BAC.11

XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

TRABAJOS PRESENTADOS

- ARGENTINA
- PANAMA
- PERU

Montevideo - Uruguay
6 - 11 de junio de 1977

004135

REPUBLICA ARGENTINA

REP.ARGENTINA.

CHACO, (ARGENTINA), PROVINCIA. MINISTERIO DE ACCION SOCIAL. SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y ASISTENCIA A LA COMUNIDAD. Informe sobre la situación del menor en la Provincia del Chaco. 1977.

PANAMA

El desarrollo comunitario y su acción sobre la salud.

BETHANCOURT, Edith J. de. Experiencias de la implantación del sistema integrado de salud en la Provincia de Colón.

PANAMA. Bases jurídicas para el Instituto de la Familia Y Política Social y la jurisdicción de familia y de menores.

PERU

IBAÑEZ SALAZAR, Consuelo. Síntesis de la exposición de la delegada del Perú sobre las experiencias de educación inicial (pre-escolar) en el Perú.

CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

orme sobre la
uación del menor
la Provincia del Chaco

STERIO DE ACCION SOCIAL

ncia del Chaco - República Argentina - 1977

Para el Sr. Rafael Sajón, la Delegación del Chaco, presente en el Congreso del Niño. Con afecto y reconocimiento a su labor

Montevideo, 10/6/77

A. de MARTINA

Piada Veira

XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

9 AL 11 DE JUNIO DE 1977.-

MONTEVIDEO -(Rep.O.del Uruguay).

INFORME SOBRE LA SITUACION DEL MENOR EN LA - PROVINCIA DEL CHACO - 1977.-

MINISTERIO DE ACCION SOCIAL

Subsecretaría de Promocion y

Asistencia a la Comunidad.-

Provincia del Chaco

REPUBLICA ARGENTINA.-

A U T O R I D A D E S

Gobernador de la Provincia del Chaco

General de Brigada (RE) Don ANTONIO FACUNDO SERRANO

Ministro de Acción Social

Dr. AMILCAR RAMON URRUTIA

Subsecretaria de Promoción y
Asistencia a la Comunidad

Asistente Social Da. ANGELES DE DIOS DE MARTINA

_____00o00_____

ORGANISMOS PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL INFORME

- MINISTERIO DE ACCION SOCIAL
  - -Subsecretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad
    - Lic. JULIA PASSICOT DE LUQUE
    - Asist.Social INES PAULA BERRY
    - Asist.Social REYNA VALOJ DE COSIDOY
    - Sr. CARLOS RODOLFO CACERES
    - Dietista Srta. NELIDA CONSUELO PUGA
  - -Secretaría de Estado de Salud Pública
    - Dra. INES PETERSEN DE SARLI
    - Lic. AURORA DE VERGA
    - Dietista MARIA PIA RIZZOTTI DE VEIRAVE
    - Sr. ALBERTO MUGNIER
  - -Instituto de Previsión Social
    - Capitán (RE) JOSE TOLEDO
- MINISTERIO DE GOBIERNO, JUSTICIA Y EDUCACION
  - -Subsecretaría de Educación
    - Prof. MARTA MEZA DE PARMETLER
    - Prof. NORA SMITH DE ORIA.
    - Sr. NESTOR DELLAMEA
    - Srta. MARIA CRISTINA CALIGARO
  - -Subsecretaría de Gobierno
    - Dr. PEDRO RICARDO BOJANICH
    - Srta.MARIA DELIA SANTA CRUZ
    - Srta. SARA DE CASO

- Ministerio de Economía
  -Dirección de Estadísticas y Censos
  Lic. MARIO J. GARBER

  -Poder Judicial de la Provincia del Chaco
  Defensoría de Menores e Incapaces
  Dra. MARTHA INES ALONSO DE MARTINA
  Fiscalía
  Dra. ANA MARIA PORTAL DE PIEDRA
  Oficina de Servicio Social
  Asist.Soc. IRMA BARRIOS DE DE FRANCESCO

- Universidad Nacional del Nordeste
  - Facultad de Humanidades
    Prof. LILIA OSUNA
    Prof. NORBERTO A. SARLI
    Lic. DANIEL SCORDO
    Prof. ANGELA KALIÑUK DE LASGOITI
    Prof. NELIDA S.DE ITURRIOZ
    Dr. ERNESTO A. MARTINA
    Secretaría General de Extensión Universitaria
    Sr. JORGE OTT
  - INSTITUCIONES PRIVADAS
    -Centro de Rehabilitación del Lisiado
    Srta. NELLY DANELUTTO
    -Cáritas Diocesana
    Dietista NELIDA CONSUELO PUGA

-Movimiento Familiar Cristiano

Arqº JUAN ITURRIOZ

-Sociedad Ayuda Escuelas de Discapacitados Mentales

Srta. ELSA SIMONS

-Centro de Medios de Comunicación Social del Obispado de Resistencia

Sr. LEOPOLDO CABRAL

Sra. ROSA NAVARRO DE CABRAL

Sor MARIA ESTELA FAGER.-

CONTENIDO

	Páginas
1. Presentación de la Provincia del Chaco.	1
2. Aspectos de Salud.	6
3. Aspectos de Educación	25
4. Aspectos Jurídico-Social.	56
5. Aspectos de Servicio-Social. . .	83
6. Aspectos Estadísticos	94

7. ANEXOS:

-Cuadros y Gráficos.
-Temario del XV Congreso Panamericano del Niño.-
-Referencias bibliográficas.

****)-(****

C O M E N T A R I O S

Este informe contiene la opinión de distintos grupos de trabajo que revisaron la bibliografía disponible sobre la situación del menor, en los distintos aspectos de salud, educación, jurídico-sociales, de asistencia social y estadísticos. No se refiere en particular al menor marginado, por no haber en la provincia estudios o trabajos que hayan encarado esa situación en especial. No obstante, la información utilizada y las descripciones que la acompañan, ofrecen una estimación de la magnitud y características de la marginalidad en el Chaco.-

PRESENTACION GENERAL DE LA PROVINCIA DEL CHACO

La provincia del Chaco es una vasta superficie de tierra de 99.633 Km2., ubicada en el noreste del territorio argentino y se halla comprendida entre los paralelos de 24° y 28° latitud Sur y los meridianos de 58° y 63° longitud Este.

Forma parte de la gran llanura argentina, es por consiguiente extensa y plana, una llanura continua, con una pendiente suave de NE a SE, inclinación señalada por la dirección de los ríos.

La posición de la provincia determina un clima siempre cálido y una irregular distribución de las lluvias. Las temperaturas descienden de N a S, alcanzando un valor medio de 22°; las precipitaciones por su parte, disminuyen de este a oeste. Como la época de lluvias coincide con las mayores temperaturas, se produce una intensa evaporación que contribuye a darle un aspecto semidesértico a la zona occidental. La isohieta de 1000 mm. delimita dos áreas con caracteres diferentes, una húmeda hacia el este y otra con marcada deficiencia de agua hacia el oeste.

La relación existente entre la marcha de las temperaturas y las precipitaciones constituyen un factor decisivo para el desarrollo de la vegetación y la agricultura.

La vegetación, sensible a las diferencias climáticas, lo es también a las condiciones del suelo y relieve. Si bien desde el punto de vista topográfico la provincia presenta una gran uniformidad, la vegetación establece matices y diferencias. Las elevadas temperaturas y precipitaciones permiten un gran desarrollo de la vegeta-

ción al este, generando la formación de selvas; el Chaco occidental por el contrario, determina la presencia de una vegetación semi-xerófila.

Ubicada como ya se mencionara en una zona subtropical, las actividades básicas se apoyan en el cultivo del algodonero y la explotación forestal.

Teniendo presente que el algodón se conoció en la Argentina en épocas pre-colonizadoras, la podemos dividir en tres etapas:

a) Una primera que denominaremos de expansión primaria, que transcurre entre 1894-95, año agrícola en que la explotación del textil en el Chaco se inicia en forma ininterrumpida hasta nuestros días, y 1929, comienzo de la gran "depresión" de trascendentales consecuencias en la economía mundial.

b) Una segunda, de transición, entre 1929 y 1937 que prepara el cambio estructural de la economía algodonera argentina, caracterizada por el crecimiento de la industria nacional, en un proceso de sustitución de importaciones con amplia repercución en el área sembrada en la zona tradicional.

c) Una tercera etapa hasta nuestros días, etapa ésta en que el país se autoabastece, tanto en materia prima para la industria salvo reducidas importaciones de determinadas calidades de fibra, como de productos manufacturados para el / consumo interno.

Cabe destacar que el proceso de colonización del Chaco, varió

en forma paralela a la expansión de la producción algodonera, lo que determinó que su población pasara de 46.274 habitantes en 1914 a 430.555 en 1947.

La situación de la economía mundial en la década del 30 originó un incremento del 400 % del área sembrada, asimismo se desarrolla la industria textil por el proceso de sustitución de importaciones.

A raíz de las condiciones favorables del mercado se desarrolla un movimiento cooperativo en la provincia, llegando a procesar más del 50 % de la producción chaqueña de algodón, antes del año 66.

"En la Argentina, según datos del Censo Nacional Agropecuario y posteriores estudios del I.N.T.A., en 1960 el algodón proporcionaba ocupación e ingresos a unos 222.000 miembros de familias, afincados en 44.500 chacras, sin contar con la mano de obra golondrina requerida en la recolección y a 7.000 operarios en la actividad del desmonte".

En 1966 las hilanderías ocuparon a mas de 21.000 personas y las tejedurías a casi 38.000.

La economía algodonera sufrió una gran crisis que tuvo su pico máximo entre 1966 y 67, como consecuencia de ello, en el período siguiente el área sembrada fue la más baja de los últimos 30 años.

Las causas: precios poco remunerativos, pues se produjeron excedentes en el mercado interno y disminuyó la exportación; baja calidad del producto y desnivel en los precios del mercado interno con respecto a la oferta internacional, con la consecuente dificultad en

su colocación; el régimen de tenencia de la tierra, ya que el 78 % de las explotaciones algodoneras chaqueñas corresponde a fincas de una extensión menor a 25 hectáreas; el 56,7 % de las chacras ocupan tierras fiscales, con el 47,1 % del total cultivado; extremada concentración minifundista; monocultivo; sustitución de las fibras naturales por fibras sintéticas; carencia de una política nacional algodonera.

El sector cooperativo es la base social sobre la cual se asienta la producción en la provincia del Chaco, que alcanzó gran preponderancia pero fue rápidamente desalentado debido a la ineficacia administrativa, la mala y lenta comercialización de la fibra, dentro de un proceso inflacionario.

"Algunos datos demuestran el impacto de la crisis dentro de la estructura demográfica, producida entre 1960 y 1970, como consecuencia de la despoblación rural. En ese período emigraron de la provincia 135.000 habitantes, mientras 2.500 a 3.000 familias se radicaron en Resistencia", ciudad capital.

El éxodo comprometió especialmente a los habitantes en edad activa, entre los 20 y 30 años. Sus causas son varias pero pueden destacarse como importantes:

- La modificación de la economía agropecuaria chaqueña.

- La disminución relativa de la explotación forestal.

- La crisis algodonera que se produjo sin una preparación previa para la difersificación de cultivos.

La estructura productiva de la provincia, descansa fundamentalmente, como hemos expresado en los párrafos precedentes, en la explotación del algodón, si bien las actividades industriales conexas no se han desarrollado (ver Mapa de Distribución de Actividades Económicas).

En cuanto a la ganadería, es de tipo extensivo, evidenciando también la carencia de un ciclo de industrialización complementaria

La actividad forestal que inicialmente fuera la base del proceso económico, actualmente ha sufrido un franco deterioro.

"Dada las condiciones de desarrollo socio-económico-cultural, las erogaciones del Estado Provincial, en el sector servicios es y será por mucho tiempo muy alta. Esta situación puede modificarse con el correcto crecimiento del sector productivo".

(Ver Pirámide de Población y Mapa de Distribución Poblacional)

ASPECTOS DE SALUD

ASPECTOS DE SALUD

EL SUBDESARROLLO COMUNITARIO Y SU ACCION SOBRE LA SALUD

CAPITULO I

SANEAMIENTO AMBIENTAL

La provincia presenta el siguiente cuadro de situación en los distintos aspectos del saneamiento ambiental:

a) Abastecimiento de agua potable:

- Servicios centralizados proporcionados por Obras Sanitarias de la Nación: Población servida en el Gran Resistencia: 109.810 habitantes.

- Población servida por el Servicio Provisión Agua Potable -S.P.A.P.-, 16 poblaciones: 24.856 habitantes.

Esta cobertura representa el 23 % de la población provincial (al 30-6-75).

En cuanto a las áreas rurales y sub-urbanas no cubiertas por dichos servicios, se cumple un programa de "alivio" mediante el aprovechamiento de aguas subterráneas instalando abastos públicos. Funcionan en la actualidad 205 abastos en zonas periurbanas y rurales. La población beneficiada es de unas 11.000 personas.

Participa de este programa de alivio un total de 121 escuelas primarias.

Desde el año 1976, se encuentra en funcionamiento la primera planta provincial, que fluoriza el agua de bebida para la localidad

de Margarita Belén con una población de 1268 habitantes.

b) Eliminación de Excretas: La población cubierta por Obras Sanitarias de la Nación es de 34.606 habitantes, es decir el 25 %. En medios rurales se han distribuidos 2.000 losas para pisos de letrinas.

c) Vivienda Rural: 44.000 viviendas rurales adolecen de serias deficiencias sanitarias y necesitan ser mejoradas y ser provistas de servicios básicos.

Por un convenio con la Nación se viene aplicando el Fondo Rotatorio Nacional para el Mejoramiento Sanitario de la vivienda rural; en ese sentido se otorgaron 86 préstamos. Asimismo se efectuaron convenios con Municipios del interior para el mejoramiento de viviendas precarias.

Como complemento de las mejoras, se aplican insecticidas para el combate de vectores de interés en Salud Pública. Asimismo Saneamiento realiza el control de basuras, control de alimentos en locales de expendios, realiza inspecciones y asesoramiento a industrias y participa en vacunaciones, programa de lucha antirrábica y antivinchuca. Además lleva a cabo campañas de educación sanitaria a nivel de las escuelas, como también cursillos, cursos, y charlas para docentes, extensionistas y otros.

CAPITULO II

I. SITUACION MATERNO INFANTIL

Chaco cuenta con una población estimativa de 580.565 habitantes, de los cuales 55,09 % es menor de 20 años, determinando una población joven debido principalmente a la alta tasa de natalidad.

Entre 1.300 a 1.400 niños chaqueños no llegan a cumplir 1 año de vida, la mortalidad infantil de 0 a 1 año en 1975 fue de 1.369 niños, lo que nos da una alta tasa de mortalidad infantil (60,06). Casi el 30 % de estos niños mueren sin ningún tipo de atención médica (falta de recursos para movilizarse a los centros asistenciales, tabúes, atención por curanderas, etc.).

Los departamentos de la Provincia que tienen la tasa de mortalidad infantil más alta, son:

Comandante Fernández ..... 94,8 %

General Belgrano ..... 89,8 %

Independencia ..... 83,0 %

Fray Justo Santa María de Oro . 79,4 %

Queremos llamar la atención sobre un estudio hecho sobre la mortalidad infantil en la zona Resistencia, Barranqueras y Vilelas (Ver Revista Geográfica III, del Instituto de Geografía de la Universidad Nacional del Nordeste), donde la distribución espacial en la ciudad de Resistencia es diferente según las zonas (zona céntrica y zona de periferia) y difiere también respecto a Barranqueras y Vilelas.

En Resistencia los índices más bajos de mortalidad infantil corresponden al sector céntrico (agua corriente, cloacas, distancia corta para atención pediátrica, etc.), mientras que en las zonas desvarobles (marginadas) la mortalidad infantil alcanza al 250 por mil, o sea que de cada 4 niños que nacen, 1 muere antes de alcanzar el año de vida, ejemplo: Villa Elba.

En Barranqueras y Vilelas oscila entre un 50 y un 75 por mil, en área portuaria y céntrica y llega 150 por mil en zonas más desfavorables del norte y sur, con excepción del área industrial de Puerto Vilelas donde solo es ligeramente superior al 1000 por mil.

Causas de Mortalidad: De los 1.369 fallecidos, menores de 1 año; en el año 1975, 435 mueren antes de cumplir los 7 días de vida (Cuadro N° 4). Indudablemente esta es la mortalidad más difícil de disminuir dado que aún la ciencia médica no la puede evitar (malformaciones, lesiones del encéfalo, etc.), y es alta aún en los países más desarrollados. Pero parte de nuestro índice tan alto se debe indudablemente a la falta de atención médica o de parteras en el parto.

Aproximadamente el 40 % de los partos se producen sin atención profesional debido a que la población rural está dispersa, lejos de centros asistenciales, con caminos deficientes, sumado a ello la costumbre de ser atendidos por "comadronas" y la escasa educación sanitaria que hace desconocer el peligro a que se exponen teniendo un parto domiciliario.

Una de las primeras causas de la mortalidad infantil, es la ENTERITIS (diarrea infantil), lo que nos habla de población marginada.

La causa de esta enfermedad tenemos que buscarla en la falta de agua potable, incómoda disponibilidad domiciliaria o escacéz de la misma, falta de cloacas, basurales, moscas y otros insectos vectores de gérmenes enteropatógenos, falta de higiene y atención médica temprana, unidas a condiciones nutricionales deficientes (Ver Cuadro N° 1).

En el grupo de 1 a 4 años la primera causa de muerte (año 1975) fue el SARAMPION, lo que también nos habla de infancia marginada, pues para que un niño muera de sarampión se tiene que haber unido a esta enfermedad, la desnutrición y la falta de vacunación adecuada. (Ver Cuadro N° 2)

Del grupo etario de 5 a 14 años, luego de las muertes por accidentes y las mal definidas, que ocupan los primeros lugares, tenemos nuevamente como causa de muerte el SARAMPION. (Ver Cuadro N° 3).

De los 1.369 niños fallecidos en 1975, más de la mitad (689), son hijos de matrimonios no legítimos.

En los egresos hospitalarios (niños internados dados de alta), tenemos también como patología más importante la DIARREA INFANTIL, seguida luego por las enfermedades respiratorias, la desnutrición y el sarampión (Ver Cuadro N° 6).

Morbilidad: En el Hospital Para la Madre y el Niño "Dr. Avelino Lorenzo Castelán", centro de referencia pediátrica de la Provincia, se observa como patología prevalente, las afecciones de las vías respiratorias, los trastornos gastrointestinales, las enfermedades infectocontagiosas, seguidas por la parositosis, desnutrición y tuberculosis. (Ver Cuadro N° 7)

2. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Se ha trabajado y se continúa trabajando en el orden provincial y nacional en Programas Materno Infantil sobre la base del estudio de la población vulnerable y marginada para darle prioridad en los programas. Los objetivos son la captación de la embarazada, vacunaciones, parto en ambiente hospitalario, atención y vacunación del Recién Nacido.

En estos programas las acciones tienen tres rubros esenciales:

1°. Mejorar los Servicios de Obstetricia y Neonatología ya establecidos.

2°. Adiestramiento de comadronas y empíricas en zonas rurales.

3°. Educación sanitaria en toda el área de la Provincia con especial énfasis en zonas rurales, utilizando medios masivos de comunicación, especialmente la radiofonía.

En este Programa Materno Infantil se incluye la dación de leche, a los niños de hasta 4 años, el control del niño sano y la vacunación correspondiente.

El plan de inmunizaciones se cumple mediante la consulta externa en los Centros Asistenciales, el ingreso a la escuela primaria y secundaria y con las Campañas Nacionales de Vacunación.

Los recursos con que cuenta la provincia para la atención pediátrica, son los siguientes: 3 salas de internación pediátrica y 1 hospital infantil del total de 35 hospitales oficiales de la Provincia. Estas salas se encuentran ubicadas en los hospitales de Presi-

dencia Roque Sáenz Peña, Villa Angela y General San Martín y en la ciudad de Resistencia respectivamente.

CAMAS DE MEDICINA GENERAL Y PEDIATRICAS EN ESTABLECIMIENTOS OFICIALES Y PARTICULARES - AÑO 1974

C A M A S	TOTALES		OFICIALES		PARTICULARES	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTALES	2098	100	1486	71	612	29
Medicina Gral.	1835	88	1257	60	578	28
Exclus.Pediát.	263	12	229	11	34	1

Con respecto a la disponibilidad de profesionales médicos, contaba la Provincia en el año 1974, con 522 médicos de los cuales 73 (14 %), revestían como especialistas en Pediatría. De ellos 61 (84 % prestan servicios en la ciudad de Resistencia y 12 (16 %) en el interior. En la capital, la cantidad de médicos pediatras es de 1 po 1.008 niños y en el interior es de 1 por 16.224 niños. Las defunciones infantiles en el interior de la Provincia, alcanzan al 75 % de total.

3. ATENCION BUCO DENTAL

No hay un estudio sobre la magnitud del daño odontológico, que se supone es un serio problema. Las atenciones son de acuerdo a la demanda espontánea, sin un programa pre-establecido.

En el interior se hacen solo extracciones y ocasionalmente alguna obturación.

Los servicios de atención bucodental cubren principalmente los niños de los centros urbanos, que atienden al público en general.

Los consultorios adontológicos están ubicados en los Centros de Salud urbanos y algunas escuelas.

Hay 5 escuelas que tienen consultorio dental, de las cuales 3 corresponden a Resistencia y 2 a localidades del interior, Presidencia Roque Sáenz Peña y Charata. Están próximos a instalarse consultorios en Villa Angela y General San Martín. Además se cuenta con un módulo odontológico que va a las escuelas, donde se localiza hasta atender a todos los niños. Se hace prótesis y ortodoncia en el Consultorio Dental Central y en la Escuela N° 2, ambos de Resistencia.

Está en estudio un programa de reestructuración de servicios y atención, que prevee aumentar los centros de atención, fijar aranceles y establecer más servicios de prótesis y ortodoncia. Esta reestructuración incluye un Plan Incremental dirigido al niño para seguirlo a través de su paso por la escuela primaria y llegue a la escuela secundaria con su dentadura en buenas condiciones. Dicho Plan Incremental abarcaría también a la madre embarazada.-

CAPITULO III

SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

I. LOS ESTUDIOS REALIZADOS

Los estudios realizados hasta la fecha, en materia de alimen tación y nutrición en la Provincia, estuvieron circunscriptos a d terminadas áreas geográficas o a grupos de distintas edades, pref rentemente del niño menor de 14 años y aún cuando no estén referi dos con exclusividad al menor marginado, revelan presumiblemente, na parte importante del problema alimentario y nutricional de est grupo en la provincia.

Los trabajos de evaluación de peso y talla en lactantes, pre escolares y escolares, evaluación de las dietas y de hábitos ali tarios que se mencionan en esta descripción, se realizaron sobre ños concurrentes a los servicios públicos de salud y escuelas pe urbanas y rurales; relacionados con la aplicación de programas d limentación y nutrición en la Provincia. Por lo tanto, los resul dos que se expresan pueden asimilarse a la situación del niño me marginado, por cuanto a estos servicios de Salud y Educación con rre un elevado porcentaje de la población que se enmarca en las racterísticas de la marginalidad.

Las encuestas alimentarias de tipo familiar, han cubierto m tras representativas de los diferentes estratos socio-económicos las poblaciones estudiadas.

Si observamos los resultados obtenidos mediante estas encue tas en las clases pobres y muy pobres, tendremos una aproximació la calidad de la dieta en grupos marginales de la Provincia.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS

El Peso de Niños Lactantes y Pre-escolares: Estos trabajos referidos a los años 72, 73 y 74, sobre un total de 40 servicios de salud, constituyen una rápida evaluación de la desviación del peso que presenta el niño y de la evolución operada en el período transcurrido entre cada control.

El número representa el total de mediciones practicadas sobre una cantidad no especificada de niños atendidos, aunque por otros datos del mismo programa puede estimarse el número de niños estudiados, en un 25 a 30 % de las mediciones obtenidas.

Según puede apreciarse, los porcentajes con déficit de peso, son elevados tanto en el lactante como en el pre-escolar, ya que solo el 50 % de las mediciones practicadas recayeron en los valores de la normalidad. Los servicios periféricos del área del Gran Resistencia, presentaron en general los mayores valores de desnutrición.

2. EN OTRO ESTUDIO

Realizado en la población de Barranqueras sobre un total de 1.141 niños de 1 a 5 años pertenecientes a familias de situación socio-económica pobre y muy pobre, observamos que sólo el 39 % de los casos presentaron pesos normales y que la talla referida a la edad, fue francamente deficiente. Analizados los hábitos alimentarios, costumbres, opiniones e intereses de las madres en relación con la alimentación del niño, pudo observarse una íntima relación entre los defectos de la alimentación familiar y la del niño,

CUADRO N° 1

Número y porcentaje de Lactantes (menores de 1 año) clasificados según valorización del peso.

CLASIFICACION	1972		1973		1974	
	N°	%	N°	%	N°	%
T O T A L	25.920	100	34 578	100	39.828	100
Sobrepeso	2.093	8	3.113	9,0	5.897	14,8
Normal	12.897	50	17.994	52,0	20.698	52,0
Delgado	7.322	28	9.463	27,4	9.887	24,8
Desnutrido	3.608	14	4.008	11,6	3.346	8,4

CUADRO N° 2

Número y porcentaje de Pre-escolares (1 a 3 años) clasificados según valorización del peso.

CLASIFICACION	1972		1973		1974	
	N°	%	N°	%	N°	%
T O T A L	33.980	100	51.961	100	74.369	100
Sobrepeso	1.441	4	2.316	4,5	3.414	4,6
Normal	16.107	48	26.618	51,2	39.284	52,8
Desn. 1° Grado	12.236	36	18.164	35,0	24.827	33,4
Desn. 2° Grado	2.843	8	3.643	7,0	5.595	7,4
Desn. 3° Grado	1.263	4	1.220	2,3	1.349	1.8

0004135

en cuanto éste es un activo partícipe de las características de la alimentación general de la familia.

Por tratarse de una población asistida intensamente por el Centro de Salud del área, el 49 % de los estudios consideraban necesario introducir cambios en su alimentación actual, lo que no era posible por sus limitaciones económicas.

Con respecto a la lactancia materna se vió en este grupo que el 12 % de los niños de 1 año cumplido y el 2 % de los de 2 años, aún mantenían alimentación del seno materno y en todos los casos tomaban, además, otros alimentos.

No se dispone de datos más recientes sobre la práctica de lactancia materna, pero la observación directa nos permite afirmar que en nuestra población se refleja la tendencia generalizada de iniciar el destete precoz en las zonas más cercanas o anexas de los centros urbanos.

3. EL ESTUDIO "CARACTERISTICAS DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ"

Que incluyó 13 proyectos de América Latina, uno de los cuales fue un área de la Provincia del Chaco, aporta valiosos datos vinculados directa e indirectamente con el problema nutricional. En relación con la mortalidad en menores de 5 años, se obtuvieron los resultados que muestra el cuadro que más adelante figura.

En lo que respecta al análisis hecho por grupos de edad, la deficiencia nutricional como causa básica o asociada revela que afecta con mucha mayor intensidad a los niños menores de 1 año y que en el Chaco también son elevadas en el segundo año de vida.

El estudio analiza la inmaturidad y deficiencia nutricional. El Chaco presenta una alta tasa, más del 40 por mil de los nacidos vivos al sumar las defunciones por estas dos causas. Estos hechos guardan relación en el deficiente estado nutricional de las madres.

