva a cabo en forma permanente en 18 mataderos de importancia en el país y en el período contemplado se inspeccionaron 1.028.217 animales, de los cuales 757.979 son bovinos y 270.238 porcinos.

Dentro del grupo de actividades realizadas para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por los animales al hombre ocupan un lugar preponderante los programas de Control de Rabia y Brucelosis.

Dado que Panamá es uno de los pocos países considerados libres de Rabia canina se ha establecido un programa estricto de vacunación y cuarentena de animales procedentes del exterior, eliminación de perros callejeros y campañas educativas a la población.

Se mantiene un programa semanal de recolección de muestras de leche, tanto en las granjas como en las plantas pasteurizadoras, lo que nos permite controlar un 750/o de la leche de consumo directo y a la vez evaluar las granjas que presentan problemas de brucelosis, las que en

coordinación con el Ministerio de Desarrollo Agropecuario se ponen en cuarentena, hasta que no presenten animales positivos.

Nutrición

El Programa realizado por la Dirección de Nutrición, incluyó toda una serie de actividades de nutrición tendientes a la promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y consuntivas y tratamiento y rehabilitación de los individuos. Esta Dirección fue creada en abril de 1975 y a partir de esa fecha se hizo efectiva la integración dentro de la misma, de las actividades del Programa de Producción de Alimentos.

Durante este período se puede mencionar como logros de importancia: la terminación del Manual de Dietas para Hospitales. (diciembre 1976); la iniciación por primera vez (abril de 1977) de la Carrera de Nutrición y Dietética en la Universidad de Panamá como resultado de un acuerdo entre Ministerio de Salud, Universidad de Panamá e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Con esta medida se logra formar en Guatemala, el doble de profesionales y el hecho de que realicen la práctica docente en Panamá durante su IV Año, permite que el estudiante viva experiencias que le dan la oportunidad de iniciar la vida profesional con el conocimiento de la problemática nutricional que vive el país. Además, se benefician económicamente ya que 2 años de la carrera se hacen en Panamá (I y IV año) y en Guatemala el II y III años.

El Ministerio de Salud ha dado gran impulso al desarrollo de actividades encaminadas a encontrarle solución a los problemas nutricionales que afectan al país (desnutrición proteico calórica, deficiencia de vitamina A y deficiencia de Tiamina y Riboflavina).

La deficiencia de yodo, reportada como otro problema nutricional, ha dejado de serlo. La encuesta para determinar prevalencia de bocio en el País, realizada en 1975 determinó que ésta disminuyó de 16.50/o. en 1967 a 6.00/o como resultado de un programa de yodación de sal para consumo humano que se puso en práctica en 1970.

El enriquecimiento de azúcar con vitamina A, es otra medida tomada a través de esta Dirección, con el propósito de aumentar la ingesta de este nutriente y así en esta forma solucionar el problema de deficiencia de esta vitamina en la población panameña.

PROGRAMAS DE APOYO

DIRECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Aunque sistemáticamente todo el personal técnico y administrativo participa y colabora en todas las actividades que se realizan dentro de la Dirección, presentaremos las actividades realizadas durante el período entre julio de 1977 y junio de 1978, desglosadas según las secciones bajo cuya responsabilidad se realizaron las mismas.

ORGANIZACION Y EDUCACION DE LA COMUNIDAD:

Todo el trabajo en esta Sección tuvo la orientación general de sistematizar la recolección de la información concerniente a las labores que dentro de este programa se han realizado en todo el país, y asimismo de sistematizar la supervisión que el personal central ha realizado.

Las labores de supervisión durante el período de este informe, han estado orientadas a lograr:

- a) Una mayor coordinación, de los esfuerzos para organizar y poner en función los comités de salud, con los organismos comunitarios, Representantes, Juntas Comunes y Juntas Locales.
- b) Organización de las comisiones de trabajo de los Comités de Salud.
- c) Orientación, programada y sistemática de los miembros de la Junta Directiva de los Comités de Salud y de la Federación.
- d) Mayor coordinación de las acciones de la medicina comunitaria a través de la organización y funcionamiento de los equipos técnicos interdisciplinarios de salud, a nivel de los Centros de Salud.

Para el logro de estos objetivos se han realizado esfuerzos a nivel de la Dirección Provincial (Metropolitana); a través del Supervisor de Educación para la Salud (Metropolitana); de los Directores Médicos de Centros de Salud y del personal de Educación para la Salud y Trabajadores Sociales que laboran a nivel local.

