



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

INVENTARIO DE LAS ACTIVIDADES
REALIZADAS POR LOS COMITES DE
SALUD EN LA REGION METROPOLITANA
DE SALUD DURANTE 1986

AUTOR:
Doctor Manuel Barahona Espino

DIRECTOR DE TESIS:
Doctor Jorge Montalván

Trabajo de Graduación para
optar al título de Maestro
en Salud Pública con Enfoque
en Administración, Organiza-
ción y Planificación de Servi-
cios de Salud

T. A

PAGINA DE APROBACION

ENE 3 1989

APROBADO POR:

Director de Tesis

[Signature]

Miembro del jurado

[Signature]

Miembro del jurado

[Signature]

Representante de la
Vicerrectoria de In-
vestigación y Post-
grado

[Signature]

Fecha

15/xi/88

obs. del autor

232607

DEDICATORIA

A mi hija Maryelin Del Carmen, por
ser la mayor fuente de inspiración
que me impulsó a superarme academi-
camente.

CONTENIDO

INVENTARIO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS COMITES DE SALUD EN LA REGION METROPOLITANA DE SALUD, DURANTE 1987.

Pág.

DEDICATORIA

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

Objetivo General

Objetivo Específicos

METODOLOGIA

CAPITULO I.

SIGNIFICADO Y ALCANCE DE LA PARTICIPACION
COMUNITARIA EN SALUD.

1

CAPITULO II.

EVOLUCION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN
SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA.

27

A. COMITE Y COMUNIDAD

32

B. COMITES DE SALUD

36

C. ORIGEN Y EVOLUCION DE LOS HUERTOS COMUNI-
TARIOS EN PANAMA.

41

D. SURGIMIENTO DE HUERTOS FAMILIARES

43

CAPITULO III

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA REGION
METROPOLITANA DE SALUD

47

	Pág.
CAPITULO IV.	
DESCRIPCION DE LOS COMITES DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA	67
CAPITULO V.	
RESULTADOS DE LA ENCUESTA	77
CAPITULO VI.	
DISCUSION DE RESULTADOS	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
ANEXO	132
BIBLIOGRAFIA	136

INTRODUCCION

Desde que se tiene conocimiento el hombre, a través de la historia, se ha caracterizado por un constante afán de lograr un mejoramiento en todos los campos donde se desenvuelve. La mayoría de las veces lo ha logrado gracias a que ha contado con los recursos necesarios, con las técnicas adecuadas y con la cooperación de sus congéneres en el momento preciso.

El campo que nos interesa tratar en este estudio es el de la salud.

Para que el hombre tenga éxito en sus esfuerzos se han creado grupos organizados encargados de promover la participación de las comunidades en la búsqueda de su salud, de acuerdo a sus propias necesidades y fines.

Es de vital importancia la participación popular, porque sólo con ello se lograría la verdadera planificación y ejecución de planes y programas en beneficio del desarrollo de las comunidades.

Un bosquejo histórico permite establecer que los Comités de Salud en la República de Panamá surgieron de un Seminario Internacional de Educación Sanitaria realizado en 1955 en la Ciudad de Chitré, Provincia de Herrera.

En 1962 se le da un gran impulso a la creación de estos grupos, cuando se recurre a la participación popular para poder realizar los programas de Unidades Móviles en las Areas Rurales (PUMAR).

Es importante señalar que en este período todos los fondos de los distintos Centros de Salud formaban parte del arca común de la Nación, bajo la Supervisión de la Contraloría General de la República, impidiendo que los centros de salud más alejados y pequeños recibieran la ayuda equitativa por parte del gobierno.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud estimó conveniente que en todas las comunidades de la República donde se brindaran servicios médicos y se efectuaran cobros por los mismos, deberían existir grupos organizados por la propia comunidad o Comités de Salud, que además de administrar dichos fondos fueron los encargados de velar por la salud de la comunidad en los programas de salud.

El conocido Plan Nacional de Salud, elaborado en 1970, establece desde ese entonces los principios que rigen la participación activa de la comunidad en los programas de salud.

El Estado hace más efectiva esta participación cuando

promulga y legaliza a los Comités de Salud, a través del Decreto de Gabinete No.401 de diciembre de 1970. Este instrumento jurídico reglamenta la formación de los Comités de Salud en cualquier comunidad sin tomar en cuenta su tamaño o estructura.

La Ley 105 del 8 de octubre de 1973, mediante la cual se desarrollan los artículos 224 y 225 de la Constitución Política de la República de Panamá, organiza las Juntas Comunales y Locales señalando sus funciones, las cuales pretenden garantizar la participación de los ciudadanos en forma consciente y responsable desde su base, en la toma de decisiones, para el desarrollo de la comunidad en los aspectos económicos, sociales y de salud.

Según esta ley, las Juntas Comunales y Locales pueden utilizar mecanismos que faciliten el trabajo que tengan que realizar.

"Participar activamente en los programas y trabajos relacionados con el desarrollo de la comunidad especialmente en los programas de salud, vivienda, limpieza, ornato, educación y protección a la niñez y obras públicas". (1)

(1) Comisión Legislación. Ley 105 de 8 de octubre de 1973, Artículo 17, párrafo Tercero. República de Panamá.

Las Juntas Comunales y Juntas Locales, valiéndose de las anteriores disposiciones, promueven y organizan las comisiones de salud que son grupos encargados de dar soluciones a los programas existentes de salud con la participación activa de la comunidad en forma coordinada y directa. Nombrarán una Comisión de Salud quien se encargará de utilizar los mecanismos adecuados para crear conciencia y lograr la participación permanente y responsable de las personas en la solución de los problemas de salud. Además este comisionado se encargará de nombrar comisiones de trabajo, según la frecuencia y prioridad que sea necesaria.

Es conveniente destacar que la acción de los Comités y Comisiones de Salud, va determinada a señalar prioridades en los múltiples problemas que confrontan las comunidades, responsabiliza a los individuos y los compromete a que presten su apoyo a las actividades encaminadas a buscar soluciones a esos problemas.

JUSTIFICACION

Como es de todos conocidos, la República de Panamá se comprometió en 1981 en la XXVII Reunión de la Organización Panamericana de La Salud a lograr la Meta Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000). Uno de los pilares de apoyo para lograr esta ansiada meta es la participación comunitaria en la producción y mantenimiento de la Salud. De allí que se hace de suma importancia evaluar la participación de la comunidad en este campo luego de 5 años de nuestro país haber adquirido este compromiso.

Se estudiarán las comunidades que integran el área de influencia de la Región Metropolitana de Salud ya que dentro de estas comunidades se encuentran los tres tipos de comunidades que caracterizan a la comunidad panameña y ellas son urbanas, urbana-rural y rural.

Como se trata de un estudio descriptivo, este servirá de base para buscar las actividades que se deben realizar para lograr una buena participación comunitaria y así lograr la meta SPT2000.

En 1979 en la Región Metropolitana, se realizó una evaluación de la participación comunitaria en los programas de

Salud encontrándose que solo una comunidad mantenía una participación y el resto su participación era o muy poco o nula.

Luego de esta evaluación, ocho (8), años después se logra otra reunión-taller con los Comités de Salud de la Región Metropolitana de Salud. Esta reunión sirvió sobretudo para que los miembros de las diferentes Directivas de Comités de Salud se quejaron del papel que están desempeñando y acusan a las autoridades de salud que no les brindan la atención que ellos merecen.

Haciéndonos eco del lema de la actual administración del Ministerio de Salud "Volvamos a la Comunidad", y sobretudo en estos momentos en que nos encontramos en una profunda crisis económica, la cual está repercutiendo negativamente en la salud de todos los panameños; consideramos oportuno evaluar la participación de la comunidad en este campo, trabajo este que nos permitirá enumerar posibles estrategias para mejorar el aprovechamiento de ese recurso tan valioso que es la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo General:

El objetivo general de este trabajo es el de realizar un inventario de las actividades que realizaron los distintos Comités de salud de la Región Metropolitana durante el año 1986, en pro de mejorar la salud de sus comunidades.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la existencia y el número de Comités de Salud que existen en área de influencia de la Región Metropolitana de Salud.
2. Conocer el estatus legal de estos Comités (determinar cuantos tienen Personería Jurídica).
3. Conocer si los Comités existentes cumplieron con los siguientes requisitos durante 1986:
 - a) Si realizaron o no asambleas generales,
 - b) Si formaron o no comisiones de salud, determinando el tipo de comisión y el tiempo de duración de las mismas,
 - c) Si realizaron o no elecciones de directiva, en caso negativo investigar si el equipo técnico de centro de salud realizó algún tipo de acción para que éstas se realizaran. Ade-

más investigar el tiempo de duración de la actual directiva.

- d) Conocer cuántos y cuáles Comités tienen cuenta bancaria y cuántos elaboran registros de entradas y gastos en forma periódica para su debida divulgación.
4. Determinar cuántos y cuáles Comités se propusieron metas para el año 1986, y si éstas fueron alcanzadas.
5. Conocer si las Juntas Comunales cooperaron con los Comités de Salud y en qué forma. Además investigar quién solicitó la ayuda de las Juntas Comunales (miembros de la directiva o los miembros del equipo técnico del centro).
6. Conocer con qué recursos cuenta el Comité de Salud para laborar; y cuáles utilizó.
7. Conocer si los Comités de Salud mantienen contacto permanente con el equipo técnico del Centro de Salud para brindar su apoyo a los diferentes programas que lleva a cabo el centro.
8. Conocer si los Comités de Salud mantienen contacto con la comunidad para diagnosticar necesidades y así buscar soluciones a las mismas.

METODOLOGIA

1. La Encuesta:

El objetivo general y los objetivos específicos me facilitaron la confección del instrumento de observación, que fue aplicado a los 21 Directores Medicos de los respectivos Centros de Salud que laboran en la Región Metropolitana de Salud y que constituyeron nuestra unidad de observación.

En vista de que lo pretendí realizar era una exploración y descripción del funcionamiento de los Comités de Salud, conociendo de antemano algunas variables básicas tales como: Organización, Estructura, Medios y Recursos utilizados, decidimos trabajar con un diseño exploratorio descriptivo.

Para llevar a cabo el presente estudio nos encontramos con una serie de limitaciones que dificultaron la realización de éste. Entre éstas está la falta de bibliografía que trata sobre este tema, razón por la cual utilizamos folletos suministrados por el Ministerio de Salud y La Región Metropolitana de Salud con temas relacionados con la Participación Popular.

La encuesta que finalmente adoptamos contó con 17 pre-

guntas en su mayoría precodificadas. (Ver anexo).

La información recolectada, fue debidamente tabulada y criticada y en base a ella preparamos 9 gráficas y 13 tablas que muestran los aspectos sobresalientes de los Comités de Salud.

El presente estudio constituye el resultado de la investigación realizada en el período comprendido entre mayo y agosto de 1987. A fin de facilitar la comprensión de los principales hallazgos en nuestra investigación, presentamos la información en los siguientes capítulos:

1. SIGNIFICADO Y ALCANCE DE LA PARTICIPACION COMUNI-TARIA EN SALUD.
2. EVOLUCION DE LA PARTICIPACION EN SALUD EN LA RE-PUBLICA DE PANAMA.
3. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA REGION METRO-POLITANA DE SALUD.
4. DESCRIPCION DE LOS COMITES DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD.
5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA.
6. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los capítulos mencionados permiten clasificar innumera- bles interrogantes relacionadas con la participación de la comunidad y solución de sus problemas de salud en la Región Metropolitana.

CAPITULO I

SIGNIFICADO Y ALCANCE DE LA PARTICIPACION
COMUNITARIA EN SALUD

La participación de la comunidad en busca de mejorar el nivel de vida tiene sus inicios con el surgimiento del propio hombre. Esta participación comunitaria se ha dado en todos los campos donde se desenvuelve el hombre. En este estudio me limitaré a evaluar la participación de la comunidad en pro de la salud de su propia comunidad de residencia.

La participación de la comunidad tiene una amplia gama de aplicaciones que van desde la consulta hasta una función mayor o menor en la toma de decisiones. Esta participación puede limitarse a grupos selectos o personas de edad de la localidad, o puede incluir a un grupo más general de hombres y mujeres, así como a jóvenes interesados en efectuar cambios en su comunidad. El nivel de adopción de decisiones en que puede participar la población incluye el ámbito de la comunidad, el nivel provincial y el gobierno nacional, así como el partido o partidos políticos del país.

Existe un gran número de acepciones con respecto al término "Comunidad". En este estudio se entiende por comunidad, a todas las personas residentes en un determinado corregimiento al cual se sienten que pertenecen; y por el cual están dispuestas a trabajar para mejorar sus condiciones de vida.

El grupo de personas que integra una comunidad tiene la capacidad colectiva innata de adoptar decisiones, comprometer recursos y asumir la responsabilidad de la conducción de las actividades realizadas por el grupo. En el presente estudio se aborda la participación colectiva que contribuye a la aplicación de los servicios básicos de salud a nivel de la comunidad. La medida en que la comunidad ejerce esta capacidad innata se considera como medida directa de su participación, que podría conceptualizarse desde el punto de vista de una amplia escala. En los casos en que esta capacidad se ejerce en menor grado, la comunidad puede estar "participando" en el desarrollo, aunque únicamente en el sentido de recibir pasivamente los beneficios. Al otro extremo de la escala de participación se encuentra la comunidad que participa activa y significativamente en su propio desarrollo. Esta situación, en que el propósito y el contenido del desarrollo tienen un origen popular y en la que se aportan contribuciones individuales voluntarias a programas y proyectos, contribuye a un sentido "colectivo" de arraigo y dignidad. Entre esos dos extremos de participación se encuentra la situación más generalizada en que miembros de las comunidades comparten hasta cierto punto la adopción de decisiones y en que los conductos de comunicación de sus opiniones a las "autoridades" pueden estar reducidos al empleo de la acción de masas.

Dado el interés general del estudio es la participación de la comunidad en el desarrollo, particularmente en lo que se refiere el enfoque sanitario básico, es igualmente necesario examinar qué se entiende por desarrollo. Puede considerarse que el desarrollo concierne a un aumento general de la producción de bienes y servicios materiales, un cambio en su distribución y consumo, y una mejora en cuanto a beneficios y relaciones sociales. (1)

La participación comunitaria reviste características peculiares en cada medio nacional, o local, ya que es el reflejo de la dinámica social en la que influye el medio cultural, la realidad económica y la estructura política, así como las prácticas y políticas nacionales. A pesar de la complejidad de esos factores de influencia, puede aventurarse la hipótesis de que ciertas características dictan la ubicación en la gama anteriormente descrita del tipo o tipos imperantes de participación.

El concepto de participación comunitaria se define como una actividad en la que participan los miembros de la comu-

(1) Obaidullan Khan, A.Z.M. Poverty-oriented rural development and the U N system; a turning point. Nueva York, Naciones Unidas, 1976. pág. 18.

nidad, no importa si esta actividad incluye el ser planificador, constructor o meta del proyecto. (2) EN este documento la participación comunitaria se refiere a tres tipos de involucramiento de la comunidad en el proceso de desarrollo:

1. Fuente y vertederos de información.
2. Planificadores y
3. ayuda propia.

Las comunidades participan como fuentes de información cuando, tanto la comunidad como un todo, sus representantes locales, son tratados por el equipo de salud y por las personas que más conocen acerca de condiciones locales, tales como:

- a. Prioridades: problemas de salud, desarrollo físico, desarrollo institucional (ejm: escuelas).
- b. Estatus: establecer francamente sus percepciones sobre las condiciones locales que son el foco de las preguntas del equipo de salud; en esta forma el evaluador se interesa únicamente en recolectar información y no establecer prioridades locales;

(2) Valadez, Joseph J. Identificación De Las Comunidades y Procedimientos Para Organizar su Participación En la Extensión De Los Servicios Atención Primaria de Salud. OMS/OPS, HSS-SNIS-24, febrero 1985, pág. 5-7.

- c. Ubicaciones: individuos claves que conocen la vida comunitaria, casos de una enfermedad particular, acontecimientos importantes o área de actividades ambientes especiales, hogares con características especiales (ejm: saber donde hay una mujer embarazada o lactante, un recién nacido o niño menor de cinco años, o una persona mayor);
- d. Críticas: comentarios positivos o negativos y comunicación de retorno acerca de acciones potenciales o reales planificadas para un proyecto, ya sea por el equipo de salud o por otros miembros de la comunidad; tal comunicación de retorno puede utilizarse para modificar tanto los planes que aún están en preparación como los que ya están implementados a fin de parar o inhibir tendencias que pueden afectar negativamente las metas del proyecto de mejorar la calidad de vida del público.

Las comunidades actúan como vertederos cuando son informados por el equipo de salud acerca de acciones o políticas que les conciernen, que ellos deben retener o circular.

Como un vertedero, la información se transfiere al pú-

blico para influenciar su comportamiento y para facilitar el logro de las metas del proyecto.

Ya sea que la comunidad participe como una fuente o un vertedero de información, tiene que hacerlo como un todo, a través de representantes. El nivel de acumulación tiene implicaciones definidas para la cantidad de datos que habrá de analizar posteriormente y también para el método utilizado para la recolección de los datos. En todos los casos el evaluador debería tratar de utilizar esquemas holísticos que usen cada nivel de acumulación. Por lo menos debería utilizar la participación comunitaria agregada, que introduce la menor cantidad de información irrelevante dentro del grupo de datos. En resumen, el evaluador debería tener una concepción clara sobre cual es la unidad de análisis: la comunidad, los grupos, o individuos específicos.

La comunidad participa como planificadora cuando sus opiniones son un componente requerido por el proceso de planificación. Este papel es un estado mental y un objeto de políticas tanto para el equipo de salud y/o para la comunidad misma, dado que cada grupo debe reconocer el papel del otro como colaborador. La relación entre el público y el equipo de salud como co-planificadores ha evolucionado sustancialmente durante los últimos 25 años. Generalmente la

evolución ha sido como sigue:

Inicialmente la comunidad participaba en forma pasiva; eran únicamente informados acerca de una actividad inminente por parte del equipo de salud. Originalmente, esta participación pasiva no involucraba a la comunidad entera, sino únicamente a los líderes comunitarios. Ellos a su vez tenían la opción de transmitir la información a otros en la comunidad. Una variación posterior a esta participación comunitaria pasiva incluyó a la comunidad como un recipiente pasivo de información en reuniones comunales y foros.

Posteriormente la participación comunitaria ha tomado muchas formas. Residentes locales han sido encuestados para conocer sus actitudes y preferencias; se han organizado reuniones comunitarias en que se han utilizado debates y discusiones abiertas, cara a cara, para solicitar nueva información. En cada una de estas formas de participación comunitaria, la comunidad ha proporcionado información a los planificadores sin ninguna garantía de que sus opiniones van a ser incorporadas dentro de los planes eventuales. En realidad, el equipo de salud ha utilizado con frecuencia las opiniones locales ya sea para anticipar problemas o para mejorar sus propios modelos de programa. Así que, en estas primeras formas de participación comunitaria la comunidad ha

tendido a estar subordinada al equipo de salud, el cual ha tenido el papel de escoger selectivamente a través de las opiniones locales la información para complementar sus propias ideas programáticas. En modelos más recientes de participación comunitaria, la comunidad también ha sido un planificador y ha estado en igualdad de circunstancias con el equipo de salud. ¿Quién es el que diseña? La respuesta apropiada incluye tanto a la comunidad como al equipo de salud dado que ambos aportan una clase diferente de experiencias al proyecto. (3)

La tercera categoría de participación comunitaria es la ayuda propia, en la cual el público es necesariamente una fuerza de trabajo activa en el proyecto. En esta capacidad, la comunidad puede ser un practicante tanto como un objetivo de esa práctica.

La principal característica de la ayuda propia es que se ve a la comunidad como una fuerza de trabajo esencial (no importa si su papel es como trabajador o como gerente) y, en consecuencia, tiene paridad con el equipo de salud que

(3) Molina, Gustavo. El Responsable de Salud y la Participación de la Comunidad. Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana 83. 2 de agosto de 1977.

ticipa en el proyecto, aunque su experiencia tenga una base de datos diferentes y quizás necesite entrenamiento adicional proporcionado por el proyecto.

Con la minuciosa definición que hemos brindado de lo que se considera la participación comunitaria vamos ahora a describir el papel de hombre dentro de esta actividad.

En la actualidad el hombre ha dejado de ser un mero espectador y se ha convertido en un ente consciente de la responsabilidad que le compete en la búsqueda de su salud y la de sus congéneres. Esto lo ha llevado a realizar sus mejores esfuerzos para lograr un mejoramiento de su salud a través de grupo de trabajo organizados para promover la participación comunitaria en la búsqueda de salud, de acuerdo a sus propias necesidades y fines.

Si analizamos el significado que la Organización Mundial de Salud (OMS), le ha dado a la salud:

"Salud es un completo Bienestar Físico, Emocional y Social y no sólo la ausencia de enfermedad". (4)

(4) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En documentos básicos. Vigésima Edición, mayo 1969. Ginebra.

Esta nueva acepción connota varios nuevos términos que antes no se utilizaban al definir Salud. Es conveniente analizarlos, entre estos el término bienestar que según el Diccionario Anaya De la Lengua Española significa: "Comodidad, vida holgada, satisfacción y paz". Como vemos hoy día Salud es mucho más que sentirse sin molestias físicas ya que incluye nuevos campos como el económico, el social y por qué no el político.

Hasta la fecha he mencionado la participación comunitaria y considero que debo mencionar además el término Salud Comunitaria la cual se define en los siguientes términos:

"La Salud Comunitaria es el arte y la ciencia de mejorar el estado de salud de toda la población, con la participación de los esfuerzos comunitarios, al producir los bienes fisiológicos y satisfacer las necesidades básicas, materiales y emocionales, al prevenir sus enfermedades y al promover la eficiencia de los servicios de salud". (5)

El desarrollo y la implementación de todos los programas de salud dependen de la capacidad del Ministerio de Salud, en organizar Comités de Salud activos y bien concienti-

(5) Saied, Abraham. Salud Comunitaria Integral. Ministerio de Salud. 1975. pág. 1.

zados socialmente, sin una participación comunitaria, todos los programas están destinados a fracasar. (6)

El Dr. José R. Esquivel, primer Ministro de Salud y promotor en la creación de este ministerio llevó innumerables acciones con el fin de mejorar la salud del panameño. El define la salud como "una permanente lucha de las comunidades en organizarse en orden de utilizar todos los recursos naturales y humanos a su disposición". En pocas palabras, igualó salud con una adecuada ingesta alimenticia, disponibilidad de agua potable, electricidad, saneamiento ambiental y vivienda adecuada. La enfermedad la definió como "el portavoz de las realidades de las comunidades donde viven las familias".