MORTALIDAD GENERAL			Mortalidad por deficiencias Nutricionales como causa básica o asociada			
Grupo de edad	N°	Tasas (1)	N° de defunciones		Tasas (2)	
			Urbana	Rural	Urbana	Rural
Menor. 5 años	1701	22.1	346	315	828.9	898.5
Menor. 1 año	1410	80.1	270	215	2755.1	2756.4
1 a 4 años	291	4.8				
1 año	197	12.4	52	75	581.7	1071.4
2 - 4 años	94	2.1	24	25	101.7	120.3

(1) - Tasa para menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos. Las otras por 1.000 habitantes.-

(2) - Tasa para menores de 1 año por 100.000 nacidos vivos. Las otras por 100.000 habitantes.-

4. ESTUDIOS REALIZADOS EN ALGUNAS ESCUELAS DEL AREA RURAL

Demuestran que la desnutrición afecta también al niño de edad escolar. Aproximadamente el 50 % de los escolares de ambos sexos presentan pesos normales y un 35 a 45 % restante registra déficits de peso. Durante los año 1968 a 1972 se realizaron estudios de peso a los niños concurrentes a las escuelas incluidas en el programa de nutrición, efectuándose dos mediciones anuales. La observación de los resultados permite observar un mejoramiento del peso en la segunda medición anual (mes de noviembre) lo que demuestra la necesidad y beneficio del programa de educación y complementación alimentaria escolar.

ANALISIS COMPARATIVO DE LA POBLACION TOTAL ESTUDIADA EN CADA AÑO Y PORCENTAJE DE ALUMNOS CLASIFICADOS SEGUN VALORACION DEL PESO

AÑOS	1968		1969		1970		1971		1972	
	1° Med.	2° Med.	1° Med.	2° Med.	1° Med.	2° Med.	1° Med.	2° Med.	1° Med.	2° Med.
N° Esc. Estudiadas	20	15	25	26	47	48	48	21	39	41
N° de Niños Estudiados	1432	1202	2290	2375	4554	4626	4260	1373	3825	3858
Zonas Clasif. Peso	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Sobrepeso	8,8	15,8	13,8	16,4	15,3	17,0	14,7	15,7	15,2	16,4
Peso Normal	41,8	50,5	48,2	50,8	47,9	59,9	47,7	64,6	47,5	48,7
Def. Peso 10 a 19,9	27,8	21,6	23,9	21,7	24,2	22,6	24,7	22,9	23,6	24,2
Def. Peso 20 % y más	21,5	12,1	14,1	11,1	12,6	9,5	12,9	14,5	13,7	10,7

Por otra parte estudios clínicos nutricionales realizados en escuelas del área rural indicaron francos signos de avitaminosis, secuelas de raquitismo y alta prevalencia de caries. La evaluación de la dieta del escolar por el método semicuantitativo, realizada en 7 escuelas sobre un total de 457 niños, arrojó resultados similares en las diferentes zonas de la provincia. Las Dietas se clasifican en su mayoría como regulares y malas. Es notable la pobreza de alimentos protectores, leche, carne, hortalizas y frutas. La leche consumida es generalmente la proporcionada por el refrigerio escolar. Los aportes de cereales y sus derivados (pan, harina) pueden llegar a 5 y 10 veces más que lo recomendado para una dieta equilibrada en la relación de sus componentes. Otro problema de base es la disponibilidad de alimentos en el área rural dispersa, especialmente leche y otros alimentos frescos. En estas zonas la capacidad adquisitiva familiar es insuficiente en una elevada proporción, lo que conforma un cuadro de pobreza y malnutrición generalizada. Por último y considerando el sustrato socio-económico cultural sobre el que se apoya la situación alimentaria y nutricional descripta, señalamos que en 1972 se practicó un estudio sobre 9.805 familias de 242 escuelas, distribuídas en 22 de los 24 departamentos en que se divide políticamente la provincia. El estudio tuvo por finalidad establecer un diagnóstico de las áreas donde las acciones del Programa de Nutrición Escolar resultaran prioritarias. Los resultados fueron los siguientes:

36 % de las familias en situación de Indigente y Mala
29 % de las familias en situación Regular
31 % de las familias en situación Buena
4 % de las familias en situación Muy Buena

Puede observarse que los dos tercios de la población está com-

prendida dentro de los niveles inferiores establecidos en la categorización utilizada. La variable de mayor incidencia a nivel individual y familiar, resultó ser la ocupacional, relacionada con la mayor o menor capacidad de absorción de mano de obra en tareas permanentes en los distintos departamentos estudiados.

Considerando que la calidad de la alimentación se relaciona muy frecuentemente con el nivel socio-económico y que se observa su mejoramiento paralelo al ascenso de dicho nivel, podemos concluir que las dos terceras partes de la población rural dispersa y de asentamientos urbanos periféricos presenta déficits alimentario y nutricional.

Por lo tanto los programas de protección dirigidos al menor marginado, deben considerar como prioritario el enfoque integral del problema alimentario y nutricional.

5. CONCLUSIONES

- El deteriodo nutricional de la alimentación familiar en las clases muy pobres y pobres se ha agudizado. Estos invierten casi la totalidad de sus ingresos en el rubro alimentario.

- Existe una marcada deficiencia nutricional en la población infantil que se prolonga en especial, hasta el segundo año de vida y que este deteriodo lo sufre principalmente la población marginada.

- Una proporción considerable de la población escolar, sufre las consecuencias negativas de condiciones deficientes en la alimentación familiar.

- Los programas de educación alimentaria, pre-escolar, e infantil, complementados por la ayuda alimentaria en forma de leche y almuerzo escolar, demuestran mediante la evolución favorable de los grupos alcanzados, constituir medidas positivas para el mejoramiento de la salud y estado nutricional del menor.

CAPITULO IV

SALUD MENTAL

La Salud Mental es un aspecto muy descuidado en la Provincia y especialmente en lo que se refiere a minoridad.

No hay estudios que puedan dar a conocer si las enfermedades mentales constituyen o no un problema de salud. No existe un programa específico en la Provincia, sino acciones aisladas.

En 1969 se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Salud Mental y se crearon en la Provincia dos salas de internación con consultorio externo, una en el Hospital "Dr. Julio C. Perrando" y otra en el Hospital "Comandante Fontana", donde se atienden niños y adultos.

El Hospital Para la Madre y el Niño "Dr. Avelino L. Castelán" tiene actualmente 3 profesionales, que realizan algunos tratamientos aislados y orientación a padres.

La demanda no corresponde a niños marginados, quienes son atendidos en los Centros de Salud.

Esos niños, por diversas causas, no llegan al hospital donde

pueden recibir el tratamiento adecuado.

Es notoria la falta de un programa bien planeado por los especialistas conjuntamente con todo el equipo de salud, sobre la base de un adecuado estudio de la situación real.

ASPECTOS DE EDUCACION

0004135

3. ASPECTOS DE EDUCACION

1. Causas de la marginalidad, compromisos inmediatos y mediatos de la educación frente al menor marginado.

El área de la Educación, considerada como parte de la problemática social, es por si difícil de abarcar. Ello se debe a su complejidad, ya que no sólo es necesario revisar el sistema educativo y sus variables, sino también los esfuerzos parasistemáticos y aún los competentes de la actividad humana que ejercen una influencia educativa de uno u otro tenor o alcance.

Superado en cierta medida el problema de comprender adecuadamente la noción de marginalidad, y establecido el límite de edad del fenómeno denominado niñez, ha quedado en pié la valla constituida por la falta de una estadística específica, que descrimine con cierta precisión, cuando el sistema educativo se ocupa realmente de marginados.

Este solo hecho determina que las afirmaciones que se harán más adelante tengan valor cierto cuando la referencia es el sistema educativo en sí o a la tarea de ciertas instituciones especiales, pero serán sólo aproximaciones, no muy seguras, cuando el intento sea señalar cómo se busca, en el sector, resolver el tema de la marginalidad.

En la necesidad de adoptar un criterio que dé sentido a la información ofrecida, se ha acordado lo siguiente:

1. Aceptar el supuesto de que una parte del sistema educativo toca y sirve a poblaciones marginales. De ese modo tiene valor describir brevemente lo que hacen los organismos estatales (Nación y Provincia) y privados y cual es su oferta de servicios educativos.

2. Se acepta que existe una relación bastante estrecha entre la capacitación para una actividad laboral y / la orientación vocacional de niños y adolescentes.
3. Se desprende de lo anterior, siempre como supuesto de no fácil comdprobación en las presentes circunstancias, que las áreas del sistema que se ocupan del aprestamiento para trabajos, artes y oficios, son / las que mayor relación tienen con los sectores marginales de la población.

De esta manera el informe se detendrá un poco más en la educación técnica en ciertas iniciativas estatales, privadas, cuyos objetivos explícitos tengan relación con niños y jóvenes considerados marginados.

CAPITULO I

1. EDUCACION PRE-ESCOLAR

Los Jardines de Infantes nacieron en la Provincia como secciones de escuelas primarias dependientes del Consejo Nacional de Educación y del Ministerio de Educación de la Nación. El primer // Jardin de Infante creado por la Provincia, con la caraterística de ser independiente de una escuela, data de 1954, y a partir del cual se gesta la actualización de la Educación pre-elemental. En a-/ ños posteriores (1961 - 1963 - 1965 - 1966 - y 1968) se dictaron / cursos de perfeccionamientos para el personal docente, a fin de // que pudieran especializarse en este nivel de enseñanza, organizados por el Consejo GEneral de Educación de la Provincia.

En 1967 se creó la supervisión técnica de nivel, dependiente del antedicho Consejo. Esa fecha marca el inicio de una notable expansión del nivel, tanto en Resistencia cómo en el interior, creándose Jardines de Infantes en diferentes localidades en base al esfuerzo de la comunidad, pero sin contar con personal especializado entre los docentes.

///...

En 1970 la Facultad de Humanidades, dependiente de la Universidad Nacional del Nordeste, tomando en cuenta las recomendación / del Primer Congreso Argentino de la Organización Mundial de la Educación Pre-Elemental (OMEP), realizado en Buenos Aires en 1968, organiza y financia un Curso de Capacitación de 300 horas de clases teórico-prácticas. Egresaron 55 alumnas con un conocimiento básico del mundo pre-escolar y motivadas para continuar con su especialización. Sus necesidades e inquietudes y la falta de docentes debidamente preparados llevan a la Facultad de Humanidades y al Gobierno de la Provincia a un trabajo de colaboración, refrendado por un Convenio-Decreto Nº 702/73, por el cual se crea el Profesorado de Educación Pre-Elemental, a término, con el objeto de formar de manera sólida y coherente, con una fundamentación científica a las futuras maestras de Jardines de Infantes.

La inquietud de capacitar adecuadamente a un meyor número de estudiantes, hizo que en 1975 se creara, a nivel terciario, otro / profesorado dependiente del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación.

En 1976 egresaron las primeras profesoras preparadas en la / UNNE - 56 en total - las cuales inician un proceso de jerarquiza-/ ción del nivel que continuará, seguramente, en los próximas promociones.

Actualmente, en vista de que las egresadas antes mencionadas no alcanzan para cubrir las necesidades de la zona, se abrió una / nueva inscripción para un curso, a término, con las mismas características que el anterior. Actualmente cursan el profesorado en la / UNNE 60 alumnas, a las cuales se sumaron 90 ingresantes de la nueva inscripción.

De las egresadas en 1976, ya trabajan en su especialidad el / 90% de ellas, un 60% en cargos titulares.

///...

El Estado Provincial subvenciona la prepración de la carrera actualmente en curso, por considerar que la especialización es un factor decisivo en cuato a la expansión y mejoramiento del nivel en todo el Chaco, y que los beneficios del Profesorado recaen exclusivamente sobre docentes de la Capital y que es responsabilidad de Estado acudir en ayuda de los del interior que aspiran a la misma especialización, por lo que se estudia la posibilidad de becar a / estudiantes de otras localidades.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.SERVICIOS A NIVEL PRE-ESCOLAR

La Nación organiza, controla y sostiene las secciones preelementales anexas a las escuelas, por intermedio del Consejo Nacional de Educación, y las pertenecientes a los establecimientos de enseñanza que funcionan en escuelas normales por intermedio del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación.

La Provincia del Chaco a través de la Subsecretaría de Educación sostiene dos tipos de establecimientos de Nivel pre-elemental:

a) los anexos a grupos escolares, bibliotecas, escuelas primarias y secundarias.

b) Los autónomos.

Algunas instituciones privadas, cuentan en su organización con secciones de Jardines de Infantes; no todas sujetas al contralor del Estado, pero sí subvencionadas regularmente por organismos oficiales.

Los Jardines de Infantes anexos a escuelas nacionales, provinciales, primarias o secundarias, dependen de una dirección comú y por ese intermedio de la Inspección de Escuelas.

Los anexos a grupos escolares, poseen una vicedirección especial para la sección.-

Los Jardines autónomos poseen dirección propia y funcioan como entidades independientes. Esto ocurre con algunos Jardines de

///...

Infantes privados también.

La Supervisión de los establecimientos nacionales, está a cargo de Inspectores de zona, no especializados.

En las distintas secciones, los niños se agrupan por edad / cronológica. En los establecimientos provinciales, cuando el número de niños supera el máximo de 25, se crean secciones paralelas.

Los establecimientos de este nivel, funcionan en los siguientes horarios: de 9 a 12 hs. y de 14 a 17 hs. Solo el Jardín de Infantes de la Casa Cuna (Institución dependiente del Ministerio de Acción Social), es de jornada completa, para los niños de esa Institución.

La labor de las cooperadoras o asociaciones de padres, es / muy positiva y, en todos los casos, es la que provee del material didáctico necesario.

Los padres se integran al Jardín, teniendo una comunicación constante con todo el equipo docente, haciendo que la comunidad toda se interese por la actividad que se realiza en la Institución.

CAPITULO II

1. NIVEL PRIMARIO

La enseñanza primaria común y obligatoria comprende siete grados y abarca a la población de 6 a 14 años.

En nuestra provincia los órganos que sostienen este nivel / de educación son:

- El Consejo Nacional de Educación.
- El Ministerio de Gobierno, Justicia y Educación, a través de la Subsecretaría de Educación de la Provincia del Chaco.
- La Superintendencia Nacional de Enseñanza Privada

Actualmente nuestra provincia atiende el 79 % de la población en edad de cursar el nivel.

La campaña de escolarización iniciada por el Gobierno Nacional tiene como objeto extender los servicios educativos y asimilar a la mayor cantidad de población de edad escolar. Sus resultados en el presente año determinaron un incremento del 1,3 % según datos obtenidos a la fecha, de una muestra de establecimientos pertenecientes a la jurisdicción provincial. Simultáneamente se mantienen altas tasas de desgranamiento (71,30 %) y el índice de analfabetismo en la provincia es del 19,8 % de la población de 10 y más años de edad (Muestra INDEC).

De acuerdo con su ubicación nuestro sistema responde al alto grado de dispersión de la población, especialmente en lo que hace a zonas rurales, donde se localiza el 80% del total de los establecimientos existentes.

Por su erogación, el 60% de los establecimientos son de 3a. y 4a. categorías. Un 77% del total de escuelas cuentan con grados fusionados.

El personal que asiste, el nivel asciende a 5.471 docentes.

La enseñanza primaria se imparte en establecimientos tales como:

- Escuelas primarias comunes
- Escuelas primarias de jornadas completa
- Departamentos de aplicación
- Grupos escolares
- Escuelas de enseñanza diferenciada

Ofrecen servicios educativos en todo el territorio provincial:

- 530 escuelas nacionales (incluyen 528 escuelas comunes, y 2 departamentos de aplicación).
- 359 escuelas provinciales (Incluyen 345 escuelas comunes, 1 escuela hsopitalaria, 3 grupos escolares, 4 escuelas diferenciadas y 6 departamentos de aplicación).

- 24 escuela privadas.

2..ESCUELAS PRIMARIAS COMUNES: son todos aquéllos establecimientos dedicados a la enseñanza de niños normales en las cuales se desarrollan gradualmente los contenidos mínimos establecidos a nivel nacional y adaptados a las caraterísticas regionales. Cumplen una jornada de 4 hs. 45 minutos, en un calendario anual de 9 meses. Se distribuyen en todo el ámbito de la provincia, a fin de responder a la demanda de zonas urbanas, suburbanas y rurales.

3..ESCUELAS PRIMARIAS DE JORNADA COMPLETA: son aquéllos establecimientos que tienen como objetivo cumplir con los fines de la educación primaria, es decir desarrollar en forma armónica e integral al educando. Dedican a la enseñanza y al cultivo de las aptitudes una jornada completa en la que se realizan todas las tareas escolares.

En una de las jornadas se desarrollan las actividades que corresponden a los contenidos del plan de estudios de la escuela primaria común. En la otra jornada se desarrollan las actividades especiales como: idiona extranjero, tareas complementarias y experiencias de trabajo.

4..GRUPOS ESCOLARES: fueron creados en el 1950 y los objetivos de su acción están dirigidos no sólo al niño y a su proceso de formación sino a la comunidad a que pertenecen. Para ello desarrollan tres tipos de acción.

- acciones programáticas: dirigidas al cumplimiento de las obligaciones comunes a la escuela primaria.
- actividades comunitarias:tendientes a intervenir, a orientar y solucionar los problemas de la comunidad como así también canalizar inquietudes de éstas. Para ello se organiza comisiones que sirvan de vínculo con la comunidad como: asociaciones de madres, asociaciones, co-

misiones vecinales, clubes sociales y deportivos, peñas folklóricas, teatros vocacionales, etc., en las que el maestro actúa como eficáz motivador de la tarea de asistencia social y promoción comunitaria.

En cuanto a su organización, los grupos escolares concentrados bajo una misma dirección tienen todos los ciclos de nivel primario:

- Jardines de infantes
- escuela primarias
- escuelas para adultos
- biblioteca de extensión escolar.

A nivel de escuelas primarias las actividades se desarrollan en ambos turnos, en uno de los cuales se atiende a la formación intelectual y en turnos opuestos los aspectos referidos a la formación estética y práctica.

Con respecto al área adulto, este tipo de establecimiento trata de intensificar y orientar la capacitación de los alumnos hacia especialidades y actividades prácticas que le permiten una rápida salida laboral.

5..DEPARTAMENTO DE APLICACION:Son escuelas primarias comunes que funcionan anexas a institutos superiores de formación docente.

De acuerdo con los aspectos precedentemente expuestos se infiere que la educación primaria, obligatoria y gratuita, de cuyo cumplimiento es responsable el Estado, se ofrece en forma uniforme a todos los sectores de la población.

Por lo tanto se desprende que no existen en nuestra provincia, a nivel primario establecimientos especiales para menores marginados.

Si podemos incluir entre las experiencias realizadas la de los grupos escolares cuyos resultados en el aspecto social son altamente positivos.

CAPITULO III

1.EL NIVEL MEDIO

El nivel medio del sistema educativo en el Chaco ofrece las mismas alternativas que son comunes a todo el país.Bachillerato, 34 Escuelas de Comercio, 32; Escuelas Técnicas, 8;Educación Artística y especial, 19 establecimientos nacionales, 11 privados y 54 provinciales.Sólo existe una escuela de orientación agropecuaria.

Los datos estadísticos disponibles señalan una tendencia al aumento de la matrícula en el nivel. La Población entre 13 y 18 años se ha mantenido constante entre 1960 y la actualidad, debido al fuerte movimiento migratorio hacia centros poblados de mayor atracción. El número aproximado de ese grupo etario es de 67.000. De ese total ingresaba al nivelmedio el 9,6% en 1960, el 28% en 1970 y en 1976 aproximadamente el 37%. Pero todo el sistema sufre un fuerte desgranamiento, especialmente entre el primero y el tercer año de tal modo que la mayoría de los adolescentes de 15 y 16 años ingresan al mundo del trabajo insuficientemente escolarizados.

Unos pocos datos ilustran acerca de este fenómeno.Registros del año 1970 indica que la retención era la siguiente:

ciclos básico de bachillerato diurnos	65,11%
" " comerciales	57,58%
" " nocturnas comerciales	28,59%
" " técnicas provinciales	19,00%
" " " nacionales	40.00%

Si discriminamos convencionalmente entre modalidades pre-universitarias(bachilleratos) y especialidades pre-laborales (Comerciales y Técnicas)observamos el siguiente desgranamiento (jóvenes que no terminan el 3er.año)

Pre-universitarias	34,89%
pre-laborales:Comerciales diurnas	42,22%
" nocturnas	71,55%
Técnicas provinciales	82,00%
" Nacionales	60,00%

Es evidente que la oferta de escolarización ha aumentado en los últimos años la matrícula, pero la tendencia a la deserción determina que una inmensa mayoría de adolescentes terminan su relación con el sisstema educativo mal preparado para ingresar a alguna actividad productiva.El siguiente dato pone en evidencia la dimensión

del problema: solo el 12% de la población en edad escolar secundaria comienza y termina estudios de ese nivel en nuestra provincia. De este modo se deteriora la tendencia al aumento de matrícula.

En la misma línea de razonamiento señalamos el hecho de que los establecimientos cuyas modalidades aprestan para una actividad laboral específica (tal el caso de las escuelas técnicas) reciben la parte proporcional más pequeña de la inscripción global. En 1976 se encuentran inscriptos en todos los cursos de todos los establecimientos del Chaco 24.877 distribuidos en la siguiente forma:

Bachillerato	11.327
Escuelas de Comercios	8.517
Escuelas Técnicas	4.139
Escuelas Agronómicas	449
Artísticas	445

Estas cifras sugieren algunos comentarios tentativos. El crecimiento de la matrículo se debe exclusivamente, desde 1970, hasta la fecha, a los esfuerzos provinciales. Muchos casos son respuestas a demandas de sectores de la población que desean para sus hijos capacitación de nivel medio. Nacieron ciclos básicos (algunos de ellos posteriormente convertidos en establecimientos de ciclos completos) en localidades deseosas de tenerlos pero sin planificación adecuada en razón de las necesidades zonales. Bachillerato y Escuelas de Comercio que capacitan para el ingreso a estudios superiores o para la actividad comercial, y que producen una apetencia a otros estudios y la consiguiente migración interna.

Por lo expuesto se infiere que el sistema educativo, que no está estructurado para la atención de la población marginal, pero si recibe en sus aulas una porción relativamente pequeña de dicha población, muy lentamente comienza a ser una herramienta eficaz para superar las causas de la marginalidad. Simultáneamente sin embargo,

el mismo sistema produce algunas distorsiones que podrían llegar a ser causa de cierto tipos de marginalidad.

2..EDUCACION TECNICA PROFESIONAL:

Merece un párrafo aparte el tema de la educación técnica en el ámbito de la provincia. Hemos establecido la relación que existe entre esta modalidad de la enseñanza y la orientación vocacional. Se utiliza la frase orientación vocacional en forma restringida (Prepración para alternativas ocupacionales inmediatas).

La educación técnica se ofrece a través de 8 establecimientos de Ciclo completo (7 nacionales y 1 provincial), ubicados en las principales ciudades (General San Martín, Presidencia Roque Saenz Peña, Resistencia, Barranqueras, Villa Angela y Las Palmas) y 3 Ciclos Básicos ubicados en Villa Angela, Las Breñas y Barranqueras. Las especialidades que es posible cursar son las siguientes: Mecánica (4 establecimientos), electromecámica (3 establecimientos) construcciones (2 establecimientos), y práctica comercial y administración de empresas (3 establecimientos).

La escasa retención de estudiantes en estas especialidades unidas a un fenómeno característico de la educación técnica en general (la clase media y la clase media alta prefiere enviar a sus hijos a dichas escuelas), sugiere que la población marginal obtiene del mismo sistema educativo escasa capacitación técnica para el trabajo. El aprendizaje de oficios y habilidades manuales aptas para la industria y la construcción es deficil de obtener en las actuales circunstancias.

Buscando resolver ese problema funcionan las Misiones Monotécnicas y de Extensión Cultural y Misiones de Cultura Rural y Doméstica, para varones y mujeres respectivamente. Trabajan con un máximo de 20 alumnos, preparando en determinadas especialidades y oficios a los varones y en artes domésticas y de granja a las mujeres.

Actualmente funcionan 6 Misiones monotécnicas en las siguientes localidades: Margarita Belen, Avia Terai, La Escondida, Villa Berthet, General Pinedo y Campo Largo, con las siguientes especialidades: Cultura Rural y Doméstica, 1; Carpintería, 1; Mecánica del Automotor, 3; y Construcciones, 1. Aún cuando estos esfuerzos son ponderables el sistema falla en la falta de previsión de salidas laborales durante el desarrollo del Ciclo Básico y del Ciclo Superior. Autoridades nacionales y provinciales se hallan en este momento abocadas al estudio del aspecto señalado, en vistade una mayor capacitación del alumno a nivel de taller.

Es notoria la falta de operarios especializados tanto en la ciudad como en el interior. Se busca sin descuidar la formación integral del alumno, resolver el déficit señalado. Para ello el estado realiza otros esfuerzos significativos. Son los llamados Cursos de Formación Profesional Acelerada, cuyos objetivos tienen que ver con la prepración de operarios útiles para el medio y, precisamente, están dirigidos a la población marginal a los efectos de prever una salida laboral rápida y la incorporación immediata a los sectores productivos.

Algunas iniciativas privadas (a veces com apoyo estatal) merecen destacarse. Tal es el caso de Ñu Porá, establecimiento nacido de la iniciativa de Cáritas Diocesana. Actualmente apoyado por la provincia, se propone lograr un uso adecuado de sus instalaciones y un rendimiento óptimo. Funcionará como Centro de Formación profesional para Adolescentes Marginados, con internado, estando en proceso de adecuarse para su pronta habilitación.

CAPITULO IV

1. ESFUERZOS ESPECIALES QUE INTENTAN RESOLVER PROBLEMAS CAUSADOS POR SITUACION DE MARGINALIDAD

El menor carenciado es una preocupación para docentes y especialistas, en razón de que sus carencias la configuran como un ser

desvalido, necesitado de apoyo.

I.El gabinete de Psicopedagogía y Orientación, dependiente de la Subsecretaría de Educación, no es un servicio creado especialmente para la asistencia de esos menores, no obstante muchos de sus esfuerzos son un aporte del sistema Educativo tendiendo a solucionar algunos de los problemas causados por la marginalidad en educación.

Entre dichos esfuerzos se cuentan:

-Gabinetes Escolares:Considerados como "Centro de Orientación" e integrados al establecimiento desempeñan las siguientes funciones:

-Proporcionan al educando un conocimiento de sus posibilidades e información profesional yocupacional

-Atienden a la solución de problemas de conducta y aprendizaje.

-Asesoran al cuerpo docente en la creación del ambiente adecuado para el logro de los OBJETIVOS propuestos.

-Se vinculan con la familia para la atención conjunta de los problemas del educando.

- Asistencia psicopedagógica gratuita: se concreta a nivel del diagnóstico asesoramiento.-
- Apoyatura técnica a los docentes de las distintas áreas.
- Escuelas diferenciales.
- Tareas experimentales:

.Estudios Dirigido como método de trabajo:Es un método que "enseña" a "aprender" y encara el aprendizaje con proyección de futuro. Por sus características compensa ciertas carencias del menor marginado que inciden negativamente en su formación integral.

.Método fonético-gestual para la enseñanza de la lecto-escritura: Este método sigue un orden lógico, común a otros métodos, pero completa la enseñanza del sonido con gestos. Aconseja un período de aprestamiento antes de comenzar la enseñanza de la lecto-

escritura. Arrojó resultados satisfactorios en escuelas de población carenciada.

. Homogenización y división de los alumnos matriculados en 1° grado por niveles de madurez, para la lecto-escritura: Mejora la eficacia y el rendimiento de las tareas áulicas, en los primeros grados de alumnos carenciados y bajo nivel socio-económico, al facilitar la adecuación de la metodología y la conducción del aprendizaje por parte del docente.

. Jornadas de Orientación educacional: Constituye un intento de prever y atender, desde el primer momento y en la medida de lo posible, algunos de los problemas que tanto dificultan el rendimiento y la adaptación de los alumnos.

CAPITULO V

MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL. CINE, RADIO, T.V., PRENSA

No se desestima la poderosa influencia que estos medios tienen en la modificación de conductas, pero se considera que ningún esfuerzo sistemático fue realizado en el ámbito provincial en tal sentido.

1. RADIO

1.1 Análisis de los aspectos técnicos:

Las áreas más pobladas del territorio provincial están atendidas por tres emisoras de ondas largas, de potencia insuficiente para el cubrimiento eficaz. Esta razón, unida a la afinidad cultural entre otras, determina en cierta zona limítrofes la preferencia por ciertas emisoras extranjeras.

En el NO. chaqueño en cambio, la recepción óptima no es posible durante ciertas horas del día o durante largas épocas del año, por cuento existen problemas de propagación y los servicios locales instalados no cubren esa extensa zona, donde reside gran

cantidadde la población rural carencia.