- e) Mejorar la participación del personal local de Educación para la Salud y Trabajo Social, a través de:
 - 1) Confección de planes de trabajo.
 - 2) Participación más efectiva del Supervisor Regional.
 - 3) Normatización del envío de los informes mensuales y análisis de los mismos.
 - 4) Realización periódica de reuniones del personal local de Educación para la Salud y Trabajo Social a nivel de la sede de la Región Metropolitana, así como de las demás provincias del país.
 - 5) Lograr la programación de las actividades a nivel local en base a planes únicos integrales.

El personal de la sede que dirige esta Sección ha realizado visitas de supervisión en la Región Metropolitana en 27 ocasiones durante este período. Además ha efectuado reuniones con los Educadores para la Salud y con los comités interdisciplinarios en 17 ocasiones. Se ha reunido con Comités de Salud en 4 ocasiones y ha realizado además reuniones con representantes de los Ministerios de Educación (3 veces) y de Desarrollo Agropecuario (2 veces). Se han realizado además entrevistas con los Educadores para la Salud de la Prov. de Darién (4 veces) y con el Director del MIDA en Panamá Viejo (Cunicultura).

Además, este personal ha realizado actividades docentes en los Cursos para Auxiliares de Enfermería de la Caja del Seguro Social y del Hospital Santo Tomás, y en el Curso para Inspectores de Saneamiento Ambiental. Por otra parte, esta Sección ha organizado las visitas a nuestro país de funcionarios extranjeros de Guatemala (1), de Brasil (1), y de Nicaragua (30).

En fín, se ha participado en la Primera Conferencia Regional sobre Educación y Desarrollo, en Guatemala, en el Seminario Regional sobre necesidades educativas básicas en el Area Centroamericana, en Antigua, y en el Primer Seminario Consultivo Interdisciplinario de Educación para la Salud y participación comunitaria, en Managua, Nicaragua.

Todas las visitas de estudiantes de escuela primaria, secundaria y de la universidad, que se hacen a nuestro ministerio para obtener información acerca de nuestros programas, son en lo fundamental atendidas por la Dirección de Docencia e Investigación, en especial por esta Sección.

DOCENCIA:

La labor de la Sección de Docencia ha estado centrada en lo fundamental en la elaboración del Programa de estudios y de los métodos de evaluación para los Cursos formativos de Ayudantes de Salud, y en la supervisión constante de los mismos. En el período que examinamos se han iniciado cursos de esta naturaleza en San Blas, (30 unidades), en Darién (25 unidades), y en Chepo (30 unidades). Se terminó el curso en Chiriquí (22 unidades), y está en preparación el curso en La Chorrera.

Se realizaron además cursos en Areas ya acostumbradas: Auxiliares de Enfermería, en las Provincias de Azuero (33 unidades), Darién (20 unidades), y Panamá (39 unidades); Técnicos de Laboratorio (10 unidades) y Promotores de Salud (11 unidades).

Además del curso para Auxiliares de Enfermería de la Prov. de Panamá y del Curso de Inspectores de Saneamiento Ambiental y de Auxiliares de Educación para la Salud, que se realizan con la participación directa del personal de esta oficina en todas sus etapas, este personal participa en tareas de supervisión, preparación de programas, proceso de selección y evaluación, en todos los cursos que han sido mencionados.

En último lugar, se ha participado en labores docentes organizadas en los Ministerios de Educación, Trabajo, Desarrollo Agropecuario y Gobierno y Justicia (DIGEDECOP), y en la Escuela de Enfermería de Azuero.

TRABAJO SOCIAL:

La Sección de Trabajo Social ha realizado visitas a las Areas Sanitarias de Aguadulce, (3), Penonomé, (3), y Azuero (1), con el fin de supervisar el Programa de Organización Comunitaria y las funciones desempeñadas por el personal de Trabajo Social y Educación para la Salud en estos lugares. Durante estas visitas se efectuaron un total de 14 reuniones con personal del programa y con Directores Médicos de Area o Región. Además se asistió a La Chorrera a una reunión de equipo interdisciplinario del Area en la cual fueron evaluadas las acciones realizadas.

Con el personal de la Jefatura de Trabajo Social del Seguro Social se visitaron los Sistemas de Coclé y Azuero, para llevar a cabo la departamentalización de las oficinas de Trabajo Social. En forma complementaria se realizó un total de 25 reuniones con personal de Trabajo Social o Educación para la Salud en relación a otros aspectos del desarrollo de los programas.