Los cambios necesarios para producir salud no se pueden lograr sin la participación comunitaria. Tenemos que participar con las comunidades en su organización para que resuelvan sus necesidades básicas y substituyan la enfermedad por salud. De allí la enorme importancia del lugar donde residen las personas.

(6) Saied, Abraham, "Servicios Comunitarios de Salud y Participación de la Población: La Experiencia de Panamá", documento presentado durante la XXII Asamblea del Comité Ejecutivo y la XXV Asamblea de los Comités Regionales de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, Octubre, 1973. pág. 1.

Es allí donde encontraremos las causas de la enfermedad. Es allí donde debemos tratar y prevenir enfermedades, para que las personas tengan poca necesidad de acudir a los hospitales. (7)

Es indudable que para que las comunidades participen deben existir Programas de Salud que sean prácticos y que se basen en un sistema de prioridades. Esto obedece simplemente a que, en todo tiempo y durante cualquier período dentro de las comunidades existe multitud de problemas, por lo que es imposible que las autoridades de salud puedan resolverlos simultáneamente. Ante la evidencia de la existencia de esos problemas a que se debe enfrentar, se hace necesario el establecimiento de un orden prioritario y concentrar la atención en un sector particular de salud pública y en la solución de ciertos problemas específicos.

El concepto de la posibilidad de que organismo externos estimulen y promuevan la autosuficiencia cooperativa es bastante reciente, aunque es difícil precisar cuándo se originó. Por el contrario, la idea de que los miembros de las comunidades pueden identificar problemas comunes y tratar de resolverlos mediante esfuerzos conjuntos, es tan antigua como la vida en comunidad. En la mayoría de las sociedades es tradicional la participación a nivel local, a

(7) ESQUIVEL, José R., "Salud Comunitaria y Medicina Integral" mimeo Hospital del Niño, Panamá. documento sin fecha, pág. 4-5.

través de consejos técnicos y de pobladores y de diversas clases de agrupaciones; y, por lo general, las comunidades agrarias tienen una historia de cooperación económica. Aunque los avances de la tecnología y la urbanización han hecho mella en algunas de esas condiciones, muchos países están basando sus nuevos enfoques de desarrollo local en las formas tradicionales de participación inherentes a la comunidad.

Este estudio se limita a la participación comunitaria que es realizada a través de los Comités de Salud, los cuales fueron incorporados a la Salud Pública Panameña en 1952 y en 1970 fueron legalizados, mediante el Decreto Ley No.401.

Ya hemos señalado la enorme importancia de la participación comunitaria en el desarrollo de todos los programas de salud. Ahora mencionaremos las actividades que estos deben realizar en cada una de las comunidades.

Los Comités de Salud o los grupos a nivel de comunidad, están encargadas de las siguientes actividades:

- Crear conciencia entre los miembros de su comunidad para que identifiquen sus problemas y sus necesidades sentidas de salud y de acuerdo con ellas, establecer prioridades para luego participar en forma

organizada y coordinada, en la solución de las mismas.

- Administrar los fondos que son productos de los distintos servicios que brindan los centros de salud.
- Desarrollar los programas y campañas del Ministerio de Salud.
- Mantener informada a la comunidad de manera continua, de todas las actividades realizadas por ellos en beneficio de los asociados.

Es necesario tener conocimiento sobre algunos aspectos de la organización interna de los Comités de Salud, ya que la forma en que estén integrados determinará la participación de la comunidad, en las acciones y soluciones de los programas de salud de los moradores.

Así tenemos que podrán ser miembros de un Comité de Salud las personas que deseen, siempre que residan en el lugar donde se ha integrado éste. Los Comités de Salud cuentan con tres órganos, a saber: La Asamblea General, la Junta Directiva y Las Comisiones de Trabajo.

La Asamblea General es el órgano donde participan todos los miembros de una comunidad. Su principal función es la de fijar la política de salud que debe llevarse a cabo a nivel comunal.

La Junta Directiva es el órgano encargado de realizar y poner en función las decisiones que han sido tomadas en la Asamblea General. Las Juntas Directivas tienen un período legal de un año de duración. Su principal responsabilidad es hacer que la comunidad participe en todos los programas de Salud que se llevan a cabo dentro de ella.

Las Comisiones de Trabajo son nombrados por la Junta Directiva, para resolver problemas específicos que necesitan una acción inmediata en la comunidad. Las comisiones deben ser tres (3) con carácter permanente y que correspondan a los tres programas básicos del Ministerio de Salud, a saber: Salud Familiar con componentes de Salud Materno-Infantil y Salud de Adultos; Saneamiento Ambiental y Nutrición. Además cada Comité de Salud o comisión de salud podrá designar tantas comisiones de trabajo, con carácter transitorio, como sean necesarias para asegurar el desarrollo de las actividades requeridas en la solución de los problemas comunitarios en relación a la salud. Las Comisiones de Trabajo deberán coordinar sus actividades con el personal técnico de los Centros de Salud. Por último las comisiones deben mantener informada, tanto a la comunidad como al personal técnico del Centro de Salud. (8)

(8) Comisiones de Trabajo del Comité de Salud. Ministerio de Salud, Panamá, 26 de agosto de 1976. pág. 4-5.

En nuestra actual constitución se señala en el artículo 112 que la comunidad tiene el deber y el derecho de participar en la planificación , ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Anterior a la promulgación de este artículo ya se había otorgado personería jurídica a los Comités de Salud con el Decreto No.401 de 1970, ya mencionado anteriormente, y para tal efecto deben estar debidamente inscritos en el libro de registros que se encuentra en el Departamento de Asesoría Legal del Ministerio de Salud.

Posterior a estos dos preceptos legales se promulgó la Ley No.105 del 8 de octubre de 1973, mediante la cual se desarrollan los artículos No.224 y 225 de la Constitución Política de la República de Panamá y se organizan las Juntas Comunales y Locales. Esta ley además les señala las funciones a estos dos nuevos organismos, y pretende garantizar la participación de los ciudadanos en forma consciente y responsable desde su base, en la toma de decisiones, para el desarrollo de la comunidad en los aspectos económicos, sociales y de salud.

Según esta ley, las Juntas Comunales y Locales pueden utilizar mecanismos que faciliten el trabajo que tengan que

realizar, tal cual se señala en el artículo que se menciona a continuación:

"Artículo 15: Las Juntas Comunales y Juntas Locales podrán organizar comisiones de:

1. Producción
2. Salud y Asistencia Social
3. Vivienda, caminos y obras de mejoramiento comunal.
4. Educación, cultura y deporte.
5. Finanzas.
6. Cualesquiera obra que estimen necesaria de acuerdo con sus fines.

Las Juntas Locales y las Comisiones organizadas por las Juntas Comunales no tendrán Personería Jurídica". (9)

Como hemos señalado anteriormente la participación comunitaria es el eje principal en el cual se debe apoyar el sector salud para lograr la meta de Salud Para Todos. Todos En El El Año 2000. La Declaración de Alma-Ata en su IV punto dice textualmente lo siguiente:

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y colectivamente en la planificación de su atención de salud.

(9) Comisión de Legislación. Ley 105 de 8 de octubre de 1973, Artículo 15, Capítulo tercero. Rep. de Panamá.

Es evidente que los países que acataron esta declaración tienen un gran compromiso por delante; de allí que se les presenta un gran dilema en la oferta de servicios.

Para lograr el objetivo de la cobertura universal, la oferta de servicios, además de ser eficiente, debe reunir las siguientes condiciones: debe ser eficaz en relación con las situaciones o los problemas que se tienen que resolver; apropiada en los términos de su contenido; acorde con las necesidades básicas de la comunidad; accesible a la población y aceptada por la misma. (10)

Las comunidades atienden sus necesidades de salud mediante:

- a- El sistema tradicional comunitario, establecido por la propia comunidad y usado por los individuos, siguiendo la costumbre de la automedicación, o acudiendo a algún miembro de la comunidad reconocido como agente del sistema.
- b- El sistema institucional de salud, compuesto por instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas.

(10) Crónica. Extensión de cobertura de los Servicios de Salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 83 6, diciembre 1977, pág. 482-503.

Muchas veces el sistema tradicional coexiste con el institucional, pero en otras ocasiones es el único que atiende a las necesidades de salud de la comunidad. El mayor o menor uso que se haga el sistema tradicional o del institucional, o de ambos, dependerá de las condiciones educacionales, y socioculturales de la población y de las características del sistema institucional.

Sistema tradicional comunitario. Cualquiera que sea su grado de evolución, toda comunidad ha tratado de encontrar la manera de atender sus problemas de salud a través de este sistema, el cual cuenta con recursos y procedimientos que le son propios y funciona de acuerdo con su estilo de vida. Afronta los problemas con limitaciones y tiende a satisfacer casi exclusivamente las áreas de atención de la enfermedad y del parto. Sus agentes reciben diferentes nombres según la cultura local y el tipo de arte curativo que llevan a cabo: comadronas, curanderos, brujos, yerberos, rezadores, chamanes, hueseros, sobadores, adivinos.

Es muy poco lo que se conoce acerca de sus características como sistema. Se sabe que está firmemente arraigado en la cultura local y, por consiguiente, tiene la aceptación y el apoyo de la comunidad.

Es necesario complementar las investigaciones realizadas sobre las comunidades a fin de identificar la dinámica interna de los elementos del sistema tradicional en cuanto a su papel, organización y funcionamiento y las interrelaciones del sistema con otros aspectos de la vida de la comunidad. Esto facilitará la articulación del sistema tradicional con el institucional de salud, pues en el momento actual su conexión o interrelación es de ordinario parcial, errática o inexistente.

Sistema institucional. A pesar de que la salud es un derecho y responsabilidad de todo ser humano y que los sistemas institucionales tienen mayormente la responsabilidad de velar por ella y de fomentarla, hay consenso de que estos no satisfacen las necesidades de atención de la salud de la totalidad de la población. Entre los factores que contribuyen a esta situación pueden señalarse:

- a- La falta de una visión global de la problemática de salud.
- b- El concepto de que los servicios de salud son un fin en sí mismos.
- c- La existencia de un sistema institucional rígido que impide identificar y atender las necesidades cambiantes de la población y que mantiene una visión estadística de las mismas sin el necesario

análisis cualitativo de los problemas.

- d- La inaccesibilidad física, social, cultural y económica de numerosos grupos de población a las instituciones que prestan servicios de salud.
- e- La falta de participación de la comunidad en las acciones de salud, con el consiguiente aislamiento de los servicios y de su personal, en un sistema cerrado a la influencia de los usuarios.
- f- El enfoque predominantemente curativo de los servicios, que ha conducido a una separación o paralelismo de las acciones preventivas y de fomento, impidiendo la necesaria integración con que deben realizarse.
- g- La inadecuada capacitación del personal que desempeña funciones en el sector, que reduce su poder de discernimiento en cuanto a las ventajas o desventajas de las tecnologías en uso y le impide compenetrarse con los fines de las organizaciones de salud.
- h- La utilización indiscriminada de tecnologías importadas que se prestan a la creación de dependencias y han sido adoptadas sin tener en cuenta la realidad nacional.
- i- El aumento significativo de los costos de la atención médica, sobre todo las prestaciones más com-

plejas y menos frecuentes, que disminuye la disponibilidad de recursos para llevar a cabo la cobertura universal.

Sin embargo, el sistema institucional dispone de una estructura y recursos que, no fueran objeto de una conveniente reorientación y se mejorara su eficiencia, le permitirían tener un impacto apreciable en la corrección de la situación actual.

Es una colectividad, sobre todo si en esta predomina la pobreza social, los interesados en la salud de la población tienen tanta responsabilidad como cualesquiera estos individuos con respecto al mejoramiento de las condiciones económicas y sociales.

Luego de haber realizado un análisis de la oferta de servicios de salud, donde se señala el aumento de los costos de la atención médica, como uno de los factores que impiden que la demanda sea resuelta se hace imperativo analizar los gastos en salud que nuestro país ha estado haciendo.

A continuación se presenta Tabla No.1 y No.2 la información detallada.

TABLA No. 1

GASTOS POR HABITANTE EN SERVICIOS DE SALUD

	1973	1978	1983
Nacional	B/ 59.94	B/ 99.67	B/ 98.01
Bocas del Toro	108.86	72.79	97.52
Coclé	20.11	40.28	54.98
Colón	40.99	67.00	74.00
Chiriquí	25.98	59.32	77.98
Darién	13.12	38.82	56.72
Azuero	29.09	66.97	84.30
Panamá	94.82	150.74	134.20
Veraquas	13.29	30.07	42.40
San Blas	5.28	17.21	38.36

Fuente: Memorias Ministerio de Salud, 1984.

TABLA No. 2

GASTO POR HABITANTE POR REGION COMO PORCENTAJE
DEL PROMEDIO NACIONAL

	1973	1978	1983
Promedio Nacional	100%	100%	100%
Bocas del Toro	181	73	100
Coclé	34	40	56
Colón	68	67	76
Chiriquí	43	60	80
Darién	22	40	58
Azuero	49	67	86
Panamá	158	151	136
Veraquas	22	30	43
San Blas	9	17	39

Al analizar estas cifras y evaluar la actual situación económica que vive el país, es fácil concluir que nuestro sistema de salud se hará incosteable en los próximos años, sino utilizamos a la comunidad como recurso primario en la producción de salud.

Como vemos es altamente imperativo que nuestro país haga un giro con respecto a su Política de Salud; ya que de continuar estos costos no podríamos costear los gastos en salud que se requieren para mantener los actuales índices de salud. Recordemos que en la actualidad estamos gastando el 5.6 % de nuestro Producto Interno Bruto en el campo de la salud. Este valor está a la par y en otros casos muy por encima de lo gastado por muchos países desarrollados. De allí la importancia de la participación comunitaria en este campo que ayude a producir salud a más bajos costos. Actualmente existen evidencias que este cambio de actitud se viene dando en la actual administración del Ministerio de Salud, un ejemplo es la estructuración de un Sistema de Gastos, Producción y Costos, que permitirá al Ministerio conocer a ciencia cierta cuanto nos cuesta la Salud; y además permitirá luego del análisis de sus resultados corregir errores y lograr una mejor producción de salud a costos razonables y costeables por nuestro país.

CAPITULO II

EVOLUCION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA
EN SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA

EVOLUCION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA
EN SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMA

La determinación y conducción de la política de salud en nuestro país recae en el Ministro de Salud, el cual lideriza el Sector Salud. En Panamá a partir del año 1979 se constituyó legalmente el Sector Salud, el cual esta compuesto por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, IDAAN, y el IDIMA; pero es el Ministerio de Salud el ente rector de este sector.

Como vemos el Sector Salud debe velar por la salud de todos y cada uno de los panameños; y para ello debe hacer respetar principios y derechos consagrados en el plano nacional por disposiciones constitucionales, códigos y decretos, y en el orden internacional por declaraciones de la Organización Mundial de la Salud. La comunidad a su vez debe participar activamente en la elaboración y ejecución de los planes vinculados al enfrentamiento de problemas de salud y además exigir que se cumpla todo lo señalado anteriormente.

Por ello es necesario que la población se organice a través de Comités de salud para velar por la debida realización de las acciones de promoción, protección, repara-

ción y rehabilitación a que tiene derecho. En el proceso de organización toma conciencia plena de sus deberes y de sus derechos, que debe defender y hacer valer individualmente y colectivamente.

El Ministerio de Salud debe estimular la formación y el desarrollo de Comités de Salud, al igual que debe divulgar los derechos y deberes que tenemos todos los panameños en el campo de la salud.

El lema del Ministerio de Salud "Salud Igual para Todos" resume el derecho a la salud de todo ser humano que habita en el territorio nacional, sin distinción de raza, religión, credo político, o condición socioeconómica. Además refuerza el principio por el cual toda la población debe recibir los beneficios provenientes de conocimientos médicos, psicológicos y similares para lograr el mayor estado de bienestar. Esto a nivel individual significa, que todos los habitantes de la República tienen el derecho a recibir por parte de personal idóneo el Estado, en cualquier momento, todas las atenciones relacionadas con la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en Centros Médicos Integrados, Hospitales Generales, Hospitales Especializados, Centros de Salud, Sub-Centros de salud, y Puestos de Salud. A un mismo tiempo la población organi-

zada tiene el deber de promover y proteger el uso más adecuado de tales recursos básicos para conservar la salud.

Es pertinente resaltar entre los deberes y derechos de la población los puntos más relevantes vinculados a la participación comunitaria en bien de la salud. Entre los derechos figuran los siguientes:

1. Todo ser humano tiene derecho desde antes de nacer a recibir los cuidados directos o indirectos vinculados a su desarrollo "in utero" que permitan su llegada al mundo en un ambiente materno, familiar y comunitario sano.
2. Toda persona adulta tiene el derecho a trabajar productivamente por y para su salud y la de la colectividad. Como consecuencia tiene el derecho a recibir adecuada protección contra riesgos profesionales y a servicios de prevención, curación, y recuperación de la salud que pueden incluir las formas de vacunación, hospitalización, radiaciones, servicios de laboratorios, tratamientos odontológicos, y otros.
3. La población tiene el derecho de recibir una completa educación en salud y a la promoción de la misma, mediante el uso eficaz de los medios de comunicación.

Entre los deberes tenemos que sobresalen los siguientes:

1. Cualquier individuo y especialmente todo trabajador tiene el deber de participar individual y colectivamente en todas las actividades encaminadas a proteger los recursos de salud y a promover su uso más adecuado.
2. Todo adulto apto física y mentalmente tiene el deber de trabajar lo más productivamente posible para los fines del mayor bienestar personal, familiar y comunitario.
3. Toda persona tiene el deber de conservar su vivienda y sus alrededores limpios y evitar todo acto que atente contra el ornato público además de evitar ruidos innecesarios que perturben la paz de la comunidad.
4. Toda persona tiene el deber de participar activamente en los programas de educación para la salud y a poner a disposición de los mismos los medios más eficientes, a su alcance, para su divulgación. (11)

(11) Guía de Salud. Ministerio de Salud, Panamá, Edición 1972. pág. 2-4.

Para lograr que estos deberes y derechos sean cumplidos y ejercidos a cabalidad el equipo técnico y la comunidad pueden laborar en conjunto siempre que su integración signifique un conocimiento mútuo exhaustivo. Los problemas de la comunidad deben ser manejados con pericia y flexibilidad, por parte del equipo técnico de salud. Por otro lado, los problemas de salud deben ser conocidos y manejados adecuadamente por la comunidad. A partir del conocimiento de los diferentes problemas a nivel comunitario del sector se pueden desarrollar programas concretos de trabajo.

A. COMITE Y COMUNIDAD.

El Comité de salud es la comunidad organizada con el fin de procurar las mejores condiciones de salud físicas, mentales y sociales. La Asamblea general es la expresión más amplia del Comité de Salud. Es a través de la Asamblea General que se puede medir el grado de organización. En la Asamblea deben estar representados todos los grupos de la comunidad. Existen tres clases de organización que toda comunidad tiene: (12)

(12) Guía de Salud. Ministerio de Salud, Panamá, Edición 1972. pág. 9-10.

- a) Geografía residencial
- b) Económica, y
- c) Social

- a) El Comité debe tener su representación geográfica. En el caso de una comunidad urbana toda manzana (o cuadra) debe estar debidamente representada por un vecino. En el caso de una comunidad rural, todo caserío debe tener un representante, seleccionado por sus vecinos. Desde las manzanas, o los caseríos donde realmente existen y se viven los problemas de salud, deben surgir los miembros de los Comités de Salud para el debido desarrollo de los programas. Con la asistencia de los vecinos de todas las áreas que forman un sector o sub-sector pueden analizarse debidamente los problemas de salud.
- b) Los Comités también deben integrar a sus órganos de trabajo, asociaciones de producción de la comunidad. En estas organizaciones pueden encontrar valiosos impulsores. Además, su propia organización de trabajo los facilita emprender los diferentes proyectos comunitarios. Los Comités de Salud existentes deben procurar integrar a sus labores, representantes sindicales, gremiales, em-

presarios, etc. de sus comunidades.

- c) Otros grupos muy importantes son los sociales. Las organizaciones sociales se diferencian de las anteriores en el sentido que son asociaciones de tipo voluntario. No depende, necesariamente, del lugar donde reside o del lugar donde se trabaja. Sus proyectos, casi siempre, se identifican con problemas de la comunidad. Estos grupos pueden ser clubes cívicos como el Club de Leones, los Rotarios, asociaciones religiosas y otros. Debe tenerse muy en cuenta las organizaciones estudiantiles.

Todos estos grupos pertenecen, por derecho propio, a la Asamblea General de los Comités de Salud, por el simple hecho de ser partes de la comunidad. Sus miembros deben asistir y participar en la toma de decisiones y en el trabajo comunitario.

Además debe preverse una representación adecuada de todos los sectores de la comunidad. En esta representación deben existir individuos de todas las edades, de todos los sexos, y de todos los orígenes. Esta situación permite que se prive el inconveniente de que prevalezca el interés particular de un determinado grupo sobre el interés de toda

la comunidad. (13) (14) (15)

De la Asamblea General se elige la Junta Directiva que debe ser representativa ante la comunidad y sus intereses. Este órgano debe ejecutar los programas de salud comunitarios. Su trabajo está estrechamente vinculado a los problemas de la comunidad y puede asesorarse del equipo de salud del Ministerio. La Junta Directiva tiene que coordinarse con la Dirección Médica del Centro de Salud y su equipo de trabajo. Igualmente, debe formalizar relaciones con otras instituciones del Estado o privadas. En el caso de existir más de una institución de salud en una comunidad, la coordinación debe realizarse con todas y cada uno de ellas.

La formación de un Comité de Salud conlleva, más que nada, una responsabilidad de trabajo a nivel comunitario. Con este fin se contempló la formación de Comisiones de Tra-

-
- (13) Carly de Guerra de Macedo. "Brasil: Un Plan de Vasto Alcance para los Servicios Básicos de Salud". Foro Mundial de la Salud. O.M.S. Vol. 3, No.3, 1982, pág. 285-290.
- (14) Annel, Mary V., "Una experiencia Guatemalteca: Quien Dirige es la Comunidad y no el Médico". Foro Mundial de la Salud. O.M.S. Vol. 3, No.3, 1982, pág. 325-327.
- (15) Gandra, Domingo Das, "El Concepto De Comunidad y Su Relación con los Programas de Salud", Educación Médica y Salud. O.P.S., Vol. 11, No.3, 1977, pág. 205-233.

bajo. Estas están presididas por miembros de la Junta Directiva e integradas por personas de la comunidad. Su fin es estudiar y proponer solución a problemas específicos en el campo de la salud. La Asamblea o en su representación la Junta Directiva, debe nombrar comisiones de trabajo con el fin de penetrar con profundidad en los problemas.