En el cuadro Nº I pueden verse los medios de comunicación masiva que operan en la provincia.

1.2 Programación radial:

Sin correr riesgos de gran inexactitud, puede afirmarse que el espacio dedicado a la irradiación de programas educativos nunca habría excedido el 6,5 %. En los cuadros 2 y 3 puede verse el tiempo dedicado a las audiciones culturales y para niños.

Realizado un somero análisis de los contenidos y teniendo en cuenta la información suministrada por los directivos de una de las emisoras (L.T.5 Radio Chaco) puede inferirse que ninguno de los programas producidos por los medios, significan esfuerzos sistemáticos de educaciónon a distancia.

Sólo el 17,98 % del tiempo-semana empleado por las radios en programas culturales, es dedicado a la difusión de un ciclo destinado a promover sectores carenciados en los que podría incluirse parte de la población menor de edad en tales condiciones. Significa a su vez el 0,86 % del tiempo-semana total de irradiación radiofónica.

El programa referido abarca ciclos tales como: Alfabetización, Familia, Educación para la salud, etc. Su difusión, tanto como la tarea de apoyatura didáctica, seguimiento y evaluación, es financiada por la Provincia del Chaco por convenio con el Instituto de Cultura Popular (INCUPO) y constituye el único esfuerzo sistemático de promoción, mediante medios masivos, del sector poblacional carenciado.

2. TELEVISION

2.1. Aspectos técnicos:

Del cuadro Nº 4, surge que existirían en el territorio provincial 45.000 receptores instalados, que multiplicados por cuatro usu

C U A D R O I

MEDIOS ELECTRONICOS DE COMUNICACION MASIVA QUE OPERAN EN LA PROVINCIA DEL CHACO

LT5 - RADIO CHACO
Asiento: Resistencia
Frecuencia: 1080 Kc.
Potencia:
- Reducida: 1,5 KW
- Máxima: 5 KW
Alcance:
- Mínimo: 70 Km.
- Máximo: 150 Km.

Horario semanal de transmisión: 133 hs.

LT16 -RADIO SPLENDID
Asiento: Presidencia Roque Saenz Peña
Frecuencia: 1370 Kc.
Potencia:
- Reducida: 1,5 KW.
- Máxima: 3 KW.
Alcance:
- Mínimo: 60 Km.
- Máximo: 85 km.

Horario semanal de transmisión: 126 hs.

LT43- RADIO MOCOVI
Asiento: Charata
Frecuencia: 1470 Kc.
Potencia:
- Reducida: 0,5 KW.
- Máxima: 1 KW.
Alcance:
- Mínimo: 60 Km.
- Máximo: 85 Km.

Horario semanal de transmisión: 126 hs.

LT81- CANAL 9 TV
Asiento: Resistencia
Estación cabecera con red de 5 repetidoras
Potencia total: 0,5 Kw.
Alcance normal: 60/70 Km.

Horario semanal de transmisión: 54,30 hs.

REPETIDORAS:

-Canal 4
Emplazamiento: Presidencia R.S.Peña
Potencia total: 0,5 Kw.
Alcance normal: 60 km.

Hoarario semanal
Idem estación cabecera.-

- Canal 5

Emplazamiento: Villa Angela
Potencia total: 0,5 KW
Alcancenormal: 60 Km.

Horario semanal,
Idem estación cabecera.-

- CANAL 7

Emplazamiento: Presid. de la Plaza
Potencia total: 0,1 KW
Alcance normal: 20 Km.

Horario semanal,
Idem estación cabecera.-

- CANAL 12

Emplazamiento: La Escondida
Potencia total: 0,1 KW
Alcance normal: 20 Km.

Horario semanal,
Idem estación cabecera.-

- CANAL 73

Emplazamiento: Villa Berthet
Potencia total: 0,1 KW
Alcance normal: 20 Km.

OBSERVACIONES: Denomínase en este trabajo, "alcance mínimo", en el caso de las transmisiones radiales, a la distancia promedio medida desde la antena difusora hasta donde la señal puede ser captada, y decodificada por el aparato receptor sin la introducción de "ruido" introducido en la señal por interferencias atmosféricas, o por la irradiación de campos eletromagnáticos espúreos en el camino de la señal. Excluyendo el uso de antenas especiales por otra parte.-

"Alcance máximo": es aquel dentro de cuyos límites, la recepción optima se produce sólo en épocas propicias, o apelando al uso de antenas elevadas.

"Alcance normal": en T.V. denominamos a la distancia hasta donde la señal emitida puede ser receptada sin recortes y sin la necesidad de recurrir a la amplificación previa de la misma, mediante el uso de "Boosters".

Fuente de información: Guía técnica de Radio y TV. Editorial Albatros

LT81 - Canal 9 - Resistencia, Abril 1977.-

RELEVAMIENTO DE PROGRAMAS CULTURALES IRRADIADOS

Cuadro 2

Título del Programa	Medio	Frecuencia Semanal	contenido	duracion	tiempo semana	Tipo de audiencia
Tardes Infantiles	LT5	2	Entret. Didáct.	0,30	1	Hasta 10 a.no estim
Concierto de bolsillo	LT5	5	Música Coment.	0,30	2,30	Mayores,no estimada
Vivir:Familia - (INCUPO)	LT5	7	Educativo	0,30	3,30	Desde 15 años-Organiz.yabiert. (1)
Lo más importante(2)	TV9	1	Educ.perm. del Grup.f.	0,05	0,05	No estimada
Cartelera Infantil	TV9	5	Entreten.	0,30	2,30	No estimada
Telemach	TV9	1	Entreten.	1,00	1	No estimada
La Pantera Rosa	TV9	2	Entreten.	0,30	1	No estimada
Actualísimo	LT43	5	Inf.educ.	1,00	5,00	6 a 12 años No estimada
Educacion del Adulto	LT43	2	Inf.educ.	1,00	2,00	Educación permanente.No estimada

(1) Audiencia organizada: 49 centros comunitarios y 21 centros familiares (Relevada permanente mediante mecanismos de seguimiento sistemático).-
Audiencia abierta: 72 906 escuchas habituales en el Noreste.Sin discriminación por provincias.(Relevada mediante mecanismos indirectos).-

(2) Producida por el Centro de M.de Com.del Obispado de Resistencia.-

TIEMPO EMPLEADO EN LA DIFUSION DE PROGRAMAS EDUCATIVOS

cuadro nº 3

Medio	Horas semanales de irradiación	Horas semanales Porgram. Cultural	%
LT5 - Radio Chaco	133	7	5,26
TV-9 Resistencia (1)	54,30	4,35	8,49
LT43-Radio Comoví	126	7	5,56
LT16-Radio Splendid	126	sin datos	-.-

(1) Canal 9 TV- de Resistencia, funciona simultáneamente con 5 repetidora de reducida potencia.-

CUADRO 4

DISTRIBUCION DE RECEPTORES DE TELEVISION EN LA PROVINCIA DEL CHACO

FUENTE: Dirección de Estadísticas y Censos.

LOCALIDAD	HABITANTES	APARATOS	PORCIENTOS
GRAN RESISTENCIA	150.398	30.000	18,93
Resistencia	124.497		
Barranqueras	21.645		
Vilelas	4.256		
SAENZ PEÑA	36.456	4.000	10,97
VILLA ANGELA	18.527	2.700	14,57
SAN MARTIN	11.106	1.500	13,5
CHARATA	8.328	800	9,6
QUITILIPI	7.677	850	11,07
LAS BREÑAS	7.053	650	9,22
MACHAGAI	7.015	720	10,26
CORZUELA	5.562	450	8,00
PINEDO	4.813	450	9,3
PLAZA	4.494	500	11,12
LA LEONESA	4.293	350	8,15
PUERTO TIROL	3.352	380	11,33
LAS PALMAS	3.317	400	12,06
VILLA BERTHET	3.278	150	4,58
CHARADAI	1.552	100	6,44
MAKALLE	1.460	170	11,64
DU GRATY	1.386	140	10,10
PUERTO BERMEJO	1.283	80	6,24
MARGARITA BELEN	1.257	150	11,93

LA ESCONDIDA	1.200	120	10,00
AVIA TERAI	1.157	120	10,37
SAMUHU	1.157	50	4,32
COLONIA ELISA	1.047	140	13.37
COLONIA BENITEZ.....	696	75	10,77
LA VERDE	664	50	7,53
GENERAL VEDIA	660	40	6,00

- TOTAL DE HABITANTES EN AREAS ATENDIDAS
  Por servicios de televisión..... 289.188
- Total de receptores instalados..... 45.135
- POR CIENTO 15,6

Resistencia, 25 de marzo de 1977.-

rios promedio arroja la cantidad de 180.000 espectadores habituales de T.V. Ese número equivale al 31,8% de la población total de la provincia.

Los guarismos analizados demuestran que la situación del Chaco, resulta privilegiada dentro del panorama general que ofrecen las provincias. No obstante, para determinar la utilidad del medio con mayor precisión, desde el punto de vista que nos ocupa, restaría determinar que porcentaje de la población atendida por emisiones regulares de televisión, es carenciada.

Sin embargo, puede estimarse que esas cifras sufrirían gran merma, lo cual no disminuye en nada la intrínsica excelencia comunicante del medio.

Es sabido que por las características de propagación de las frecuencias utilizadas en T.V. más que en el aumento de potencia irradiada debe pensarse en la instlación de nuevas repetidoras.

A la vez éstas por su restringido alcance, deben instalarse en medio de grupos poblacionales cuya densidad justifique la inversión de capital. Sólo cuando priman altos objetivos de estado, ésta situación puede invertirse.

2.2. Programación televisiva:

De los cuadros 2 y 3 surge que el porcentaje más elevado de irradiación de contenidos culturales dirigidos a la población menor de edad, corresponde a la T.V. Sin embargo, del análisis de contenidos se deduce que sólo un micro-programa de 5 minutos-semana, tiene una intención educativa; los otros tres son programas de entretenimiento dedicados a los niños.

Se observa que el objetivo mercantil agota toda la energía creativa de la T.V. chaqueña en este campo específico, imposibilitando en la práctica la inclusión en programas de vi

deo-audiciones con objetivos educativos. El esfuerzo financiero que significó la instalación y el mantenimiento de cinco repetidoras, aparece fundamentalmente destinado a crear hábitos de consumo y a procurar evasión, sin resistir generalmente al menor análisis desde el punto de vista educativo.

El micro-programa aludido: "Lo más importante", que significa el 0,09% de la programación semanal del canal, aborda sólo aspectos espirituales o morales de la educación y por su brevísima duración y escasa frecuencia está imposibilitado a crear hábito.

3. CONCLUSIONES:

El panorama que ofrece la implmentación de los medios de comunicación social como recurso moderno, eficáz y económico para el apoyo didáctico, la educación permanente y el perfeccionamiento a distancia de la minoridad carenciada en la provincia del Chaco, pone de relieve las dificultades de índole técnica y financiera que habrá que salvar, para revertir la situación actual.

Valoramos los emprendimiento deíndole experimental que se han hecho en la región y las realizaciones del Instituto de Cultura Popular con sede en Reconquista, como acciones positivas, tanto como el apoyo del Gobierno de la Provincia, indispensable para posibilitar la difusión de sus programas. No obstante, frente a la magnitud del problema que presenta la promoción integral de las comunidades carenciadas, contemplamos con inquietud las enormes carencias de toda especie que continuarán postergando la asunción de los medios por parte de los organismos que tienen la responsabilidad de la educación.-

Asumir los medios, no significa necesariamente apropiarse de los mismos. Significa más bien reglamentar su uso, controlar las programaciones, utilizar los espacios que sean ncesario

para el cumplimiento de la misión educativa y promocional, producir programas, distribuirlos, crear cuadros técnicos altamente especializados para la programación, realización, evaluación, investigación, etc.

La extensa experiencia de otros países, americanos y europeos, en la implementación de los Medios de Comunicación Social con fines educativos, confirma palmariamente que toda labor de esta índole deberá planificarse con objetivos de mediano y largo alcance.

Todo emprendimiento coyuntural en materia educativa en general, es un malgasto de esfuerzos humanos y financieros que deberá evitarse, pues carecerá necesariamente de la permanencia necesaria para lograr profundidad en la modificación de las conductas sociales. De la misma manera debería procederse ante la posible proliferación de programas sectoriales, que no entronquen en los objetivos generales o en las prioridades temáticas que fije el Estado en materia de educación y promoción de la comunidad.

CAPITULO VI

2.EDUCACION DE LA ADOLESCENCIA MARGINADA PARA LA PATERNIDAD.

El Movimiento Familiar Cristiano (Resistencia)

Realiza desde hace 10 años aproximadamente Cursillos de preparación al matrimonio. La Iglesia les exige para contraer casamiento que la pareja conjuntamente, realice este curso previamente a la realización de la unión.

Estos Cursos los realizan matrimonios de laicos y algún sacerdote en los temas específicos, se realizan como un servicio a la comunidad (ya que sus miembros los dan en forma totalmente desinteresada desde el punto de vista económico), estando organizados por el Movimiento Familiar Cristiano, Resistencia-

Los mismos se realizan en cinco sitios diferentes, distribuídos estratégicamente según el domicilio de los participantes (los novios).

Además para aquellos que por algunas razones justificadas no pudieran concurrir se les dá la posiblidad de dárselos en el domicilio particular de alguna casa de familia.

El nivel socio-económico de los asistentes, no puede considerarse que sean de jóvenes marginados, aunque concurran toda clase de personas.

Los temas desarrollados en el Curso son los siguientes:

1) Matrimonio y felicidad.

2) Espiritualidad conyugal.

3) Relaciones conyugales.

4) Educación para una paternidad responsable.

De los temas anteriores y título informativo se desprende algunas particularidades del mismo, ya que tienen relación con el cometido del trabajo que estamos estudiando:

Ira.Parte: Antes del hijo.

- Fines del matrimonio: amarse y respetarse.

-

- Procrear.
- Amar al hijo antes de tenerlo.
- Planificar la vida familiar.

2da. Parte: Despues del hijo.

- Paternidad y maternidad responsable.
- Deberes.
- Educación de los hijos.
- Formcción religiosa.
- Educación sexual.

CAPILLA "DOMINGO SAVIO" En esta capilla funciona un Centro dirigido por una religiosa de la Congregación de María Auxiliadora, que realiza un trabajo altamente meritorio y con dedicación dirigida a un sector marginado de la población, emplazado en un barrio suburbano compuesto por familias de bajo nivel económico.

Las actividades que se cumplen allí son las siguientes: Asistencia religiosa a las familias, enseñanza del catecismo y oficios religiosos.

Ayuda escolar, a quienes la necesiten, cuentan con una incipiente biblioteca. Asimismo tienen:

Taller de costura y tejido, recreación y entretenimiento para niños y jóvenes de ambos sexos.

Realizan campamentos en épocas de vacaciones a lugares de turismo.

Dentro de su plan de actividades está prevista la inauguración del Comedor para menores.

ASPECTOS DE EDUCACION ESPECIAL.

Perspectivas y Experiencias en la Educación de los menores marginados.

Escuelas Direfenciales.

Escuela hospitalaria anexa al Hospital para la Madre y el Niño: Esta Escuela, de tercera categoría grupo "A", tuvo su comienzo en 1972 por iniciativa del médico a cargo de la dirección del mencionado no-

socomio, quien vió la necesidad de impartir enseñanza primaria sistematizada y en forma contínua a los pequeños internados. En especial a aquellos que por sus dolencias deben permanecer muchos tiempo internado.

En sus primeros momentos funcionó durante dos horas de la tarde, de lunes a viernes, por una disposición interna del hospital. El personal que prestaba servicio se desempeñaba como contratado por el Consejo General de Educación de la Provincia.

En octubre de 1974, por Resolución Nº 1302, el Consejo crea la escuela hospitalaria que funciona anexa al Hospital para la Madre y el Niño, y dispone que se dictarán clase durante cuatro horas diarias, de lunes a viernes. Funiona ininterrumpidamente durante todo el año, bajo la dependencia administrativa de la Subinspección de Escuelas Primarias, y bajo la dirección técnica del Gabinete de Psicopedagogía de la Provincia.

En la actualidad son dos las personas designadas para llevar adelante ese trabajo, las cuales se han especializado para superar los problemas típicos de este tipo de experiencias.

La enseñanza se realiza en forma individual, de acuerdo al nivel que tiene el niño cuando ingresa al hospital. Se utilizan los programas de las escuelas comunes. Esto permite que los niños internados, cuya estadía es de póca duración mant engan su nivel de aprendizaje. Asimismo se les brinda una certificación para presentar en sus escuelas de orígen con el objeto de justificar sus inasistencias,

Escuelas diferenciales 1,2 y 3

La Escuela Diferencial Nº 1 fue creada por Resolución 768/69 destinada a prestar servicio a Discapacitados Mentales. El 13 de Agosto de ese año se inaguró oficialmente. Comenzó sus tareas con 32 inscriptos (19 varones y 13 niñas), número que se fue incrementando rápidamente hasta llegar a la matrícula actual de 230 alumnos.

Está organizada de la siguiente forma:

-a)sector de discapacitados mentales: 1)nivel pre-escolar
2)nivel escolar.
3)nivel de capacitación laboral.

-b)Sector de discapacitados auditivos: los mismos niveles que el anterior.

Funcionan cinco secciones para discapacitados auditivos que fueron creadas en 1970 bajo la dependencia de una vice directora de sordos.

En 1974 se creó el taller de composturas de calzados que funciona dentro del establecimiento.

La Escuela Nº 2 para Discapacitado Mentales fue creada por Resolución 52/76. Comenzó a funcionar en ese año con una inscripción de 20 alumnos, número que se ha incrementado a 40 en la actualidad. Está organizada de la siguiente manera:

a) Adaptación (5 secciones);

b) Psicomotricidad (2 secciones);

La Escuela Diferencial Nº 3 ha sido creada recientemente, está en período de organización. Será la primera escuela de su tipo en el interior de la Provincia, ya que funcionará en la ciudad de Presidencia Roque Saenz Peña.

Escuela de enseñanza diferenciada para ciegos y ambliopes.

Por iniciativa y trabajo realizados por el Rotary Club local, y con el asesoramiento del profesor no-vidente Pedro I. Rosell Vera, se creó el Instituto Chaqueño para Ciegos el 29 de octubre de 1960. Funciona en la ciudad de Resistencia y tiene por objeto contribuir a elevar el nivel intelectual y moral de los ciegos, mejorando sus condiciones de vida y tratando de combatir la medicidad.

En el año 1974, por Resolución Nº 1360, el Consejo General de Educación de la Provincia, creó la Escuela Diferenciada para Ciegos y Amblíopes, que funciona en la sede del ya nombrado Instituto para Ciegos Av. Sarmiento 786.

Actualmente funcionan también tres talleres de capacitación laboral (mimbrería, escobería y encuadernación) con dieciocho alumnos, que son atendidos por personal especializado.

Escuela Diferenciada anexa al Centro de Rehabilitación del Lisiado.

En forma paralela a la creación del Centro de Rehabilitación del Lisiado se creó en Resistencia el Departamento Escolar, a fin de lograr la asitencia integral de los pacientes que, debido a su idiosincracia y al tipo de tratamiento que deben recibir, por causas de los largos período de internación, requieren una atención especializada.

A medida que fueron superándose los problemas derivados de la parálisis infantil, el Centro fue ampliando sus servicios para atender todo tipo de irregularidades motoras.

Los pacientes provienen en sus mayoría de clases sociales indigentes, alejadas de los centros urbanos importantes, y con una organización familiar deficiente. Aún así, la adaptación al nuevo ambiente hospitalario es rápida, pues allí reciben incentivos suficientes para su recuperación. La escuela misma ha sido siempre un motivo de interés lo que permite trabajar sin problemas de conducta.

Dada la carencia, disminución o desviación que puedan sufrir los educandos, la enseñanza diferenciada trata, por vía de suplencias, compensación o enmienda, la rehabilitación del sujeto buscando los medios para vencer los obstáculos que puedan presentarse.

El educando debe retornar a su medio con recursos suficientes para la convivencia. A ello tienden los fines de esta escuela, que, en síntesis, son los siguientes:

a) Contribuir con su aporte pedagógico a la rehabilitación integral de los pacientes que deben permanecer largo tiempo internados, sean niños, adolescentes o adultos.

b) Mantener la continuidad de la escolaridad para aquellos que deben permanecer internados por períodos cortos, a fin de que puedan cursar normalmente su grado escolar al reintegrarse a su medio.

c) Impartir escolaridad a aquellos que por su incapacidad física (amputaciones, miastenias, paraplejias, diskenesias, deformidad congénita de los miembros, secuelas de parálisis infantil, parálisis cerebral, etc.) requieran un tipo especial de enseñanza, dado que la escuela diferencial busca hacer un niño, un adolescente o un hombre común allí donde la escuela común no puede sino ahondar las diferencias.

d) Contribuir a la orientación vocacional del paciente y a su capacitación profesional, en vista a lograr su realización como individuo capaz de autoabastecerse física y económicamente, preparándolo así para su integración a la vida social.

ASPECTOS JURIDICOS-SOCIALES

CAPITULO I

I. ORGANIZACIONES JUDICIALES

Nuestra provincia no cuenta con un fuero especializado de Menores (Tribunal o Juzgado), sino que las normas referentes a tales se aplican por los distintos jueces en sus respectivas materias. Así el régimen tutelar-primitivo de la Ley Nº 14.394, es aplicado por los jueces ordinarios (no especializados) de Instrucción y en lo Criminal y Correccional.

Los jueces en lo Civil y Comercial y Laborales, aplican las distintas normas insertas en el Código Civil, leyes de trabajo y algunas normas emergentes de leyes especiales.

El Poder Judicial cuenta con una Defensoría Oficial de Menores e Incapaces en la Primera Circunscripción Judicial.

En la 2°, 3° y 4° Circunscripción Judicial, no existen Defensoría de Menores e Incapaces Autónomas; los problemas de Menores son atendidos a través de las Defensorías Oficiales de Pobres y Ausentes. Estas Defensorías, en materia de Menores cumplen las siguientes funciones:

1°. Actuación ante el Fuero de Instrucción y en lo Correccional y Criminal:

La Defensa de Menores hasta los 18 años de acuerdo a Resolución Nº 292, se realiza según el Punto I Apartado 8° de Superior Tribunal de Justicia, cuando carecen de abogado defensor.

2°. Actuación ante el Fuero Civil, Comercial y Laboral:

El Defensor de Menores es parte legítima y esencial en todo litigio o asunto extrajudicial en que sean parte menores o incapaces.

3°. Actuación de Defensoría:

a) Asesoramiento Jurídico.

b) Guardas de menores en situación de abandono (mendicidad-vagancia), derivación a instituciones, puestos a disposición por padres, etc.

c) Promoción de las tutelas y curatelas ante el Juez Civil correspondiente (Art. 491 - Código Civil).

d) Promoción de juicios de suspensión o pérdida de la patria potestad.

e) Fiscalización de la conducta de tutores y curadores respecto a la persona y Bienes del menor e incapaz (Art. 493 - Código Civil).

f) Tratamiento tutelar: Artículo 4° Ley 14.394 (Designación de los guardadores, contralor durante el plazo de tratamiento).

g) Extender autorizaciones para trabajo de Menores Mayores de 12 años, que no completaron el ciclo escolar obligatorio o que están en edad escolar (Ley N° 11.317); certificaciones para viaje de menores; radicación en el país; actualización del Documento Nacional de Identidad, etc.

Funciones de la Oficina de Servicio Social del Poder Judicial:

Producción de informes socio-ambientales requeridos por los jueces de los distintos fueros y por las Defensorías.

Informes de grupos familiares peticionantes a guardas y adopciones.

Contralor de los casos colocados en guardas.

2. ORGANIZACIONES PROTECCIONALES

En la Provincia del Chaco, dentro del Ministerio de Acción Social, existe un sector específico, cuyos objetivos son: la asistencia integral al menor carenciado y al grupo familiar. La Dirección de Asistencia Social, asume de esta manera, las funciones de protección, que le competen al Estado Provincial: "Son funciones del Ministerio de Acción Social, como nivel máximo de su ministerio en particular y sin que ello implique limitar su área de competencia, todo lo inherente a la promoción y asistencia de la comunidad, a la protección integral de la familia, al desarrollo del deporte, a la salud pública, a la seguridad social y a la vivienda digna" ..(Ley de Ministerios - 21-12-76)

2.1. Dirección de Asistencia Social - Estructura del Organismo

Este Ministerio, a través de la Dirección de Asistencia Social y sus organismos competentes procuran solucionar la carencia del menor y su familia en los aspectos económicos, laborales, educacionales, etc., tratando de colaborar con el grupo familiar para que de acuerdo con sistemas que respetan escalas de valores de los individuos y grupos consigan satisfacer necesidades materiales y psicológicas, buscando en cambio así modos de vida que se ajusten a las exigencias humanas y sociales del mundo.

La estructura de esta Dirección está conformada de la siguiente manera:

- Dirección
- Asesoría Técnica
- Asesoría Contable
- Departamentos Técnicos: Minoridad, Familia, Investigación y Supervisión, Acción Social Directa.
- Departamentos Administrativos: Secretaría Administrativa, Habilitación.

2.2. Departamento Minoridad

Recursos Institucionales del Sector

2.2.1. Servicios de Menores con Régimen de Semi-internación

Objetivos:

a) Atender integralmente a menores sin problemas de conducta, sin separarlos de su grupo familiar a través de hogares diurnos que cubren las etapas evolutivas del desarrollo del niño.

b) Brindar atención integral a los menores carenciados que deambulan en la vía pública por razones de trabajo extendiendo esta acción al grupo familiar, con la finalidad de mejorar condiciones de vida.

c) La D.A.S. cuenta con 11 instituciones ubicadas en la capital e interior de la Provincia, donde se atienden un total de 1.460 menores.

2.2.2. Servicios de Menores con Régimen de Internación

Objetivos:

a) Brindar albergue y atención integral a los niños menores de ambos sexos comprendidos en la primer infancia y la edad pre-escolar, carentes de familias o que provienen de grupos familiares totalmente desintegrados, hasta lograr su inserción en un grupo familiar normal.

b) Atención de menores de ambos sexos, desde la edad pre-escolar hasta adolescente carente de familia o proveniente de grupos familiares total-

mente desintegrados hasta lograr su inserción en un grupo familiar normal.

c) Atención integral a adolescentes con problemas leves de conducta o en situación conflictiva, derivados por organismos competentes para su estudio, diagnóstico y tratamiento adecuado con miras a su reintegro al medio familiar y/o social como integrante útil de la comunidad.

d) Se cuenta con cuatro instituciones distribuídas, tres en Resistencia, una en Los Frentones, donde se atienden a 162 menores.

2.3. Instituciones Privadas Subvencionadas por la Dirección de Asistencia Social

De régimen semi-interno: 3 comedores en Resistencia y Charadai, con un total de 146 menores.

De régimen interno: 2 hogares en Resistencia y Presidencia Roque Sáenz Peña, con un total de 119 menores.

Recursos extrainstitucionales para menores

Becas:

Objetivos:

Brindar posibilidades a menores carenciados para lograr un mejor futuro:

a) Estudios secundarios: 32

b) Estudios especializados: 34

c) Capacitación laboral en talleres privados: 38

Familias Sustitutas:

a) Brindar una familia a menores que carecen de un medio familiar normal: 11 familias sustitutas.

Programa de C.A.S.F.E.C.:

Entre el Ministerio de Acción Social de la Provincia del Chaco y C.A.S.F.E.C., se celebra un convenio con fecha 13-9-74.

Objetivos:

C.A.S.F.E.C. (Caja de Subsidios Familiares para Empleados de Comercio), es una entidad privada, sin fines de lucro. Su principal misión es obrar como ente modulador entre los empleadores con grandes erogaciones, motivadas por el pago de subsidios y asignaciones familiares y aquellos empresarios cuyos trabajadores tengan pocas cargas de familias. También dicta normas sobre interpretación de las leyes del sistema y fiscaliza su cumplimiento.
Familias Beneficiadas: 343 y 745 niños.