Con motivo de la integración del sector salud, además de las visitas conjuntas a Coclé y Azuero, se realizaron a nivel de Panamá dos reuniones con las Jefaturas Centrales para coordinar actividades de Trabajo Social y una reunión con todos los Trabajadores Sociales de los Sistemas Integrados para unificar criterios acerca de los sistemas de recolección estadística.

Con el nombramiento de Trabajadores Sociales graduados o pendientes de tesis dentro del Plan de Urgencia, se lograron ampliar los servicios en el Hospital Santo Tomás y ofrecerlos en el Centro de Salud Emiliano Ponce. Once de estas unidades están preparándose para participar en un programa de control y prevención de enfermedades de transmisión sexual que dirige la Dirección de Epidemiología y que se desarrollará en los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

Se participó además en el Curso Post-Básico de Enfermería que se efectuó en Azuero y en el Seminario de Relaciones Humanas para el personal de los Centros de Salud de Tonosí y Macaracas. Se dictaron charlas sobre política y programas de salud en el Instituto Comercial Panamá y el Instituto Panameño de Educación Laboral. Finalmente, este personal de la sede asistió a los seminarios internacionales de Guatemala y Nicaragua.

COMUNICACIONES:

Este personal se dedica a elaborar y distribuir información acerca de las actividades que se realizan en las distancias dependencias del Ministerio y en las Provincias. Se da información personal a estudiantes enviados directamente a esta oficina, se da asesoría para elaboración de cuñas radiales, y supervisión a las mismas, se controla el conjunto de películas y equipos de los cuales dispone el Ministerio, se da atención personal a cada uno de los Honorables Representantes durante el período de sesiones de la Asamblea, se confeccionan los murales (12), que ha preparado el Ministerio en reuniones internacionales, se ha participado en conferencias y seminarios organizados por otras entidades (12) y se han absuelto consultas en dos Instituciones Internacionales sobre asuntos de Comunicación y Planificación Familiar.

INVESTIGACIONES:

La Sección de Investigaciones ha terminado su informe sobre la evaluación del Programa de Salud Rural en las Prov. de Bocas del Toro y Colón. Esta investigación, realizada con fondos del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), incluyó entrevistas a los Ayudantes de Salud, inventario de las pertenencias de los puestos de salud, revisión de la documentación existente en los mismos, entrevistas con los Jefes Provinciales y con el personal que participó en el adiestramiento de los Ayudantes, encuesta a los equipos locales de salud y encuesta a todas y cada una de las comunidades involucradas en el programa.

Se dió una consultoría externa al Ministerio de

Educación para realizar una investigación sobre Migraciones laborales en las Areas Indígenas de Chiriquí.

Se realizó una encuesta evaluativa del entrenamiento en servicio al personal que labora en el Programa Materno Infantil en Tonosí y Macaracas. Esta encuesta se hizo como colaboración al Dpto. correspondiente.

Se realizaron encuestas parciales en Centros de Salud de la Región Metropolitana sobre "actitudes a la lactancia materna" y "actitudes sobre los anticonceptivos".

Se está participando en la programación de la evaluación de las intervenciones en el Préstamo 045. La Dirección de Docencia será la encargada de realizar la investigación evaluativa en profundidad del impacto de este préstamo, y de coordinar la marcha de la evaluación del mismo.

Se realizó una encuesta nacional de morbilidad, en una muestra representativa de la población, en un total de 4,721 viviendas en todo el territorio nacional. El informe final de esta investigación está en redacción, una vez que todo el proceso de cómputo electrónico de datos ha sido ya terminado.

Se ha dado además consulta y asesoría sobre investigaciones sociales a la Universidad de Panamá (CEDECANI), la Universidad Santa María la Antigua, Ministerio de Educación (Plan Guaymí), Comisión Indigenista del Ministerio de Gobierno y Justicia, IRHE, Tribunal Tutelar de Menores, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Ministerio de Trabajo (IPEL).



ADMINISTRACION EN SALUD

A.- Organización y Administración:

En cumplimiento de las disposiciones legalmente que establecen los lineamientos políticos para el desarrollo integral de las actividades en el sector salud, fue necesario intensificar las actividades del Programa Administración con el objetivo de lograr cambios en los sistemas de información, estadísticas, organización y planificación de recursos humanos, físicos, materiales y financieros que se requieren para la prestación de los servicios de salud a la comunidad.

Es importante señalar que la decisión de crear un sistema único de salud a nivel nacional, definición política del Estado, hizo necesario desarrollar e implementar una Estructura Organizativa descentralizada a nivel de provincias, donde cada director tiene la suficiente delegación de autoridad y responsabilidad para facilitar el proceso gerencial.