El Comité de Salud debe hacer uso, en forma permanente, de todos los recursos existentes en la comunidad. Comenzando por las instituciones de salud, públicos y privados, pasando por las otras entidades del Estado y aprovechando, también, las organizaciones sociales y económicas del sector privado. Sin esta integración comunitaria la labor del Comité se vería limitada a la buena voluntad de los individuos que la componen. La fuerza de la comunidad es el motor del Comité, por esto éste sin el otro no tiene sentido.

B. COMITES DE SALUD.

Los Comités de salud constituyen la cristalización del esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud para organizar las comunidades.

Los comités de salud en Panamá tuvieron origen como resultado del Seminario Internacional de Educación Sanitaria

celebrado en Chitré, Herrera, en el año 1955. En ese entonces, se llegaron a formar cinco Comités de Salud, constituidos por líderes de las comunidades de Chitré.

Posteriormente, en el año 1962, el Ministerio de Salud (llamado para ese entonces, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública) le imprimió un gran impulso a la formación de estos Comités en todo el país. Este paso significativo para los programas de salud nació, de la necesidad de contar con la participación de la comunidad en el programa del PUMAR (Programa de Unidades Móviles Para Areas Rurales). (16)

A fines de 1963, ya se habían organizado 40 Comités de Salud, año tras año, se fueron fundando muchos más hasta llegar a 178 a mediados de 1972. (17).

Recordemos que en diciembre de 1970 se promulgó el Decreto No.401 que legalizó a los Comités de Salud. Con la

(16) Frederick J. Vintinner, "A Mobile Rural Health Services Program in Central America and Panamá," American Journal of Public Health, 55, 5 (1968), pp. 907-914.

(17) Guia de Salud. Ministerio de Salud, Panamá, Edición 1972. pág. 14-15.

promulgación de este Decreto se incitó la formación de un gran número de Comités.

A continuación se presenta una tabla señalando la formación de Comités con Personería Jurídica desde 1971 hasta 1986.

TABLA No.3

COMITES DE SALUD CON PERSONERIA JURIDICA POR AÑO

1971	85
1972	232
1973	82
1974	58
1975	51
1976	15
1977	15
1978	18
1979	17
1980	29
1981	18
1982	11
1983	9
1984	4
1985	3
1986	0
	<hr/>
	647

Fuente Asesoría Legal del Ministerio de Salud.

En la siguiente página se muestra una gráfica señalando por un lado, el total de Comités de Salud con Personería Jurídica, y en la misma gráfica se muestra la cantidad de éstos que la adquirirían año a año. Se puede visualizar el gran incremento en cuanto al número de Comités luego del decreto de 1970, el cual decrece con los años hasta llegar a las cifras actuales.

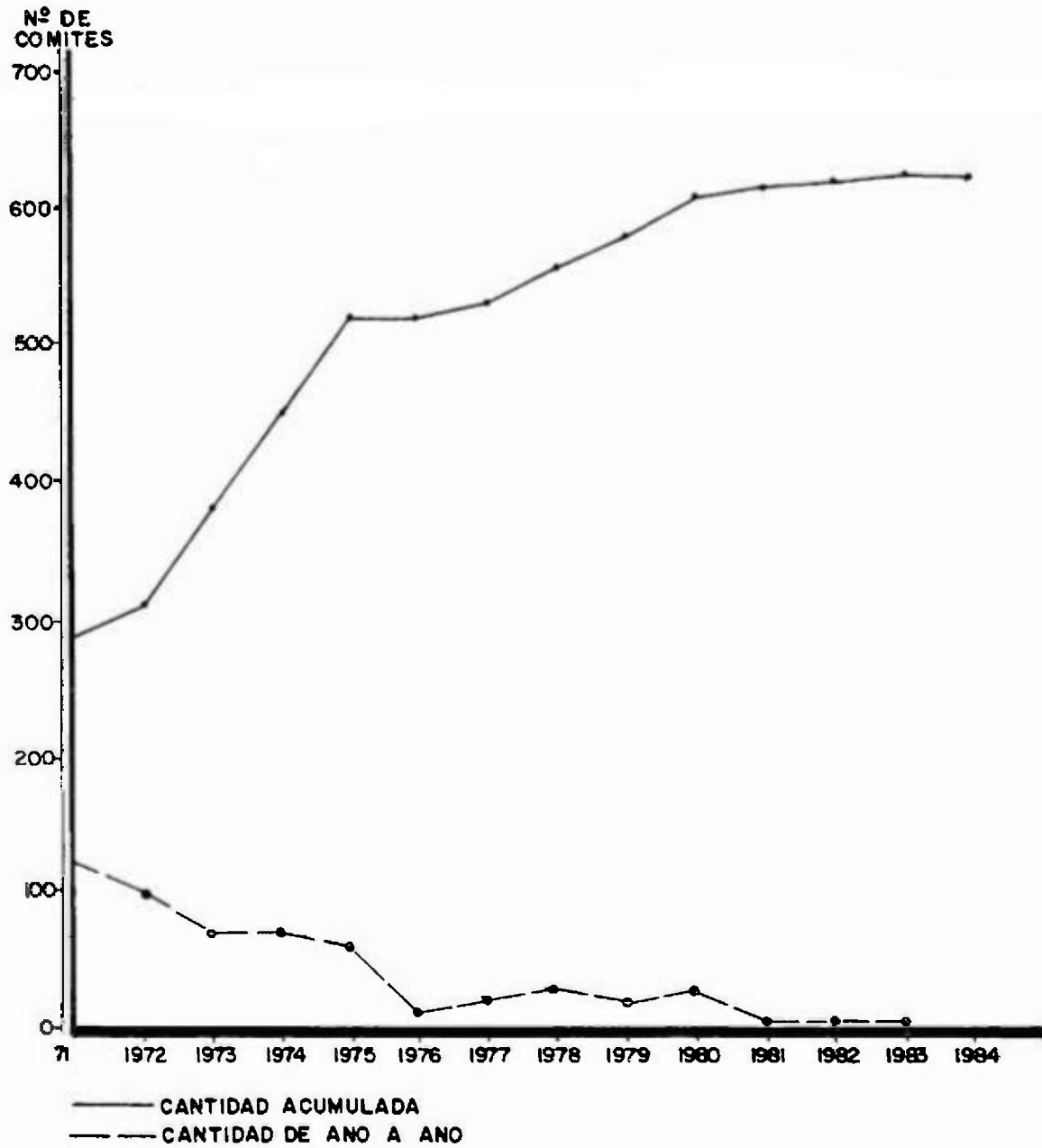
Estos Comités de Salud han demostrado, a través del tiempo, ser de gran utilidad para el desarrollo de los programas y actividades de salud que ejecutan las diferentes instituciones de salud del Ministerio. Ejemplo de ello, lo podemos observar en las actividades variadas que realizan, de las cuales mencionaremos: a) Ayuda en la construcción de instalaciones de salud, tanto en mano de obra como económicamente; b) Compras de equipo e instrumentales médicos; c) Pago de salarios y viáticos al personal de servicio; d) Compras de unidades móviles para las instituciones; e) Reparaciones a las instalaciones físicas; f) Donación de sangre para pacientes indigentes; g) Letrinación para personas indigentes; h) Compra de vacunas; y i) Aporte de voluntarios para las actividades, etc.

Para poder seguir realizando esta labor y a la vez mejorarla, los Comités se organizan en federaciones, las

GRAFICA N° 1

MINISTERIO DE SALUD

Nº DE COMITES DE SALUD CON PERSONERIA JURIDICA
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, 1971 A 1984



las cuales son entidades que agrupan a todos los presidentes de los Comités de Salud de una misma región.

Una vez concluida la organización de los Comités, en federaciones en todas las regiones del país, se constituye la confederación de los Comités que sería la agrupación máxima formada por representantes de todos los comités del País.

Las federaciones son consideradas como Instituciones de II Nivel y la confederación representa una Institución de III Nivel. Esta estructuración le confiere gran poder político a los Comités de Salud. Además de que sirven de co-garantes de la estructura social del Gobierno. Existe el inconveniente con esta estructuración y es el hecho que pueden ser utilizadas por grupos sectarios (eje, partidos políticos) para otros fines. (18).

C. ORIGEN Y EVOLUCION DE LOS HUERTOS COMUNITARIOS EN PANAMA. (19)

En 1971, el Ministerio de Salud bajo la dirección del

(18) Loyola, Luis. Médico Pediatra, Maestro en Salud Pública, Asesor de la O.M.S./O.P.S., entrevista concedida el 24 de agosto de 1987, Panamá, Panamá.

(19) Cedeño, Francisco. Origen y Evolución De Los Huertos Comunitarios en Panamá. 1971-1984. pág. 4-7.

Dr. José Renan Esquivel, decidió realizar un seminario de Nutrición en la comunidad chorrerana de Cerro Cama. Después se les llamó a éstos, Seminarios de Salud Comunitaria. Para ello, el Ministerio de Salud estableció una serie de contactos con miembros de la comunidad de Cerro Cama.

Se definió un área geográfica en el cual se harían los estudios. Dentro de esta área geográfica el Ministerio de Salud realizó con la colaboración de la comunidad, una muestra para obtener un diagnóstico sobre el estado nutricional de la población y las condiciones sanitarias de las mismas.

El objetivo del Seminario en referencia era el de concientizar a la población en relación con la situación nutricional de la comunidad y estimular a la misma para que adopte acciones tendientes a mejorarla. Luego se realizó una Asamblea General en donde se sintetizaron las conclusiones y recomendaciones. Entre las conclusiones y recomendaciones fueron las siguientes:

1. Que el Comité de Salud se responsabilizara por dar las facilidades para que la población de Cerro Cama pudiera obtener leche en el poblado.
2. Mejorar la organización de la Comunidad como requisito indispensable para avanzar en Salud.

3. Organizarse en una cooperativa de producción.
4. Necesidad de dar facilidades de estudio a niños inteligentes y pobres de la comunidad.

En dicha Asamblea General se fustigó al Ministerio de Desarrollo Agropecuario por ser totalmente inoperante en la solución de los problemas de dicha comunidad. Ante esta situación el Ministerio de Salud asumió el rol de asesoría en agronomía y el de apoyar a la comunidad en el desarrollo de un huerto comunitario. Aquí está la raíz histórica de los agrónomos en el Ministerio de Salud. Cerro Cama fue la primera comunidad del país en la que se realizó Seminarios de Salud Comunitaria y cuyo resultado fue el desarrollo de Huertos Comunitarios. Cabe señalar que esta idea ya había sido gestada en 1970, en esta misma comunidad. El Ministerio de Salud estimuló a la gente a desarrollar sus ideas y apoyó las decisiones de la comunidad.

D. SURGIMIENTO DE HUERTOS FAMILIARES.

En 1981, surge en la Región Metropolitana de Salud alrededor de 2000 huertos familiares. Estos son una derivación de los huertos comunitarios. Luego esta idea fue pasando a otras regiones de salud. Estos huertos no nacen con la idea de suplantar a los huertos comunitarios, más

bien son un complemento. La escasez de recursos humanos (agronomos) y financieros imposibilita la asesoría en agromía adecuada a cada uno de los huertos familiares. Los huertos familiares ofrecen una ventaja sobre los comunitarios, ya que se pueden cultivar con herramientas menores: azadas, piquetas, rastrillos, etc. Además ofrecen mayor seguridad y menos peligro que se pierda la cosecha.

En cuanto a los objetivos de los huertos comunitarios iniciales y los actuales existe una diferencia. Inicialmente, los huertos comunitarios tenían como objetivo, junto con otros proyectos de producción de alimentos, redimir al campesino, elevar su nivel de vida y por ende su salud. En la actualidad los objetivos son menos ambiciosos, son enseñar a la gente a producir y a consumir. En otras palabras su fin es educativo.

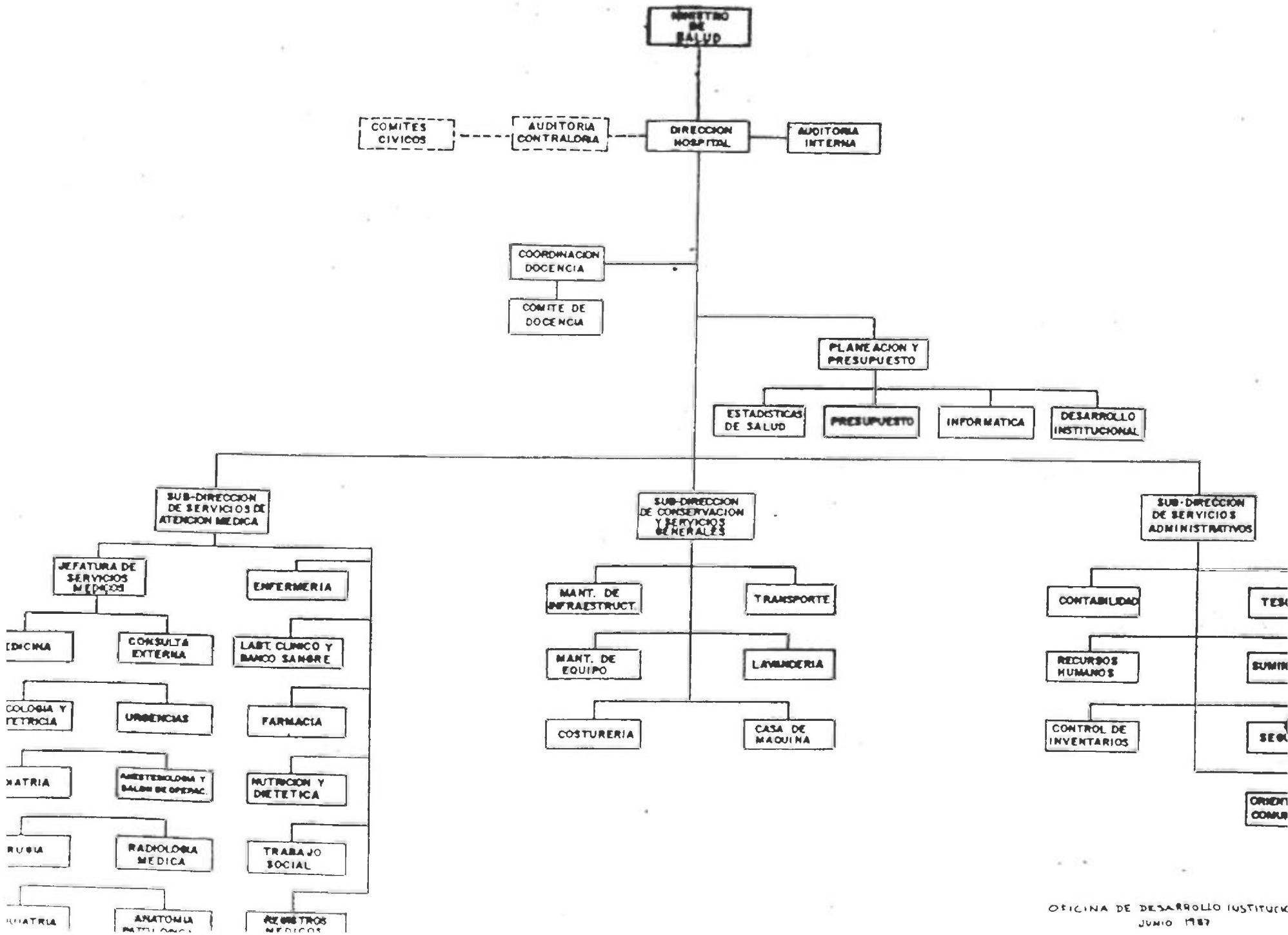
Hoy día vemos con gran beneplácito la importancia que se le está dando nuevamente a la participación comunitaria. Podemos mencionar la actual política del Ministro de salud con su lema "Volvamos a la Comunidad", el cual no se ha quedado como un lema más, sino que movilizó al equipo técnico (incluso el del nivel central) hacia la comunidad para junto con la comunidad buscar y dar soluciones a los ingentes problemas que esta presenta.

Además es bueno resaltar que en todos los proyectos que el Ministerio de Salud ha presentado al Banco Interamericano de Desarrollo para la construcción del Hospital de San Miguelito, la reconstrucción del Hospital de la Chorrera y otros Centros de Salud, la participación comunitaria se ha utilizado como punta de lanza en la estructuración de estos proyectos; hecho este que fue aplaudido por todos los técnicos del Banco; ya que se considera que sin una buena y efectiva participación comunitaria no lograrían estas instituciones de salud cumplir sus objetivos. En el organigrama de estos Hospitales ya aparecen los Comités de salud en el sitio que les corresponde. A continuación se muestra el Organigrama propuesto para el Hospital de San Miguelito.

Otro hecho importante para destacar en el final de este capítulo lo vemos en el Ministerio de Obras Públicas, cuando el Ministro del ramo solicita y valoriza la participación comunitaria como el medio más eficaz en la reparación de las calles de nuestra ciudad. Como vemos es en los momentos de crisis cuando nuestras autoridades se percatan que solo mediante la participación de la comunidad es que lograremos nuestros más caras metas de salud, paz y prosperidad.

MINISTERIO DE SALUD
 EQUEMA DE ORGANIZACION DE PROVISION DE ORGANIZACION
 DEL HOSPITAL DE SAN MIGUELITO

ANEXO III- 4.5



CAPITULO III

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA REGION

METROPOLITANA DE SALUD

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA
REGION METROPOLITANA DE SALUD

Para realizar la labor que le corresponde, la Región Metropolitana de Salud, está conformada por la Dirección Regional, que la conforman el Director, Sub-Director Administrativo. A estos se les unen la coordinación técnica de las siguientes disciplinas:

Odontología
Trabajo Social
Farmacia
Estadística
Saneamiento Ambiental
Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria.

Salud de Adulto.

Enfermería
Nutrición
Materno Infantil
Producción de Alimentos
Educación para la Salud.
Epidemiología

Es importante resaltar que desde 1985 la Región Metropolitana de Salud, cuenta con una asesoría legal propia.

En el siguiente cuadro se muestra el Organigrama de la Región; donde vemos el sitio preferencial que le corresponde a la Federación de los Comités de Salud.

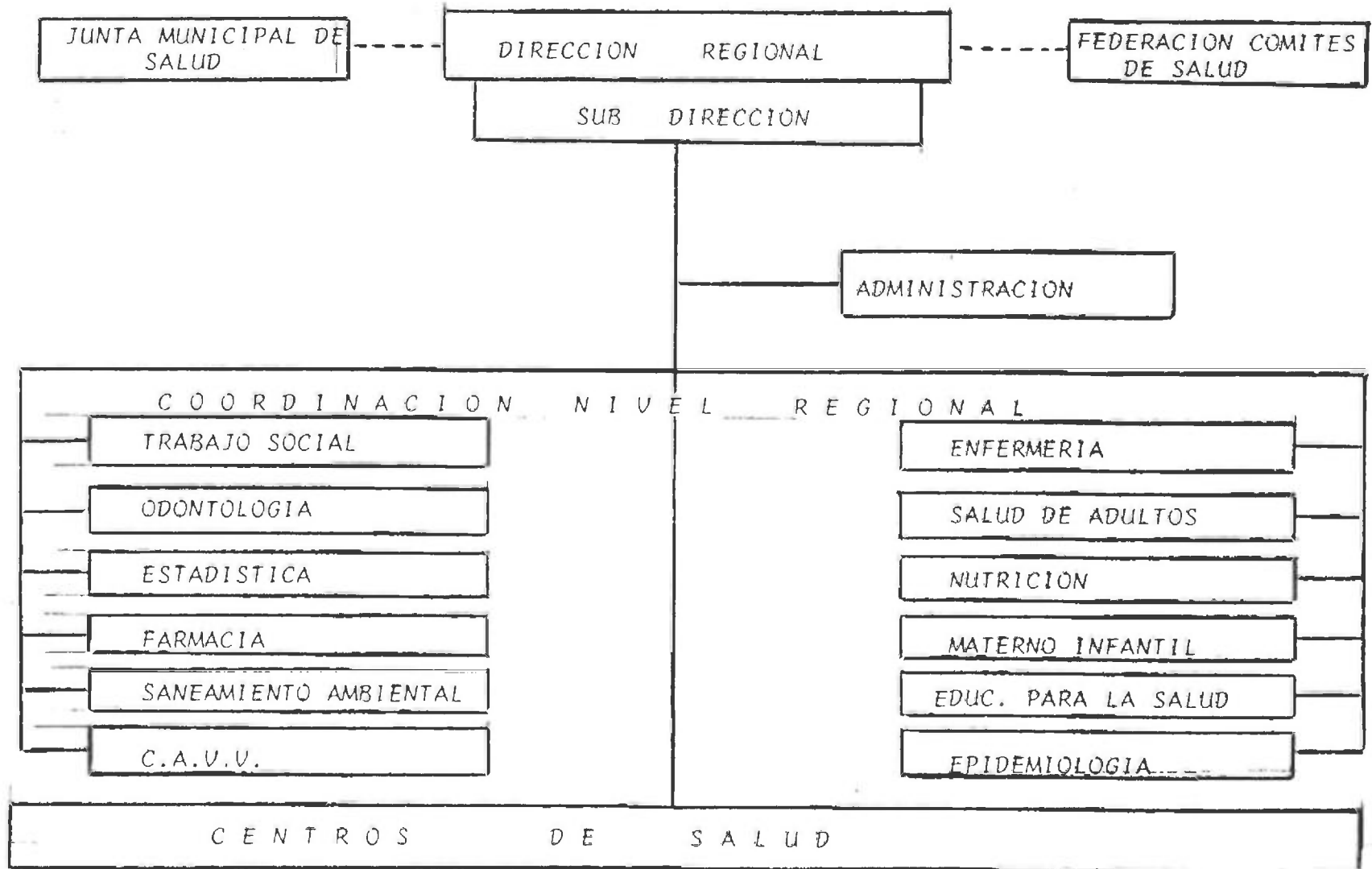
La Región Metropolitana de salud, está formada por el Distrito de Panamá (excluyendo los Corregimientos de Pacora y San Martín), el Corregimiento de Veracruz (del Distrito de Arraijan), el Distrito de San Miguelito y el Distrito de Taboga, tiene una superficie de 2.152.6 Km² densamente poblados calculandose que por cada kilómetro cuadrado habitan 352.7 personas. (20)

La Región Metropolitana de Salud, fue creada mediante Resuelto del 10 de septiembre de 1971. Se segregó de lo que hasta ese entonces constituía la Región Oriental de Salud. En 1971, la población de la Región Metropolitana ascendía a un total de 436,660 habitantes. Dicha población actual (1986) asciende a 759,302, (ver cuadro No.3). Esto significó un aumento en 322,642 habitantes o sea un 42% de aumento en 15 años.

(20) Memoria que presenta El Ministro de Salud Dr. Francisco Sánchez Cárdenas al Excelentísimo Señor Presidente de la República a la Honorable Asamblea Legislativa y a la Población Panameña. Panamá, marzo de 1987.