CAPITULO II

NECESIDAD DE UNA LEGISLACION ESPECIAL

Las normas referentes a la minoridad, actualmente se hallan dispersas en las distintas ramas del derecho, aún cuando desde hace ya bastante tiempo numerosos juristas afirman, dadas las actuales condiciones del desenvolvimiento del derecho, la existencia de una nueva rama del mismo, conformando una disciplina jurídica autónoma.

La legislación específica relacionada con la minoridad, que nuestro país no posee todavía, debería contener todas las normas reguladoras de las relaciones jurídicas relativas a las personas e intereses de los menores, con un objetivo esencialmente tutelar: proteger y formar al menor.

Asimismo y en lo referente a la organización judicial, nuestra provincia no cuenta con un fuero especializado; los jueces en sus respectivas materias aplican las normas referentes a menores. Por ejemplo: los jueces en lo penal ponen en vigencia el régimen prescripto por la Ley 14.394; el juez en lo Civil y Comercial aplica las distintas normas emergentes del Código Civil y leyes especiales etc. Pero es indudable que pese al esfuerzo que los magistrados realizan, la función tuitiva del Juez de Menores desaparece ante la excesiva cantidad de trabajo que tienen los tribunales y la imposibilidad material de que los jueces puedan realizar profundos estudios sobre minoridad.

No hay duda alguna que urge la necesidad de que la organización jurisdiccional cuente con un fuero especializado: Tribunal de Menores o quizás de Familia o Mixtos, integrados por jueces especializados y con una organización y sistematización diferente a los Tribunales ordinarios. También es indispensable, y no podemos dejar de destacarlo que toda estructura legislativa o jurisdiccional especializada, por más perfecta que sea, se tornaría totalmente ilusoria y estaría destinada al fracaso si no se cuenta con la infraestructura asistencial necesaria y el personal especializado correspondiente, que son los medios indispensables en suma para que los menores reciban atención adecuada e integral.

CAPITULO III

SITUACIONES MARGINALES

Para el desarrollo de la temática propuesta, se ha tratado de deslindar la situación del menor abandonado y en estado de peligro, de la desorganización familiar. Hacemos hincapié que consideramos ambos subtemas íntimamente interrelacionados dado que la desorganización familiar es causal inmediata del abandono del menor.

En la Provincia del Chaco, con características similares a otras provincias, se observan a menores en situaciones marginales. Abandono de menores y en estado de peligro, es la consecuencia de factores socio-económicos que condicionan tales situaciones.

1. Abandono de Menores

1.1. Hogares desintegrados:

Como consecuencia de ello se evidencian menores carentes de elementos primordiales para el desarrollo pleno de su personalidad: asistencia sico-física, educacional, moral y afectiva.

Las causales que conforman la desorganización familiar en nuestro medio, son mencionados en el Capítulo IV, del presente trabajo.

1.2. Indigencia y Pauperismo:

Tales situaciones se manifiestan con la siguiente característica: privación permanente de necesidades esenciales de la vida (alimentación, vestido, educación y vivienda)

Alimentación y vestido: Es dable destacar las condiciones infrahumanas que en estos aspectos observamos: gran número de menores cubiertos con harapos y en avanzado estado de desnutrición.

Educación: Nuestra provincia se encuentra en una posición de inferioridad en relación al resto del país. Esta situación reviste gravedad, considerando que nuestros menores sin instrucción o con instrucción insuficiente, no logran adaptarse a la complejidad que hoy en día les presenta el medio.

Se advierte que los menores procesados son en su mayoría analfabetos o poseen un escaso grado de instrucción. Se podría mencionar una correlación entre la falta o escasa instrucción con la delincuencia juvenil.

La recopilación de datos estadísticos nos indica:

Analfabetismo ..... 22,9 %

Deserción de 4° grado ..... 58,2 %

Vivienda: El 50 % de la población carece de una vivienda adecuada. Los planes de vivienda no están al alcance de los más necesitados.

El rancho de adobe, con piso de tierra y techo de paja, erigido en terreno fiscal, que consta generalmente de una sola habitación, es la característica vivienda en la que desarrolla su vida el menor marginado.

Piso de tierra: 50,6 %. Techo de paja: 43,1 %, sin

retrete: 35, 1 %. El agua corriente alcanza el 40 % de la población urbana; el resto la obtiene de canillas públicas ubicadas en las villas o la compran a los aguateros que recorren la zona.

Los servicios cloacales alcanzan al 25 %.

En la zona rural, la obtención de agua por motobomba llega al 0,94 %.

1.3. Promiscuidad y hacinamiento:

En la vivienda descripta, el hacinamiento crece en forma alarmante. El elemento humano que carece de las condiciones mínimas de vida, es arrastrado a un degradamiento social y moral. En esa "vivienda" conviven una o más familias. La cama, cuando la tienen, es compartida por padres e hijos; o es ocupada por 3, 4, 5 y más menores de diferentes sexos y edades, con los peligros que tal situación implica. El factor económico actúa, en muchas ocaciones, para las personas ofendidas, como freno para poner en conocimiento de las autoridades judiciales, los delitos sexuales, por ser el autor, sostén del grupo familiar.

1.4. Abandono material y moral:

Las dificultades de índole económica, los hogares incompletos, la inmoralidad, la ignorancia y el incumplimiento de las obligaciones paternales traen como consecuencia el abandono moral y material de los menores.

Es común que éstos carezcan de nociones elementales en cuanto a valores morales y religiosos. Ni ejemplos, ni orientació

ni consejos adecuados son inculcados por sus progenitores.

La cultura de la calle que es el triste privilegio de estos niños, hallan su complemento en la televisión y en los cines, donde las más de las veces acuden a representaciones de índole poliicial, pasional o dramáticas que despiertan su deseo de imitación o el desarrollo prematuro del sensualismo, sin tener el concepto del sentido moral e inmoral de los actos presenciados que luego practican.

Si bien la prohibición de la presencia de menores a estos espectáculos existe, la realidad nos demuestra lo contrario.

A lo descripto, se agrega la circulación de revistas de malsanas historietas, cuando no, pornográficas, al alcance de los mismos.

En las zonas suburbanas se suma a lo antedicho, la concurrencia de menores a bailes públicos, en los que son espectadores y protagonistas de riñas y hasta homicidios, cometidos la mayoría de las veces por personas alcoholizadas.

Digna de mención en nuestro medio es la "entrega de hijos", que facilita al abandono y desatención de los niños, a los que en muchos casos, se considera que se les paga demasiado con haberlos recogidos. En corto o largo plazo, son en los Defensoría de Menores toma intervensión por denuncia de malos tratos.

1.5. Ignorancia de los padres;

No obstante la obligatoriedad de la enseñanza primaria, en numerosos casos, los padres no envían a sus hijos a la escuela. Responden ante orientaciones que se les efectúan: "Yo no fui a la escuela y lo mimo me crié".

En cuanto a salud, pese a la educación sanitaria que se realiza, y a los servicios médico-asistenciales que se les ofrecen, aún se observan a niños que reciben de "médicas" (curanderas) atención.

1.6. Trabajo del menor en la calle:

De los hogares descriptos surgen los menores que trabajan prematuramente para buscar, el sustento que en sus hogares no lo tienen o es muy escaso. Generalmente trabajan en la vía pública; son vendedores de diarios, lustrabotas de calzados, vendedores ambulantes de lotería y de productos típicos de la zona. Menores que hacen de la calle su mejor y en muchos casos, su única escuela.

Es común observar frente a las agencias de diarios locales interminables "colas" de menores, algunos de los cuales aún no han cumplido 7 años, que esperan desde las 3 ó 4 de la madrugada la entrega de periódicos, para iniciar luego el recorrido por las calles, ofreciéndolos.

El trabajo de menores en la calle se hace en fragante violación de las leyes nacionales y disposiciones municipales,

presentando las calles chaqueñas el afligente espectáculo mencionado.

1.7. Insuficiente infraestructura:

La responsabilidad hacia el menor sobrepasa el ámbito familiar, por lo que debe la comunidad, el municipio y otros organismos estatales, asumir ante la falta de aquella, dicha responsabilidad.

En nuestra provincia son insuficientes los medios con que se cuenta, para encarar una eficiente atención de la minoridad El número de instituciones públicas y privadas no alcanzan a cubrir las necesidades existentes. La falta de formación del personal y los edificios inadecuados, se suman a la limitación de las partidas presupuestarias a tal fin.

2. Menores en Estado de Peligro:

Considerando que el estado de peligro implicaría la presencia de actos que perturban el normal funcionamiento de la sociedad, destacamos en nuestra zona:

1. Vagancia
2. Mendicidad
3. Prostitución
4. Alcoholismo
5. Drogadicción

2.1. Menores de corta edad deambulan por las calles hasta altas horas de la noche, cuando no hacen de zaguanes, plazas y o estaciones de transportes, su lecho habitual; ociosos, sin control ni rumbo fijo. "Todas las tentaciones reunidas, ninguna vigilancia, ninguna barrera, ninguna protección". El niño se desarrolla en la calle, campo propicio para la evolución negativa del mismo.

2.2. La mendicidad, la mayoría de las veces es fomentada por los padres que explotan la compasión que inspiran los menores, quienes recorren la ciudad y zonas aledañas en búsqueda de restos de alimentos y monedas, llegando a ser éste un medio de ingresos para su grupo familiar.

Si bien el Código de Faltas, en el Artículo N° 53, prevee esta situación sancionando con arresto de hasta 2 meses a "Los padres, tutores o guardadores de un menor de 14 años que permita que éste ejerza la mendicidad", esta práctica se observa diariamente en nuestra comunidad.

2.3. La prostitución es común que la ejercitan menores desde una edad prematura (12 a 13 años). Defensoría de Menores en conocimiento de algunos casos, interviene junto con el Servicio Social del Poder Judicial, a fin de rescatarlas del medio nocivo en que se desenvuelven, orientándolas y solicitando del Hospital Regional exámenes médicos. Cabe acotar que en numerosos casos se debe internar y/o efectuar tratamiento y control médico a estas menores, por padecer de enfermedades venéreas. Posteriormente a lo cual se las ubica en depósito judicial, con controles periódicos por parte del organismo jurídico-social.

2.4. Alcoholismo:

Se constatan casos aislados de menores de 14 a 16 años; mayor incidencia se registra entre los 16 a 18 años.

2.5. La drogadicción no cuenta con adeptos en nuestra zona, en los menores marginados, por el alto costo de las drogas.

Lamentablemente no se cuenta con estadísticas que pudieran ilustrar, respectos a los menores en las situaciones señaladas

3. Conducta Antisocial

Teniendo en cuenta los casos que se nos presentan señalamos en este rubro:

1°. Menores rebeldes a cualquier tipo de autoridad.

2°. Fugas del hogar.

3°. Delincuencia juvenil.

3.1. Se requiere nuestra colaboración en los casos de conducta antisocial dentro del grupo familiar y/o medio ambiente en que se desenvuelve el menor.

Orientación a las partes, controles periódicos y derivación a instituciones, son las medidas que se toman a través de este organismo.

Diversas situaciones se plantean, desde el emocionalmente

dos delincuentes, sino tan solo desadaptados sociales.

Se deja constancia que contamos con datos estadísticos mínimos obtenidos del Poder Judicial, año 1976, que a continuación transcribimos:

Menores imputados: 581 (en las 4 Circunscripciones)

Casos entrados en Servicio Social: 1032 (en 3 Circunscripciones)

De estos últimos se separaron los que entraron por delitos:

Hurto:	65
Robo:	50
Lesiones:	20
Homicidios:	9
Violación e estupro:	25
Corrupción de menores:	5
Estafa:	5
Defraudación:	2

4. Sistemas de Tratamiento:

Puesto el niño a disposición del Ministerio pupilar, se busca ubicación dentro del núcleo familiar al que pertenece, en familia sustituta, o se solicita la internación en las instituciones dependientes de la Dirección de Minoridad y Familia, cuando la situación así lo requiera.

En los casos planteados se efectúan estudios socio-ambientales a través de los que se destacan los problemas que afectan

al menor y posibles pautas a seguir para lograr la rehabilitación del mismo.

Se hace constar que el Poder Judicial carece de instituciones específicas, por lo que al no lograrse una solución a través de las dos medidas mencionadas, son derivados para la correspondiente atención en los centros que dependen del Poder Ejecutivo.

Cabe señalar que no se cuenta con institutos especializados para la atención de menores con problemas graves de conducta, supliendo esa función la Alcaidía Policial con pabellones especiales para inadecuados a tal fin. Institución policial, donde los niños permanecen y se desarrollan, a veces por largo tiempo, en un ambiente totalmente negativo y contrario a las prescripciones legales y a las reglas de moralidad.

5. Policía de menores:

Se carece de un equipo de policía de la Minoridad que actúe en coordinación con los organismos asistenciales.

CAPITULO IV

AUTORIDAD PARENTAL, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES Y DEMAS REPRESENTANTES LEGALES

En la mayor parte de los casos de menores en estado de peligro y abandono, se advierte que tales situaciones son causa del incumplimiento por parte de los padres o representantes legales, de las obligaciones que como tales les competen. Al respecto se constata falta de contralor e incumplimiento a la ley de educación. Permi

ten y/o exigen el trabajo en la calle de sus hijos, aún desde muy pequeños, la mayoría de las veces en horas nocturnas. Se observan excesos en el derecho de correción, colocándolos dentro de verdaderas figuras penales. En suma, se revela un total descuido por parte de los progenitores, en lo que se refiere a salud moral y física de sus hijos.

Este Ministerio pupilar, en virtud de la representación promiscua que de todos los menores ejerce, en conocimiento de las situaciones señaladas, inicia la investigación pertinente reuniendo todos los elementos probatorios necesarios y efectuando informe socio ambiental, a fin de conocer la gravedad de los hechos.

Comprobado esto, inicia las acciones referidas a la suspensión y/o pérdida de la patria potestad y/o privación de la tenencia del menor.

2. Desorganización Familiar y Abandono de Familia

Entre las causales de la desorganización y el abandono familiar, dignas de mención en nuestro medio, hallamos:

2.1. Ilegitimidad:

El concubinato acarrea una gran inestabilidad para el grupo familiar por no estar sujeto a imperativos legales.

Es común observar uniones de hecho de poca duración. Por lo general cada progenitor, independiente uno del otro, reiteradamente, vuelve a constituir una nueva unión, lo que trae como consecuencia el abandono de los menores por falta de la protec

ción de ambos padres. En la mayoría de los casos, la madre soltera conserva sus hijos, frutos de esas uniones, sin que sus sucesivos concubinos asuman la debida responsabilidad hacia los menores que aquella aporta al hogar.

No obstante lo señalado, existen algunos concubinatos sólidamente establecidos, en los que los hijos encuentran un medio familiar normal para su desarrollo.

El índice de ilegitimidad en nuestra provincia es del 51,7 %.

2.2. Escasas fuentes de trabajo:

Una constante migración del jefe o integrante del grupo familiar, en búsqueda de trabajo, hacia centros más poblados; generalmente a la capital de la provincia, o a Buenos Aires, trae aparejado el abandono transitorio o definitivo de su familia.

2.3. Características de los trabajos que desarrollan:

Debido a la falta de un trabajo estable, y la carencia de capacitación de estos grupos marginados, efectúa trabajos en changas de cualquier tipo, o bien se moviliza en épocas de la cosecha algodonera y la zafra, hacia zonas rurales, constribuyendo en gran medida a la desintegración familiar.

En otros casos, el traslado lo efectúa junto a sus hijos que se constituyen en un medio de ingresos económicos con el

consiguiente deterioro educativo de los mismos, al abandonar su aprendizaje escolar.

Por otra parte, la madre deja a sus niños de corta edad, para realizar trabajos de servicios doméstico, con remuneración ínfima, con lo que no logran superar el estado de indigencia en que se hallan.

2.4. Alcoholismo:

El elevado índice que existe en nuestra provincia, de mayor incidencia en las zonas marginadas, es pavoroso, sobre todo teniendo en cuenta las graves consecuencias que al grupo familiar acarrea.

2.5. Padres separados:

Por enfermedad prolongada, o por hallarse uno de ellos, privado de libertad, por hechos delictivos.

2.6. Fallecimiento de ambos padres o de uno de ellos:

Cuando se produce el fallecimiento de la madre, el desamparo de sus hijos, es principalmente asistencial.

Producido el del padre, la característica más común radica en la falta del ingreso del salario del mismo, que obliga a la madre a salir del hogar en búsqueda de trabajo para paliar la imperiosa necesidad económica.

3. Adopción

Observamos un incremento en las adopciones, teniendo en cuenta las estadísticas obtenidas en el Poder Judicial de esta provincia:

Año 1970: 5

Año 1976: 97

Se considera que aumentaron las adopciones por influencia de la Ley N° 19.134, y por la elevación del subsidio por adopción. La mencionada Ley facilitó la tramitación de este tipo de juicio, modificando los requisitos contenidos en el anterior régimen legal.

4. Colocación familiar:

A través de Defensoría de Menores y cuando las circunstancias lo determinan, se proceden a efectuar colocaciones familiares de los menores, otorgándose en guardas. Estas son en un principio provisorias, por 30 días, para proceder luego a la conformación de las mismas, en base a un estudio socio-ambiental. Posteriormente se llevan a cabo controles periódicos y se orientan a las partes ante situaciones que plantean.

Es conveniente destacar, que numerosas guardas condujeron a la adopción en la ciudad de Resistencia, en 1976 se efectuaron 877 guardas.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PROBLEMATICA DE LA MARGINACION

1. Los autores generalmente coinciden en declarar que el sujeto de la seguridad social es el hombre, el ser humano, tanto el que aún no ha empezado a trabajar, como el que lo hace por cuenta propia o ajena, o bien el que ha dejado de trabajar-jubilados, pensionados o el que nunca trabajó. Y el objeto de la Seguridad Social es el amparo de este hombre en cuanto está sujeto a las contingencias sociales.

Mirado desde ese punto de vista, sujeto y objeto, es indudable que una de las finalidades de la Seguridad Social es la protección del hombre marginado, buscando la posibilidad de reincorporarlo al proceso productivo del país. Es decir, cuidar del capital humano a efectos de hacerlo participar, cuantitativa y cualitativamente, en el desarrollo económico.

2. Medios para prevenir o evitar los riesgos de desocupación

Los países por medio de una legislación adecuada, tratan de prevenir y evitar el riesgo de la desocupación. Así por ejemplo, en nuestra legislación laboral vemos la obligación por parte del empleador de proteger una serie de situaciones consideradas como contingencias sociales y por ende objeto de la Seguridad Social.

A modo de ejemplo podemos mencionar el pago de asignaciones familiares, la asistencia médica en caso de enfermedad, maternidad, muerte, despido del trabajador, etc.

Una legislación orientada con sentido social evita y previe

ne los riesgos de la desocupación y también de la desorganización familiar.

3. Sistemas de Seguridad Social

Consideramos que nuestro país está bastante evolucionado en esta materia, pues el campo de las asignaciones familiares es suficientemente amplio, a saber, asignación por matrimonio, por maternidad, por nacimiento de hijos, por cónyuge, por hijo, por familia numerosa, por escolaridad, por adopción, por vacaciones, etc., con lo cual se tiende a obtener la unidad de la familia al darle apoyo económico y también lograr el aumento de la población.

A su vez el fondo compensador existente en esta materia, evita que los empleadores establezcan discriminadamente en la elección de su personal, ya que significa lo mismo para él, que el trabajador tenga o no carga de familia.

4. Trabajo de menores

Por último y conforme a los principios esbozados al comienzo, pensamos que los sistemas de seguridad social deben ocuparse del trabajo de los menores.

Los organismos respectivos deben orientar la legislación hacia la reglamentación de todo aquello que sea ocupación de menores.

Asimismo se debería estudiar particularmente los casos, tra

tando de llegar a las causas de la necesidad de que el menor trabaje, y así poder remediar el mal en sus orígenes, partiendo de una premisa indiscutible: el menor no debe trabajar.

En nuestro país existe, no obstante ello una legislación encaminada a evitar el trabajo de menores, pero un simple paseo por las calles nos demuestra que ella no se aplica, o por lo menos no se cumple.

Si bien la tarea es ardua, tal vez el primer paso podría ser exigir el cumplimiento de las normas existentes.

5. En lo que a la Provincia del Chaco se refiere, cuya economía se basa fundamentalmente en la agricultura, ganadería y explotación forestal, cuenta con numerosos grupos marginados (obreros de monte, cosecheros, changarines), debido a su tipo de ocupación temporaria, conocido vulgarmente con el nombre de trabajador "golondrina".

ASPECTOS DE SERVICIO SOCIAL

El proceso de integracion del menor

I - Demografía y familia.

A pesar de la impotancia social que tiene la familia en la vida de las comunidades y de lo significativo que resulta dentro de ella el menor, los registros estadísticos y la información publicada no hacen mención alguna sobre su constitución, caracteres o particularidades.

Sin embargo, los registros demográficos permiten analizar, dos aspectos vinculados con el menor, esto es la natalidad,y especialmente las circunstancias de dicha natalidad, y los índices de mortalidad infantil.

Natalidad:El análisis de la curva seguida por los valores de las tasas de natalidad para la provincia nos señala, en los últimos 10 años, una curva descendente, en efecto para el período 1960-69 representan el 41 por mil y en el quinquenio 1970/74 disminuye hasta alcanzar el 35 por mil. Esa tendencia general de disminución se repite en la mayoría de los departamentos. Se debe advertir además, que la dismunición señalada se hace más acentuada a partir de los años 1967-68 que es cuando los valores se reducen de 40 a 34 por mil.

Las causales principales de las elevadas tasas están señaladas por la estructura jóven de la población y el elevado número de población rural, generalmente más prolífica.

Natalidad por departamento:Promediando, los valores de los últimos 10 años, puede observarse en la distribución espacial de las tasas denatalidad, departamentos con valores superiores a la media provincial y otros con tasas inferiores. Los primeros, superiores a 35 por mil, corresponden a los departamentos que se hallan comprendidos dentro del área agrícola y forestal, justamente los que cuentan con una estructura más jóven y corresponden a más de la mitad del total.

Los departamento del centro y occidente son los que alcanzan los mayores valores, en tanto los del oeste y sureste registran los más bajos.

Situación legal de los nacidos: Las condiciones sociales y económicas de la población se trasuntarán en los nacimientos a través de la situación legal de los mismos.

Debe señalarse al respecto el elevado número de ilegítimos que se registran en toda la provincia, los que en líneas generales están, próximos al 48 por ciento del total, valor que se ha mantenido, con pequeñas oscilaciones, en el transcurso de los últimos 10 años. Esta situación se hace más evidente en los departamentos con predominio de población rural en los cuales estos valores son superiores al 50%, correspondiendo también a la mayor natalidad.

Mortalidad infantil: Este índice, y sus variaciones temporales y especiales, conforma, como es sabido, una de las expresiones más claras y evidentes de las condiciones socio-económicas de la población. A fortiori, especifica con precisión las tendencias y la distribución espacial de un aspecto destacado del fenómeno de la marginalidad del menor.

La mortalidad que ocurre antes del año de vida, es la que suma el mayor número de víctimas y es a la vez responsable de las altas tasas de mortalidad general. En esta provincia el promedio alcanzado durante la década 1960-69 fue de 69 por mil, valor que se acrecienta en la última etapa comprendida entre 1970-75 alcanzando a representar el 74 por mil.

Ese aumento registrado en esos años coincide temporalmente con los cambios en la actividad económica de la provincia, ya que las tasas se elevan a partir especialmente de 1967-68, años en que también se reduce la superficie sembrada de algodón, principal cultivo de la provincia y que brinda ocupación a un elevado número de personas. En efecto, la mortalidad infantil se acrecienta a partir de

esos años para alcanzar valores superiores a 80 por mil en la actualidad.

La distribución espacial de la tasas de mortalidad infantil permiten señalar diferencias en la que se manifiesta un similar comportamiento a la natalidad. Aproximadamente la mitad de los departamentos acusa valores superiores al promedio provincial, contándose con tres, que en los últimos años superaron el 100 por mil. Ellos son: General Belgrano, Comandante Fernández e Independencia, situados ambos en el corazón del área agrícola.

Mortalidad por edad: Si bien la mortalidad infantil es elevada, debe señalarse que dentro del período de vida anterior al año, se registran valores desiguales según se trate de niños de días o meses. La mortalidad que ocurre antes del mes representa el 38% del total de defunciones infantiles. A medida que se logra superar ese período crítico de la existencia, las posibilidades de muerte se reducen, alcanzando a representar el 10% a los 2 meses, el 8% cumplido los tres y el 2% a los 11 meses.

Legitimidad: Es difícil detectar la condición socio-económica de los padres de los niños fallecidos, dado la limitación de información que se posee, pero tomando a la legitimidad como un grosero indicador de la misma podemos destacar algunos caracteres generales.

En el transcurso de los últimos años se ha visto incrementado el número de defunciones infantiles de niños ilegítimos. En 1960 representaban el 40%, en 1970 se eleva a 52% y valores próximos a 50% se mantien en los últimos 5 años.

2. MIGRACIONES

A los desplazamientos migratorios normales, en la provincia del Chaco se le suman los movimientos de carácter estacional, motivados por la demanda cíclica de mano de obra requerida por las actividades algodonera y forestal.

Los datos a nuestro alcance para cuantificar dicho fenómenos son notoriamente insuficiente y la realización de un estudio profundo requiere el análisis de fuentes muy dispersas, la realización de encuestas -ya sean permanentes o períodicas- y un procesamiento complejo y laborioso de dicha información que demandaría un tiempo de ejecución que excede al disponible.

Si bien es cierto que a partir de las cifras que registra el crecimiento natural y de los totales de la población suministrados por los censos se puede constatar a groso modo, el volúmen de los saldos migratorios. También es correcto señalar que ninguna publicación estadística suministra datos de edad, sexo, grado de instrucción o situación económico social de las personas que integran los desplazamiento. Así también es imposible establecer el carácter permanente o transitorio de los mismos o detectar los grupos familiares que se trasladan o las personas que participan en dichos grupos.

No obstante ello, este año surgió la posibilidad dedetectar con alguna precisión los caracteres sobresalientes del movimiento migratorio estacional. En efecto, a partir del registro que realiza en la ciudad de Resistencia la Comisión Interministerial de Braceros, se obtuvieron datos de unas 1.000 personas -puede considerarse aceptable- que integran los flujos migratorios períodicos. Dicha información, registrada en los meses de febrero y marzo del corriente año, determina edad, sexo, origen, nacionalidad, grupo familiar y destino de los braceros. En tal sentido, no solo se trata de un movimiento migratorio estacional de trabajo, sino que, por tal razón señala el traslado de grupos familiares más o menos completo integrados en su mayoría por personas de escasos recursos.

Composición de la población inmigrantes: La estructura demográfica de esta población, reflejada en la pirámide, señala un predominio de varones, los cuales representan el 78% del total. (ver pirámide de po-

blación- cuadro I).-

La edad de los inmigrantes, por otra parte, presenta de manera general un predominio de jóvenes. El 48% de los mismos tienen edad inferiores a 19 años, descriminados de la siguiente manera:

menores de 1 año.....	2,7 %
de 1 a 4 años.....	7,5 %
de 5 a 9 años.....	9,9 %
de 10 a 14 años.....	11,1 %
de 15 a 19 años.....	16,7 %
total	47,9 %

Resulta evidente que los flujos inmigratorios atañen selectivamente a la población jóven y masculina, debiendo destacarse los comprendidos entre los 15 y 19 años quienes sobresalen, como puede apreciarse en la pirámide y llegan a representar el 14 % del total.

Núcleos familiares: El éxodo genera desplazamientos de personas y de núcleos familiares. En la muestra analizada se constató la presencia de 70 familias constituídas por ambos padres y los hijos, aún cuandola mayoría de los matrimonios no están legalizados. La familia promedio se componen de 6 miembros siendo posible encontrar núcleos más numerosos i tegrados por 10 y 11 miembros.

Algunas de estas familias se constituyen también con otros familiares como sobrinos, tios, hermanos de los jefes de familia.

Si bien el grueso de estos núcleos familiares está conformado por ambos padres y los hijos, existen otros, en menor proporción constituídos por los hijos y uno solo de los padres.