La responsabilidad asignada de administrar, evaluar y controlar el presupuesto de funcionamiento e inversión (Anexo No. 1), dió inicio a un plan descentralizado técnico administrativo con los controles adecuados a cada nivel de responsabilidad asignada para lograr la mejor utilización de los recursos destinados a las provincias por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, ya que el Director Provincial, para cumplir con las metas de salud de la provincia necesitaba contar con mejores sistemas y procedimientos administrativos. Además, era imprescindible desarrollar herramientas de control para los recursos que permitiera la evaluación de los programas y en base a los criterios alcanzados determinar prioridades para las actividades a ejecutar en cada uno de los programas de salud.

Los mecanismos de descentralización de la nueva estructura orgánica y funcional en cuanto a presupuestos, inversiones y personal, ha hecho surgir en el sector salud, preocupación por el mejoramiento de la administración y el surgimiento de recomenda-



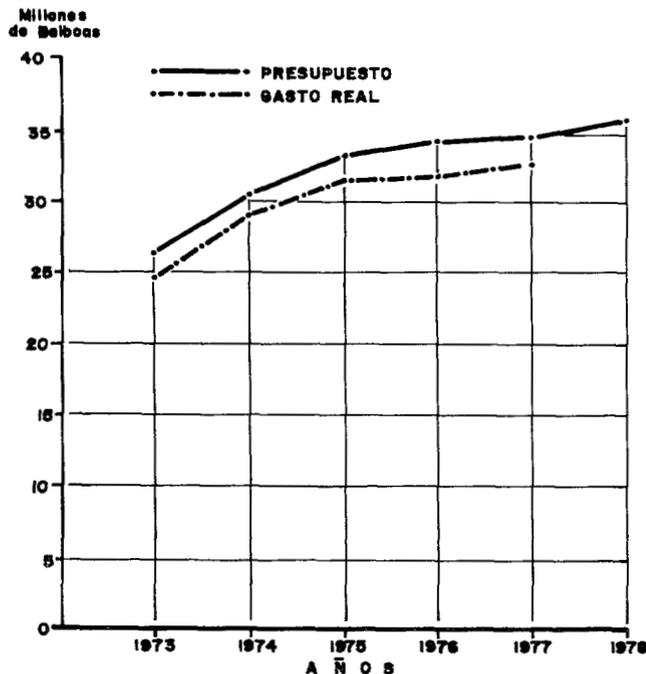
ciones para la aplicación de instrumentos de evaluación y control y mayores exigencias de asesoría en las áreas técnico administrativas.

El mejoramiento de los sistemas de información para la toma de decisiones en los niveles gerenciales facilitó el uso más adecuado de los recursos del sector y ha permitido la introducción de cambios a través de reformas administrativas que permiten cada día lograr mayores coberturas a costos menores en la prestación de los servicios de salud que se ofrecen en la atención preventiva y curativa.

La política de salud que se está ejecutando facilitó los mecanismos de coordinación interinstitucional dentro del sector, logrando la mejor utilización y productividad de los recursos, evitando continuar con el sistema anterior de salud, donde se duplicaban los servicios, cobertura desigual para distintos grupos de población, despilfarro de recursos, y costos elevados en la prestación de los servicios de salud.

GRAFICA No. 10

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION ADMINISTRATIVA
TENDENCIA DEL GASTO
1973 -1978



Además, se continúa trabajando en los planes de reformas técnico administrativas y legales a través del establecimiento y recomendación de nuevos sistemas y procedimientos para lograr el fortalecimiento de la nueva estructura orgánica y funcional.

La administración y control de B/.15,000,000.00 de recursos anuales destinados a la adquisición de medicamentos, material quirúrgico, vacunas, etc. , en el sector salud exigió la existencia de un sistema único de adquisición a través de los depósitos especializados de la Caja de Seguro Social, en las áreas integradas de salud, que tienen la responsabilidad de tramitar los pedidos en forma centralizada a través de la Oficina de Compras de la Caja de Seguro Social en Panamá, procedimiento administrativo que permite la unificación de criterios técnicos a través de cuadros básicos y determina la contratación de los bienes a precios ventajosos al Estado.

En los hospitales como Santo Tomás, Psiquiátrico Nacional, Nicolás A. Solano, ubicados en la ciudad de Panamá, que es la única provincia no integrada, las adquisiciones se tramitan a través de una oficina sectorial especializada de salud, la cual tiene objetivos similares.

Lo expuesto ha creado la necesidad de continuar reclutando funcionarios administrati-

CUADRO No.8 CAMAS DE HOSPITAL
Y TASA POR 10.000 HABITANTES

Y RENDIMIENTO DE LA CAMA-AÑOPOR PROVINCIA: 1977.