Cuadro N°

MINISTERIO DE SALUD
REGION METROPOLITANA
ORGANIGRAMA.



Cuadro Nº 1

MINISTERIO DE SALUD
POBLACION DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD,
SEGUN SEXO
1986

GRUPO ETAREO	TOTAL	POBLACION MASCULINO	FEMENINO
0 - 4	85,705	43,804	41,901
5 - 9	81,502	41,417	40,085
10 - 14	82,670	41,506	41,164
15 - 19	84,975	40,190	44,785
20 - 24	80,240	38,317	41,923
25 - 29	70,626	34,066	36,560
30 - 34	58,735	28,696	30,039
35 - 39	48,883	24,318	24,565
40 - 44	38,439	18,863	19,576
45 - 49	28,944	13,930	15,014
50 - 54	23,914	11,448	12,466
55 - 59	20,352	9,771	10,581
60 Y MAS	54,317	25,072	29,245
TOTAL...	759,302	371,398	387,904

En sus inicios la Región Metropolitana de Salud contaba con un total de 11 Centros de Salud, los cuales eran los siguientes: Centro de Salud de Santa Ana, Chorrillo, Emiliano Ponce, Pueblo Nuevo, Parque Lefevre, Rio Abajo, Boca la Caja, Juan Díaz, Nuevo Veranillo, Chilibre y Veracruz. Hoy día 1987 cuenta con 22 centros de salud, además de un subcentro de salud en la Isla de Otoque, y la Clínica del Aeropuerto General Omar Torrijos Herrera. Es importante señalar que la Región Metropolitana en 15 años ha duplicado el número de sus instalaciones ante un aumento de la población de un 42%.

Ahora anotaremos cómo ha sido el crecimiento del recurso humano del sector salud, de la Región Metropolitana de Salud, entre los años 1973 y 1985.

TABLA No. 4
 Recurso Humano del Sector Salud, Ubicado
 Dentro del Area de Influencia de la Región
 Metropolitana De Salud, En los Años
 1973 y 1986

Tipo de Personal	1973	1986
Médicos	26	178
Odontólogos	19	88
Personal Técnico	101	342
Administrativo	78	295

Nota: Este personal solo se refiere al personal que labora en los Centros de Salud no incluye el recurso humano de los hospitales, ni el recurso humano de la Caja de Seguro Social.

A fin de brindar una mejor perspectiva en lo referente al recurso humano con que cuenta la Región Metropolitana, se detalla a continuación en la Tabla No.5 donde se especifica la respectiva especialidad del personal.

TABLA No. 5

Recurso Humano de la Región Metropolitana de Salud

1986

Medicina General	57
Pediatría	31
Gineco-Obstetricia	27
Dermatología	11
Epidemiología	1
Neumología	3
Cardiología	1
Otorrinolaringología	5
Psiquiatría	23
Odontología	88
Internos	7
Enfermería	77
Auxiliares de Enfermería	82
Laboratoristas	24
Asistentes de Laboratorio	9
Asistentes de Farmacia	22
Psicología	19
Inspectores de Saneamiento Ambiental	41
Auxiliares de Estadísticas	139
Administración	185
Técnico en Estadística	5
Asistente de Odontología	26
Veterinarios	6
Trabajo Social	26
Nutricionistas	10
Ayudantes de Salud	2
Farmacéuticos	2

Salud Industrial	3
Educadoras para el Hogar	3
Maestras del IPHE	1
Asistente de Clínica	10
Educadores para la Salud	<u>11</u>
TOTAL	957

Según la tabla anterior vemos que a pesar del sitio que tienen los Comités de Salud en la Región Metropolitana solo existen 11 Educadores para la Salud para 22 Centros de Salud. Recordemos que es este el funcionario clave en la coordinación de la participación comunitaria, ya que es el encargado de promover las actividades de los Comités de Salud. Esperamos que esta anomalía sea subsanada lo más pronto posible.

Como hemos visto hasta ahora la Región Metropolitana es el área de la República de Panamá, que ha mostrado el mayor crecimiento en los últimos años. Este hecho hace que a esta área se le otorgue un especial interés por parte de las autoridades panameñas, ya que este crecimiento no ha sido planificado, esto a su vez ha producido una gran cantidad de problemas en todos los campos; de allí de la impor-

tancia que tiene el desarrollo de la Región Metropolitana para hacerle frente a todos y cada uno de estos problemas.

En el estudio realizado por la Red Nacional de Servicios de Salud en los años 83/84 se destacó en forma negativa la Región Metropolitana con el mayor porcentaje de población no cubierta (23.2%) del total del país. Cobertura fue definida de la siguiente forma "cualquier tipo de atención recibida por una persona en una institución de salud que contara con médico en forma permanente, aunque dicha atención no fuera ofrecida por el médico en el término de un año".

En el cuadro No.4 y la gráfica No.2 se muestra esta información en forma más detallada.

Regresando al punto de la explosión demográfica que ha presentado la región, se destaca en forma alarmante el Distrito de San Miguelito el cual en la década del 50 al 60 presentó un crecimiento de un 30.3% anual, mientras que la población total de la República y de la ciudad de Panamá lo hicieron a una tasa promedio 10 veces inferior.

Otras dos áreas que mostraron gran crecimiento para este tiempo fueron los corregimientos de Tocumen y Pedregal.

CUADRO N° 4
REPUBLICA DE PANAMA

PORCENTAJE DE POBLACION NO CUBIERTA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION SEGUN REGION
AÑO 1983

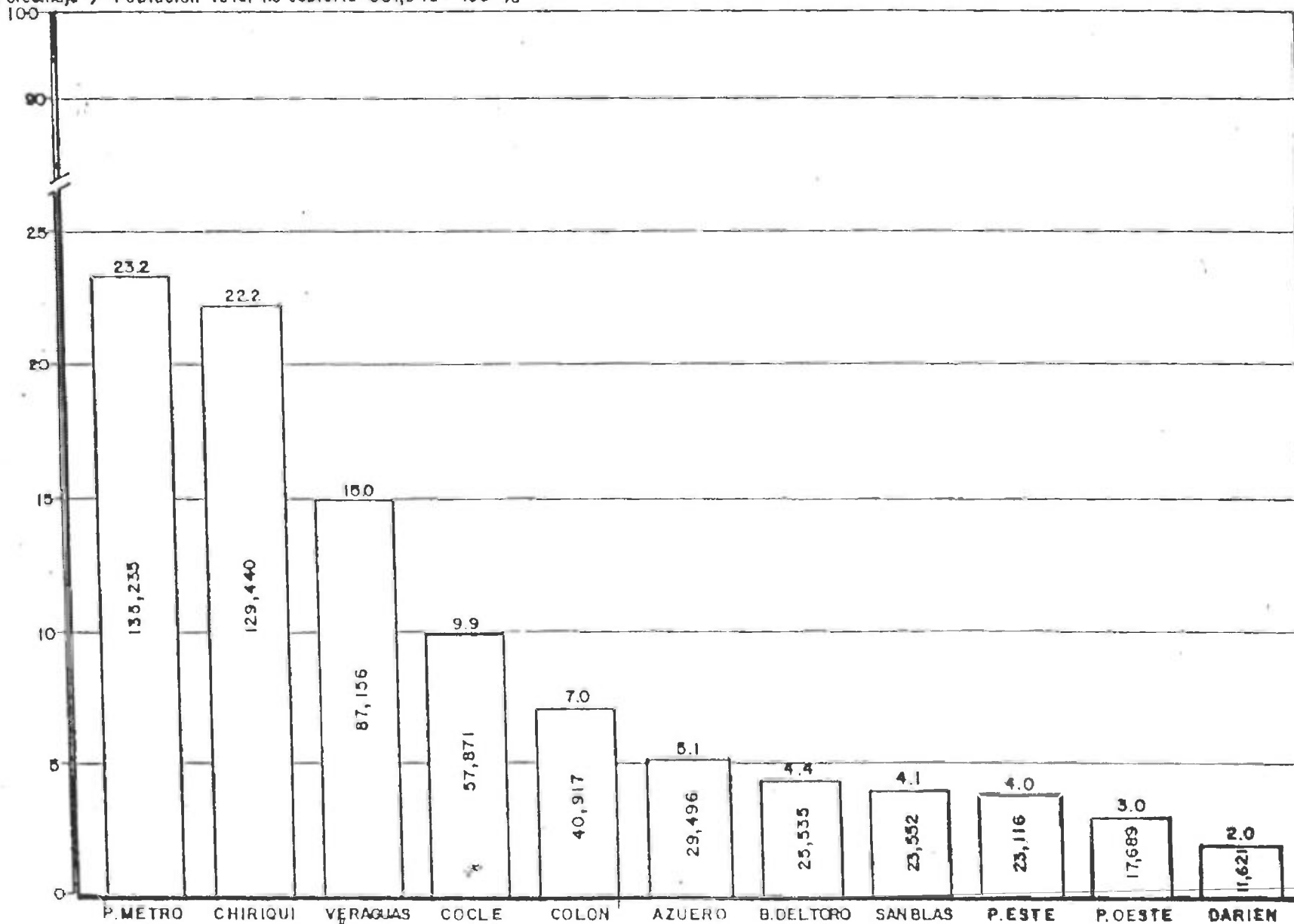
R E G I O N	POBLACION	% POBLACION NO CUBIERTA	POBLACION NO CUBIERTA	%
REPUBLICA	2,054,744	30%	581,948	100
BOCAS DEL TORO	69,200	30%	25,555	4.4
COCLE	157,192	30%	57,871	9.9
COLON	140,757	30%	40,917	7.0
CHIRIQUI	331,455	30%	129,440	22.2
DARIEN	33,961	30%	11,821	2.0
AZUERO	175,021	10%	29,496	5.1
METROPOLITANA	700,021	10%	135,235	23.2
PANAMA ESTE	45,346	50%	23,116	4.0
PANAMA OESTE	166,121	10%	17,869	3.0
VERAGUAS	197,705	50%	87,156	15.0
SAN BLAS	37,473	70%	23,652	4.1

Fuente: Red Nacional de Servicios
de Salud

GRAFICA N° 2
REPUBLICA DE PANAMA

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION NO CUBIERTA SEGUN REGION
AÑO 1983

Porcentaje / Población total no cubierta 581,949 = 100 %



Fuente: Red Nacional de Servicios de Salud

A ciudad de Panamá y las del Distrito de San Miguelito en los últimos tres decenios.

TABLA No. 6

TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, DE LA CIUDAD DE PANAMA, Y DEL DISTRITO DE SAN MIGUELITO; SEGUN CENSOS DE 1960, 1970 y 1980.

Tasa de Crecimientos (por cien)	República	Ciudad de Panamá	Distrito de San Miguelito
1950-60	2.9	4.4	30.3
1960-70	3.1	3.1	19.3
1970-80	3.1	2.9	9.8

Fuente: Contraloría General de la República, dirección de Estadística y Censo.

Este desmesurado crecimiento fue debido en su mayor parte a las corrientes migratorias internas de la población rural hacia el área de la ciudad de Panamá.

"Es conocido que una comunidad que aumenta a un ritmo de 30 por ciento anual o más (30 personas por cada cien), lo hace a gran velocidad y va creando problemas de hacinamiento, educación, desempleo y salud entre otras cosas". (21).

Es obvio que los países sub-desarrollados, entre estos Panamá, el aumento demográfico acelerado no va acorde con la oferta de salud, trayendo como resultado el aumento de necesidades dentro de sus comunidades. Vale la pena resaltar lo que ya fue mencionado anteriormente, y se trata del ingente esfuerzo que ha realizado el Ministerio de Salud, ya que en los últimos 15 años ha duplicado sus instalaciones de salud; y actualmente está tramitando los fondos necesarios a nivel del Banco Interamericano de Desarrollo para la construcción de un Hospital en San Miguelito de 215 camas.

No obstante, el factor demográfico no es el único ni el más importante en el problema de satisfacer esas necesidades. La principal contradicción se encuentra entre la magnitud de las necesidades de atención generada en las condiciones de vida adversas que existen en amplios sectores de nuestra población como lo son: hacinamiento promiscuidad, bajo nivel educativo y altos niveles de desempleo.

(21) Warrens, T. y Lewis, D. Problemas de Población. Florida, Editora Fournier S.A. mayo. 1969, pág. 13.

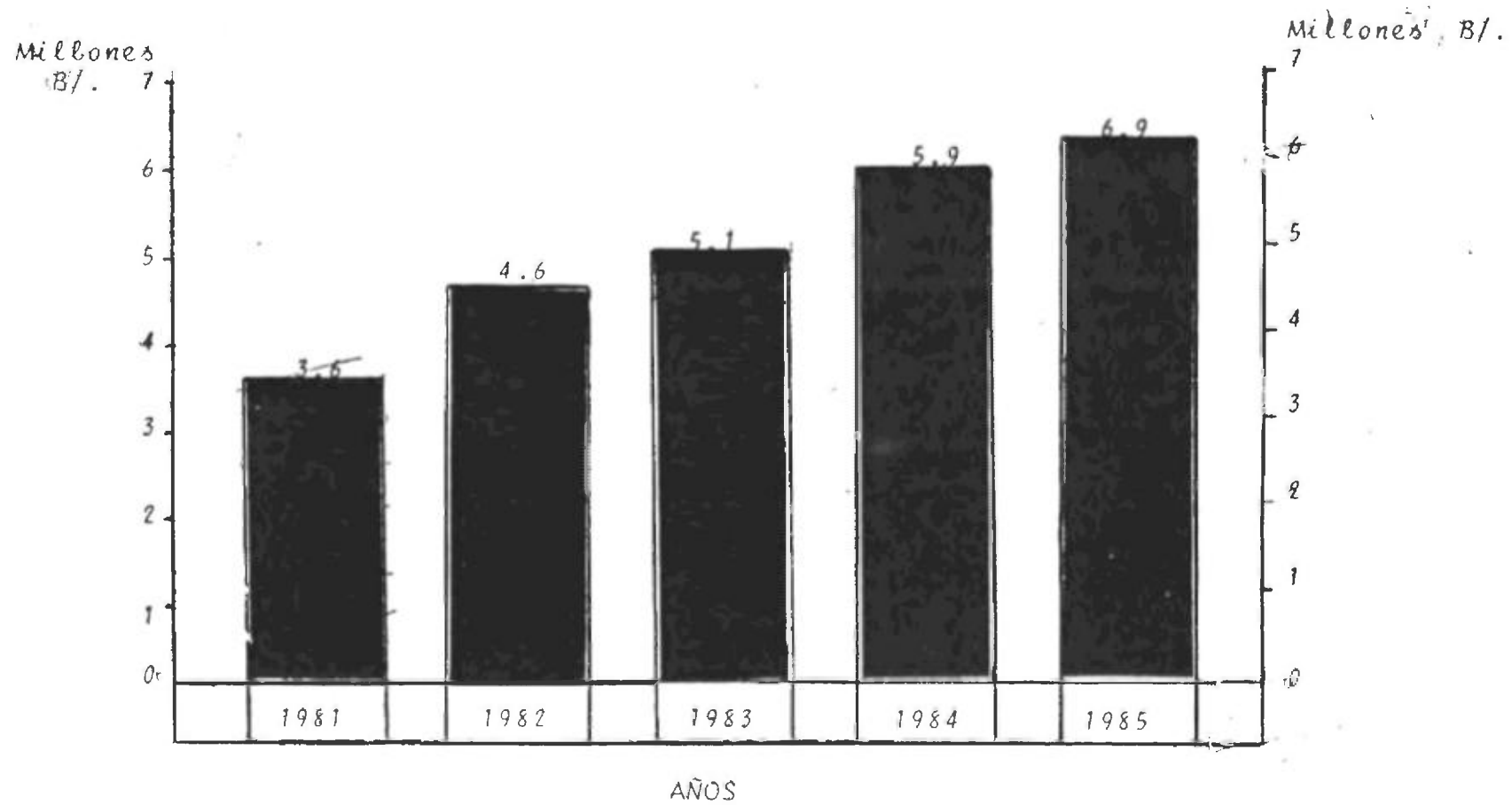
Ahora mencionaremos un aspecto vital que incide directamente en la prestación de los servicios de salud, me refiero al Recurso Económico. En la siguiente gráfica se muestra los presupuestos otorgados a la Región Metropolitana de Salud en el último quinquenio.

Como indica la gráfica se ha dado un incremento en los últimos 5 años. Recordemos que la otra fuente de ingresos para la Región corresponde al pago de servicios brindados en cada uno de los centros de salud. Estos ingresos a partir de 1985 han ascendido a \$1,000,000. (22)

Esto representa un ingreso adicional a los recursos financieros de los Centros de Salud. Comparados con los 6.9 millones que fue el recurso financiero de la Región Metropolitana de Salud en 1985. Recordemos que este último ingreso es manejado directamente a nivel del centro de salud por el Director Médico junto con la directiva del Comité de Salud. Además hay que resaltar que esta suma puede ser aumentada considerablemente por los diferentes Comités de Salud, mediante actividades que generen lucro, estas pueden ser muy diversas y las más utilizadas son las rifas, bailes,

(22) Reunión de Directores Médicos de los Centros de Salud de la Región Metropolitana de Salud, en el Centro de Salud de Pedregal, Panamá 26 de enero de 1984.

MINISTERIO DE SALUD
REGION METROPOLITANA.
PRESUPUESTO OTORGADO
1981 - 1985.



Fuente: Administración de la Región Metropolitana

ventas de artesanias, y cualquier actividad que los miembros del Comité consideren que les pueda rendir lucro.

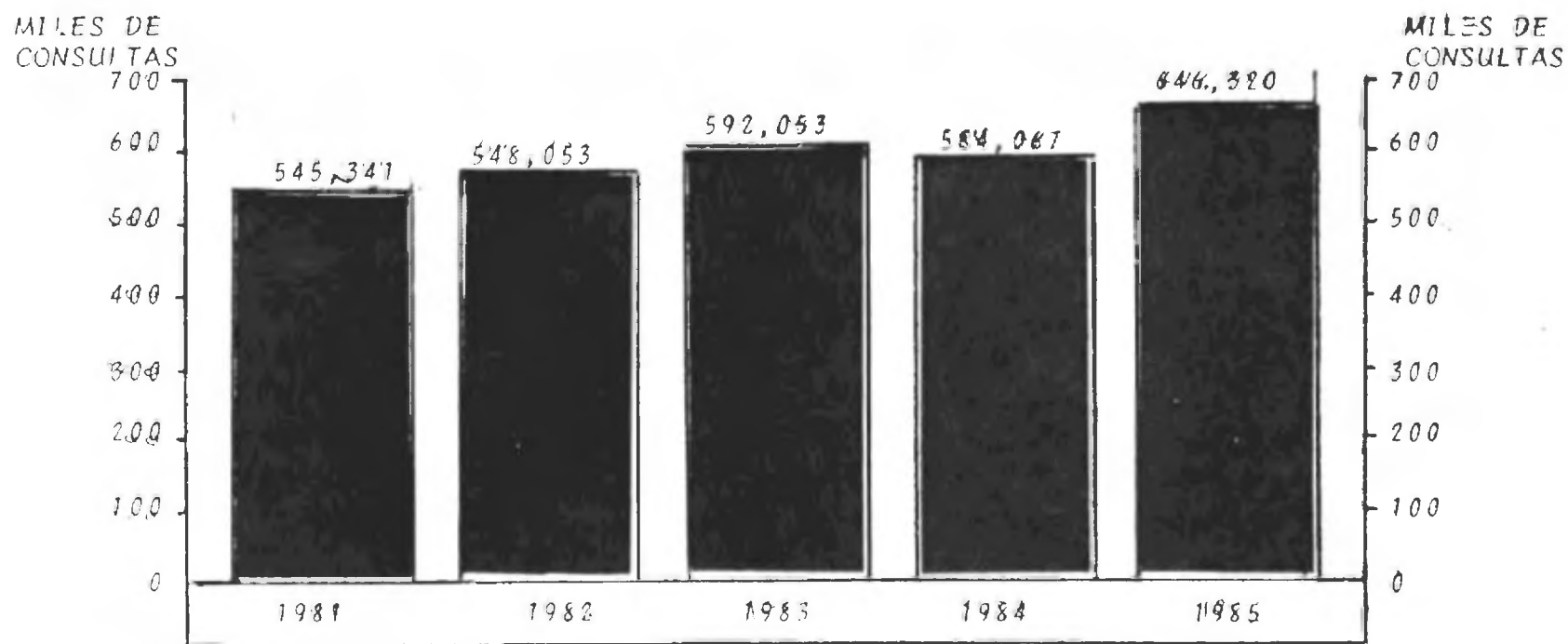
Este dinero es utilizado en un 25% para pagar personal que labora en dichos centros de salud, el resto del dinero se utiliza en funcionamiento, mantenimiento, compra de equipo, en el mejoramiento de la estructura física del centro, al igual que en obras de la comunidad que así ameriten, de allí la importancia que estos fondos se aumenten, ya que permitiría mayor capacidad de respuestas a los problemas de salud de cada comunidad. (23)

Para visualizar con mayor claridad el trabajo que está ejecutando la Región Metropolitana, hay que conocer las estadísticas de los últimos cinco años en forma comparativa. En la gráfica No.5 se muestra el total de las consultas año a año desde 1981 hasta 1985, donde se ve un ritmo creciente a excepción del año 1984 donde debido a una huelga de médicos la cifra disminuyó, para luego recuperarse y llegar a 646,320 en 1985 (vale aclarar que aquí no se incluyen las consultas de Odontología).

(23) Armijo, Jaime. Descripción General y Evaluación de la Región Metropolitana de Salud. Panamá, 1986. Pág. 1-7.

Gráfica Nº 5

MINISTERIO DE SALUD
REGION METROPOLITANA
CONSULTAS REALIZADAS SEGUN AÑO
1981 - 1985



Considero necesario al final de este capítulo dar la lista de los Centros de Salud de la Región Metropolitana de Salud, su corregimiento base y nombrar a los corregimientos que les presta sus servicios cada Centro.