Los menosres de 14 años integran casi totalmente estos núcleos familiares, con algunas excepciones. En tanto los mayores de esta edad, salvo los que forman parte de las familias en especial los mayores de 17 años, se desplazan generalmente solos o en compañía de otros de su edad y sexo. Los contingentes más numerosos de personas jóvenes de 17, 18 y 19 años arriban desde Buenos Aires,

Corrientes y otros lugares.

Concurrencia a la escuela: Solamente el 27% de los niños registrados con edaddes de 6 a 14 años, concurren a la escuela. El resto debido a la coincidencia del período escolar con el de trabajo agrícola, debe prolongar su vida escolar o interrumpirla definitivamente.

Origen y destino de los inmigrantes: El grueso de la inmigración proviene de dos lugares principales; Resistencia y provincia de Corrientes. En menor número lo hacen desde Buenos Aires, Córdoba, Entre Rios, etc.

El destino final de bs mismos son las chacras algodoneras situadas en las princpales áreas agrículas: Quitilipi, Sáenz Peña, Machagai, General San Martín, Basail, etc.

Los contingentes más numerosos fueron absorbidos en especial por Quitilipi, Machagai y General San Martín.

Estos movimientos que se realizan todos los años, con mayor o menor intensidad en los meses de verano y otoño no son los únicos. Se debe destacar que en los meses de invierno también se produce hacia la explotación forestal, de menor intensidad, pero que no son registrados. Esto no permite calificarlos ni cuantificarlos.

POLITICA DE MINORIDAD Y FAMILIA EN LA PROVINCIA DEL CHACO

En la Provincia del Chaco, de acuerdo con las características que presenta por sus aborígenes y sus corrientes migratorias, lentamente define el prototipo de su sociedad, que difiere de los individuos de las grandes urbes y los de la Provincia de larga trayectoria.

En nuestro medio se viven las transformaciones de la sociedad moderna caracterizadas por la excepcional rapidéz de ritmo y la inestabilidad que producen continuos cambios que interesan a la dinámica de las necesidades, los modelos culturales y las orientacio

nes de los valores humanos.

En los habitantes de la Provincia se produce a veces una experiencia dolorosa, por la sorpresa de verse privado de los valores que para ellos tienen singular importancia sin que los mismos hayan sido sostituídos por otros y sin que haya sido posible realizar una transmisión gradual hacia una realidad concreta.

Las condiciones socio-económicas actuales que apuntamos anteriormente motivan la transformación que produce alteraciones ampliamente notorias, sobre todo en las familias de escasos recursos.

El éxodo producido por la inseguridad económica da lugar al matriarcado, donde alrededor de la madre o de la abuela se nuclea el grupo familiar por deserción del padre.

En general las familias de escasos recursos ecnómicos que existen en el Gran Resistencia, son provenientes de la despoblación hacia los centros semi-industrializados del mismo, por parte del sector agrario que expulsa población hacia dichos centros, formando Villas Miserias, conglomerados humanos que en general no poseen especialización, tienen bajo nivel de escolaridad y bajos ingresos, que engendran consecuencias previsibles en lo moral, la salud y la desintegración familiar. Estas personas que se afincan en el casco urbano son presa fácil del sector comparación, o sea, el deseo de consumir los mismo que el poblador urbano, careciendo de la preparación necesaria o tecnificación personal para producir y por ende, disponer de ingreso, por lo tanto sufren un proceso de frustración, de desencuentro personal con el medio ambiente originando una conducta anti-social.

El éxodo hacia centros mayores en la creencia de mejores horizontes trraen en realidad el desmembramiento del grupo familiar. El hombre que se ha trasladado hace tiempo a los grandes centros de producción busca una nueva compañera haciendo así abandono definitivo de su familia que no siempre recibe a los niños de la unión ante

rior y éstos pasan al poder de la abuela u otros familiares.

Los factores anteriormente numerados significan la desintegración de la familia chaqueña de escasos recursos, que en otros ámbitos, los factores adversos que intruducen en progreso y las nuevas costumbres, van cercenando la influencia de la familia en forma considerable, vulnerando la faz moral.

Dadas las características apuntadas y la actuales circunstancias que vive el país, hacen necesario reforzar todos los procesos que permitan el afianzamiento de la familia y la promoción del niño.

La Dirección de Asistencia Social, a través de sus organismos competentes, conciente de la participación que le cabe en el proceso, refuerza sus servicios y programas a fin de consolidar los logros obtenidos y ampliar el campo de acción.

Sus programas e institutiones están destinados a cubrir la carencia del menor y su familia en los aspectos económicos, laborales, educacionales, etc., tratando de colaborar con el grupo familiar para que de acuerdo con sistemas que respeten escalas de valores de los individuos y grupos, consigan satisfacer necesidades materiales y psicológicas, buscando en cambio así, modos de vida que se ajusten a las exigencias humanas y sociales del mundo.-

LOS SERVICIOS INTEGRADOS DE PROMOCION DE COMUNIDADES EN LAS AREAS MARGINADAS, URBANAS Y RURALES. ENTRENAMIENTO AL PERSONAL PROFESIONAL, PARAPROFESIONAL Y VOLUNTARIO PARA EL TRABAJO SOCIAL

La Dirección de Promoción de Comunidades, se ha fijado como objetivo básico, la elevación del nivel de vida de comunidades carenciadas de la provincia del Chaco.

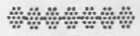
Por tal motivo, para el presente año, ha emanado programas de promoción integral en los siguientes grupos comunitarios. Barrio Villa Belgrano; Villa del Cármen; Lote 126, Cacique Pelayo en la ciudad de Resistencia y en el interior de la provincia, en Juan José Castelli, General San Martín, Villa Angela, Las Breñas, Charata y Presidencia Roque Sáenz Peña; asiento de las coordinadoras del Ministerio de Acción Social que tienen a su cargo las tareas programadas.

Los planes a ejecutar consisten en el Relevamiento socio económico de la población, la fumigación de las viviendas, vacunación de menores y adultos, blanqueo de las unidades habitacionales, construcción de letrinas unifamiliares, apoyo para la concurrencia a la escuela de la población infantil, apoyo a la organización y desarrollo de campañas de alfabetización y educación comunitaria en general.

El cumplimieto de estos objetivos requiere la coordinanación con diversos sectores de gobierno intervinientes,como la Secretaría de Estado de Salud Pública, la Dirección de Asistencia Social, la Dirección del Aborígen, la Subsecretaría de Educación, la Dirección de Cooperativas y todas las áreas de gobierno que presten su colaboración para la realización del trabajo comunitario.

Colaboran además, aficazmente en el desarrollo delplan, entidades de bien público como el Club de Leones, Siervas del Sagrado Corazón de María y personal que cumplen funciones de voluntariado.-

Como Función esencial, la Dirección atiende necesidades comunitarias, financiando con fondos provenientes de la S.E P. y A. S., proyectos que abarcan ítems sumanente diversos: extensión de agua potable, refacción de instituciones educativas, construcción de centros comunitarios, capacitación técnica, proyectos socio-económicos.-



ASPECTOS ESTADISTICOS

CAPITULO I

LAS FUENTES DE INFORMACION ESTADISTICA PARA EL CONOCIMIENTO DE LA PROBLEMATICA DEL MENOR MARGINADO

Las Estadísticas con que actualmente se cuenta a nivel provincial, con relación al tema de este capítulo y que se procesan en forma contínua y permanente, son:

a) Estadísticas Vitales: Nacimientos, defunciones, matrimonios y otros registros relacionados con éstos.

b) Estadísticas Hospitalarias: Muestran los egresos por patología y por edad, como así también, las consultas por grupo de edad.

c) Registros sobre Inmunizaciones: Incluye la edad del niño inmunizado y el tipo de vacuna aplicada.

d) Estadísticas Educativas: Suministra información sobre los niveles Pre-escolar y Escolar. A partir de esos datos se obtiene el desgranamiento escolar, que permite comprobar, conjuntamente con la deserción escolar, el estado general de la población entre 6 y 12 años, en relación a los aspectos educativos.

e) Estadísticas de Servicio Social del Poder Judicial: En este sector se realiza el registro permanente de casos atendidos. No

obstante y en base a las carpetas que contienen datos de interés social, se podría ampliar la cobertura de Información estadística sobre casos de adopción, guardas, depósito, tutelas, etc.

f) Estadísticas de la Dirección de Asistencia Social: A nivel específico de la Dirección de Asistencia Social, se está elaborando un Programa de Capacitación de Información que permitirá contar con un panorama amplio sobre problemática de la minoridad, en forma continua.

Por otro lado existen registros esporádicos que se refieren fundamentalmente a aspectos económicos, a saber:

1. Censos Generales de Población y Vivienda. En este aspecto solo se cuenta actualmente con datos del Censo de 1970, a nivel de Departamento y en base a una muestra del 2 %, seleccionada a partir de los formularios censales, siendo esta información de carácter provisoria y a nivel poco adecuado para la profundización de determinado tipo de problemas socio-económicos. Un censo de la naturaleza del realizado en 1970, podría suministrar información significativa para definir y jerarquizar la problemática del menor marginado.

2. Encuestas sobre nutrición, de las que existen dos tipos: domiciliaria y escolar.

3. Encuestas económicas acerca de empleo y desempleo: en este tipo de relevamiento (que se efectúa por muestreo en la

ciudad capital de la provincia, dos veces por año), se obtienen datos que permiten caracterizar la situación económica de la población y por consiguiente, las influencias de esa situación sobre los menores.

Consultar Cuadros Estadísticos.

CAPITULO II

METODO DE ENCUESTAS ESPECIALES

En el desarrollo del Capítulo I, hemos indicado un cierto número de encuestas de tipo esporádico que se realizan en la provincia y que tienden a ampliar la información social y económica de tipo permanente que existe. De todas ellas, algunas en particular (caso de las de nutrición), se dirigen a investigar la situación del menor. Otras, en cambio, son más generales y si bien permiten obtener conclusiones sobre la población menor, no obtienen información específicamente en los grupos de esa edad.

Surge, por consiguiente, que el método de encuestas especiales (por muestreo en particular), no está totalmente aprovechado como fuente de información referente al menor en general y al menor marginado en particular.

El método de encuestas es un potente mecanismo que permite, obtener datos estadísticos importantes.

Sería de utilidad contemplar la posibilidad de planear a nivel nacional e incluso americano, encuestas anuales que contribuyan a profundizar el conocimiento de la problemática del menor marginado. Para ello debe encararse una metodología uniforme con formularios y

definiciones homogéneas para todos los países de América.

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION URBANA Y RURAL DE MENORES MARGINADOS

Los registros e informaciones estadísticos existentes, no se encuentran preparados para responder exclusivamente a los problemas del menor marginado. Las conclusiones que se pueden extraer sobre el tema, derivan de los análisis demográficos económicos y/o educativos de tipo general. Sin embargo, podemos caracterizar el problema del siguiente modo: el menor marginado es fruto de una situación socio-económica particular, que origina la desintegración familiar y determina la desubicación social del niño. A ello se unen otros tipos de problemas, derivados en última instancia, de dificultades socio-económicas, tales como precariedad de las viviendas, desempleo u ocupación disfrazada.

De concretarse las sugerencias expuestas en los capítulos precedentes acerca de la puesta en marcha de captación de información, se logrará un acabado conocimiento de la problemática plateada en este capítulo.

CAPITULO IV

ORGANIZACION Y PERFECIONAMIENTO DEL REGISTRO CIVIL EN LAS AREAS RURALES MARGINADAS

Desde comienzos de la actividad de la Provincia del Chaco y de provincias vecinas, existen sectores marginados. Nos referimos concretamente al obrero del monte y de su familia y de importantes grupos aborígenes.

Si bien, carecemos de un relevamiento exhaustivo de la situación jurídico-legal de éstos, no por ello podemos aducir ignorancia en cuanto al grave problema que significa para este sector de la población, hallarse apartado de todo acto legal, tales como registración civil, enrolamiento, uniones matrimoniales, reconocimientos de hijos, etc., privándolos por ende de los beneficios que acuerdan las leyes laborales, de seguridad social, etc.

En consecuencia es procedente arbitrar los medios necesarios para dar solución a tan irregular situación, siendo imprescindible para ello adoptar algunas medidas que tiendan a facilitar esta labor.

El lograr el perfeccionamiento del Registro Civil en las áreas rurales marginadas, es una tarea difícil. No por ser un Organismo muy complejo, sino por la variedad y amplitud de factores condicionantes que actúan sobre él.

Actualmente el Registro Civil cumple una actividad de tipo estático: en un lugar fijo de residencia, recibe los datos e informaciones sobre hechos vitales ocurridos a través de las acciones, promovidas por las personas afectadas por dichos hechos, en forma directa e indirecta.

Existe otra forma de poder registrar los hechos vitales en que sea el Registro Civil quien se dedique a recorrer en forma periódica las zonas rurales más apartadas del Territorio Provincial y poder de esa forma tomar conocimiento y documentar gran cantidad de hechos no denunciados (Actividad Dinámica).

Lograr esta bifurcación en la forma de trabajo del Registro Ci

vil, es un objetivo que no depende exclusivamente de él, sino de varios Organismos que desempeñan sus actividades de una manera muy estrecha con la comunidad: Acción Social, Salud Pública, Escuelas, Fuerzas de Seguridad, Congregaciones Religiosas, etc., con quienes se debe efectuar en forma conjunta y complementaria.

El aprovechamiento de la colaboración que pueden prestar los organismos e instituciones mencionadas, deben constituir parte importante en la planificación, proyeccción y realización del potencial humano provincial.

Realizar Operativos de Inscripción, mencionados en el punto anterior, no garantizan el éxito de los mismos.

Para la obtención de una labor positiva, dichas campañas, deben estar previamente publicitadas, por lo cual se deberán utilizar todos los medios de comunicación masivos disponibles en la Provincia.

El aprovechamiento de dichos medios resultará indudablemente, muy beneficioso, especialmente si se establecen las formas adecuadas de difundir comunicados radiales que es el medio más idóneo para los sectores de referencia.

Contar con un instrumento legal que otorgue mayor flexibilidad respecto a los plazos de registración de hechos vitales, como así también a la gratuidad de los mismos.

Quizás el factor más importante lo constituya el económico, ya que de las disponibilidades que el Estado otorgue, dependerá el pago de viáticos, la adquisición de rodados, equipos, máquinas, úti-

les y otros elementos necesarios para la ejecución del proyecto señalado.

VENTAJAS DE LA REALIZACION DE OPERATIVOS

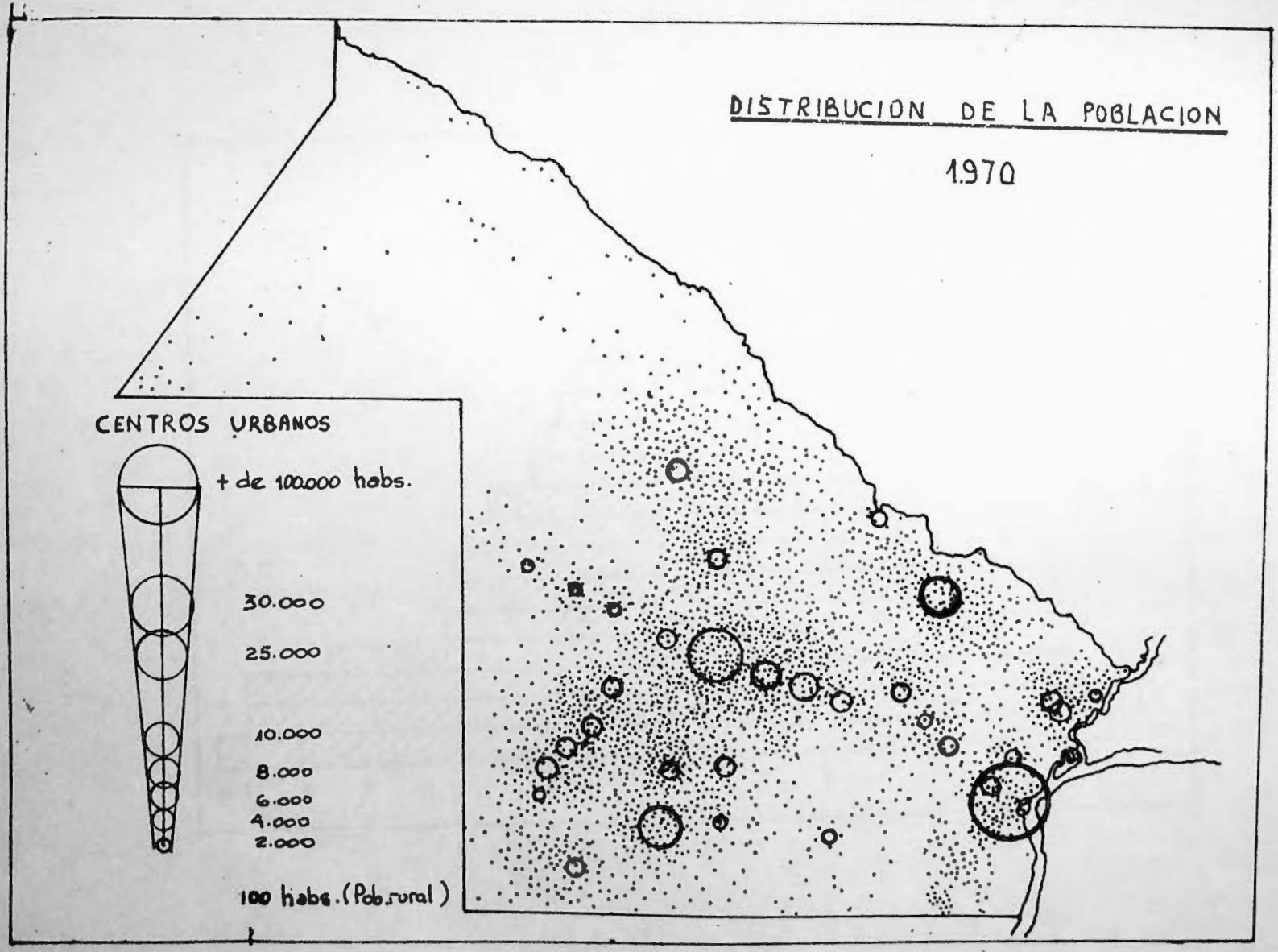
a) Evitar la necesidad de crear Registros Civiles en zonas muy alejadas de los centros poblados, donde se carece de la infraestructura necesaria.

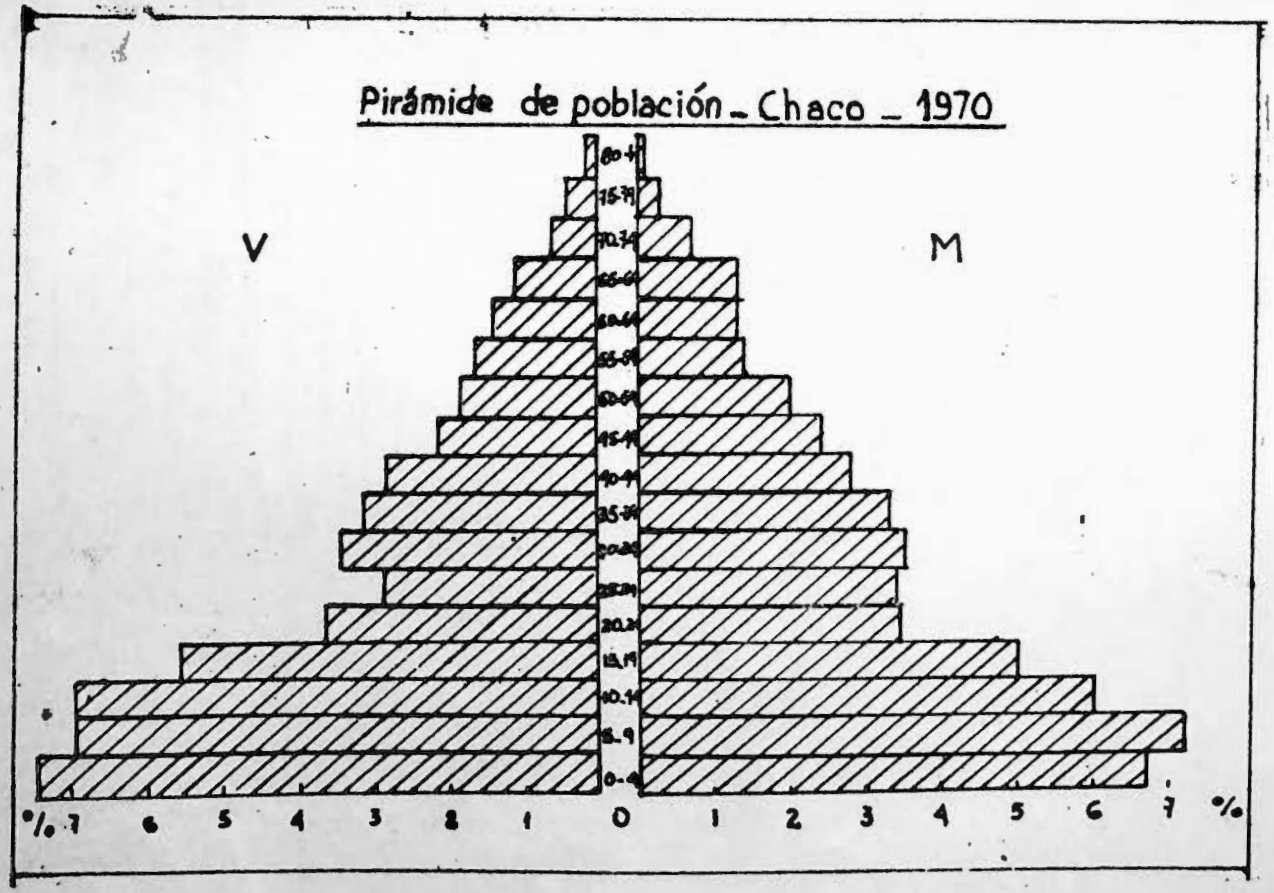
b) Acercamiento a los aborígenes, quienes generalmente se muestran poco predispuestos a recurrir a las Oficinas Públicas.

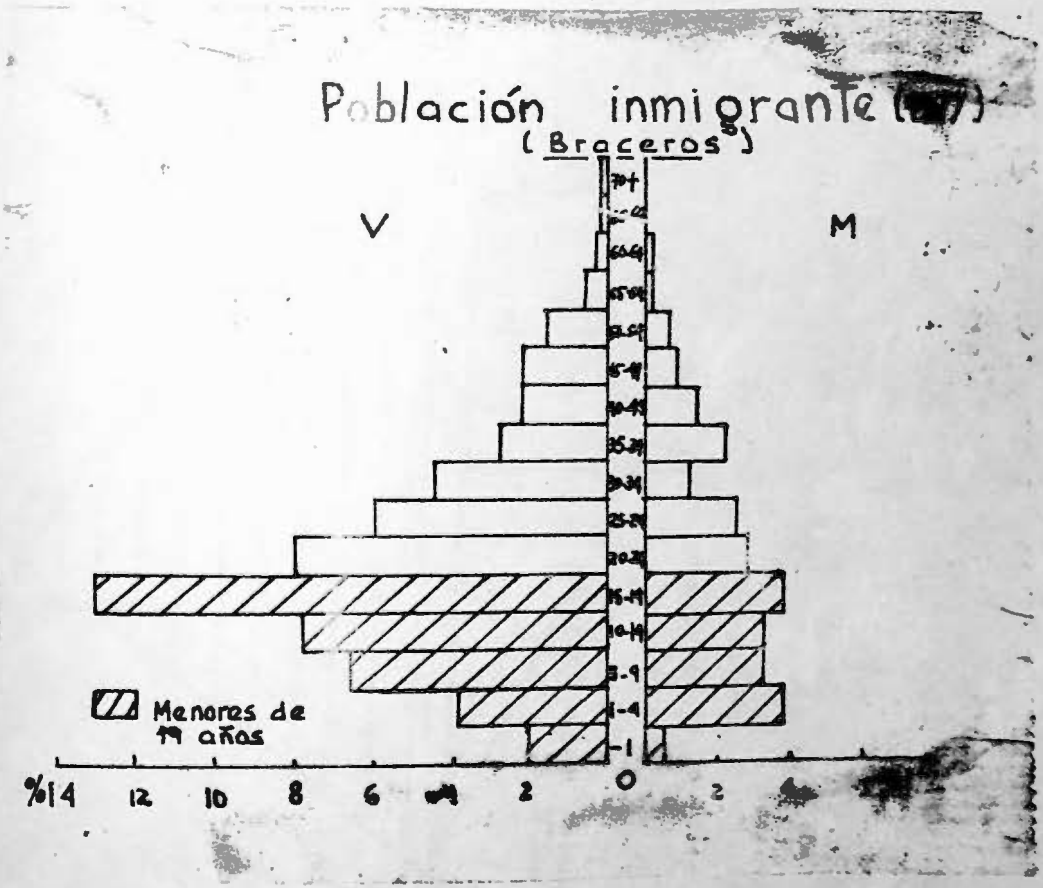
c) Ahorro de importantes sumas de dinero a los pobladores que deben recorrer largas distancias para registrarse e identificarse. Los equipos móviles estarán munidos de todos los elementos indispensables (material fotográfico, estampillas, etc.); para evitar que los interesados tengan que trasladarse hasta los centros urbanos para proveerse de los mismos.