Provincias	C A M A S		Rendimiento
	No.	Tasa	Cama/Año
TOTAL	4919	27.8	23.1
Bocas del Toro	174	32.1	29.5
Coclé	263	18.6	37.9
Colón	272	20.5	41.3
Chiriquí	630	22.5	27.1
Darién	68	27.0	18.1
Herrera	190	23.2	43.9
Los Santos	995	67.1	11.7
Panamá	2567	31.7	17.5
Veraguas	260	15.2	38.5

vos de formación profesional y técnica en mayor número, surgiendo la necesidad de mantener un programa de adiestramiento administrativo en el puesto de trabajo y fuera de este en las áreas de apoyo administrativo básicas, como presupuesto, personal, finanzas, costos, compras, etc.

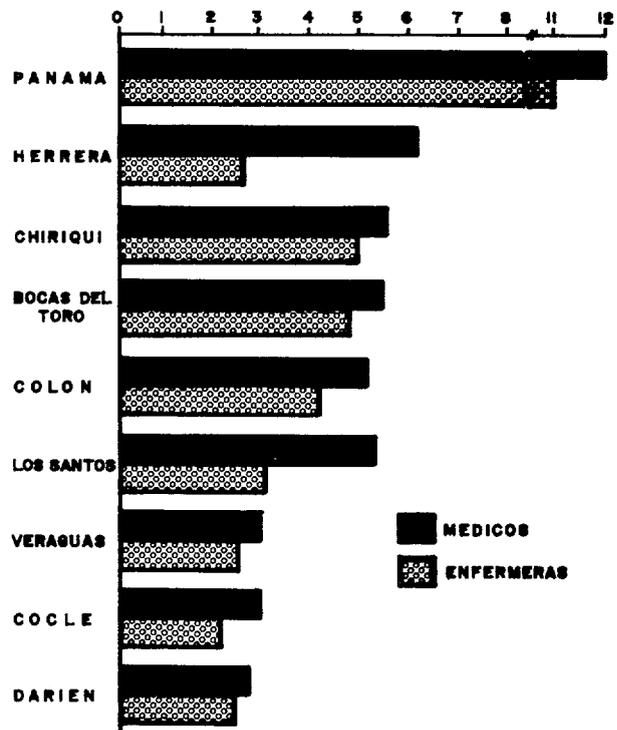
En materia de personal fue necesario organizar unidades administrativas en cada provincia, adiestrarlos y establecer mecanismos de coordinación con el personal de la Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud para desarrollar un programa de control y evaluación del recurso humano del sector salud; en la actualidad el Ministerio de Salud tiene 7,759 funcionarios.

Desarrollo de los Recursos Humanos:

La Constitución Política de la República de Panamá establece que la salud es un Derecho de todos los panameños y un deber del Estado el proporcionar los recursos humanos, institucionales y financieros destinados al cumplimiento de este propósito. Para desarrollar esta disposición constitucional, el sector salud ha canalizado sus esfuerzos en el desarrollo de los recursos humanos necesarios para ampliar la cobertura en la magnitud suficiente que permita el fácil acceso de la población a los servicios. Siguiendo esta línea, se ejecutan programas de formación de personal en diferentes áreas para cubrir los déficits existentes (enfermeras y auxiliares de enfermería) y el personal que atienden los servicios primarios de salud (ayudantes de salud), ubicados en localidades de difícil acceso.

Es importante señalar que se han impulsado las acciones a nivel de las Comunidades a fin de sumar a sus pobladores al equipo de salud, brindándole educación básica acerca de los servicios y la manera que puedan colaborar en la solución de sus propios problemas.

GRAFICA No. 11
MEDICOS Y ENFERMERAS POR 10,000 HABITANTES
SEGUN PROVINCIA, 1977



Merece mención especial la colaboración recibida para el desarrollo de esta área, de organismos internacionales mediante el concurso de asesores docentes en Materno-Infantil, Estadística, etc., que han permitido la actualización de nuestro personal de campo en una mejor aplicación de técnicas conocida y la implementación de nuevos conceptos y procedimientos.

Con la finalidad de tornar más eficiente la administración de los servicios se encuentra en etapa avanzada de planificación el desarrollo de cursos para preparar localmente, al personal en Administración hospitalaria, una necesidad sentida y que requiere soluciones inmediatas.



DEPARTAMENTO DE IMPRESION
Y PUBLICACIONES
MINISTERIO DE SALUD