TABLA No.7

Centro de Salud	Corregimiento	Cobertura
	Sede	
1. San Isidro	Belisario Porras	Belisario Porras
2. Amelia D. De Icaza	Amelia D. De Icaza	Amelia D. De Icaza
3. Nuevo Veranillo	Belisario Porras	Belisario Porras Victoriano Lorenzo Mateo Iturralde José D. Espinar Amelia D. De Icaza
4. Alcalde Diaz	Alcalde Díaz	Alcalde Díaz
5. Torrijos Carter	Belisario Porras	Belisario Porras
6. Rio Abajo	Rio Abajo	Rio Abajo Parque Lefebre
7. Veracruz	Veracruz	Veracruz
8. Emiliano Ponce	Calidonia	Calidonia Bella Vista
9. Cerro Batea	Belisario Porras	Belisario Porras Mateo Iturralde
10. Chilibre	Chilibre	Chilibre
11. Paraiso	Ancón	Ancón
12. Tocumen	Tocumen	Tocumen Pacora

13.	Romulo Roux	Pueblo Nuevo	Pueblo Nuevo
14.	Curundú	Curundú	Curundú
15.	Chorrillo	Chorrillo	Chorrillo
16.	San Felipe	San Felipe	San Felipe
17.	Boca La Caja	San Francisco	San Francisco
			Parque Lefebre
18.	Parque Lefebre	Parque Lefebre	Parque Lefebre
19.	Pedregal	Pedregal	Pedregal
			Tocumen
20.	Juan Diaz	Juan Diaz	Juan Diaz
21.	Santa Ana	Santa Ana	Santa Ana
			Chorrillo
22.	Taboga	Taboga	Taboga

Nota: Considero prudente aclarar que existe un Centro de Salud en el Corregimiento Belisario Porras que es el Centro de Salud de Don Bosco el cual labora con personal del Hospital del Niño, el cual solo atiende a la población pediátrica.

CAPITULO IV

DESCRIPCION DE LOS COMITES DE SALUD
DE LA REGION METROPOLITANA

A. DESCRIPCION DE LOS COMITES DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA.

Para 1968 el Distrito de Panamá tenía 5 Centros de Salud para atender una población de 425 mil habitantes y existían para ese entonces solo 6 Comités de Salud.

En la actualidad la Región Metropolitana cuenta con 22 Centros de Salud y 57 Comités de Salud de los cuales 53 tienen Personería Jurídica y además existen 2 Sub-Comités de Salud en el corregimiento de Chilibre.

A continuación están los Comités de Salud de la Región Metropolitana, con Personería Jurídica, el corregimiento y el distrito donde están ubicados.

TABLA No. 8

Comité de Salud	Corregimiento	Distrito
1. Barriada Don Bosco, Sector No.1, Area 9 Samaria	Belisario Porras	San Miguelito
2. El Valle del Paraíso	Belisario Porras	San Miguelito
3. Nuevo Veranillo	Belisario Porras	San Miguelito
4. Samaria, Sector 2	Belisario Porras	San Miguelito
5. Samaria, Sector 3	Belisario Porras	San Miguelito

6. Samaria, Sector 4 Area 9.	Belisario Porras	San Miguelito
7. Samaria, Sector 4-B	Belisario Porras	San Miguelito
8. San Isidro, Area 15	Belisario Porras	San Miguelito
9. San Martín, Sector 2	Belisario Porras	San Miguelito
10. Nuevo Veranillo, Sector 18, Area 7	B. Porras	San Miguelito
11. Nuevo Veranillo, Sector 35	Belisario Porras	San Miguelito
12. San José, Area 11	Amelia D. De Icaza	San Miguelito
13. Llano Largo, Area 10	Amelia D. De Icaza	San Miguelito
14. La Barriada de Fátima	José D. Espinar	San Miguelito
15. La Pulida, Area 6 Sector C	Jose D. Espinar	San Miguelito
16. La Esperanza y 11 de Octubre	Alcalde Diaz	Panamá
17. Alcalde Diaz	Alcalde Diaz	Panamá
18. Quebrada Ancha	Alcalde Diaz	Panamá
19. La Cabima	Las Cumbres	Panamá
20. Villa Grecia	Las Cumbres	Panamá
21. Chilibre	Chilibre	Panamá
22. Nuevo Caimitillo	Chilibre	Panamá
23. Villa Unida	Chilibre	Panamá
24. Buenos Aires	Pedregal	Panamá
25. La Esperanza	Pedregal	Panamá
26. Altos de Pedregal	Pedregal	Panamá
27. Pedregal	Pedregal	Panamá
28. San José de Pedregal	Pedregal	Panamá
29. Santa Cruz	Pedregal	Panamá
30. Villalobos	Pedregal	Panamá
31. Tocumen	Tocumen	Panamá
32. Juan Diaz	Juan Diaz	Panamá
33. La Concepción	Juan Diaz	Panamá
34. Panamá Viejo Sector	Parque Lefebre	Panamá

35. Villa Del Rey	Parque Lefebre	Panamá
36. Parque Lefebre	Parque Lefebre	Panamá
37. Boca La Caja	San Francisco	Panamá
38. San Sebastian	San Francisco	Panamá
39. La Barriada del Porvenir de Rio Abajo	Rio Abajo	Panamá
40. Rio Abajo No.2	Rio Abajo	Panamá
41. Barrio de San Felipe	San Felipe	Panamá
42. Barrio de San Miguel de Calidonia	Calidonia	Panamá
43. Emiliano Ponce	Calidonia	Panamá
44. Curuncú	Curundú	Panamá
45. Viejo Veranillo	Gurundú	Panamá
46. El Chorrillo	Chorrillo	Panamá
47. Santa Ana	Santa Ana	Panamá
48. Hato Pintado	Pueblo Nuevo	Panamá
49. Rómulo Roux	Pueblo Nuevo	Panamá
50. La Esmeralda	Balboa	Panamá
51. La Guinea	Balboa	Panamá
52. Paraiso	Ancón	Panamá
53. Veracruz	Veracruz	Arraiján

Fuente: Asesoría Legal del Ministerio de Salud.

Hay señalar que sólo los Directores Médicos de los Centros de Salud de Pedregal y Chilibre conocen la existencia de más de un Comité o Sub-Comité en su área de influencia. Según el coordinador Regional de los Educadores Para la Salud, esta situación se debe a que a la fecha estos Comités

de Salud solo existen porque no se ha realizado a la fecha un acta de disolución de los mismos. En la actualidad estos Comités no tienen Juntas Directivas, ni están realizando ninguna actividad. Según el propio Coordinador Regional todos estos Comités pueden y deben reactivarse.

Otro hecho importante que merece resaltarse es el hecho que sólo 4 de los 57 Comités de Salud nombraron Comisiones de Salud durante 1986 (un 7% del total). Las únicas Comisiones de Salud que se organizaron fueron de Saneamiento Ambiental. Estas Comisiones se organizaron ante la existencia de un problema específico, por lo cual una vez solucionado el problema la Comisión desaparecía inmediatamente.

Un punto interesante es el hecho que a pesar que las Juntas Directivas de los Comités de Salud son los encargados legalmente de manejar los fondos, esto no está ocurriendo en la práctica, ya que estos fondos son manejados por las direcciones médicas de los Centros de Salud. Los directivos de los Comités sólo se dedican a firmar los cheques que les son enviados para ello. Además se pudo conocer que en 4 de estos Comités se les manda una remesa de cheque en blanco para que sean firmados, para luego ser utilizados a medida que la Dirección Médica lo juzgue conveniente.

A principios de 1987 a solicitud del Ministro de Salud, se realizó una reunión-taller, para lo cual se invitó a todos los miembros de los Comités de Salud de la Región Metropolitana. A esta cita solo acudieron representaciones de 10 comites de salud. La reunión tenía el objetivo de evaluar el funcionamiento de los diferentes Comités y buscar soluciones a los problemas que se encontraran.

En esta sesión se discutieron varios temas entre los que sobresalen los siguientes:

1. Deberes y derechos del Comité de Salud en la coordinación de funciones y actividades con el Centro de Salud.
2. Deberes y derechos en el manejo de los fondos.
3. Confección de un reglamento de elecciones para todos los Comités de Salud.
4. Reestructuración de la Federación de los Comités de Salud, para lograr una mejor labor en los programas de salud.

Se hicieron 4 grupos de 8 a 10 personas (se contó con la presencia de varios Educadores para la Salud), para que desarrollaran los temas. A continuación los puntos más sobresalientes en dicha reunión-taller: (25)

(25) Informe no publicado de la reunión-taller de los Comités de salud de la Región Metropolitana, en marzo de 1987.

Como primer punto se planteó el hecho de la existencia de más de un Comité de Salud por corregimiento con un solo Centro de Salud en el área.

El Decreto No.401 es claro en este aspecto, señalando en el siguiente Artículo como debe ser:

"Artículo 2o: Los Comités de Salud podrán constituirse en todas las comunidades dentro del territorio nacional. En las comunidades en donde existan más de un Centro de Salud podrán funcionar tantos Comités de Salud como Centro de Salud hayan."

Un punto importante que hay que evaluar es lo positivo que es la existencia de varios Comités de Salud, ya que es de esperar que la participación de la comunidad será mayor, con un mayor número de Comités. Lo que hay que hacer es coordinarlos a todos y asesorarlos.

En esta reunión solo se dialogó sobre los Comités de Salud Centrales, éstos son los que trabajan directamente con los Centros de Salud, o sea no fueron mencionados más que 22 Comités, en lugar de los 57 existentes legalmente.

Los miembros de los Comités se quejan de la falta de atención por parte de la Dirección Médica de los diferentes

Centros de Salud. Esto impide que exista una buena coordinación entre ambas partes. Incluso se mencionó lo beneficioso que sería si cada Centro de Salud contara con una oficina para los miembros de la Directiva. Este punto es interesante ya que de los 21 Centros de Salud que se le propusieron al Banco Interamericano de Desarrollo para que se construyeran, contemplan un espacio físico de 12mt², para Proyección Comunitaria, el cual se describe como oficina del Comité de Salud.

En lo referente al reglamento de elecciones fue clara la coincidencia de los 4 grupos, en que había que ceñirse a lo establecido en el Decreto No.401. Se mencionó que sería de gran utilidad el uso de las listas que tiene el Tribunal Electoral (el problema de estas listas es que solo contiene a los mayores de 16 años, y los mayores de 15 años tienen derecho a voto si así lo estima conveniente la Junta Directiva).

Otro punto discutido es el hecho de que actualmente se requiere una revitalización por medio de la divulgación de la existencia de los Centros de Salud, como de los Comités de Salud y su labor. El último punto mencionado es que se debe estructurar a Sub-Comités de Salud en diferentes sectores para fortalecer el trabajo que realizan los Comités.

Consideramos que este tipo de reunión-taller de los Comités de Salud con de gran importancia, y esperamos que muy pronto veamos sus conclusiones en forma impresa, y no solo se les divulgue, sino que se cumplan. Un punto que no fue mencionado en dicha reunión es la existencia de un gran número de Comités de Salud que en la actualidad sólo son conocidos en el departamento de Asesoría Legal del Ministerio de Salud a través de su personería jurídica. Este tipo de reuniones-talleres deben servir de incentivo para despertar a dichos Comités de Salud de la pasividad en que se encuentran.

Con esta descripción general de los Comités de Salud de la Región Metropolitana de Salud, hemos querido señalar la importancia que estos Comités tienen para aumentar su participación en pro de la salud de todos los panameños.

A continuación señalamos el compromiso de nuestro país con la declaración de Alma Ata y su relación con los Comités de Salud.

Como Panamá se adhirió a la Declaración de Alma Ata y ésta tiene como uno de sus principios rectores, la Atención Primaria de Salud, esto implica la utilización de los agentes de salud comunitarios, para hacer llegar los servi-

cios de salud a la población y ayudar a la comunidad a determinar sus propias necesidades y a tomar las medidas necesarias para resolver sus problemas. (26).

En Panamá se considera que la Participación Comunitaria a través de trabajadores de los Comités de Salud es una de las piedras angulares en la implementación del Programa de Salud Comunitaria (27). Y tanto en Panamá como en el resto de los países que se adhirieron a dicha declaración se resaltó que sin la participación comunitaria nunca se logrará la meta de Salud Para Todos en El Año 2000; con las tres E clásicas que todo programa debe tener eficacia, eficiencia y equidad.

(26) Bindari Hammad, Aloya. La Red de Agentes de Salud Comunitarios. Bienestar, Gaceta No.16. 1987. Publicación de la OMS.

(27) Esquivel, José R. "La Revolución de Panamá en el Campo de la Salud", mimeo, Hospital del Niño, Panamá 1981. pág. 5.

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Los resultados de la encuesta realizada durante el mes de junio de 1987 a los Directores Médicos de los diferentes Centros de Salud que funcionan dentro de la jurisdicción de la Región Metropolitana de Salud, han sido organizados en gráficas y tablas para su mayor comprensión.

En la Región Metropolitana están inscritos 53 Comités de Salud con Personería Jurídica, existen 4 Comités sin Personería Jurídica, lo que totaliza 57 Comités. De los 53 con Personería solo 23 tienen cuentas bancarias y solo los 21 Comités cuyos fondos principales son los provenientes de las actividades del propio Centro de Salud mantienen sus cuentas al día.

Con respecto a la realización de Asambleas generales solo 9 realizaron esta actividad durante 1986. De éstas 7 fueron para nombrar nuevas Juntas Directivas. En realidad más que asambleas generales, fueron elecciones. Hay que resaltar el pobre apoyo popular a las elecciones, y damos como ejemplo las realizadas en el Comité de Salud central de Pedregal. En este corregimiento hay una población de 22,172 con derecho a voto para elegir Juntas Directivas. De esta cantidad solo 482 personas hicieron uso de este derecho, lo que solo representa el 2.1% de la población. La nómina que salió electa obtuvo 275 votos, lo que representa

el 57% de los votos emitidos. Si comparamos con la población con derecho a voto es fácil percatarse que la nómina electa obtuvo sólo el 1.2% de la población con derecho a votar.

A continuación se muestran los resultados de la encuesta.**

TABLA No. 9

ESTATUS LEGAL DE LOS COMITES DE SALUD QUE
EXISTEN EN LA REGION METROPOLITANA

No. de Comites	Con Personería Jurídica	Sin Personería Jurídica
57	53	4

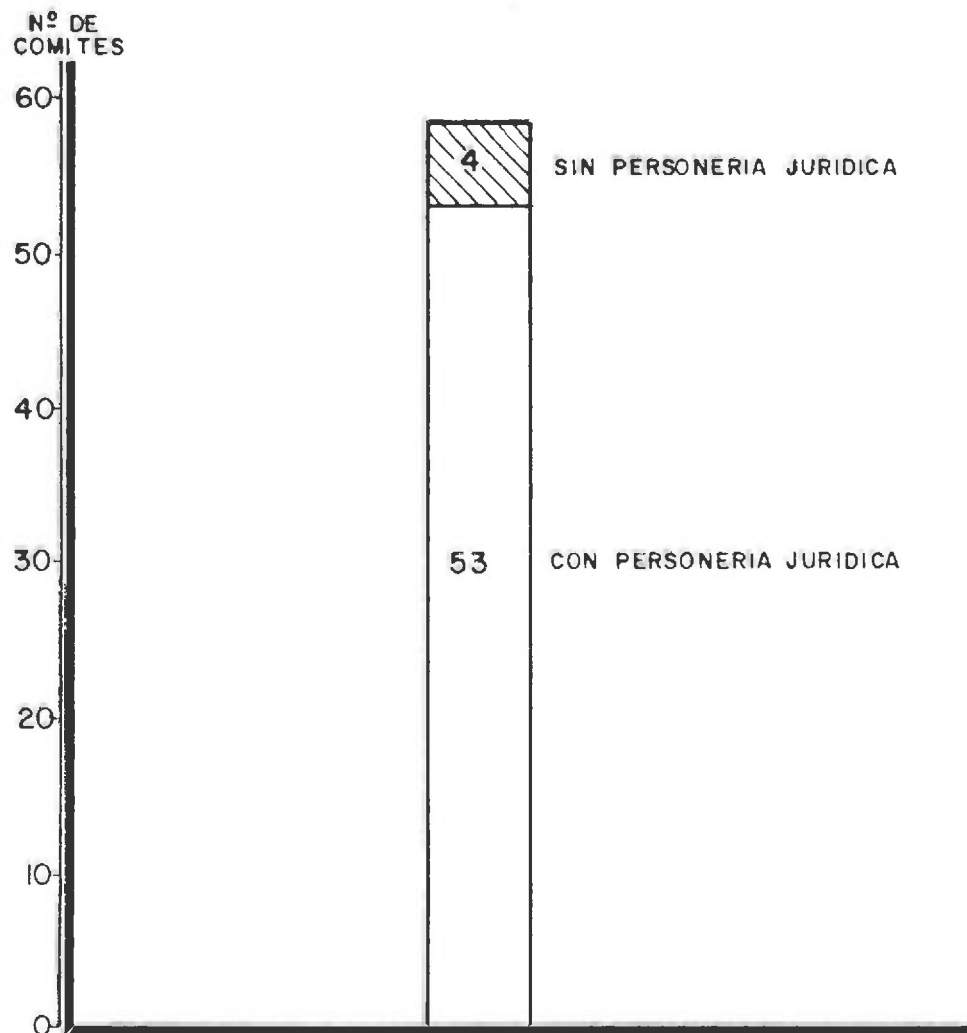
TABLA No. 10

COMITES DE SALUD QUE ACTUALMENTE TIENEN CUENTAS BANCARIAS
EN EL BANCO NACIONAL DE PANAMA

No. de Comités	Con cuenta Bancaria	Sin cuenta Bancaria
57	23	34

** Es importante señalar que sólo se obtuvo información de 26 de los 57 Comités de Salud o sea el 45.6%, ya que según información suministrada en los siguientes lugares: a) Centros de Salud, b) Región Metropolitana de Salud, c) Juntas Comunales y d) Banco Nacional de Panamá sólo existen 26 Comités de Salud en la práctica.

TOTAL DE COMITES DE SALUD QUE EXISTEN
EN LA REGION METROPOLITANA CON Y SIN
PERSONERIA JURIDICA AÑO 1986



COMITES QUE MANTIENEN CUENTAS BANCARIAS EN EL
BANCO NACIONAL DE PANAMA, AÑO 1986

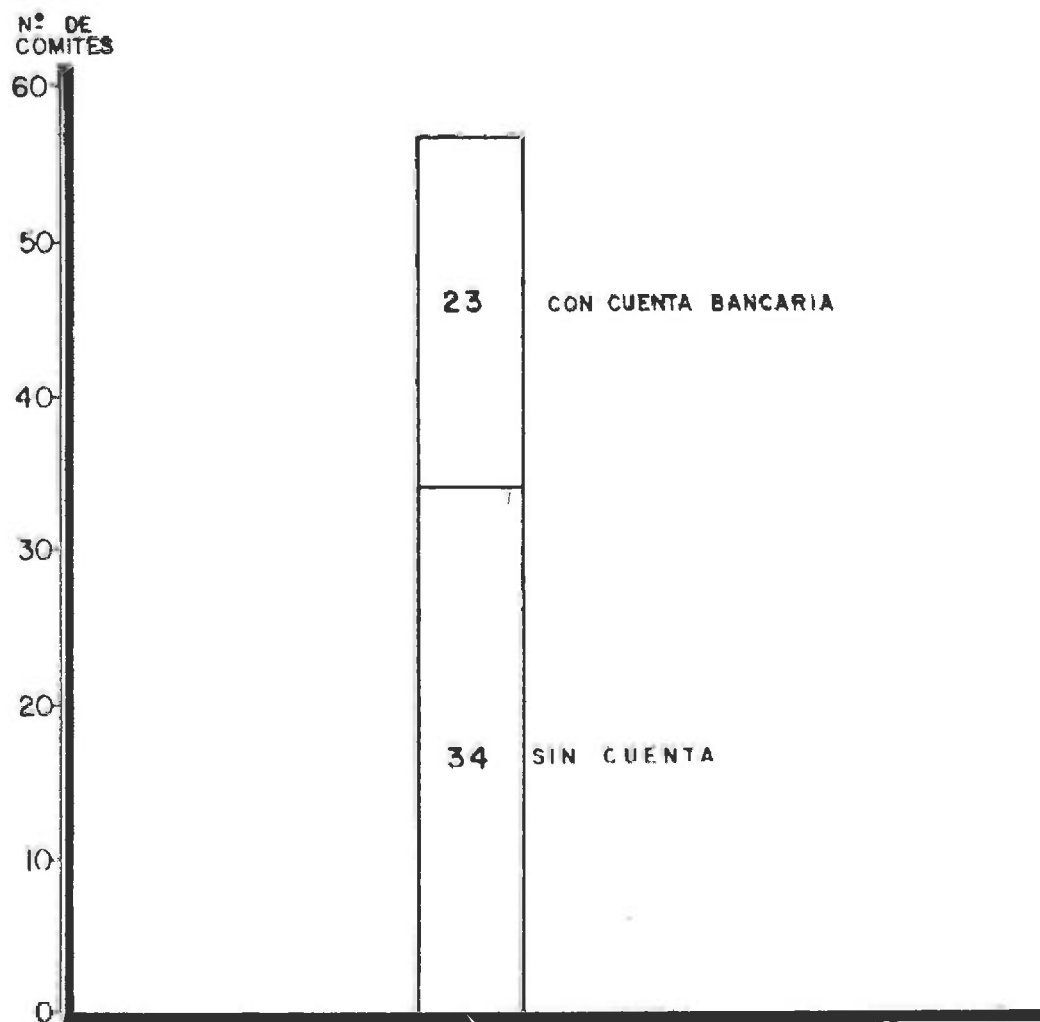


TABLA No. 11

COMITES DE SALUD QUE REALIZARON ASAMBLEAS GENERALES PARA
ELEGIR NUEVAS JUNTAS DIRECTIVAS EN 1986

<u>Comité</u>	<u>Corregimiento</u>
1. Pedregal	Pedregal
2. Santa Ana	Santa Ana
3. Tocumen	Tocumen
4. Veracruz	Veracruz
5. Emiliano Ponce	Calidonia y Bella Vista
6. Chilibre	Chilibre
7. Villa Lobos FInal	Pedregal

Nota Sólo el 12.2% de los Comités de Salud de la región
Metropolitana realizaron elecciones durante 1986.