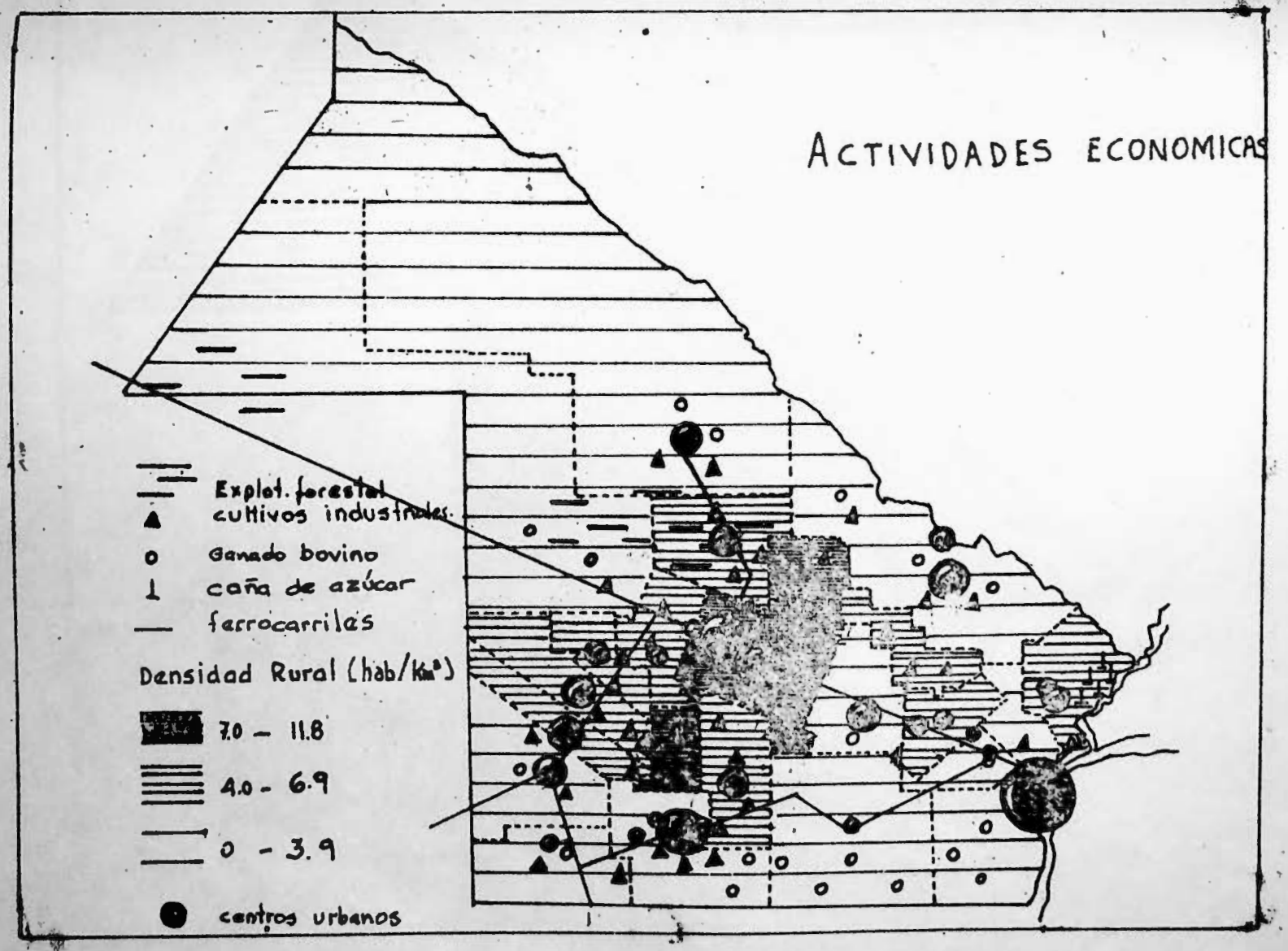
d) Posibilita de esta forma que los grupos marginados se integren jurídica y legalmente al quehacer Nacional.-

ANEXOS

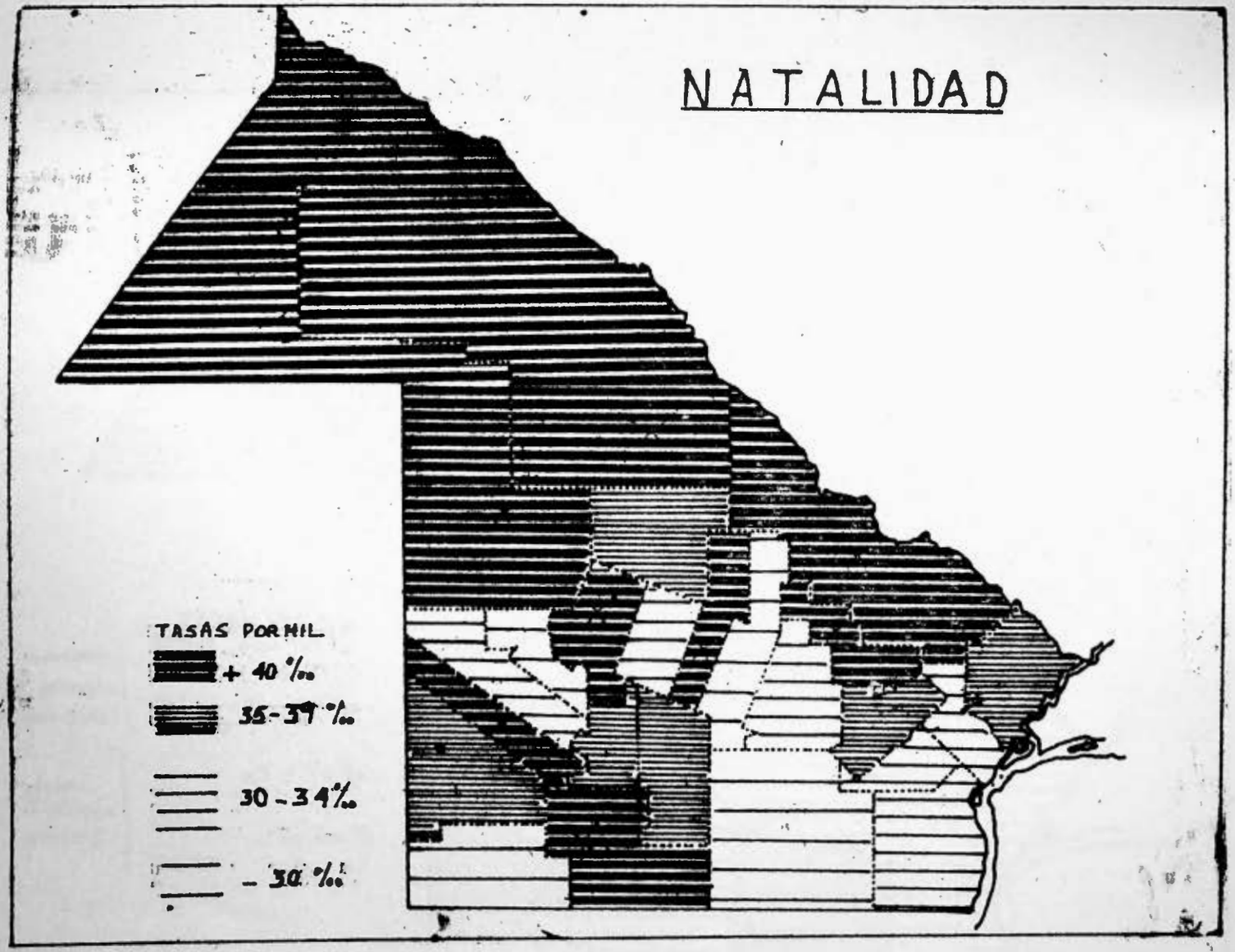

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
1.970
CENTROS URBANOS
+ de 100.000 habs.
30.000
25.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
100 habs. (Pob. rural)


Pirámide de población - Chaco - 1970
V
M
60+
15-19
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
% 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 7 %

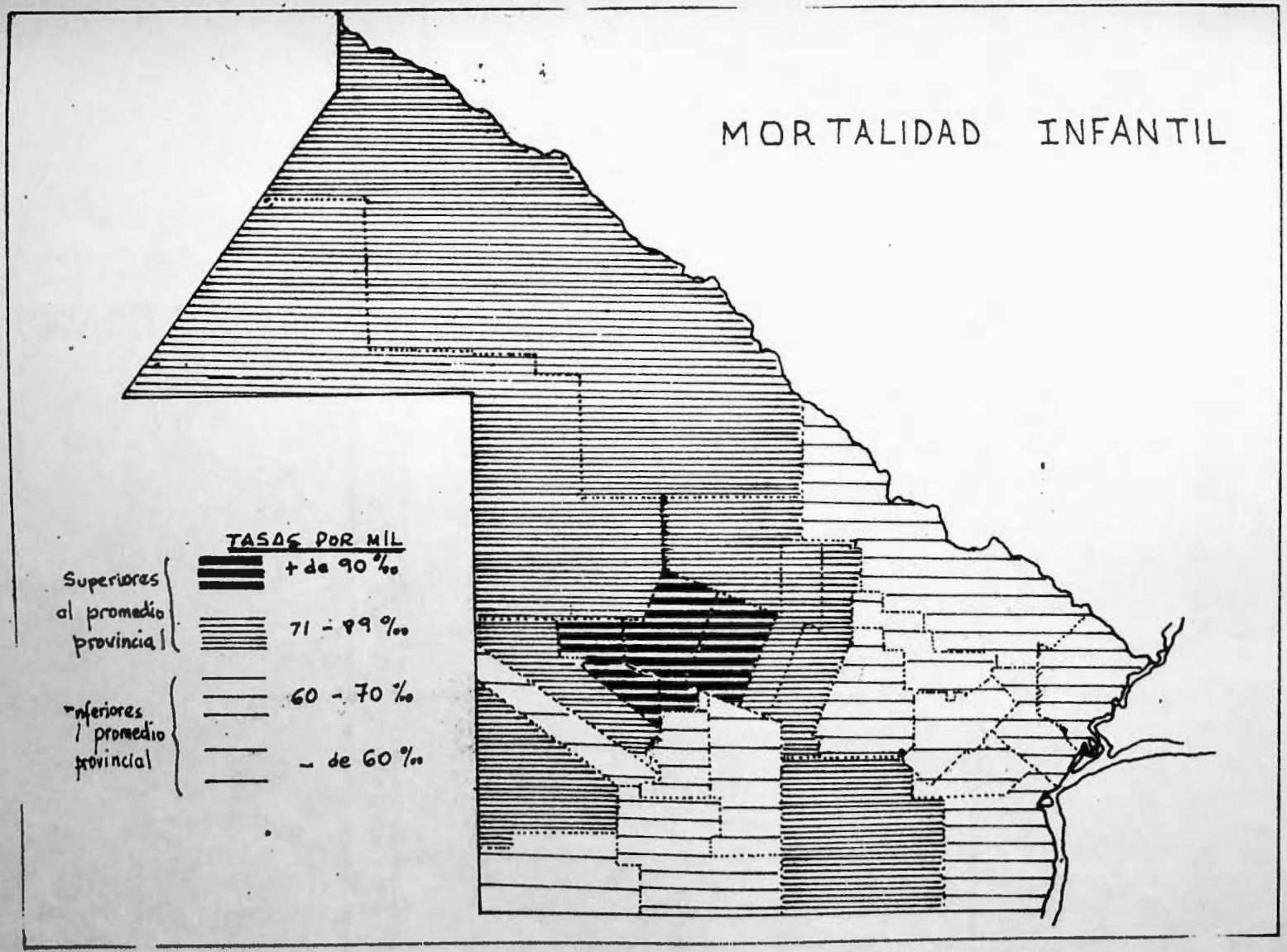

Población inmigrante
(Braceros)
V
M
Menores de 19 años
%14
12
10
8
6
4
2
0
2


ACTIVIDADES ECONOMICAS
Explot. forestal
cultivos industriales
Ganado bovino
caña de azúcar
ferrocarriles
Densidad Rural (hab/Km²)
7.0 – 11.8
4.0 - 6.9
0 - 3.9
centros urbanos

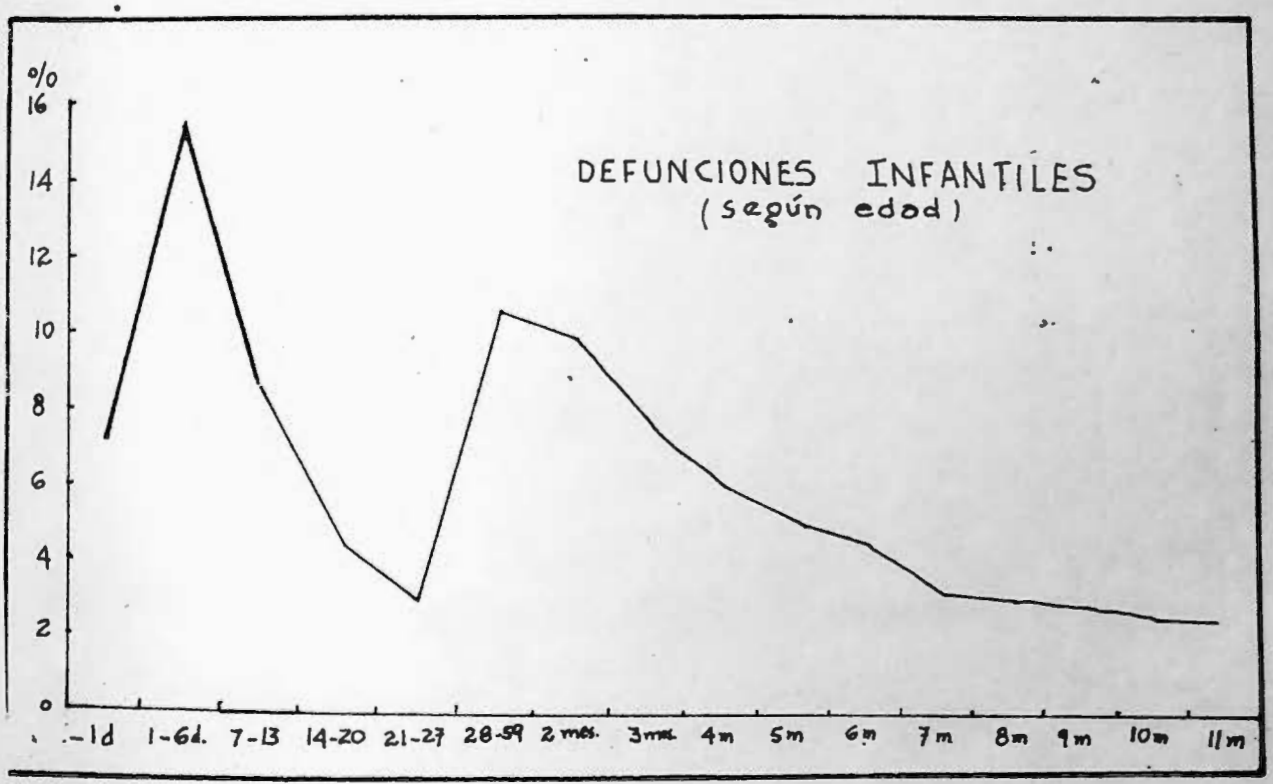
NATALIDAD



MORTALIDAD INFANTIL



DEFUNCIONES INFANTILES



MORTALIDAD INFANTIL (1) CHACO 1975-TASA 60,6 ‰

Cuadro Nº 1

GRUPO DE CAUSAS	Nº DE DEFUNCIONES	‰
Total	1369	100,0%
A - 135- Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	224	16,4
A - 5- Enteristis y otras inf.diarreicas	162	11,8
A - 65- Avitaminosis y otras def.nutricionales	148	10,4
A - 132- Síntomas y estado morbosas mal. def.	139	10,2
A - 134- Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificado en otras partes	136	9,9
A - 92- Otras enumonías	133	9,7
A - 131- Lesiones al nacer por parte distósico	44	3,2
A - 72- Meningitis	43	3,1
A - 21- Otras enfermedades bacterianas	39	2,8
A - 20- Tétanos	36	2,6
Resto de Causas	265	19,4

Cuadro Nº 2

MORTALIDAD DE 1 a 4 AÑOS (1) TASA 4‰

GRUPO DE CAUSAS	Nº	%
Total	285	100
A - 25 - Sarampión	56	19,7
A - 137 - Mal definidas	40	14,0
A - 005 - Enteritis y otras diarreícas	32	11,2
A - 65 - Avitaminosis y otras Def.Nut.	29	10,2
A - 92 - Otras neumonías	26	9,1
A - 72 - Meningitis	12	4,2
A - 143 - Ahogamientos accidentales	11	3,9
A - 21 - Otras Bacterianas	9	3,2
A - 84 - Otras enf.del corazón	6	2,1
A - 93 - Bronquitis,enficema,asma	5	1,8
- Resto de causas	59	20,6

1 -Fuentes - Dirección de Bioestadísticas -Subsecretaría de Salud Pública - M.B.S. - Chaco - 1975.-

Cuadro Nº 3

MORTALIDAD DE 5 a 14 AÑOS (1) - TASA 0,9 ‰

GRUPO DE CAUSAS	Nº	%
Total	125	100
A - 138-Accidentes de vehículos de motor	13	10,4
A - 137-Mal definidos	11	8,8
A - 25 -Sarampión	10	8,0
A - 143-Ahogamiento accidentales	10	8,0
A - 92-Otras neumonías	8	6,4
A - 94-Otras formas enf.del corazón	6	4,8
A - 5-Enteritis y otras diarreicas	5	4,0
A - 59-Leucemia	5	4,0
A - 146-Otras causas accidentales	5	4,0
A - 65-Avitaminosis y otras def.nutric.	4	3,2
-Resto de causas	48	38,4

Cuadro Nº 4

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES PERINATALES (- 7 días (1) 1975.-

	DIAGNOSTICO	Nº DE CASOS	% SOBRE TOTAL
	Total causas	435	100,0
777 -	Inmaturalidad de calificada	66	15,2
776 -	Síndrome dif.respératoria	50	11,5
778.9 ,	Otras afecciones del R.N.	45	10,3
776.0	Aspiraciones del contenido de conducto de parto	27	6,2
772.0	Lesión del Encéfalo	23	5,3
796.9	Otras causas desconocidas y las no especificadas	18	4,1
776.3	Sufrimiento fetal	17	3,9
776.1	Enferm.Men. Hialina	12	2,8
778.2	Enf.hemorrágicas del R.N.	12	2,8
427.2	Paro cardíaco	10	2,3
	-Resto de causas	155	35,6

1 - Fuente - Dirección de Bioestadísticas - Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Bienestar Social -Chaco - 1975.-

Cuadro Nº 5

DEFUNCIONES NEONATALES (- 28 días) (1)

	DIAGNOSTICO	Nº	‰
	Total	620	100,0
777.	-Inmaturalidad no calificada	81	13,1
778.9	-Otras afecciones del R.N.	66	10,7
778.2	-Síndrome dificultad respiratoria	56	9,0
776.0	-Aspiración del contenido del conducto del parto	32	5,2
037	-Tétano	30	4,8
796,9	-Otras causas y las no especificadas	29	4,7
485	-Bronconeumonía no especificadas	26	4,2
772.0	-Lesión del encéfalo	24	3,9
776.2	-Enf.hemorrágicas del R.N.	22	3,6
776.3	-Sufrimiento fetal	17	2,7
	-Resto de causas	237	38,1

Cuadro Nº 6

EGRESOS HOSPITALARIOS MAS FRECUENTES DEL SUBSECTOR PUBLICO EN LOS MENORES DE UN AÑO SEGUN CAUSA, (1) año 1973.-

Nº DE ORDEN	CAUSA		Nº	%
	Total Egresos		4.162	100,0
1	A-005 -	Enteritis y otras diarreicas	881	21,2
2	A-093 -	Bronquitis,enfisema y asma	662	15,9
3	A-089 -	Infec.resp.agudas	396	9,5
4	A-092 -	Otras neumonías	334	8,0
5	A-137 -	Mal definidas	269	6,5
6	A-065 -	Avitam.y otras dif.nut.	247	5,9
7	A-135 -	Otras causas morb.y mort. perinatales	236	5,7
8	A-025 -	Sarampión	125	3,0
9	A-021 -	Otras bacterianas	87	2,1
10	A-090 -	Enfluenza	76	1,8
11	A-134 -	Afecciones Anóx.e Hipóx.	69	1,7
12	A-104 -	Otras Infec.aparat.disg.	64	1,5
13	A-078 -	Otitis media y Mastoid.	63	1,5
14	A-072 -	Meningitis	59	1,4
15	A-119 -	Infec.piel y tej.sel.sub.	56	1,4
		Resto de causas	538	12,9

1-Fuente-Dirección de Bioestadísticas-Subsecret.Sal.Pública-Chaco 1975.-

MOVIMIENTO DE CONSULTORIO EXTERNO Y GUARDIA DE PEDIATRIA DISCRIMINADO POR CAUSAS Y GRUPO DE EDADES - ENERO A OCTUBRE AÑO 1976 - HOSPITAL PARA LA MADRE Y EL NIÑO - PROVINCIA DEL CHACO (2)

CAUSAS	TOTAL	GRUPO DE EDADES			
		- 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años
TOTAL	12.037	2.825	6.357	2.020	835
Trastornos gastro intestinales.	1.703	656	859	142	46
Afecciones vias respiratorias	8.431	1.737	4.708	1.584	402
Infectocontagiosas	1.187	287	657	180	63
Chagas	36	7	12	11	6
Parasitosis	421	35	206	122	58
Tuberculosis	86	2	58	19	7
Desnutrición	169	100	57	10	2
Venereas	4	1	-	2	1

+ Servicio Estadísticas Hosp. Para la Madre y el Niño.

NOMINA DE SERVICIOS AGRUPADOS Y NUMERADOS POR DEPARTAMENTO

1. Departamento Gral. Güemes
   Hospital General Güemes
   Hospital Nueva Pompeya
   Puesto Sanitario "A" El Pintado
   " " "B" Villa Río Bermejito
   " " "B" Los Miraflores
   " " "B" Zaparinqui
   " " "B" El Espinillo
   " " "B" El Zauzalito
   " " "B" Fortin Lavalle

2. Departamento Gral. San Martin
   Hospital t/Centro de Salud Gral.San Martin
   " Rural Dante Tardelli, Pampa del Indio
   " Presidencia Roca
   " Dr. Harvey, Laguna Limpia
   Puesto Sanitario "A" Selvas del Río de Oro
   " " "A" La Eduvigis
   " " "B" Pampa Almirón
   " " "B" Ciervo Petiso

3. Departamento Bermejo
   Hospital Dr. Ernesto Merlo, Puerto Bermejo
   " La Leonesa
   Puesto Sanitario "A" Las Palmas
   " " "B" Pto. Las Palmas
   Centro de Salud Gral. Vedia

4. Departamento 1º de Mayo
   Puesto Sanitario "A" Margarita Belén
   " " "A" Colonia Benítez
   " " "B" Isla Antequera

5. Departamento San Fernando
   Hospital Dr. Julio C, Perrando, Resistencia
   " Dr. Avelino L. Castelán, Resistencia
   Centro de Salud 2 de Febrero
   " " " Villa Alvear
   " " " Villa Libertad
   " " " Barranqueras
   " " " Pto. Vilelas
   Sub-Centro de Salud Villa San Martin
   Centro Comunitario Villa Federal
   Puesto Sanitario "A" Barrio Evita, Resistencia
   " " "A" Barranqueras
   " " "A" Colonia Baranda
   " " "A" Basaíl
   " " "A" Villa Barberán

6. Departamento Tapenagá
   Hospital Rural, Charadai
   Puesto Sanitario "A" Cote Lai
   " " "B" La Sabana

7. Departamento Mayor Luis Jorge Fontana
   Hospital Dr. Salvador Mazza, Villa Angela
   Puesto Sanitario "A" Enrique Urien
   " " "A" Coronel Du Graty

8. Departamento Fray Justo Santa María de Oro
   Hospital Fray Justo Santa María de Oro, Santa Sylvina
   Puesto Sanitario "A" Chorotis

9. Departamento 12 de Octubre
   Hospital 12 de Octubre, Gral. Pinedo
   " Dr. Artemio Zeno, Hermoso Campo
   Puesto Sanitario "A" Gancedo
   " " "B" Pampa Landriel
   " " "B" Itin
   " " "B" El Palmar

10. Departamento Chacabuco
    Hospital Dr. Enrique V. de Llamas, Charata
    Puesto Sanitario "B" Pampa Cejas
    " " "B" Tres Estacas
    " " "B" Las Tolderías, Charata

11. Departamento 9 de Julio
    Hospital 9 de Julio, Las Breñas
    Puesto Sanitario "B" Pampa Iporá Guazú

12. Departamento Almirante Brown
    Hospital Rural Taco Pozo
    " Almirante Brown, Pampa del Infierno
    " de Los Frentones
    Puesto Sanitario "A" Concepción del Bermejo

13. Departamento Maipú
    Hospital Maipú de Tres Isletas
    Puesto Sanitario "B" Pato Real
    " " "B" Lote 20

14. Departamento Quitilipi
    Hospital Dr. Alejandro Posadas, Quitilipi
    " Dr. Ricardo Gutierrez, Quitilipi
    Puesto Sanitario "A" Colonia Aborígen
    " " "B" La Matanza
    " " "B" El Paraisal

///...

15. Departamento 25 de Mayo
Hospital Dr. Andrés Díaz y Pereyro, Machagai
Puesto Sanitario "B" Colonia Blas Pareda
" " "B" Lote Nº. 24, Villa Portal
" " "B" La Tambora

16. Departamento Sargento Cabral
Hospital Sargento Cabral, Colonia Elisa
" Rivadavia, Colonias Unidas
" Dr. José Arce, Las Garcitas
Puesto Sanitario "B" Capitán Solari

17. Departamento General Dónovan
Hospital Juan B. Justo, La Verde
Puesto Sanitario "A" Makallé
" " "A" La Escondida

18. Departamento Libertad.
Centro de Salud Puerto Tirol
Puesto Sanitario "A" Laguna Blanca
" " "B" Fontana

19. Departamento Presidencia de la Plaza
Hospital Ramos Mejía de Presidencia de la Plaza
Puesto Sanitario "B" El Curundú

20. Departamento San Lorenzo
Hospital Rural de Villa Berthet

21. Departamento O'Higgins
Hospital Dr. José Ingenieros de San Bernardo
Puesto Sanitario "A" La Tigra
" " "B" La Clotilde

22. Departamento Gral. Belgrano
Hospital Gral. Belgrano, Corzuela

23. Departamento Independencia.
Hospital Independencia de Campo Largo
" Dr. Pedro Chutro, Avia Terai
Puesto Sanitario "B" Pampa Grande
" " "B" Napenay
" " "B" Fortin Las Chuñas

24. Departamento Comandante Fernández
Hospital t/Centro de Salud 4 de Junio, Presidencia R.S.Peña

FUENTE: Dirección de Bioestadística-Prov.del Chaco.
Información al 30-6-75

COHORTE DE ALUMNOS MATRICULADOS EN LA PROVINCIA DEL CHACO

Nivel Primario

Período 1969 - 1975

	RETENCION					DESGRANAMIENTO			
	TOTAL	NACION	PROVINCIA	PRIVADA		TOTAL	NACION	PROVINCIA	PRIVADA
1	33.499	22.277	9.652	1.570	1	-	-	-	-
2	21.434	14.250	6.087	1.097	2	12.065	8.027	3.565	473
3	17.052	11.710	4.312	1.030	3	16.447	10.567	5.340	540
4	13.872	9.453	3.455	964	4	19.627	12.827	6.197	606
5	11.474	7.979	2.594	901	5	22.025	14.298	7.058	669
6	9.476	6.676	1.992	808	6	24.023	15.601	7.660	762
7	8.341	5.878	1.699	764	7	25.158	16.399	7.953	806
1	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00%	1	-	-	-	-
2	63,98 %	63,97	63,06	69,87	2	36,02	36,03	36,94	30,13
3	50,90	52,57	47,67	65,61	3	49,10	47,43	55,33	34,39
4	41,41	42,43	35,80	61,40	4	58,59	57,57	64,20	38,60
5	34,25	35,82	26,88	57,39	5	65,75	64,18	73,12	42,61
6	28,29	29,97	20,64	51,46	6	71,71	70,03	79,36	48,54
7	24,90	26,39	17,60	46,88	7	75,10	73,61	82,40	51,34

2

FUENTE: Dirección de Estadística Educativa, Consejo General de Educación, Provincia del Chaco.-

PORCENTAJE DE RETENCION Y DESGRANAMIENTO DE ENSEÑANZA PRIMARIA

EN LA PROVINCIA DEL CHACO - 1968 - 1974

DEPARTAMENTO	%RETENCION	% DESGRANAMIENTO
Almirante Brown	16,71	83,29
Bermejo	20,19	79,81
Cmte.Fernández	45,80	54,20
Chacabuco	25,79	74,21
Doce de Octubre	15,61	84,39
F.Jto.Sta.Ma.de Oro	9,76	90,24
Gral. Belgrano	11,96	88,04
Gral. Dónovan	26,10	73,90
Gral. Güemes	11,92	88,08
Gral.San Martin	12,37	87,63
Independencia	14,56	85,44
Libertad	31,01	68,99
Maipú	14,72	85,28
Myor.Luis J.Fontana	23,14	76,86
Nueve de Julio	20,02	79,98
O'Higgins	15,31	84,69
Pcia. de la Plaza	16,61	83,39
Primero de Mayo	14,83	85,17
Quitilipi	18,70	81,30
San Fernando	41,25	58,75
San Lorenzo	14,73	85,27
Sargento Cabral	16,53	83,47
Tapenagá	14,58	85,42
Veinticinco de Mayo	10,46	89,54
TOTAL DE LA PROVINCIA	22,66	77,34

UENTE: Dirección de Estadística Educativa, Consejo General de Educación, Provincia del Chaco.

A U S E N T I S M O

	Nivel Primario %	Nivel Secundario %	Nivel Universi. %
1964	36,91	86,51	96,51
1965	35,35	85,46	96,03
1966	32,31	84,69	95,33
1967	31,34	84,28	93,42
1968	28,25	83,28	96,10
1969	29,46	82,15	96,19
1970	31,32	80,66	94,89
1971	32,15	79,45	91,91
1972	31,65	78,39	91,68
1973	32,65	76,18	90,86
1974	32,29	74,23	(*)
1975	33,37	71,81	(*)

(*): Sin datos.

(*): Tasas calculadas en base a población estimada.

FUENTE: Dirección de Estadística Educativa, Consejo General de Educación, Provincia del Chaco.

M A T R I C U L A E S C O L A R

Según ámbitos oficial y privado: nivel primario, secundario y superior.