COMITES QUE REALIZARON ELECCIONES
DE JUNTAS DIRECTIVAS EN 1986

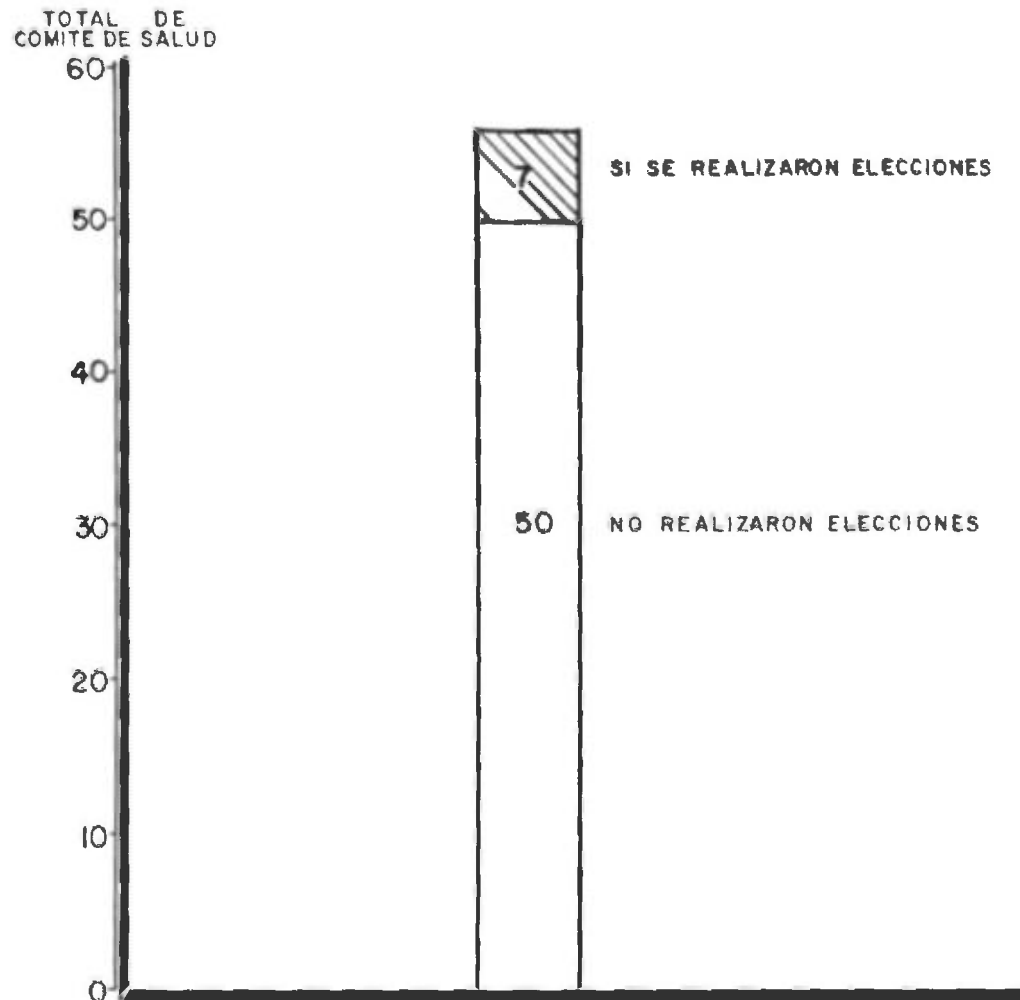


TABLA No. 12

COMITES DE SALUD QUE NO REALIZARON ELECCIONES EN 1986, Y
TIEMPO DE LA DIRECTIVA ACTUAL

Comité	Tiempo de la Directiva
1. Cerro Batea	2 años
2. Torrijos Carter	2 años
3. Amelia D. De Icaza	2 años
4. Paraiso	2 años
5. Boca La Caja	2 años
6. Parque Lefebre	2 años
7. Chorrillo	4 años
8. Nuevo Veranillo	4 años
9. Juan Diaz	4 años
10. San Martín	4 años
11. San José	4 años
12. La Primavera	4 años
13. Santa Cruz	4 años
14. San Isidro	4 años
15. Rio Abajo	5 años
16. San Felipe	5 años
17. Alcalde Diaz	5 años
18. Pueblo Nuevo	8 años
19. Curundú	12 años

Aqui no se mencionan los 31 comités de salud ya que como fue mencionado anteriormente esto en la práctica no están labo-
rando.

TABLA No. 13

COMITES DE SALUD QUE REALIZARON ASAMBLEAS GENERALES PARA
ANALIZAR SUS PROBLEMAS DE SALUD DURANTE 1986

Comité	Corregimiento
Santa Cruz	Pedregal
San José	Pedregal
San Martín	Pedregal
Villalobos Final	Pedregal

Como vemos solo el 7% de los Comités de Salud de la Región Metropolitana realizaron Asambleas Generales para analizar sus problemas de salud durante 1986.

COMITES QUE REALIZARON ASAMBLEA GENERAL
PARA ANALIZAR PROBLEMAS DE SALUD DURANTE 1986

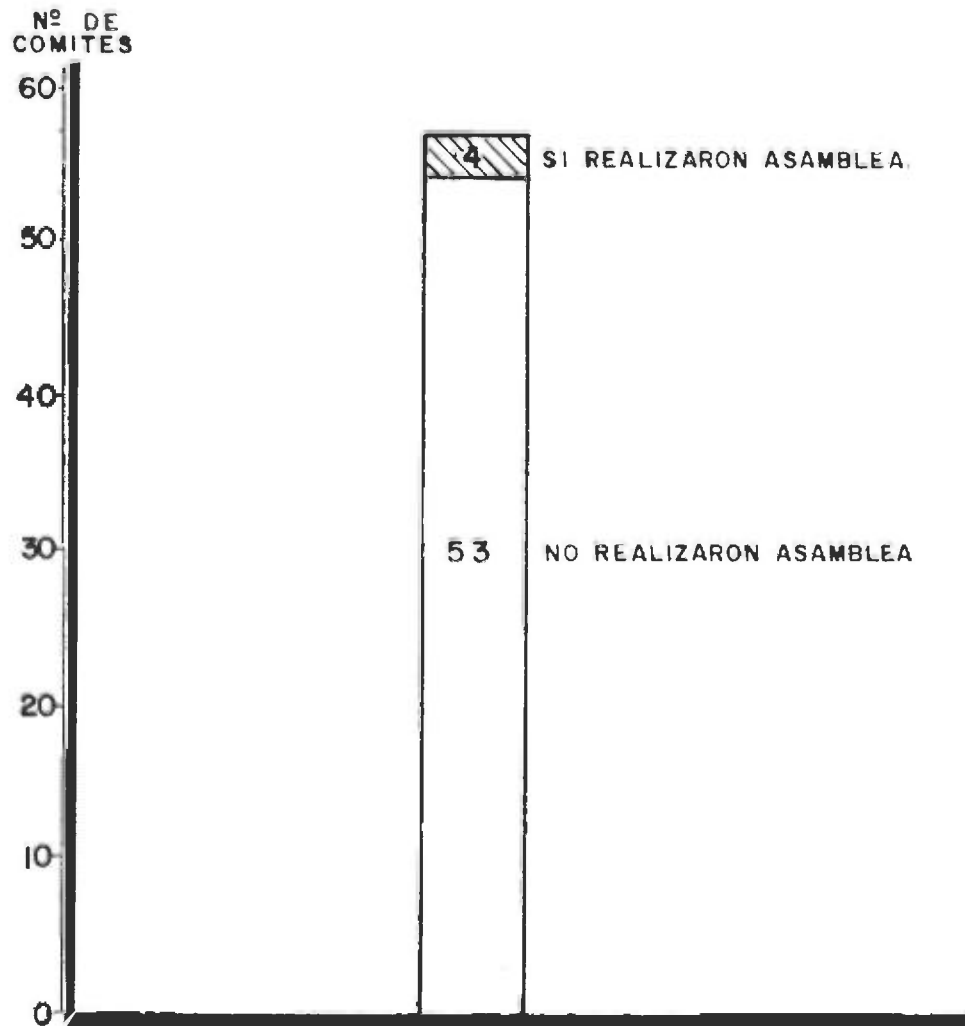


TABLA No. 14

TIPO DE COORDINACION EXISTENTE ENTRE LA JUNTA COMUNAL Y EL
COMITE DE SALUD Y EL CENTRO DE SALUD

TIPO DE COORDINACION	No. DE COMITES DE SALUD
Buena	11
Regular	15
Inoperante	31

TABLA No.15

COMITES DE SALUD CON UNA BUENA COORDINACION CON SU RESPECTIVA
JUNTA COMUNAL.

1. Santa Ana
2. Amelia D. de Icaza
3. Alcalde Diaz
4. Rio Abajo
5. Veracruz
6. Tocumen
7. Curundú
8. Chorrillo
9. San Felipe
10. Boca La Caja
11. Parque Lefebre

TIPO DE COORDINACION EXISTENTE ENTRE
LA JUNTA COMUNAL, COMITE DE SALUD Y
CENTRO DE SALUD DURANTE, 1986

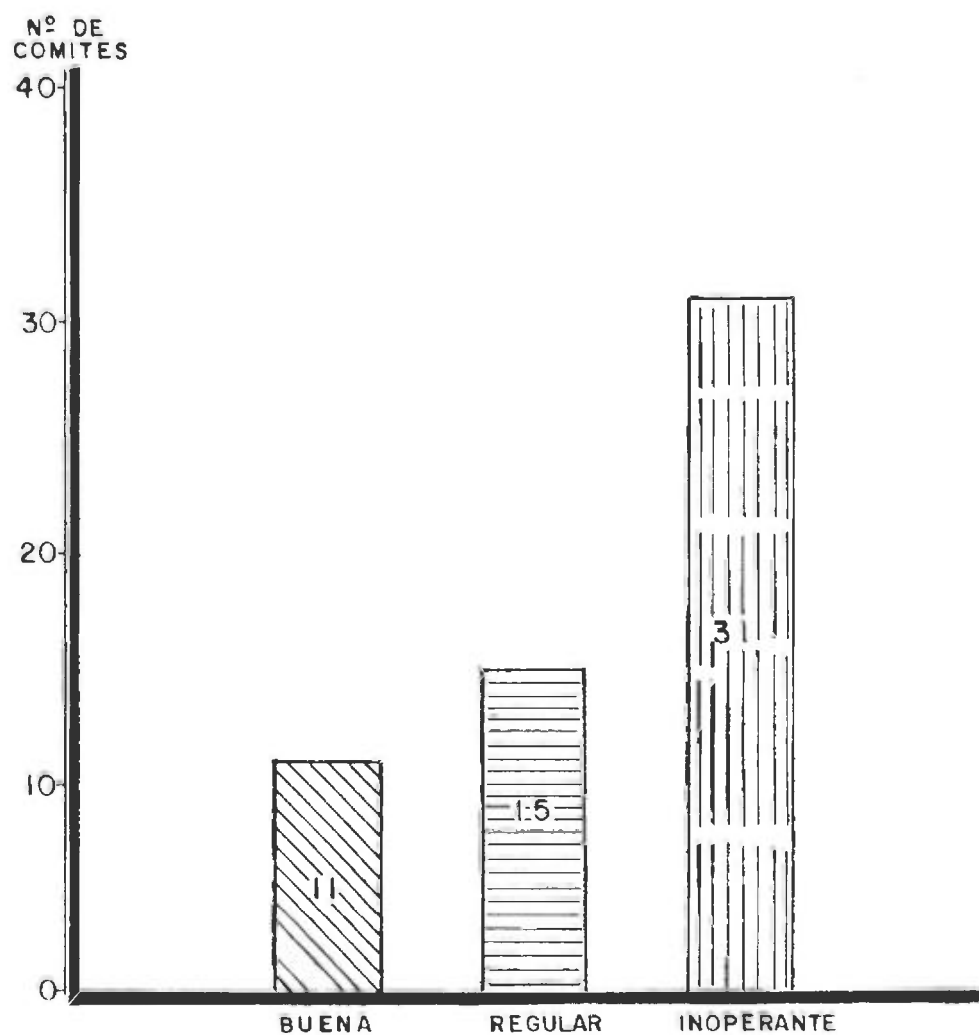


TABLA No. 16

COMITES DE SALUD QUE ORGANIZARON COMISIONES DE TRABAJO DURANTE
1986, Y TIPO DE COMISION

COMITE	TIPO DE COMISION
Santa Ana	Saneamiento Ambiental
Parque Lefebre	Saneamiento Ambiental
Amelia D. De Icaza	Saneamiento Ambiental
Torrijos Carter	Saneamiento Ambiental

Como vemos solo 4 Comités de Salud organizaron comisiones
se trabajo durante el año 1986. Esto solo representa el
7% del total de Comités de Salud.

COMITE DE SALUD QUE ORGANIZAN
COMISIONES DE SALUD EN 1986

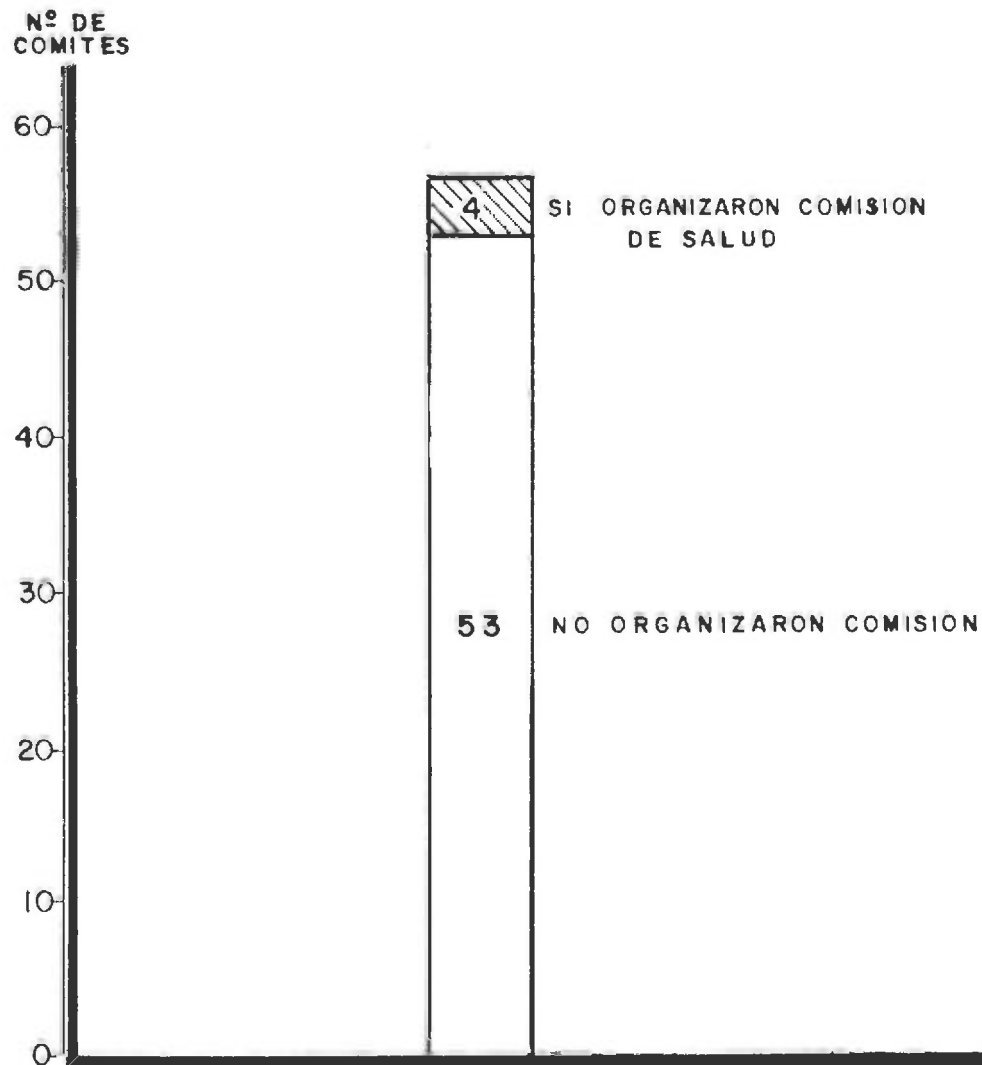


TABLA No.17

COMITES DE SALUD QUE SE PROPUSIERON METAS PARA 1986
LAS METAS PROPUESTAS Y SUS LOGROS

Comités	Metas	Logro
1. Chorrillo	1. Comprar una caja registradora	Si
	2. Pintar el Centro de Salud	Si
2. San Felipe	1. Mejorar las condiciones físicas del Centro de Salud.	Si se está logrando.
3. Boca La Caja	1. Mejorar las condiciones físicas del Centro de Salud.	No se logró
4. Emiliano Ponce	1. Construcción de Nuevo Centro de Salud	No
5. Veracruz	1. Comprar dos aparatos de aires acondicionado.	Si

COMITE DE SALUD QUE PROPUSIERON
METAS PARA 1986

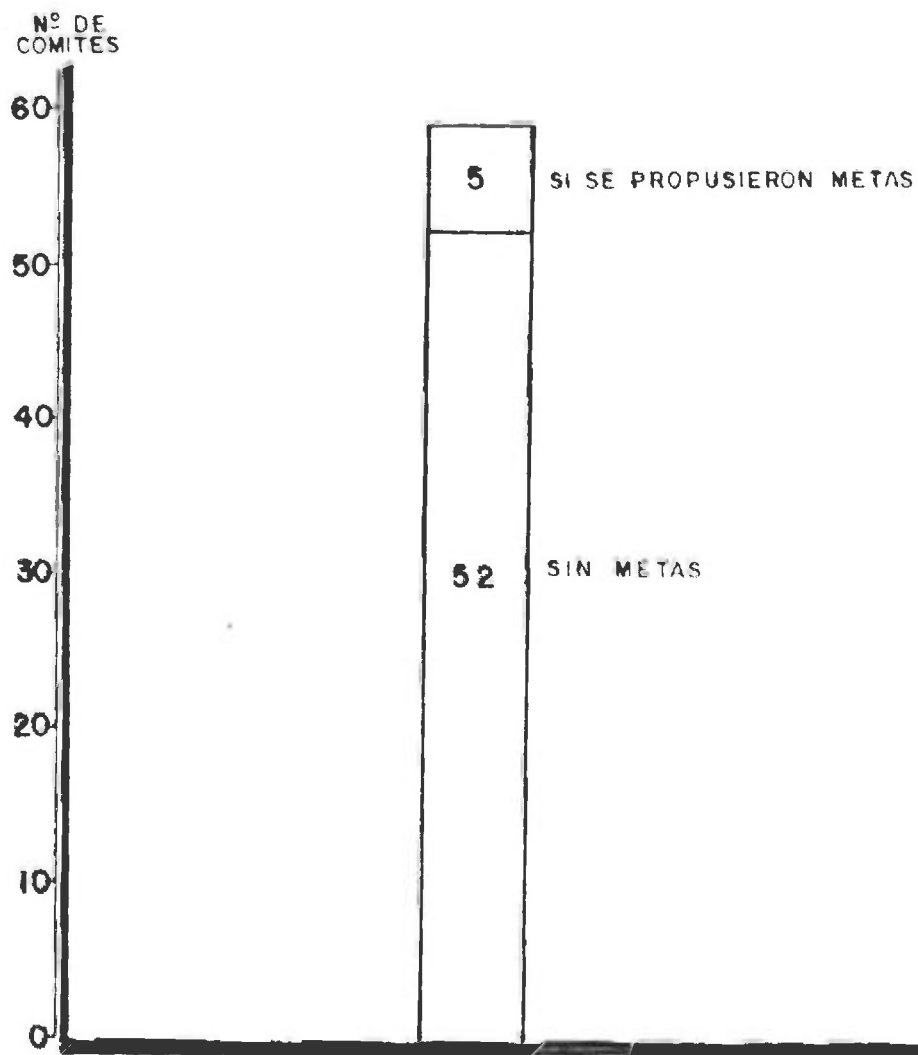


TABLA No.18
COMITES DE SALUD QUE RECIBIERON ALGUN
TIPO DE AYUDA POR PARTE DE LA JUNTA
COMUNAL DURANTE 1986

Comité de Salud	Tipo de Ayuda Recibida
1. Santa Ana	a) Económico b) Donación de equipo c) Recurso Humano
2. Amelia D. De Icaza	a) Económico b) Donación de equipo c) Recurso Humano
3. Alcalde Diaz	a) Económica
4. Rio Abajo	a) Económica b) Recurso Humano
5. Veracruz	a) Económico
6. Tocumen	a) Económico b) Recurso Humano
7. Curundú	a) Económico
8. Chorrillo	a) Económico
9. San Felipe	a) Económico
10. Boca La Caja	a) Económico
11. Parque Lefebre	a) Económico b) Donación de equipo c) Recursos HUmano.

Nota: En estos once casos la ayuda recibida fue solicitada por los Directores médico de los Centros de Salud.

El capítulo IV de los Estatutos de Los Comités de Salud en su artículo 22o, habla sobre el Patrimonio del Comité de Salud y menciona:

1. Los aportes voluntarios en concepto de servicios de salud prestados por el centro a la comunidad.
2. Fondos provenientes de las donaciones.
3. Producto de las actividades que se promuevan para la consecución de fondos.

El artículo 25 de este mismo capítulo señala además:

1. Cuota mensual por parte de los miembros del Comité de Salud. Esta cuota es fijada por la Asamblea General, la cual puede ser eliminada cuando esta lo estime conveniente.

Según se menciona, se indagó sobre los recursos que utilizó los Comités de Salud durante 1986. Todos los Comités de Salud, a excepción de los de Parque Lefebre, Veracruz, Amelia D. De Icaza y Pedregal (que si promovieron actividades para la consecución de fondos), solo utilizaron los fondos provenientes de los aportes en concepto de servicios de salud que prestan los distintos Centros de Salud.

TABLA No. 19

COMITES DE SALUD QUE TRABAJARON PARA AYUDAR A LOS
CENTROS DE SALUD DURANTE 1986. LA AYUDA
SE CLASIFICA EN: A) ECONOMÓMICA, B) RECURSO HUMANO
C) MATERIALES, D) EDUCACION

	Comité de Salud	Tipo de Ayuda
1.	San Isidro	b) Recurso Humano
2.	Parque Lefebre	a) Económico
		b) Recurso Humano
		c) Materiales
		d) Educación
3.	Chorrillo	b) Recurso Humano
4.	Veracruz	a) Económica
		b) Recurso Humano
		b) Recurso Humano
5.	Alcalde Diaz	b) Recurso Humano
6.	Amelia D. De Icaza	a) Económico
		b) Recurso Humano
		c) Materiales
		d) Educación
7.	Santa Ana	b) Recurso Humano
8.	Pedregal	a) Económico
9.	Juan Diaz	a) Económico
		b) Recurso Humano

Nota: La actividad más común utilizada para generar fondos
fueron las rifas.

TABLA No. 20

COMITES DE SALUD QUE REALIZARON REUNIONES
DE JUNTAS DIRECTIVAS DURANTE 1986.

	Comités de Salud	Frecuencia de reuniones
1.	Chilibre	Mensual
2.	Pedregal	Mensual
3.	Parque Lefebre	Mensual
4.	Amelia D. De Icaza	Mensual
5.	San Felipe	Mensual
6.	Bocas La Caja	Bimestral
7.	Santa Ana	Bimestral
8.	Juan Diaz	Trimestral

COMITES DE SALUD QUE REALIZARON
REUNION DE JUNTAS DIRECTIVA DURANTE
1986

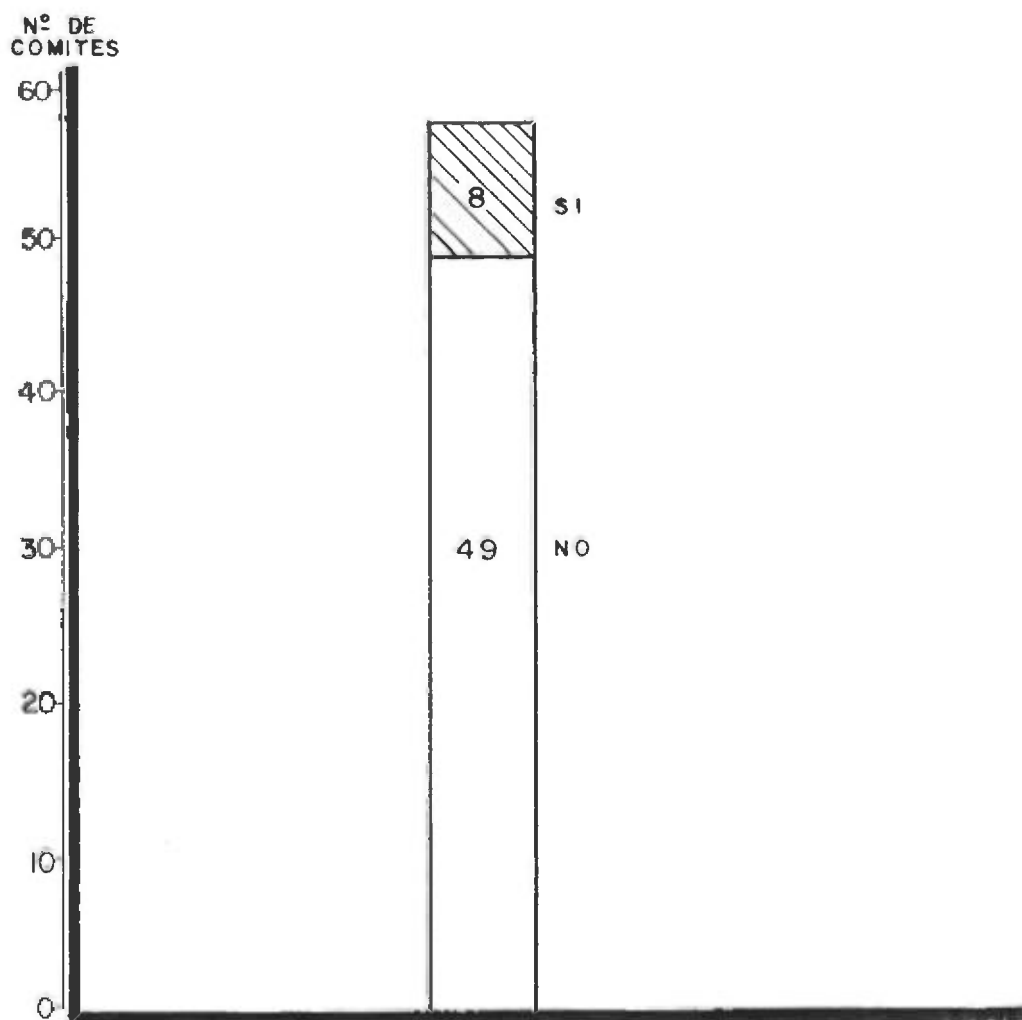


TABLA No. 21

COMITES DE SALUD QUE AYUDARON A ENTABLAR RELACIONES
BENEFICIOSAS CON OTRAS ORGANIZACIONES O AUTORIDADES

Curundú

Santa Ana

San Felipe

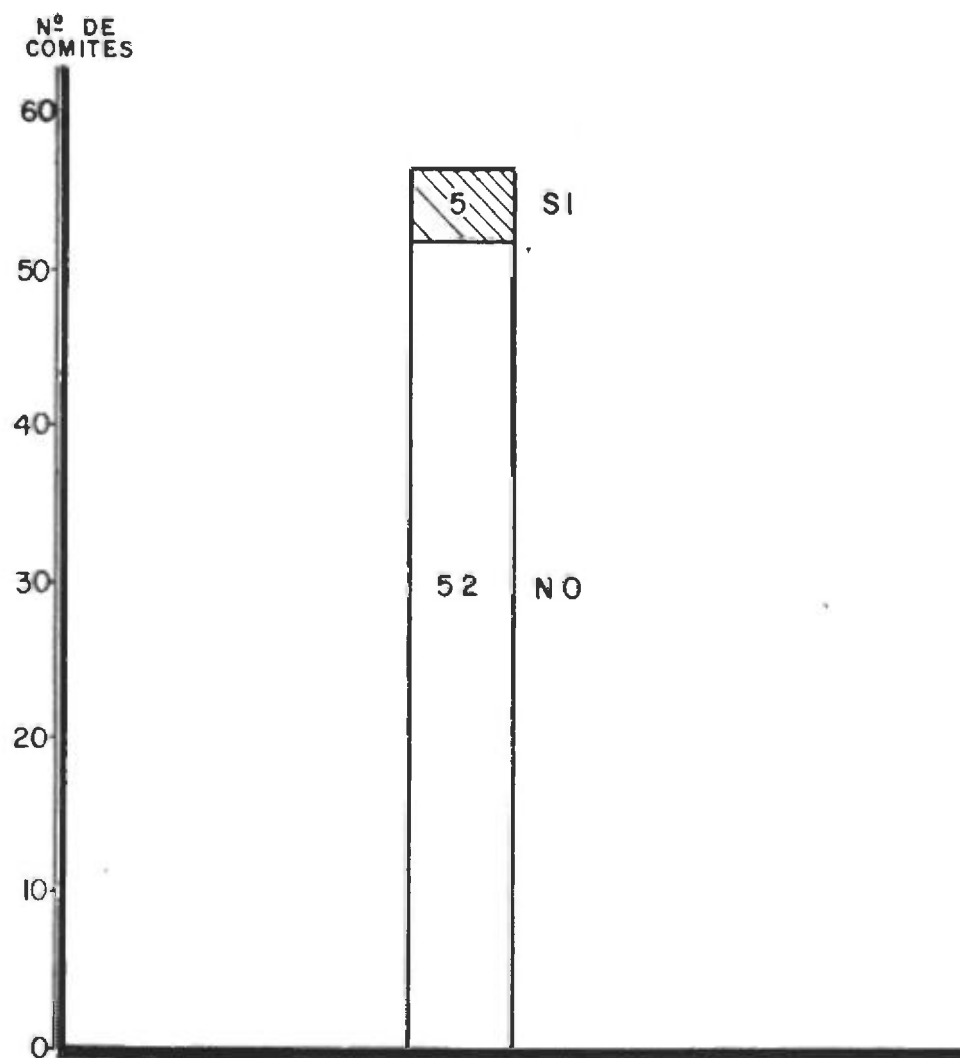
Parque Lefebre

Amelia D. De Icaza

Las relaciones beneficiosas se refieren a la labor de los Comités de Salud con el fin de conseguir algún tipo de ayuda en pro de la salud de la comunidad. Esta ayuda puede ser por medio de donaciones u otra acción que favorezca de alguna forma la salud de la comunidad.

La encuesta dio a conocer que todos los fondos de los comités de Salud son administrados por las Direcciones Médicas. En ningún caso se mencionó que la Directiva del Comité de Salud administrara los fondos. Si se menciona que los miembros de la Directiva dan opiniones sobre el uso del dinero, pero la última palabra la da la administración del Centro de Salud. Este hecho contraviene el Decreto No.401.

COMITE QUE MANTIENEN BUENAS RELACIONES
CON OTRAS ORGANIZACIONES O AUTORIDADES
AÑO-1986



CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

En este Capítulo se analiza las respuestas a la encuesta realizada en el mes de junio de 1987. El análisis se hizo teniendo como base para la comparación a los siguientes documentos: a) Decreto de Gabinete No.401 del 29 de diciembre de 1970, b) Comisiones de Trabajo del Comité de Salud, c) Estatutos de Los Comités De Salud, d) Guía Para La Organización Y orientación De Los Comites De Salud, e) Plan De Acción Para La Instrumentación De Las Estrategias Regionales.

Nuestro ánimo en esta sección, es realizar una crítica constructiva a los Comités de Salud; se trata de realizar ciertos señalamientos que indiquen las pautas para una reorganización, o mejor dicho revitalización de los Comités de Salud, con la debida participación de la comunidad y del equipo de salud.

Como lo señala la encuesta se logra una mejor participación de la comunidad, cuando existe una verdadera coordinación entre la comunidad, la Junta Comunal, el Comité de Salud y el equipo técnico del Centro de Salud. Tomemos como ejemplo la Comunidad de Parque Lefebvre donde se da esta la situación, y es fácil percatarse que en la actualidad este es uno de los Comités que mejor está trabajando.

Lo primero que resalta a la vista del resultado de la encuesta, consiste en la diferencia que existe entre la cantidad de Comités de Salud con Personería Jurídica, que actualmente están dentro de la jurisdicción de la Región Metropolitana de Salud, y el número de Comités de Salud que reportaron los distintos Directores Médicos. Como ya se demostró existen 53 Comités de Salud registrados, según información obtenida en Asesoría Legal del Ministerio de Salud. Esta cifra contrasta con los 26 Comités de Salud y 2 Sub-Comités de Salud (en el corregimiento de Chilibre), que reportaron los Directores Médicos. Vale la pena resaltar el hecho que solo los Directores de Pedregal y Chilibre reportaron uno 11 Comités, además del que trabaja con el Centro de Salud; y el de Chilibre que reportó la existencia de 2 Sub-Comités de Salud, los demás solo reportaron a los Comités que son los que manejan las cuentas de los diferentes Centros de Salud de la Región Metropolitana. Los 31 Comités de Salud 54 restante son desconocidos por los Directores Médicos. Esto es muy relevante ya que estos Comités deberían laborar mancomunadamente con la autoridad máxima del Ministerio de Salud de cada corregimiento, que son en este caso los Directores Médicos de los Centros de Salud.

Según se pudo constatar con las Juntas Comunales, muchos de estos Comités se formaron hace años, y actualmente

solo existen inscritos pero no funcionan en la práctica. Se debe señalar el hecho que el decreto No.401 en su artículo 2o., señala que en cada comunidad podrán constituirse tanto Comités de Salud como Centros de Salud existan en dicho lugar. Dentro de la Región Metropolitana solo el corregimiento Belisario Porras, en el Distrito de San Miguelito, es el único que cuenta con 4 centros de salud y todos los demás solo cuentan con un centro de salud; incluso se da el caso de 5 corregimientos que no cuentan dentro de sus límites a un centro de salud.

Si se llega aplicar este artículo al pie de la letra, en la Región Metropolitana solo deberían existir 22 Comités de Salud. Este es un punto que se debería analizar bien ya que se espera que entre más Comités de Salud existan en un área determinada, mayor debe ser la participación comunitaria; esta situación no se está dando en la práctica.

La Tabla No.11 nos muestra los Comités de Salud que realizaron Asambleas Generales para elegir nuevas Juntas Directivas en 1986. Como bien lo demuestra la Tabla solo el 12.2% de los Comités de Salud de la Región Metropolitana cumplieron con el artículo 10o, acápite 1 del Decreto No.401 que reza así: "Son atribuciones de la Asamblea General: 1. Nombrar cada año a la Junta Directiva que puede ser reelegida hasta

por 2 períodos....". Esto significa que el 87.8% de los Comités no cumplieron con este artículo durante 1986.

La Tabla No.12 nos demuestra el tiempo que tienen el resto de los Comités de Salud que no realizaron elecciones en 1986. Es bueno mencionar que el 10.5% de los Comités tienen 2 años de no realizar elecciones; el 14% no ha realizado elecciones desde hace 4 años; el 5.2% tienen 5 años de no realizar elecciones; y se destacan muy negativamente los Comités de Salud de Pueblo Nuevo que tiene 8 años y el de Curundú que tiene 12 años de no realizar elecciones para elegir nueva Junta Directiva. Además se debe señalar que el 54% solo realizó una elección y de allí no han vuelto a operar.

Se debe mencionar algo sobre la participación de las comunidades en las elecciones de las distintas Juntas Directivas. Tomemos como ejemplo la elección que se realizó en el corregimiento de Pedregal, donde ya se mencionó que solo el 2.1% de la población participó en dichas elecciones. En la mayoría de las elecciones son disputadas por solo dos nóminas, una de las cuales tiene el apoyo del representante de corregimiento respectivo, y la otra nómina no lo tiene (incluso la mayoría de otras nóminas son opuestas políticamente a éste). Esto da origen a que las elecciones de Jun-

tas Directivas de los Comités de Salud se convierten en disputas de tipo político. Hecho que es aprovechado por ciertos grupos como trampolín político. Recordemos lo mencionado anteriormente referente a la buena coordinación que debe existir entre el Comité de Salud y la Junta Comunal., esto puede ser en parte el origen del por qué no se realizan elecciones anualmente para elegir nuevas Juntas Directivas, como lo establece el Decreto No.401.

La Tabla No.13 nos proporciona los Comités de Salud que realizaron Asambleas Generales para analizar sus problemas de salud de 1986. Como vemos a los 4 Comités que realizaron Asmbleas fueron del corregimiento de Pedregal sin contar con el Comité Central que es el que maneja los fondos del Centro de Salud. De estos 4 Comités solo 3 tienen Personería Jurídica.

Las Tablas 14 y 15 nos demuestran el tipo de coordinación existente entre las Juntas Comunales y los Comités de Salud y el Centro de Salud. Aquí se indagó quien facilita la coordinación y en todos los casos se respondió que era el equipo del Centro de Salud, a excepción del corregimiento de Parque Lefebre que la coordinación se lograba también por medio de los miembros del Comité de Salud. Como veremos más adelante a mejor coordinación mejor funcionamiento y mayor participación de la comunidad.

La Tabla No.16 nos demuestra, que solo 4 Comités de Salud organizaron Comisiones de Trabajo durante 1986. Esto solo representa el 7% del total de los Comités de Salud. Esto significa que el 93% no organizaron Comisiones de Trabajo; este hecho es sumamente negativo ya que las Comisiones de trabajo son las que verdaderamente tienen la función de trabajar por la salud de la comunidad. Como ya se mencionó anteriormente cada Comité de Salud debe formar 3 Comisiones de Trabajo permanente las cuales son: a) Salud Familiar con componente de Salud Materno-Infantil, y Salud de Adulto, b) Saneamiento Ambiental, y c) Nutrición. Además se podrán formar tantas Comisiones de Trabajo, con carácter transitorio como sean necesarias.

Estos 4 Comités de Salud solo organizaron Comisiones de Trabajo con carácter transitorio; y de Saneamiento Ambiental. Todas fueron creadas por un problema de Saneamiento específico, la cual fue disuelta una vez solucionado el problema para lo cual fueron creadas.

La Tabla No.17 nos demuestra los Comités de Salud que se propusieron metas u objetivos para el año 1986. Como vemos solo 5 Comités de Salud que representan el 8.7% de todos los Comités de Salud se propusieron metas para ese año. Esto significa que 91.3% de los Comités no trabajaron con nin-

guna meta para dicho año. Vale la pena preguntarse cómo una organización de trabajo como lo son los Comités de Salud puede trabajar eficientemente sin ninguna meta, ni plan de trabajo. Este punto es uno de los más débiles que presentan los actuales Comités de Salud. Este es uno de los factores que hay que revitalizar para lograr mejorar el trabajo de los Comités de Salud.

Según la Tabla No.18, solo 11 Comités que representan el 19.2% del total de todos los Comités recibieron algún tipo de ayuda por parte de la Junta Comunal respectiva. Además es bueno dejar constancia que en los casos que los miembros del Comité de Salud pertenezcan a la Junta Comunal, la ayuda será mucho mayor. Esto da a pensar que la ayuda está condicionada políticamente. Esto no debería darse ya que las Juntas Comunales y los Comités de Salud tienen como fin mejorar el nivel de vida de la comunidad.

La Tabla No.19 nos demuestra los Comités de Salud que durante 1986 trabajaron en alguna forma, para ayudar a la labor que realizan los Centros de Salud. Como vemos la Tabla No.11 solo 9 comités, lo que representan solo el 15.7% de los Comités, hicieron algún tipo de trabajo para ayudar a los respectivos Centros de Salud en su labor diaria. Esto implica que el 84.3% de los Comités no realizaron ninguna

actividad en pro de ayudar a sus respectivos Centros. Muchos Directores Médicos se quejaron que las Juntas Directivas lo único que hacían era firmar los cheques que eran enviados a ellos por la Dirección Médica. También se da el caso que varios Directores sólo conocen parte de la Junta Directiva de su respectivo Comité, y en muchos casos solo son conocidos el Presidente y el Tesorero de la Junta Directiva y esto se debe a que son ellos los encargados de firmar los cheques. Situación esta que debe ser corregida lo más pronto posible; para que exista una buena coordinación entre el Comité de Salud y el Equipo Técnico del Centro de Salud.

De los 9 Comités que realizaron actividades, 4 hicieron actividades en pro de conseguir fondos para aumentar el capital de trabajo. Esto significa que sólo el 7% de los Comités realizaron actividades de tipo lucrativas. El 93% de ellos no realizaron este tipo de actividad tan necesaria para el buen funcionamiento de un Centro de Salud. Recordemos que a mayor capital, mejor será la respuestas que puedan dar estos a sus comunidades.

El 12% de los Comités brindaron algún tipo de ayuda en forma de recursos humanos para realizar alguna tarea específica ya fuese en la propia instalación del Centro o en

la comunidad. En 3 de estos Comités esta ayuda se limitó a una sola persona, por lo general algún miembro de la Junta Directiva, el cual hace algún trabajo voluntario.

Considero que lo más negativo es el hecho que solo 2 Comités de Salud o sea el 3.5% de todos los Comités realizaron algún tipo de actividad educativa en la comunidad. Esto significa que el 96.5% de los Comités de Salud no realizan esta actividad. Como hemos visto la Educación es el factor que más incide positivamente en obtener mayor ganancia de salud en la comunidad.

La Tabla No.20 nos muestra que sólo 8 Comités de Salud, lo que representa el 14% de los Comités realizaron reuniones de sus respectivas Juntas Directivas periódicamente. Esto es muy significativo, ya que si ningún Comité de Salud realizó Asambleas Generales y el 86% no realizaron reuniones de Juntas Directivas, cómo van a poder realizar un buen trabajo en pro de lograr una mayor participación comunitaria en los programas de salud.

Si a los datos anteriores le añadimos el hecho de que el 91% de todos los Comités de Salud no se propusieron metas, objetivos ni se diseñaron ningún plan de trabajo, cómo podremos esperar un buen funcionamiento de estos Comités de Salud.

La Tabla No.21 nos muestra que sólo 5 Juntas Directivas, lo que equivale a el 8.7% de todas las Juntas Directivas de los Comités ayudan a entablar buenas relaciones (beneficiosas), con otras organizaciones (clubes cívicos, empresas comerciales, etc.), u autoridades, Legisladores, u otras autoridades dentro o fuera del sector salud). Este hecho tan negativo es otro punto en contra de que exista una verdadera ayuda por parte de los Comites de Salud. En este caso citamos a los Comités de San Felipe y Santa Ana que consiguieron algún tipo de equipamiento para sus respectivos Centros de Salud, y además lograron mejorías habitacionales en su comunidad con sus respectivos legisladores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo son de gran trascendencia en estos momentos, ya que en Panamá se está llevando a cabo un proceso de cambio, donde juega un papel muy importante la participación consciente y activa del hombre en la solución de sus problemas, entre ellos, los de salud. Este proceso del que hablamos es el compromiso adquirido por nuestro país, para alcanzar la meta "Salud Para Todos los Ciudadanos Panameños En El Año 2000".

Por tratarse de un compromiso de vital importancia, queremos advertir que éste podrá experimentar en muchas ocasiones fracasos, y en otras triunfos, de los cuales, debemos sacar hechos positivos que enriquezcan los conocimientos acerca de esa participación permanente, recordando que esta participación está contemplada en la Ley 105 y el Decreto No.401. Ambas leyes promulgadas casi una década antes que nuestro país adquiriera este compromiso, el cual también señala como uno de sus pilares la participación comunitaria para el logro de esta meta.

La información fue recogida a través de la propia voz de los Directores Médicos de todos los Centros de Salud, de la Región Metropolitana, hecho que puede ser criticable porque no indagamos a las propias personas que pertenecen a las Juntas Directivas de los Comités de Salud.

Evidentemente, el hecho que acabamos de presentar no garantiza una representatividad de los grupos que se deseaban estudiar. Sin embargo, se optó por continuar el trabajo, debido a que convenía conocer la situación de los grupos de salud que estaban funcionando. Porque nos preguntábamos: dónde reside la falla?; es qué la forma que se está usando para crear estos grupos no es la más efectiva?; o es que éstos no funcionan porque les hace falta orientación y asesoría por parte del Ministerio de Salud?; o es que la existencia conjunta de la Ley 105 y el Decreto No.401, están creando una confusión dentro de las distintas comunidades?

Tal como hemos enunciado la participación de la comunidad se entiende como el proceso de autotransformación de los intereses, percepciones y valores de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, con vista a capacitarse para contribuir consciente y constructivamente en los programas de salud y bienestar.

La acción educativa que va implícita en toda actividad de participación comunitaria, tiene como finalidad crear las condiciones de aprendizaje en las que los individuos se capacitan para conocer mejor su realidad, relacionar el mejoramiento de su medio con el progreso social y económico de

otras agrupaciones humanas dentro del contexto del país, asumir responsabilidades como elementos impulsores de este desarrollo y generar en ellos una motivación a la acción tendiente a resolver sus problemas comunes, entre ellos los de salud. De este modo, los miembros de las comunidades son considerados no como los beneficiarios de las acciones de los programas sino como los agentes, autores y creadores responsables de su propio desarrollo.

El acrecentamiento del sentido de comunidad dentro del citado proceso de participación capacitante que se dirige fundamentalmente al desenvolvimiento integral de sus miembros, supone una tarea continua de formación, información y comunicación de los miembros de los grupos humanos comprometidos en el proceso.

La participación capacitante, tanto del personal de las instituciones de salud como de la población, tiene entre sus principios rectores; el reconocimiento y respeto al saber del pueblo, a su dignidad humana y las potencialidades de los individuos para contribuir a su propio desarrollo.

El proceso significa un esfuerzo creativo en el que todas las personas que intervienen aportan conocimientos en términos de sus experiencias individuales y grupales y ade-

más realizan acciones que testimonian una voluntad de cambio y de identificación con el proceso en el que son protagonistas.

Este proceso de participación capacitante conduce al establecimiento de un diálogo permanente entre el personal de salud y la comunidad, para armonizar sus puntos de vistas y las acciones tendientes a efectivizar la cobertura con servicios de salud. El diálogo implica la implantación de un proceso educativo que lleva a la comunidad a poner en marcha una dinámica de acción así como al fortalecimiento de la voluntad de contribuir a implementar el curso de acción que la comunidad y el personal de salud han decidido mancomunadamente. El proceso se desenvuelve en todas las etapas del trabajo con la comunidad.