Nivel y jurisdicción -Año	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Pre-Primaria	1.143	1.354	1.532	1.571	1.957	1.998
Nación	152	219	217	218	215	210
Provincia	455	480	638	536	749	834
Privado	536	655	677	797	993	964
Primaria	98.977	101.912	107.087	108.956	114.201	112.615
Nación	75.768	77.097	79.331	78.273	81.480	78.681
Provincia	20.124	21.441	24.325	24.407	26.294	26.928
Privado	3.085	3.374	3.431	6.286	6.427	7.006
Secundaria	10.585	11.438	12.072	12.679	13.245	14.003
Nación	5.705	5.733	6.011	5.828	6.101	6.339
Provincia	3.496	3.985	4.268	5.091	5.248	5.699
Privados	1.384	1.720	1.793	1.760	1.896	1.965
Universitario y Superior	1.862	2.213	2.571	3.047	1.916	2.099
Nación	1.847	2.195	2.564	2.038	1.892	2.079
Provincia	15	18	7	9	24	20
PRIVADO	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Dirección de Estadística Educativa, Consejo General de Educación -Provincia del Chaco.-

M A T R I C U L A E S C O L A R

Según ámbito oficial y privado: nivel primario, secundario y superior.

Nivel y jurisdicción - Año	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Pre-primaria	2.216	2.207	2.376	2.384	3.147	5.032
Nación	310	314	346	394	900	2.523
Provincia	1.042	932	1.144	1.200	1.510	1.888
Privado	864	961	886	790	737	621
Primaria	110.154	109.374	110.906	110.106	111.635	110.922
Nación	74.350	74.821	74.416	73.510	72.789	73.074
Provincia	28.837	27.390	29.439	29.735	32.225	31.337
Privado	6.967	7.163	7.051	6.821	6.621	6.511
Secundaria	15.240	16.443	17.288	19.401	20.898	23.049
Nación	6.962	6.995	7.415	8.366	9.017	8.747
Provincia	6.116	7.039	7.430	8.472	9.415	11.647
Privado	2.162	2.406	2.443	2.563	2.466	2.655
Universitario y Superior	2.798	4.561	4.685	4.893	-	-
Nación	2.716	4.489	4.585	4.805	-	-
Provincia	20	21	19	19	262	402
Privado	62	51	81	69	136	151

FUENTE: Dirección de Estadísticas Educativa, Consejo General de Educación, Provindia del Chaco.

TEMARIO DEL XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Tema:

La Protección Integral del Menor

1. Aspectos de Salud:

   Subtema: El subdesarrollo comunitario y su acción sobre la salud

   Cap. I El desarrollo y el saneamiento ambiental en las áreas rurales y urbanas. Medios de comunicación y energéticos. Hospitales. Agua, excretas, habitación, etc.

   Cap. II El desarrollo comunitario. Programas materno-infantiles en las áreas marginadas. Mal nutrición. Enfermedades infecciosas, digestivas, respiratorias. Salud buco-dentaria. Vacunaciones.

   Cap. III Alimentación y Nutrición. Orientaciones alimentarias. Producción y educación familiar y comunitaria en las áreas marginadas.

   Cap. IV Salud Mental. Tendencias actuales sobre higiene mental. Diagnósticos Precoz. Prevención y tratamiento.

   Cap. V Organización y administración de servicios de prevención y tratamiento de la salud del niño en áreas subdesarrolladas.

   Cap. VI Entrenamiento de personal profesional, paraprofesional y voluntario en programas de salud de menores en áreas marginadas.

2. Aspectos de Educación:

   Subtema: Causas de la Marginalidad, Compromisos inmediatos y mediatos de la educación frente al menor marginado.

   Cap. I Educación prescolar. Proteccion Integral. Estructura y funcionamiento.

Cap. II El preescolar de comunidades marginadas.
-Educación para la salud, hábitos.
-Estimulación temprana.
-Comunicación en sus diversas formas.

Cap.III El medio socio económico cultural y el sistema educativo. Organización escolar. Modalidades.
-Para zonas rurales y urbanas. C rriculum.

Cap. IV Educación Media.Educación técnico profesional. Planificación.

Cap. V Recreación libre y dirigida. Deportes.Organización de la recreación.Integración del voluntariado en programas recreativos.

Cap.VI Medios de Comunicación Social. Cine, radio,televisión prensa..

Cap.VII Inserción laboral y comunitaria del menor marginado.
-Su orientación vocacional.Capacitación ocupacional y mercados de trabajo.

Cap.VIII Educación de la adolescencia marginada para la paternidad. Información sobre los efectos de la deprivación en el desarrollo humano.
-Los padres como agentes de cambio.Responsabilidad paternal.

Aspectos de Educación Especial:

Subtema: Perspectivas en la educación de los menores marginados.

Cap. I La pobreza y sus efectos en los niños y adolescentes. Aspectos médicos, educativos y sociales

Cap.II Inteligencia y su evaluación. Mitos y realidades.

Cap.III Implicancias educativas.

- Perspectivas culturales en la educación de los menores en áreas de marginación.
- Poblaciones migratorias y marginadas.
- Educación especial en áreas rurales y urbanas. Modelos opcionales (recursos físicos y humanos).

Cap.IV Problemas específicos de aprendizaje. Acción preventiva y remedial en áreas marginadas.

Cap. V Educación para la normalización.

-Investigaciones en el campo de la rehabilitación.

-Eliminación de las barreras arquitectónicas en los programas de integración para los deficitarios.

3. Aspectos Jurídicos-Sociales

Subtema: La legislación especial del menor y de la familia como instrumentos de prevención e integración del menor marginado. Aspectos normativos o institucionales.

Cap.I Organismos de Planificación. Coordinación. Recursos.

Cap.II Necesidad de una legislación especial. Fundamentos. Objetivos. Modernas orientaciones. Organización judicial. Especialización. Tribunales de Menores y de familia. Medidas Tutelares. Codificación en materia de menores y de familia.

Cap.III Situaciones marginales. Abandono de menores; estados de peligro. (vagancia, mendicidad, drogadicción, estados afines); conducta antisocial. Sistema de tratamientos. Policía de Menores.

Cap. IV Autoridad parental. Obligaciones y responsabilidades de los padres y demás representates legales. Abandono de familia. Desorganización familiar. Adopción, colocación familiar y otras modalidades de hogares sustitutos.

Cap. V La seguridad social y la problemática de la marginación. Medios para prevenir o evitar los riesgos dedesocupación, desorganización familiar, etc. Asignaciones sociales. Sistema de Seguridad Social. Trabajo de Menores.

Cap. VI El Registro Civil como instrumento de participación e incorporación al proceso de desarrollo económico y social.

Cap. VII Organismos Internacionales gubernamentales y privados. Cooperación externa. Convenios multinacionales, bilaterales.

4. Aspectos de Servicio Social:

Subtema: El proceso de integración social del menor.

Cap. I Demografía y Familia. Migraciones.

Cap. II Los servicios integrados en las áreas marginadas campesinas.

Cap. III Recursos humanos. La familia. El medio social. La subcultura de la miseria.

Cap. IV Los grupos sociales arrinconados a nivel urbano, periurbano y rural.

Cap. V Movilización social. La promoción social para la protección y desarrollo integral del menor. Vivienda y equipamiento comunitario.

Cap. VI Entrenamiento de personal profesional, paraprofesional y voluntario para el trabajo social en áreas marginadas urbanas y rurales.-

Cap. VII Administración y supervisión de servicios y la capacitación para promover, estimular la participación activa en el proceso económico-social de las comunidades marginadas.

5. Aspectos de Estadísticas.

Subtema: Las fuentes de información estadísticas para el conocimiento de la problemática de menor marginado en América.

Cap.I Estadísticas de interés para conocer, definir y jerarquizar los problemas relacionados con el menor marginado.

Cap. II El método de encuestas especiales como fuente de información complementaria de estadísticas contínuas con referencia al menor marginado.

Cap.III Características de la población urbana y rural de menores marginados.

Cap.IV Organización y perfeccionamiento del Registro Civil en las áreas rurales marginadas.

Cap. V Colaboración de los organismos internacionales en la planificación y ejecución de encuestas, investigación y capacitación de personal técnico y administrativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BESIL, Antonio C. - Análisis de las causas del actual cambio en la Estructura del Sector Agrícola en la Procia del Chaco. Tesis doctoral 1969.-
- Información estadística General del Chaco 1976.

- IMAZ, José Luis De - "Los Hundidos". Evaluación de la Población Marginal. Ediciones La Bastilla. Baires 1974.-
- Subsecretaría de Salud Pública M.B.S. Programa de Asistencia Alimentaria y Educación en Nutrición - Chaco 1972/73/74.-

- MOLERO, Julia; VEIRAVE María P.R. de y colab. Estudios fondo. estatural y aspectos culturales de la alimentación de niños pre-escolares de Barranqueras Chaco 1965.-

- O.M.S. - Publicación Científica Nº 250/73. Características de la Mortalidad en la niñez.-

- SCHANTON, Veldis A. de:-Situación nutricional y alimentaria-Chaco 1974.-

- DIRECCION DE NUTRICION-Subsecret. Salud Pública del Chaco -Programa de nutrición aplicada al Escolar. Estudio del pesos de los Escolares 1968/69/70/71/72.-

- GONZALEZ, Luisa I. SCHANTON, Veldis A. de:-Evaluación de la Dieta del Escolar -Chaco 1968.

- OBREGON, Baneda Luis -Los Jóvenes de hoy, sus protestas y aspiraciones. Ediciones Desdee de Browwer.

- HEYWARD, E.J.R. -Política nacional de la infancia y juventud.

SAFILIOS ROTHSCHILD, Constantina -Los niños y Adolescentes que viven en barrios de tugurios y viviendas improvisadas en los paises en desarrollo.

- MONTESINO, Raúl -Planificación de desarrollo y formación de nuevas generaciones en América Latina.

- ESGUERRA BARRY, R. -Desarrollo de los programas emitidos por el UNICEF en la Región de las Américas.

- GOMEZ, Luis A. y RIBEIRO, Lucía - Participación de la Juventud en el proceso de desarrollo, un estudiode caso en Panamá. Estudio preparado para el Servicio Internacional de Informaciones y de Estudios sobre las innovaciones Educativas (I.E.R.S.) Edic. UNESCO.
- Seminario Regional Latino Americano sobre problemas de Juventud. Parcipantes: Bolivia, Perú, Uruguay y Argentina. Baires 1970.
- Legislación de Menores vigente.
- Ley Nº 14394 de Adopción.
- Resolución Nº 292, Punto I -Apartado 8 del Superior Tribunal de Justicia de la Provincia del Chaco.
- Código Civil, Art. 491.
- Ley Nacional Nº 11.317. Sobre Trabajos de Menores y Mujeres. 1924.-
- Ley de Ministerios - 21-12-76.-
- Dirección de Bioestadísticas de la Provincia del Chaco.
- Comisión Interministerial de Braceros.
- Consejo General de Educación. Dirección de Estadística Educativa de la Provincia del Chaco.
- ZILIOTTO, Gladys E. - La situacion de menores carenciados. Volúmenes I-II-III- 1973.-

*****

Diagramación Tapa

JORGE OTT

Secretaría General de Extensión Universitaria
Universidad Nacional del Nordeste

INTRODUCCIÓN.

Con motivo de celebrarse el XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO, el Estado Panameño, a través de nuestra delegación, desea presentar a este magno evento las principales actividades que durante los últimos años se han desarrollado en el país, en beneficio de las comunidades.

El Gobierno Revolucionario, bajo el liderazgo del General Omar Torrijos Herrera, le ha dado prioridad a las acciones de salud como componente del plan nacional de desarrollo.

La prioridad dentro de los programas de salud, se le concedió a la población materno infantil, ya que en Panamá el 43% de ésta lo constituye los menores de 15 años, que eran afectados por una gran cantidad de problemas de salud. Nuestra revolución además, ha considerado al niño como su hijo predilecto.

Dado que este Congreso plantea la situación madre-niño-familia, deseamos dar a conocer nuestras experiencias y presentar la importancia que para el buen desarrollo de los programas de salud ha significado la participación de las comunidades. De igual manera, presentamos un nuevo sistema de atención médica que el gobierno panameño ha venido implantando desde hace cuatro años, cumpliendo con los preceptos constitucionales, a fin de eliminar duplicidad de funciones y esfuerzos, dispersión de recursos y obtener mayor rendimiento de los mismos por su justa y equitativa distribución. Esta es la integración de los servicios, a través de la cual las dos instituciones gubernamentales responsables de la salud del pueblo panameño -Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social- aúnan esfuerzos para hacer efectivo el lema del Gobierno Revolucionario "Salud Igual para Todos", y en la cual la comunidad con el equipo técnico participan en la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas de salud, en base a una medicina comunitaria, ya que para

el panameño es un derecho la recuperación de la salud perdida, pero también es un deber la conservación de la misma.

Los niños de hoy, son los hombres del mañana, y por ello, debemos preservar su salud para que ese hombre del futuro continúe impulsando el desarrollo nacional. A esos niños, dedicamos nuestros esfuerzos y por esos niños defenderemos nuestra causa de liberación nacional, para que encuentren una patria íntegra por la cual nosotros como panameños luchamos.

Aprovechamos la oportunidad para enviar un saludo fraternal y revolucionario a las madres, niños y familia panamericana, por conducto de sus distinguidas delegaciones, con las que esperamos compartir e intercambiar experiencias que redunden en beneficio de nuestras comunidades.

I. EL PAÍS.

1. División Político-Administrativa.

La República de Panamá se encuentra ubicada entre las latitudes 7° y 10° del Hemisferio Occidental.

La posición regional de Panamá puede perfilarse así: se encuentra en el Continente Americano, y ocupa una situación central casi equidistante hacia al polo norte y sur, y constituye un eslabón por donde se unen los bloques de las Américas continentales -norte y sur. Su extensión territorial alcanza a los 77,082 kilómetros cuadrados, incluyendo los 1,432 Km^2 del territorio nacional denominado Zona del Cana. El país está dividido en nueve provincias y una comarca, que son las unidades administrativas; éstas a su vez, en 66 distritos y los distritos en 505 corregimientos.

A nivel nacional, el poder ejecutivo es ejercido por el Presidente y Vicepresidente de la República, quienes son elegidos por la Asamblea Nacional de Representantes y los Ministros de Estado. El artículo 277 de la Constitución Política reconoce al General Omar Torrijos Herrera, como líder máximo de la revolución panameña, y se le otorga la función de Jefe de Gobierno "para asegurar el cumplimiento de los objetivos del proceso revolucionario".

En cada corregimiento funcionan Juntas Locales bajo la coordinación de una Junta Comunal que es presidida por el Representante de Corregimiento, elegido por voto popular, y es a su vez el representante del corregimiento ante el Consejo Municipal y la Asamblea Nacional. A nivel de provincia el organismo político más importante es el Consejo Provincial de Coordinación, formado por los representantes de corregimientos, el gobernador (quien lo preside), el jefe de la zona militar y los directores provinciales de los ministerios y otras entidades del Estado.

2. Población y Crecimiento Demográfico.

El aumento acelerado de la tasa de crecimiento demográfico ha ido implicando una reducción del período requerido para la duplicación de la población; esta situación ha creado la necesidad de disponer de mayores recursos para atender la demanda agregada de servicio de las nuevas generaciones. Para el año 2000, la población que en 1970, era de 1,428,082 panameños, se estima será de 3 millones, concentrados principalmente en las ciudades de Panamá y Colón, como producto de intensas migraciones internas, con un despoblamiento en las zonas rurales: al cabo de 30 años dicha zona ha visto reducido su aporte a la población del país del 66.2% en 1940, a 52.4% en 1970. La densidad de población del país alcanzaba en 1975 a 22.7 habitantes por $km.^2$ existiendo extensas zonas con una reducida cantidad de habitantes.

Panamá tiene una población joven, en donde el 43% de la misma es menor de 15 años, y el 22% la constituyen mujeres entre 15-49 años; es decir, que el 65% de la población total del país es objeto de las acciones del programa de salud materno-infantil. Las nuevas tendencias anuncian una contracción del crecimiento como producto de una reducción sostenida de las tasas de fecundidad, hecho que se ha venido registrando desde la década de 1960, pero que no podrán evitar el pronóstico de la duplicación de la población para fines de siglo.

3. Medios de comunicación.

Los medios de comunicación han sido afectados por nuevas políticas desarrollistas con la que se pretende realizar un gran esfuerzo para crear perspectivas

más amplias a la población: nuevas carreteras se han abierto para comunicar los pueblos y las zonas agrícolas. Para 1975, 7,320 km. de carreteras estaban disponibles y se encuentran en ejecución el último tramo de la carretera al Darién, que abrirá al progreso, a la provincia potencialmente más rica del país; el proyecto de desarrollo del Atlántico prevé, a corto plazo, la construcción de dos nuevas carreteras transístmicas; además, se tiene una cobertura aérea y marítima en expansión que facilita la transportación de pasajeros y carga hacia todas las provincias.

4. Medios energéticos.

Panamá, como muchos países de América Latina, no posee recursos energéticos derivados de hidrocarburos y el combustible se obtiene de fuentes externas a un costo creciente; esta situación obligó a las autoridades nacionales a emprender un amplio programa para desarrollar la capacidad hidroeléctrica del país. Así nacieron los proyectos del Río Bayano -en funcionamiento-, La Estrella Los Valles, La Fortuna y Teribe. Para el año 1975, la capacidad instalada generaba 289,230 kw. de los cuales, 182,900 (63%) eran producidas por vapor, 90,230 por combustión interna (31%) y 16,100 por hidroeléctricas (6%). La generación bruta de electricidad en la república, alcanzaba para el mismo año, a 1,251,162 MWH.

El 48.9% de la población del país, estimada para 1975 en 1,718,700 habitantes, era servida con servicios eléctricos, contándose en este período con una producción per cápita de 178 watts y un consumo de 631 KWH por habitante.

5. Educación.

En el año 1975, se estimaba una matrícula de 512,021 alumnos, y se contaba con 2,653 escuelas y 13,694 aulas. De la población escolar, 461,161 (90%) pertenecían al sistema educativo oficial y 50,860 (10%) al sistema particular. En el país operan dos universidades con matrícula de 25,046 alumnos en 1975, y la Universidad Santa María La Antigua de 1,234. La primera cuenta con centros regionales en varias provincias.

La enseñanza es gratuita en todos sus niveles, en el sector público, y a un costo mínimo para la universidad estatal. El Estado, a través del Instituto para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos (IFARHU), maneja recursos financieros (becas) para la formación de los recursos humanos que requiere el desarrollo del país. Estos recursos se forman a nivel nacional y también en el exterior. Por conducto de este Instituto, en 1975 se concedieron 1,219 becas, de las cuales el 32% se dedicó al nivel universitario, 61% a estudios secundarios y un 7% a estudios a nivel internacional y otras especialidades.

El país cuenta con el recurso del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), el cual ha venido extendiendo sus servicios en todo el territorio nacional, y trabaja en estrecha coordinación con los Sistemas Integrados de Salud y con las agencias del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social en la región provincial de Panamá y la Comarca de San Blas aún no incorporadas al proceso de integración en salud.

En las ciudades de Panamá y Colón y en los principales centros urbanos del interior del país se han venido desarrollando los centros de educación parvu-

laria. Estos centros cuentan con el apoyo y son financiados por las instituciones de salud, los municipios, otras entidades del sector público, agrupaciones cívicas y por distintos grupos de la comunidad.

De acuerdo con el último censo (1970) el analfabetismo del país, excluyendo a la población indígena, era de 17.8% y la mediana de años aprobados de 4.8. Los indicadores nacionales en el campo de la educación, reflejan un incremento significativo de la matrícula en los niveles de educación media y superior, y una disminución en la repetición y deserción escolar con amplias mejoras en las oportunidades educativas. La matrícula universitaria de 1971 a 1975, se incrementó en un 74%.

6. Trabajo.

La población económicamente activa, en 1975, era de 508,430 personas. La población ocupada ascendio a 475,100 y la desocupada, 33,330. El porcentaje de desocupación para el país ascendía a 6.6%. En el área metropolitana donde están localizadas las ciudades de Panamá y Colón, la población desocupada de 15 años y más, representó el 8.8% de la población económicamente activa de dicho sector.

7. Ingreso Nacional.

En la década del 60, el producto interno bruto del país, en términos reales, registró un crecimiento promedio de 8.0 por ciento y en los años 70 el promedio observado fue de 5.5 por ciento.

El sector agropecuario ha venido ocupando el primer lugar en cuanto a partici-

pación en el producto bruto total, siguiéndole el sector manufacturero.

El ingreso nacional per cápita se estimaba en 1975, en 1,055 balboas. El producto interno bruto a precios de mercado (en millones de balboas de 1960) se estimó en 1,149.8.

En 1975, funcionaban en el país 186 instituciones bancarias de las cuales 46 correspondían a casas principales y 140 constituían sucursales y agencias bancarias.

El país ha sido catalogado como Centro Bancario Internacional.

II. SITUACIÓN DE SALUD.

1. Aspectos Legales.

La Constitución Política de 1972, define en los artículos 103, 104, 107 y 108, las grandes políticas que orientan las actividades del sector salud en el país. Estas políticas son:

A.- Es función del Estado velar por la salud de la población de la República.

B.- La Integración de las funciones de prevención y de curación.

C.- La Integración orgánica y funcional de todas las instituciones del Sector Público que ejecutan actividades de salud.

CH.- Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

La Integración en Salud puede considerarse la medida de mayor impacto dentro de la administración de los servicios de salud del país, en los momentos actuales. El proceso de Integración de los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, iniciado en 1973, en tres provincias, se ha extendido a 8 de las 9 que existen en el país.

Las tres principales instituciones que integran el sector salud en el país, son el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales.

El Ministerio de Salud fue creado mediante Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969, ya que anteriormente existía como un Departamento del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Es la entidad del Organo Ejecutivo encargada de la determinación y conducción de la política de salud en el país, y de normalizar las acciones de fomento, protección y rehabilitación de la salud.

Es función del Ministerio de Salud elevar el nivel de salud de toda la población, a través de un uso racional de los recursos y de promover la participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de los programas. Ofrece, a través de las instalaciones ministeriales, atención médica continuada e integral a la población no asegurada de las regiones de la provincia de Panamá y la Intendencia de San Blas, las cuales serán próximamente incorporadas al proceso integracionista, al igual que la Caja de Seguro Social, que a nivel de la población asegurada, ofrece en las mencionadas regiones, atención médica en sus propias instalaciones.

La Caja de Seguro Social constituye la Institución más importante del sistema de Seguridad Social de Panamá. Es una Institución creada mediante la Ley 23 de 1941, la cual fue subrogada por la Ley 134 de 1943, y posteriormente ha tenido varias modificaciones y adiciones. La Caja de Seguro Social es una institución descentralizada de derecho público, autónoma en lo administrativo, funcional y económico, con personería jurídica y patrimonio propios y fondos separados de la administración pública.

De acuerdo con el texto legal, se señala que la Caja de Seguro Social tendrá a su cargo la administración y dirección del régimen de Seguro Social, de conformidad con el artículo 93 de la Constitución Nacional y las leyes y reglamentos pertinentes, y cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Realizados los estudios actuariales, la Institución incluirá la cobertura de los riesgos por paro forzoso y los subsidios de familia.

Se conceden prestaciones en dinero por los riesgos de enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, riesgos profesionales y muerte. Para 1975, la Seguridad Social tenía 615,094 afiliados, o sea, el 37% de la población total, de los cuales 282,759 (46%) eran activos y pensionados, y 332,335 (54%) dependientes de asegurados. Se estima que para 1980, esta población ascenderá a 1,087,466 o sea, el 56% de la población total.

2. Organización de los servicios de salud.

El Estado Panameño ha organizado el sector salud con su conjunto de recursos humanos, físicos, científicos, económicos, con el propósito de promover, prevenir, restaurar y rehabilitar la salud de los individuos y eliminar los riesgos del medio en que estos desarrollan sus actividades. Para ello, realiza una atención progresiva e integral en salud de la población y del medio, esperando resolver las múltiples necesidades que confrontamos como país en vías de desarrollo, a través del mejoramiento de la eficiencia de los recursos de salud, con un mejor aprovechamiento de los conocimientos e instrumentos científicos disponibles, y una mejor organización comunitaria que es la base de los programas de salud, ya que el estado panameño adaptó sus programas a las necesidades de la comunidad.

La responsabilidad de la ejecución de los programas, corresponde al equipo de salud que labora conjuntamente con la comunidad que a su vez, es responsable de conocer y manejar adecuadamente estos programas. Los problemas de la comunidad deben ser conducidos con pericia y flexibilidad por parte del equipo técnico de salud; por otro lado, los problemas de salud deben ser conocidos y ma

nejados por la comunidad.

El equipo técnico se compenetra con su comunidad en el mismo terreno, lleva sus conocimientos a la comunidad. Los miembros del equipo están en condiciones de estudiar, directamente, los problemas de la comunidad. Al mismo tiempo, en el terreno, participan en la organización comunitaria.

La formación de equipos de salud con responsabilidades directas sobre la salud de la población, constituye una forma de completar y mejorar los servicios de salud.

La responsabilidad del equipo de salud sobre comunidades concretas -sobre poblaciones determinadas- se hace por medio de la organización espacial de los recursos.

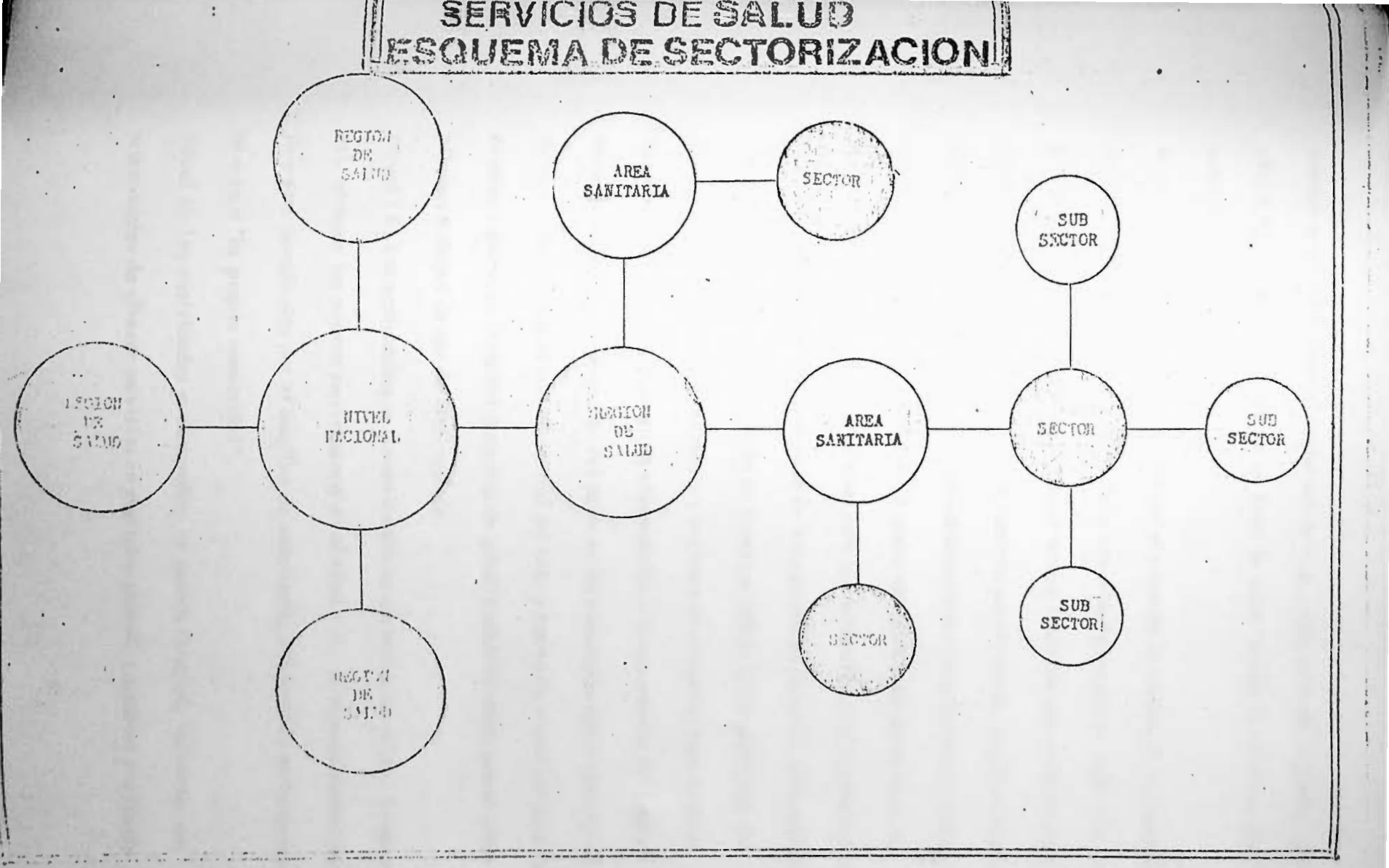
El diseño que los niveles centrales crearon para la ejecución de programas, fue la implantación de la Regionalización y la Sectorización.