El diálogo debe permitir que el personal ausculte constantemente, en el nivel local, el sentir de la comunidad, conozca mejor los motivos de sus actitudes y puntos de vistas, sus estilos de vida, nivel de aspiraciones, patrones de organización y comunicación, etc. A su vez, facilita que la población aprenda a interpretar su ambiente y a identificar sus necesidades reales así como a intervenir para acrecentar el progreso y el bienestar local.

El proceso requiere asimismo una solución cuidadosa de métodos, técnicas y procedimientos capaces de ser manejados en sus distintos planos de acción por los miembros de los sistemas e instituciones sociales con las restricciones dadas por sus conocimientos, aptitudes y actitudes en ese momento. Se trata de métodos, técnicas y procedimientos capaces de ser asimilados y manejados por los distintos agentes del desarrollo con diverso grado de habilidad. Se entiende como participación capacitante no solo el acrecentamiento de la habilidad en el manejo de herramientas de trabajo sino también la paulatina modificación de las actitudes hacia el proceso de desarrollo. Por lo tanto, el proceso tiene que ir perfeccionándose por etapas, tiene que ir integrándose a medida que se va desarrollando y eso también determina la adopción de una estrategia concreta o específica con tal objeto.

Ya que se mencionó que el dialogo permanente es el arma más eficaz para lograr la participación de la comunidad, vamos a enunciar los pasos requeridos para lograr este objetivo:

1. Estableciendo el dialogo permanente con la comunidad.
2. Identificando las necesidades que señala la población, al igual que aquellas que nosotros detecta-

- mos, sin que sean consideradas por ella.
3. Estableciendo un orden de prioridades.
 4. Planeando la secuencia de la implantación.
 5. Escogiendo entre la comunidad aquellos que recibirán entrenamiento como trabajadores comunitarios.
 6. Utilizando todos los servicios ofrecidos por sistemas institucionales.
 7. Realizando un control de tipo técnico y evaluando los programas y sus instrumentos en todas y cada una de las fases del proceso.
 8. Produciendo servicios.

El significado, alcance y contenido de la participación de la comunidad están encuadradas por el contexto sociopolítico de nuestro país. Constituye un reflejo de la declinación de la dominación profesional en la esfera de la salud a medida que los individuos y la sociedad en su conjunto reconocen que ella no es solamente un derecho sino una responsabilidad mancomunada de todos.

La comunidad puede participar de muchas maneras en todas las etapas del proceso de extensión de coberturas con ser-

vicios de salud. El aporte de mano de obra y recursos materiales cuando es lo único que se espera y se exige de la comunidad, no constituye una forma concreta de participación real en el sentido que se le dá al término.

Como proceso, la participación se va desarrollando y perfeccionando con la práctica. En la evolución del proceso la participación deberá ir adquiriendo las siguientes características activa, cuando la población se hace presente en las diferentes etapas del proceso; consciente, cuando se ha interiorizado de los problemas y los traduce en necesidades sentidas y actúa para solucionarlos; responsable, cuando se compromete y decida actuar con pleno conocimiento de sus efectos y obligaciones deliberada, cuando expresa su libre voluntad, organizada, cuando percibe la necesidad de sumar esfuerzos para el logro del objetivo común; y sostenida, cuando la población actúa en forma conjunta y permanente para resolver los diferentes problemas de su comunidad.

Factores que favorecen la participación de la comunidad.

El análisis de la participación dentro del marco de referencia puede hacerse en términos de tres componentes principales: el gubernamental, el de los grupos de población y la interrelación entre ambos.

En el orden gubernamental: Una política de participación que tenga una expresión afirmativa, traducida en la existencia de programas, instrumentos y mecanismos en los distintos niveles de la administración encargada de desarrollarlo; una legislación que apoye el programa; la asignación adecuada de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros con mecanismos de coordinación intersectorial bien definidos.

En el orden de los grupos de población: Utilización de los mecanismos propios de la comunidad para identificar necesidades y problemas comunes y soluciones conjuntas, e implementación mancomunada de éstas últimas; identificación de agentes que estimulen y orienten la organización de la comunidad para favorecer la participación.

En el orden de la interrelación: Un conocimiento y entendimiento cabal de la problemática integral de salud y del desarrollo en general; mecanismos que permitan el acceso expedito de la información desde los grupos de población; hasta las esferas gubernamentales con garantía de un diálogo franco entre ambos; dispositivos que faciliten a las esferas gubernamentales identificar las acciones propias de la comunidad o de asociaciones privadas, con el objeto de orientarlas, canalizarlas y articularlas con el programa ge-

neral de desarrollo.

En el proceso de participación existen elementos que favorecen. Entre ellos se citan los que son propios del sistema político-administrativo en general y los correspondientes al sector salud. Los privados incluyen: la voluntad política favorable al proceso, por parte de los niveles decisorios; la operación efectiva de mecanismos de coordinación intersectorial; el funcionamiento de un sistema adecuado de información y el uso conveniente de los medios de comunicación social; la concomitancia de programas concretos de educación, vivienda, artesanías, desarrollo agroindustrial, etc. con los cuales pueden vincularse los programas específicos de salud; el grado de desarrollo de la tecnología apropiada en la esfera de la participación de la comunidad; la suficiencia de recursos materiales y humanos en cantidad, calidad y adecuación a las necesidades; la legislación pertinente que tome en cuenta la participación; la apropiada comunicación e información entre los diversos niveles administrativos; la adecuada planeación de programas y uso de métodos operativos, etc.

En el sector salud los elementos favorables al proceso se refieren a la disposición de infraestructura y unidades de apoyo del sistema así como la de técnicas de reconocida

eficacia para fortalecer la organización y acción de la comunidad con vista a su participación, algunas características del sistema tradicional comunitario que lo hacen compatible con el sistema institucional, las pautas culturales (hábitos, costumbres y creencias compatibles con la promoción de la participación), el nivel de desarrollo de la comunidad; el conocimiento de los recursos de que dispone la comunidad; el conocimiento del sistema tradicional comunitario y reconocimiento de su importancia; la accesibilidad física, cultural y económica al sistema institucional; la presencia de miembros de la comunidad que son partidarios del progreso de su localidad.

Hay otros elementos internos provenientes de la comunidad misma que favorecen en la participación, tales como: las tradiciones culturales, que estimulan la participación, el conocimiento acerca de los objetivos de la participación, la satisfacción de las necesidades sentidas y respeto a las decisiones comunales, y la existencia, identificación y utilización de personas cuya opinión es consultada por la comunidad o que gozan de respeto en la localidad.

Es necesario reconocer que la comunidad tiene formas de organización que le son propias y las cuales hay que armonizarlas con los requerimientos de la extensión de la cobertura

de la población con servicios de salud. Algunas veces será conveniente idear nuevos esquemas de organización, los que deben diseñarse con cierta flexibilidad de modo que se eviten rigideces y antagonismos que dificulten la acción. Es por ello que no pueden darse fórmulas y sí únicamente criterios que orienten las decisiones.

Se reconoce además la existencia de diversas agrupaciones de población, que no tienen características de comunidad por ausencia de una definida organización estructurada o cohesión social. Sin embargo, pueden identificarse en ellas intereses comunes y cierto grado incipiente de organización.

Para la aplicación de una tecnología apropiada en la que participe la comunidad, los sistemas de salud deben desarrollar formas y mecanismos prácticos que le permitan relacionarse adecuadamente con la población y facilitar su participación en la gestión de los servicios y la toma de decisiones, así como valorar el saber y las instituciones comunitarias en la esfera de la salud.

La comunidad es capaz de responder por sí misma ante nuevos problemas sin necesidad de intermediarios como son con alguna frecuencia los liderazgos formales, que no siem-

pre son representativos de los intereses de la comunidad. La tecnología basada únicamente en el uso del liderazgo formal es una tecnología no apropiada.

Debe ser substituída a veces por otra que ponga énfasis en mecanismos que representen una expresión más directa y participatoria de la mayoría de la población.

La comunidad, tanto en su papel de generadora de servicios para su propio consumo (sistema tradicional comunitario) como de usuaria de los servicios que, para su beneficio, le ofrece el sistema institucional, debe participar de preferencia en la toma de decisiones en el proceso de programación, implementación, control y evaluación, ejerciendo además su derecho a la supervisión informal, que sin constituirse en parte del esquema de supervisión institucional ofrezca una información utilizable por este último para cumplir mejor esta función.

El sistema de referencia concebido como un mecanismo coordinador del sistema institucional con el sistema de la comunidad, es vital para asegurar la continuidad y equidad del acceso de los miembros de la comunidad a los diferentes niveles de atención y, por lo tanto, para la satisfacción de las necesidades de la población.

Luego de las recomendaciones expuestas, consideramos prudentes señalar ciertos puntos que encontramos en nuestro análisis.

En un área, como la Región Metropolitana de Salud, donde el crecimiento demográfico y los problemas socioeconómicos se duplican día a día, y en consecuencia, son evidentes los problemas que tienen que ver con la Salud Familiar, Saneamiento Ambiental y de Nutrición; no es nada alentador comprobar que son muy pocos los grupos de moradores que se organizan para atacar dichos problemas.

Lo primero que nos permitió percatarnos la encuesta, está en el hecho de que a pesar que existen en el área 57 Comités de salud solo 26 Comités muestran evidencias de su existencia. Esto nos indica que se deben reorganizar todos estos Comités y revitalizarlos, haciéndolos tomar conciencia de su enorme importancia para el desarrollo del país, y sobretudo para mejorar la salud de todos los residentes del área metropolitana.

Interesó conocer en este estudio si los Comités de Salud celebran Asambleas Generales para que la comunidad participe en lo relacionado con sus problemas de salud. Llama poderosamente la atención que siendo ésta una de las activi-

dades donde se puede congregarse la comunidad para exponer, discutir y tratar de hallar soluciones a los problemas de salud, los Comités de Salud no las realizan.

Considero que las Asambleas Generales deben ser promovidas por las propias autoridades de salud, primero capacitando mediante seminarios a líderes naturales, para que sirvan de apoyo logístico a la realización de Asambleas Generales. Además se le debe dar la debida propaganda a través de todos los medios de divulgación posible para estimular la mayor participación comunitaria en dichas asambleas. Para iniciar nuevamente la realización de éstas se va a requerir que sean patrocinadas, incluso por el propio Ministro de Salud.

Además se quiso conocer si los Comités de Salud nombran grupos de trabajo para que la comunidad participe en el desarrollo de los programas de Salud Familiar, Saneamiento Ambiental y Nutrición.

Una comunidad plagada de problemas de toda índole requiere la existencia de grupos que se encarguen de crear conciencia dentro de la población, para que mejoren sus propios niveles de salud. En Panamá los responsables de esta actividad son los Comités de Salud y sus Comisiones de Salud.

Ellos tienen que valerse de medios para que los moradores de la comunidad vean la importancia de una participación directa y activa de todos sus miembros.

En base a los datos obtenidos se puede expresar que los Comités de Salud muy poco utilizan las reuniones, las charlas, los seminarios, el material escrito y las películas para concientizar a la población en lo relacionado al campo de la salud. Este es un área que se debe incentivar y se le debe dar todo el apoyo logístico del Ministerio para que se obtenga esta concientización de la comunidad.

Después que la comunidad llega a tener conciencia de los problemas de salud que confronta, el proceso tiene que continuar su marcha, pues hay que buscar la forma de ver cómo van las personas a tomar parte activa, consciente y permanente en la solución de sus problemas. Porque si esto no ocurre así todo el esfuerzo que se haya realizado será inútil.

Para llevar a cabo las distintas actividades, los Comités de Salud necesitan de la utilización de una serie de recursos, los cuales, en muchos casos, no son fáciles de obtener ya sea porque no son lo suficientemente accesibles o porque se desconoce la forma en que se deben obtener. De

allí la importancia del apoyo que tanto se requiere del Ministerio de Salud.

Se exhorta al Ministerio de Salud y a las Juntas Comunales y Locales para que brinden más oportunamente y con mayor eficacia la ayuda a los Comités de Salud que actualmente están funcionando; orientándolos en cuanto a organización y funcionamiento. A la vez que se reconosca la labor que hasta ahora han realizado y estimularlos en esta forma para que sigan adelante en el trabajo que llevan a cabo. También se sugiere que se intensifique la campaña de organización de los grupos que deben estar encargados de velar por la salud de la comunidad.

Recordemos que solo mediante la buena coordinación Junta Comunal-Comité de Salud, se puede lograr mejorar la eficiencia en el trabajo de los comités de Salud. Sería bueno tomar las medidas necesarias, para que las Juntas Comunales ayuden en todo a los Comités de Salud, sean o no de una misma línea política-partidista; en pocas palabras, hay que enfatizar que ambas organizaciones tienen como fin común mejorar el nivel de vida de la misma comunidad.

En lo referente al Campo de Trabajo Social, el Ministerio de Salud y las Juntas Comunales, deben recurrir con

más frecuencia a este profesional, para que éste aplique sus conocimientos y se logre una organización y funcionamiento más eficaz de estos grupos.

Es prudente que la Asamblea Legislativa y el Ministerio de Salud realicen una revisión del Decreto No.401 y la Ley 105, para determinar su funcionalidad tanto en los Comités de Salud como en las Comisiones de Salud.

Por otra parte sería conveniente realizar estudios de este tipo en otras áreas del país para conocer sobre la organización y funcionamiento de los Comités y Comisiones de Salud.

Con respecto a la Política Nacional de Salud de Panamá, la cual es un instrumento orientador de las acciones dentro de un sector prioritario de desarrollo económico y social que delinea los mecanismos tendientes a el logro del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura. Esta Política requiere del perfeccionamiento de los instrumentos jurídicos sanitarios que desarrollen los preceptos constitucionales vigentes para regular las relaciones intra y extrasectoriales de salud; garantizando la Política de Extensión de Cobertura de Salud, a través de la participación activa de la comunidad, generando

programas de salud en donde se integran en tres niveles de atención; es decir la promoción, protección de la salud con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.

La Política explícita de Salud está claramente definida en los siguientes artículos de nuestra Carta Magna 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111 y 112.

Las estrategias para promover la salud y mejorarla en aquellas áreas que así lo ameriten son las siguientes:

1. Extensión de la cobertura.
2. Mejoramiento del ambiente
3. La organización y participación de la comunidad.
4. El perfeccionamiento de la articulación intersectorial.
5. El desarrollo de la investigación, de la tecnología apropiada y de los recursos humanos.

Con respecto a la estrategia de organizar a la comunidad para lograr su participación en el campo de la salud se hace necesario la modificación de los instrumentos legales de modo, que se adecuen a los nuevos requerimientos que exigen nuestras comunidades, a fin de poder organizarlas eficientemente, con el fin de facilitar la realización de

actividades específicas de educación de la comunidad y el desarrollo de nuevos enfoques orientados a promover el autocuidado y mejorar, su participación en las medidas preventivas y las prácticas higiénicas. Lo revolucionario y transformador de este plan de salud, es que está acorde a los movimientos contemporáneos que brindan una nueva visión a la población, donde el médico deja de ser el epicentro del sistema y la comunidad organizada se convierte en un ente productor de su salud.

Para terminar de deliberar sobre la participación comunitaria en la salud considero necesario puntualizar ciertos aspectos que hay que tener presente a fin de mejorar el trabajo que realizan los Comités de Salud. Esta propuesta presenta de manera general los procedimientos y el papel de la metodología de evaluación de los Comités de Salud; cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas de bajos recursos.

Es importante señalar tres puntos importantes los cuales son los siguientes: a) se debe utilizar la experiencia comunitaria en todos los proyectos del sector salud, b) se debe fomentar la participación de la comunidad en estos proyectos, c) la comunidad debe supervisar las actividades propias del proyecto, para que tome esta responsabilidad como

una obligación.

Con respecto al nivel de organización local para los Comités de Salud se hace necesario considerar tres categorías de actividades sin apartarnos de lo establecido en Decreto No.401 de 1970. Estas actividades esenciales a nivel local de la atención de salud: a) asambleas comunitarias, b) comisiones de salud y c) promotores de salud.

Los promotores de salud que actuarían en forma voluntaria en sus tiempos libres y funcionarían como detectores de cualquier problema de salud que exista en la comunidad; estos a su vez funcionarían como puente entre la comunidad y el equipo de salud del área, en la búsqueda de la resolución de los problemas encontrados.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

ENCUESTA No. _____

INVENTARIO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS COMITES DE
SALUD DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD DURANTE 1986

I. LOCALIZACION DEL COMITE DE SALUD.

Corregimiento _____

Centro de Salud de _____

Nombre del Comité de Salud _____

II. ESTATUS LEGAL

Tiene Personería Jurídica: Si _____ No _____

III. DATOS GENERALES SOBRE LOS COMITES DE SALUD

1. Tiene cuenta Bancaria: Si _____ No _____

2. Durante 1986 se realizó elección de una nueva
Junta Directiva: Si _____ No _____

3. Si no hubo elección que tiempo tenía la directiva
que funcionó durante 1986 _____ años.

4. Durante 1986 celebró Asambleas Generales: Si _____
No _____. Cuantas _____.

5. Tipo de coordinación que mantiene la Junta Comunal con el Comité de Salud y el Centro de Salud:
Buena ____ Regular ____ Inoperante ____
6. Durante 1986 se organizaron Comisiones de Salud.
Si ____ No ____ Cuantas ____ . Cuales ____ .
7. La Junta Directiva del Comité de Salud se propuso algunas metas para 1986: Si ____ No ____ .
Cuales _____
8. Cuales de las metas anteriores se alcanzaron:
_____ .
9. En el año 1986 el Comité de Salud recibió algún tipo de ayuda o cooperación de la Junta Comunal:
Si ____ No ____ . Tipo de ayuda: _____
10. Colaboró el Comité de Salud durante 1986 con el Centro de Salud con ayuda:
- a) Económica Si ____ No ____
 - b) Recurso Humano Si ____ No ____
 - c) Donación de equipo Si ____ No ____
 - d) Educación a la comunidad Si ____ No ____
 - e) Para establecer buenas relaciones con otras organizaciones o autoridades Si ____ No ____
11. Con qué recursos cuenta el Comité de Salud:

12. Que recursos utilizó el Comité de Salud?

13. Periodicidad de reunión de la Junta Directiva:

14. Número de Comités de Salud existentes en el área

15. Nombre de estos Comités de Salud _____

16. Existen en el área Sub-Comités de Salud:
Si _____ No _____ Cuales _____
17. Quién administra los fondos del Comité de Salud?
La directiva del Comité _____
La Dirección Médica del Centro _____
Mancomunadamente _____

UNIVERSIDAD DE PANAMA

BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- DONALDSON, David. Participación de la Comunidad en Sistema de Abastecimiento de Agua y Saneamiento, en Zonas Rurales. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 92, año 61, No.2, 1985.
- HERRERA, Ligia. Regiones de Desarrollo Socio Económico de Panamá, 1970-1980. Revista temas de seguridad social No. 12, Panamá, 1983.
- NAVARRO, Vicente. A Critique of The Ideological and Political Position of the Brandth Report and the Alma Ata Declaration International Journal of Health Services, Volumen 14, No.2, 1984.
- NEWELL, Kenneth. La Salud por el Pueblo. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud, 1975.
- PERON, Juan Domingo. La Comunidad Organizada. Argentina 1975.
- OJOSU-Amaah, Virginia. National Experience in the Use of Community Health Workers. A review of Current issues and problemas Organización Mundial de la Salud. Publicación en Offset, No.71, 1983.
- OBUN, D.A. et. al. Community Waste water collection and Disposal. Organización Mundial de la Salud, 1975.
- RUTSON, E.B. Respuestas de la Comunidad a los problemas relacionados con el alcohol. Organización Mundial de la Salud. Serie Salud Para todos. No.81, 1985.
- SMITH, Abel. Pobreza, desarrollo y Política de Salud. Organización Mundial de la Salud. Cuaderno de Salud Pública No. 69, 1978.

- WOSI, Prawase. Médico Tonsurados. Organización Mundial de la Salud. Salud Mundial, Julio 1986.
- WINSLOW, E.A. Lo que cuesta la Enfermedad y lo que vale la Salud. Organización Mundial de la Salud. Serie Monografías, No.7, 1951.
- Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. E/ICEE/L.1355. 12 de enero 1977.
- El Trabajador Primario de Salud. Organización Mundial de la Salud. Area de Trabajo - Pautas para la Capacitación Pautas para la Adaptación. Edición revisada, 1980.
- Extensión de Cobertura De los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad. Crónica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 83, No.6, 1977.
- Formación del personal de sanidad para la educación sanitaria popular. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos, No. 156, 1958.
- Foro Salud '84. Estudio de la red de servicios de salud. Panamá, 1984.
- Health for the People by the People. 30th Anniversary of Who Health for all by the Year 2000. Organización Mundial de la Salud. Serie atención primaria de Salud, No.14, 1978.
- La Educación Para la Salud. Organización Mundial de la Salud. División de Información Pública y Educación para la salud en colaboración con el John J. Sparbman Center for International Health Education. Número 2, 1985.

La Educación Sanitaria en la U.R.S.S. Cuaderno de Salud Pública No.19, 1964.

La Mujer, la Salud y el desarrollo. Organización Mundial de la Salud, Informe del Director General, 1985. Publicación en Offset.

Manual de Educación para La Salud. Dirección Nacional de Educación de Salud Pública. Editorial Científico-Técnica, La Habana, Cuba, 1985.

Preparación del maestro para la Educación Sanitaria. Organización Mundial de la Salud. Informe de un Comité Mixto OMS/UNESCO de Expertos (Aimbra 1959). Serie de Informes Técnicos, No.193, 1960.

Proyectos Minsa-BID, PN-029. Construcción, Rehabilitación y Mantenimiento de Las Instalaciones de Salud y Saneamiento Rural. Volumen No.4. Panamá, 1987.

Redes Nacionales de Desarrollo De La Salud En Apoyo de la Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Publicación en Offset No.94, 1987.

Salud Mundial. Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. Octubre de 1986.

ENTREVISTAS

Dr. Roberto Badía, Médico Ginecologo, Master en Salud Pública, Asesor Técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, Panamá, septiembre de 1987.

Lic. Ernesto Castagrino, Licenciado en Economía, Asesor Técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, Panamá, septiembre de 1987.

Lic. Carlos Escobar, Licenciado en Economía, Asesor Financiero Organización Panamericana de la Salud, Panamá, noviembre de 1987.

Dr. Oscar Fallas, Médico Pediatra, Master en Salud Pública, Asesor Técnico de la Organización Panamericana de la Salud, Panamá, noviembre de 1987.

Lic. Miguel Gómez Verdun. Licenciado en Economía de la Salud, Asesor Técnico Banco Interamericano de Desarrollo, Panamá, septiembre de 1987.