La regionalización: Se procedió a instituir 9 regiones con sus correspondientes establecimientos de salud como entes complementarios y coordinados. La regionalización a su vez, contempla la subdivisión en áreas sanitarias definidas de población y estos a su vez se subdividen en sectores para en forma gradual y constante, ir acercándonos a la comunidad. En los sectores encontramos diversos niveles de atención en donde se desarrollan las acciones integrales de salud, y en donde el sistema se proyecta a la comunidad, sobre todo a los sectores marginados tanto urbano como rurales.

Los niveles de atención en cada sector, los podemos describir así:

Nivel I o Primario Elemental: Las actividades se llevan a cabo en locales que

SERVICIOS DE SALUD
ESQUEMA DE SECTORIZACION



pueden o no pertenecer al sector salud, v.gr.: casa comunal, escuela, iglesia, etc, o encontrarse ubicados en un local de salud "puesto de salud" en área rural de difícil acceso.

El recurso humano está constituido por el asistente de Médico II (Ayudante de Salud), que puede proceder o no de la comunidad pero que en cada caso habita en ella. Este nivel cuenta con el recurso itinerante que es llevado por las giras programadas. Los recursos humanos son altamente simplificados para entregar acciones preventivas y periódicamente acciones curativas. Básicamente ofrece: (1) organización de la comunidad para comprometerla en la toma de conciencia de sus problemas para que internalice medidas higiénicas básicas y participe en el desarrollo de las actividades de salud; (2) organización de programas de vacunación en forma periódica; (3) organización del programa de saneamiento del medio y acciones de educación para la salud, haciendo particular énfasis en la alimentación y la importancia del control materno-infantil; (4) atención del parto en los subsectores más alejados y de difícil acceso al igual que el control del niño y puerperio -canalizando a los niveles superiores (hospital o centros de salud) a aquellos casos que se compliquen o dejen de ser de fácil manejo.

Nivel I B: Las actividades se llevan a cabo en subcentros de salud. En general, ofrecen los mismos servicios que en el nivel I A. El recurso humano básico está constituido por el auxiliar de enfermería, adiestrado y perteneciente o no a "la propia comunidad".

Nivel II: Las actividades se desarrollan en centros de salud, los cuales son responsables de ofrecer servicios en medicina general y curativa ampliando

los programas de salud de adultos, materno-infantil, nutrición, saneamiento ambiental, educación y organización para la comunidad, administración y en las áreas integradas los de la Seguridad Social, especialmente riesgos profesionales, medicina del trabajo, refiriendo a las agencias provinciales de seguridad social las prestaciones económicas. Todos los programas se complementan con adecuados servicios estadísticos.

Las actividades las desarrollan el equipo multidisciplinario con participación de la comunidad; este equipo es responsable de supervisar la labor de los niveles anteriores y el Director Médico es responsable de la ejecución integral de los programas a nivel del sector.

Nivel II B: En general, se ofrecen los mismos servicios que los del Nivel II A al cual se le añade anexo materno infantil y en ciertos casos, hospitalización de adultos, de corta estadía. Por lo tanto, los recursos maternales son más complejos que el nivel anterior (II A).

- Se dispone de número adecuado de camas para atender demanda maternal-pediátrica, cuarto de partos, para labor normal (las distocias son referidas al nivel superior).

  Disponen de servicios de laboratorio, de nutrición y farmacia -en algunos casos disponen de rayos X; además tienen servicios generales tales como cocina, lavandería, aseo, etc.

Los Niveles II A y II B, disponen de transporte para traslado de casos que ameritan atención más especializada, giras programadas o de urgencia que deban efectuarse en los sectores.

Nivel III: Las actividades se llevan a cabo en locales calificados así, llamados

brindan atención a estas comunidades, de acuerdo con sus propias características y problemas de salud.

Los esfuerzos que hacen los niveles regionales para llevar sus condiciones de trabajo, mantener y elevar la calidad técnica de sus prestaciones y comunicarse ampliamente con el nivel central, han encontrado apoyo entre las autoridades sectoriales y buena acogida por parte de la comunidad, representada por organizaciones populares, lo que hace pronosticar mejor futuro a la salud de Panamá. Es importante señalar, que este proceso no ha sido fácil pero las experiencias vividas nos permiten augurar este pronóstico.

La coordinación multisectorial es también un hecho que ha facilitado evaluar este proceso que promueve el Gobierno Revolucionario.

Con esta regionalización, sectorización y aplicación de los niveles de atención médica, se espera dar respuesta a los problemas de salud de las comunidades mediante esta centralización normativa y descentralización ejecutiva.

3. La Integración del Sector Salud en Panamá.

La Constitución vigente de la república de Panamá señala, como una de las medidas más trascendentales en el campo de la salud, que los "sectores gubernamentales de salud incluyendo sus Instituciones Autónomas y Seminautónomas, intégranse orgánica y funcionalmente".

Esta medida considerada un reto ante su complejidad e implicaciones, se ha venido desarrollando en forma alentadora permitiendo el logro de uno de los obje-

tivos fundamentales del gobierno revolucionario, de lograr una salud igual para todos los panameños.

Este cambio en la política nacional de salud, ha permitido la consolidación de todos los recursos humanos, financieros y materiales del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social.

Por decisión del Jefe de Gobierno, General Omar Torrijos Herrera, se inició el proceso de Integración en Salud, en 1973, en tres provincias, y hasta el presente se han incorporado 8 de las 9 provincias que forman el país.

Los avances realizados han sido el resultado de la estrecha colaboración y decidido apoyo de los máximos dirigentes del sector salud, Dr. Abraham Saied, Ministro de Salud y el Dr. Jorge Abadía Arias, Director General de la Caja de Seguro Social.

La integración del sector salud en Panamá ha sido definida, como la organización conjunta y funcional de todos los recursos humanos, físicos y financieros destinados a los programas y servicios de salud, para satisfacer en forma óptima las demandas en salud y enfermedad de todos los miembros de la comunidad.

Como características más sobresalientes del Proceso, se destacan las siguientes:

1° Decisión del Jefe de Gobierno de implantar el sistema en forma progresiva, habiéndose iniciado en las provincias de Colón, Veraguas y Bocas del Toro con problemas considerables de salud para luego extenderlo a las provincias de Herrera y Los Santos (Región de Azuero), Chiriquí, Coclé y Darién, faltando solamente la provincia de Panamá y la Comarca de San Blas.

2° La decisión del Jefe de Gobierno y la favorable disposición del Director General de la Caja de Seguro Social y del Ministro de Salud, han permitido una estrecha y efectiva coordinación en el trabajo y en la integración de los recursos entre ambas agencias a nivel superior, la cual se ha proyectado hasta el nivel local.

3° Inicio del proceso teniendo como base, objetivos bien definidos y una programación e implementación ajustada a las características de cada provincia.

4° Utilización de la estructura de programas del Ministerio de Salud como marco de referencia, sujeto a las modificaciones que a los mismos pueden incorporarse y considerando los programas de la Caja de Seguro Social.

5° Supervisión y coordinación de los programas por parte de los equipos técnicos y administrativos de ambas instituciones.

6° Cambio de la estructura de Administración de Servicios de Salud, de regiones sanitarias a regiones provinciales de salud.

7° Implantación del Sistema Integrado como un proceso que se desarrolla por etapas hasta abarcar las nueve provincias, y no como un Sistema Piloto.

8° Intensificación de las acciones de educación e información a las comunidades y a los sectores públicos y privados para asegurar la efectiva participación en el proceso, de estos sectores.

9° En el aspecto administrativo:

a. Nivelación de salarios a personal técnico de ambas instituciones.

La proyección es lograr este objetivo para todo el personal.

b. Utilización más racional de las horas médicas y dentales y de otros recursos humanos.

c. Implantación de un reglamento único de personal.

ch. Mayor cobertura de los servicios médicos.

d. Ampliación de la capacidad física instalada y mejor mantenimiento de equipo e instalaciones.

e. Uniformidad en el sistema de compas y mayor capacidad de distribución de los medicamentos y otros insumos del sector salud.

4. Recursos de Salud.

El país confronta, como ocurre en la mayoría de los países del área, además de una limitada capacidad de recursos humanos calificados, de una alta concentración de los mismos en las zonas urbanas. Así tenemos, que el 70% de los médicos se encuentran ubicados en la provincia de Panamá con una tasa de 13.2 médicos por 10,000 habitantes, e igual situación afecta al resto del equipo de salud.

Los recursos humanos básicos para la atención de la población, en 1975, han experimentado algunos ascensos en relación con la situación observada en otros años, los médicos con una tasa de 8.3% por habitante, las enfermeras con 7.1% y los odontólogos a 1.3% por habitante. Se han realizado esfuerzos notables para crear nuevas instituciones de salud dirigidas principalmente hacia las unidades para la atención primaria, denominados puestos de salud, y que son atendidos por los asistentes de Médico II (Ayudantes de Salud) que se han constituido en una de las respuestas a las necesidades del medio rural de difícil acceso; 74 de estos puestos funcionan en las provincias de Colón y Bocas del Toro.

El país cuenta con 25 hospitales, 20 centros de salud con anexo materno-infantil, 62 centros de salud y 111 subcentros que, agregados a los 74 puestos de salud citados, hacen un total de 292 instituciones dotadas con personal y equipo para la atención de la población.

El gobierno ha realizado nuevas inversiones y remodelaciones en los hospitales cue han cumplido su funcionalidad y capacidad productiva, adecuándolos a las nuevas realidades. Las camas hospitalarias se han mantenido ocupadas al 82% de su capacidad, generando arriba de 100,000 egresos. La relación cama-habitante registró una tendencia de 3 camas por cada 1,000 habitantes, concentrándose la mayor parte de ellas en la provincia de Panamá, específicamente en la ciudad capital, en donde se ubican los hospitales nacionales.

Los recursos financieros dedicados al sector salud alcanzaron, para el último año, arriba de 120 millones de dólares, dos veces lo invertido en 1970, y el gasto por habitante, fue de 70 dólares en 1976.

III. PROGRAMAS DE SALUD.

1. Programa de Saneamiento del Medio.

La República de Panamá, ha recibido desde su independencia, acciones aisladas destinadas a mejorar la situación de salud, incidiendo en el medio en que el hombre panameño vive y se agita. La labor de construcción del Canal de Panamá demandó un esfuerzo significativo para eliminar las condiciones de insalubridad prevalecientes en la región, y permitió la realización de la magna obra. Desde aquella época nacieron las primeras acciones oficiales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población, mediante un control más eficiente del ecosistema.

Panamá ha logrado notables avances en lo que se refiere al abastecimiento de agua potable y se encuentra en excelente posición con respecto a las metas establecidas para el decenio 1970-80, en la Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile. Para 1976, el 82.1% de la población del país se beneficiaba con servicios adecuados de agua potable, y el 63% de la población rural gozaba de este beneficio.

Las acciones desarrolladas en este campo por el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, entidad responsable de estas acciones, y el Ministerio de Salud a través de sus programas de acueductos rurales y pozos sanitarios en comunidades menores de 500 habitantes, son ejemplos de coordinación y dedicación al trabajo comunitario: 440 acueductos se han construido entre 1969-1976, los cuales son administrados por las propias comunidades.

Los logros en el abastecimiento de agua se han acompañado por exitosas campañas

para la dotación de adecuados servicios de disposición de excretas, y el 87.8% de la población del país está servida por algún sistema sanitario. El 78% de la población rural había logrado para 1976, disponer de estas facilidades, mediante programas de letrinación de cobertura nacional.

2. Programa de Salud Materno-Infantil.

Para la adecuada atención de la salud de madres y niños, se ha estructurado el programa de mayor magnitud y complejidad en razón al volumen de población que tiene que cubrir, el 65%, y las características propias del grupo y sus riesgos a las enfermedades y la muerte.

Al experimentar las tasas de natalidad una declinación que se ha acentuado en los últimos años, como consecuencia de los cambios en algunos patrones culturales, la oportunidad de educación, empleo, etc., y a la disponibilidad de métodos modernos y eficacez para evitar el riesgo de embarazo, el número de nacimientos se ha mantenido a ciertos niveles, pero no impedirá que 52,000 niños se agreguen cada año, hasta duplicar la población en los próximos 25 años.

La atención profesional durante el parto, ha alcanzado el 71.9% de todos los eventos, producto de la expansión de los servicios de atención mediante la construcción de anexos materno-infantiles, y a una mayor y mejor divulgación de las facilidades que se ofrece a la población, pero persisten algunas zonas en donde se observan bajos niveles de atención debido, primordialmente, a los altos índices de dispersión de la población e inadecuadas vías de comunicación.

Los programas dedicados a la atención de la mujer embarazada, reflejan coberturas del 66.9% indicando un déficit con respecto a la atención del parto, siendo

aún menor las coberturas de control del puerperio, que alcanzaron el 50.9% para 1975.

Los éxitos obtenidos en el control del embarazo, parto y puerperio, han disminuido los riesgos de morir e incrementado la confianza de la población en los programas de salud; es por ello, que la tasa de mortalidad materna se ha reducido a 0.9 por mil nacidos vivos, pero aún persisten problemas importantes que afectan el programa: embarazos no deseados que terminan en muerte fetal fetal temprana, y que inciden significativamente en la salud e incrementan los riesgos de las madres.

La mortalidad infantil que hace 10 años registraba niveles del orden de 45.0 por cada mil nacidos vivos, se redujo a 31.0 en 1975, una reducción promedio de 3.5% por año; igual fenómeno se puede apreciar en las defunciones de los niños de 1-4 años, con tasas que variaron de 8.4 a 4.6 por 1,000 niños de 1-4 años, en el mismo período. Estos indicadores son demostrativos de los esfuerzos realizados destinados al mejoramiento de la salud infantil y presentan la magnitud de las muertes que se lograron evitar, al aumentar las tasas de sobrevivencia para los grupos.

El problema principal para lograr reducir aún más las tasas de mortalidad infantil, se indican en las defunciones acaecidas dentro de los primeros 28 días de vida, que en el período 1970-1975, varían de 20.8 a 17.9 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, a diferencia de la posneonatal que ha sido reducida sensiblemente como resultado de la aplicación generalizada de técnicas preventivas más eficientes contra las enfermedades infecto-contagiosas, como la vacunación. Cada año se aplican a la población, arriba de 800 mil dosis de vacunas, de las

cuales, el 85% se colocan a los menores de 15 años. El impacto que la vacunación ha ejercido sobre la mortalidad, se refleja en la reducción de la incidencia de las enfermedades, tales como la tuberculosis, poliomielitis, etc. y consecuentemente, las pérdidas de vida por estas causas.

Las acciones sobre el niño y la madre se efectúan en las instituciones de salud, coordinadamente con el IPHE y otros sectores gubernamentales, especialmente con el Ministerio de Educación, la Cruz Roja, Ministerio de Vivienda y otras entidades públicas y privadas, promoviendo la salud escolar.

Es importante señalar la acción conjunta que se efectúa con el IPHE, sobre todo en los programas de estimulación precoz en donde el equipo de salud labora con las maestras orientadoras de Estimulación Precoz en la prevención y educación, participando en los controles de embarazos de alto riesgo a nivel de centros de salud, en las maternidades con niños de alto riesgo, Hospital del Niño, continuando su seguimiento en los centros de salud y en la propia comunidad.

La coordinación permite una mayor captación de niños impedidos o de alto riesgo y una mejor evolución de los mismos, con la participación de los padres, las familias y la comunidad en general.

- Programa de Salud del Adulto.

Este programa tiene la responsabilidad de la atención de la población mayor de 15 años, cuya tasa de mortalidad ha variado entre 1970-75, de 7.4 a 6.1% habitantes, lo que representa una reducción de 17.6%. La mortalidad proporcional (50 años y más) se modificó de 12.8% a 97%, con una mayor participación del grupo dentro del total de muertes y un mejoramiento de las posibilidades de sobrevivencia; para el último año ésta se estimó en 67 años.

Nutrición.

Panamá, al igual que otros países en vías de desarrollo, vive su propio problema de nutrición como resultado de una serie de factores de orden geográfico, económico, cultural y político. La interrelación de estos factores determinan la disponibilidad, el consumo y la utilización de alimentos.

Resolver este problema, exige una estrecha coordinación entre las diversas dependencias del sector público y privado que en una u otra forma, están relacionados con el problema de la alimentación y nutrición.

La última encuesta nutricional de carácter "nacional" realizada en el país en el año 1967, revela que los problemas nutricionales más severos son los siguientes:

a. Desnutrición proteico-calórica que afecta especialmente a niños menores de 5 años. De acuerdo con el indicador peso, la prevalencia de la desnutrición es alrededor de un 68%.

b. Anemias nutricionales debidas a la falta de hierro y ácido fólico. Es interesante hacer notar la alta prevalencia de niveles bajos y deficientes de hemoglobina en los varones, desde los 12 hasta los 44 años de edad.

c. Avitaminosis A: Los estudios clínicos no revelan signos severos de esta deficiencia, a pesar de que las encuestas dietéticas indican una ingesta muy deficiente de alimentos fuentes de vitamina A. Sin embargo, los estudios bioquímicos señalan que la deficiencia de vitamina A es un serio problema en niños menores de 10 años, especialmente en el área rural.

ch. Deficiencia de tiamina y "riboflavina": A pesar de ser el arroz la base de

la alimentación del panameño y fuente considerable de tiamina, el lavado excesivo a que se somete y el tiempo prolongado de cocción, ocasiona pérdidas considerables de esta vitamina. El bajo consumo de fuentes importantes de riboflavinas, especialmente en el área rural permiten aseverar que la deficiencia de esta vitamina afecta especialmente a niños menores de 5 años.

d. La alta prevalencia de bocio endémico (16.5% como promedio nacional) ha disminuido según datos de la evaluación clínica y bioquímica realizada en 1975 a 6% como resultado del programa de yodación de sal para consumo humano, y que se inició en 1970 en todo el territorio nacional.

Actividades orientadas a solucionar los problemas nutricionales que afectan al país.

Antecedentes: Desde hace aproximadamente 40 años, se comenzaron a realizar actividades tendientes a mejorar el estado nutricional del panameño cuando se instalaron los comedores escolares en donde se suministraban almuerzos escolares a estudiantes de bajos recursos económicos. A partir de esta época, continuaron desarrollándose programas con este fin (programa de alimentos para la paz, distribución de alimentos CARE, Programa de Nutrición Aplicada, etc.). En 1968, el Ministerio de Salud con su nueva filosofía de trabajo impulsa los Huertos Comunitarios, con el fin de aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local, a través de modernas técnicas de cultivo (uso de tractores kubotas, abonos, insecticidas, fungicidas, herbicidas, etc.) y con la asesoría técnica del personal especializado.

Paralelamente a esta acción, el Ministerio también ha estado consciente de que la situación nutricional del país mejora si se enfoca en forma integral con la activa participación de todos los sectores que tienen responsabilidad en el mismo. De ahí, que a fines de 1973 se elaboró conjuntamente con el Ministerio de Planificación y Política Económica, un "Programa de Protección a grupos de poblaciones con mayor riesgo de desnutrición".

Este programa se puso en ejecución en 1974, un año después de haberse creado. Dentro de este programa se señalan dos etapas bien definidas: La fase de URGENCIA que consiste en la distribución de raciones alimenticias a los grupos más necesitados de esta ayuda, y la segunda fase que implica el desarrollo de actividades tendientes a fomentar la producción agropecuaria y a la educación nutricional.

La ración distribuida está compuesta por alimentos producidos localmente y de uso corrientes, a excepción de la leche en polvo, lo que asegura la máxima utilización de los mismos por parte de la familia. Esta incluye 75 gramos de arroz, 25 gramos de frijoles, 10 gramos de leche en polvo, 15 gramos de aceite y 10 gramos de azúcar. Esta ración se distribuye a los miembros de las familias beneficiadas, mayores de 3 años.

Para los niños de 6 meses a tres años se ha elaborado una mezcla infantil -NUTREBIEN-, cuya fórmula es la siguiente: harina de arroz, 60%; leche íntegra en polvo, 16%; azúcar, 24% y concentrado de hierro y vitaminas. Estas raciones aportan aproximadamente el 25% de las recomendaciones nutricionales diarias por persona, en lo que se refiere a calorías y proteínas.

Este programa espera lograr los siguientes objetivos:

1. Generales.

   1.1. Prevención de la desnutrición en los grupos más expuestos a riesgo;

   1.2 Recuperación nutricional de las personas que padecen algún grado de desnutrición;

   1.3. Incorporación de estos grupos de población a los procesos activos de producción.

2. Específicos.

   2.1 Erradicar la desnutrición de grado III en la población sujeto/objeto del Programa;

   2.2 Reducir la desnutrición de grado II en la población sujeto/objeto del Programa;

   2.3 Reducir las anemias nutricionales y la prevalencia de hipoavitaminosis A, en la población cubierta por el Programa.

Actualmente este programa se desarrolla en 6 distritos de la provincia de Veraguas, con una cobertura de 23,997 personas, de las cuales 2,817 son menores de 3 años, pertenecientes a 4,009 familias distribuidas en 194 comunidades de esta provincia. Este es el llamado Programa de Alimentación Complementaria.

Están por analizar los resultados de las evaluaciones realizadas en este programa. De estos dependerán los ajustes y modificaciones que se hagan al mismo.

Proyectos de Producción.

A. Huertos Comunitarios: con el propósito fundamental de aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local, se realizan en el país un total de 162 huertos comunitarios, en los cuales participan 3,190 familias. A través de la debida educación nutricional, se trata de incorporar a la dieta usual, los alimentos producidos en estos huertos, alimentos casi siempre pre desconocidos; pero fuentes de aquellos nutrientes deficientes (vitaminas). Se cultivan especialmente vegetales verdes y amarillos (pimientos, lechuga, zanahoria, habichuelas, etc.).

B. Proyectos Avícolas: Se desarrollan, al igual que los huertos comunitarios, en las comunidades debidamente organizadas y con el propósito de aumentar la disponibilidad de proteínas de buena calidad (huevos y carne), cuya deficiencia en la dieta es causa de la desnutrición proteico-calórica. Actualmente existen en el país 83 de estos proyectos con participación de 1,394 familias.

Fortificación de azúcar con vitamina A. - A fin de erradicar el problema de la avitaminosis A y con la asesoría del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, se ha iniciado la fortificación del azúcar con esta vitamina.

Cocinas escolares.- A través de la dotación de equipo completo de cocina a los Ciclos Básicos de Producción que cuentan con comedores escolares, el Ministerio de Educación trata de mejorar el estado nutricional de estos grupos al proporcionarle un almuerzo balanceado y nutritivo que a la par de una adecuada educación nutricional impartida en el aula de clases, fortalecerán y formarán hábitos deseables de consumo, de higiene, de urbanidad, etc.

Programas de Educación Nutricional: La educación nutricional, a nivel comunitaria, tendiente a lograr cambios en los patrones de consumo, se realiza a través de entrevistas, charlas y especialmente seminarios de salud comunitaria. En el desarrollo de estos seminarios, se discute con la población sus hábitos alimentarios y se hacen recomendaciones sobre posibles prácticas y modificaciones a los mismos.

CANTIDAD DE PROYECTOS DE PRODUCCIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. 1971 - 1975.

DETALLE	AÑOS				
	1971	1972	1973	1974	1975
Proyectos Avícolas	-	-	-	-	28
Huertos comunitarios	16	43	64	87	100

Nota: Se incluyen proyectos iniciados y/o reubicados.

Protección al consumidor.- Se logra a través de la Comisión de Propaganda y Publicidad, constituida por técnicos del Ministerio de Salud. Revisa cuidadosamente el texto de las propagandas comerciales con el propósito de evitar que en ellas se alteren los valores nutricionales de los productos enunciados.

Programa de distribución de alimentos en los Centros de Salud.- La distribución de alimentos donados por agencias internacionales como CARE y CARITAS, se realiza en todos los centros y puestos de salud del país y se beneficia el binomio madre-niño. Además, se cuenta con la cooperación de la Cruz Roja Internacional, lo que ha hecho posible realizar un proyecto de distribución de leche Mi-

nisterio de Salud/Cruz Roja. A diferencia de los alimentos CARE, éste beneficia al núcleo familiar.

Salud Dental.

A través de los servicios dentales, el sector salud se propone elevar el nivel de salud bucal de toda la población, por lo que se han establecido servicios dentales de diferentes complejidades, como parte de la atención continuada e integral del sistema de atención médica, tanto en los sistemas integrados como en la región provincial de Panamá y en la Comarca de San Blas, aún no incorporadas al proceso de integración en salud.

A través de la capacidad instalada existente, se trata de ofrecer servicios de odontología integral, incluyendo servicios dentales básicos, salud dental y odontología preventiva.

La morbilidad observada en el país, ha señalado que las afecciones periodentales tiene una marcada prevalencia tanto en el área metropolitana como en el interior del país, por lo cual se ha dado énfasis a la atención preventiva.

En cuanto al aspecto cualitativo de los servicios brindados a la población, se han operado cambios en la atención odontológica. Se ha dado prioridad a la atención de escolares, maternales, colegiales y población adulta.

El contenido de esta atención en los distintos grupos enfatiza el criterio de atención integral y el de paciente terminado dentro de los niveles de promoción, protección, diagnóstico y tratamiento temprano y limitación del año.

El recurso humano en odontología en el país, varió de 1.2 odontólogos por cada 10,000 habitantes en 1970, a una tasa de 1.3 en 1975, mientras que estas mismas

tasas en equipos dentales sólo variaron de 0.3 en 1970, a 1.1 en 1975.

Además de los recursos de odontología de los sistemas integrados de salud, las necesidades de odontología en el país son atendidas por el sector privado y por la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá. Esta última ha venido estableciendo laboratorios de atención odontológica como parte de su programa docente. Su objeto es relacionar al futuro profesional con los esquemas del programa odontológico y con las realidades propias de las comunidades.

En el ámbito de la investigación odontológica, el Ministerio de Salud ha venido operando un laboratorio clínico odontológico a través del cual se brindan servicios profesionales a la población.

Como resultado de la labor de promoción y educación de las comunidades, se ha logrado la contribución de ésta para mejorar la capacidad física instalada mediante la adquisición de unidades dentales por parte de las mismas comunidades.

Una de las proyecciones en materia de odontología, es realizar una mejor distribución de los recursos humanos de ese ramo y continuar la formación de personal auxiliar o asistentes dentales.

Educación para la Salud.

Este programa constituye apoyo básico para todas las acciones de salud que se llevan a cabo en el sector. Una labor importante del programa son las actividades de promoción, asesoramiento y capacitación de comités de salud y el desarrollo de los seminarios de salud comunitaria. Por medio de estas actividades, la

la comunidad identifica los problemas y participa en sus soluciones.

En el período de 1976, se tenían organizadas cerca de 850 comités de salud en todo el país, habiéndose realizado en este mismo lapso, un total de 44 seminarios de salud comunitaria.

En estas organizaciones el equipo de salud desarrolla un seguimiento permanente y una supervisión contínua de las labores y programas de los comités de salud.

Dentro de las actividades regulares del programa, se efectúan actividades educativas en cada uno de los sectores de la comunidad mediante la utilización de ayudas audiovisuales, programas de divulgación por la radio y la prensa. Como parte de la evaluación de los programas, se desarrollan investigaciones sobre el impacto de los programas.

Administración.

Para dar respuesta oportuna y adecuada a la nueva política de salud, se han ido introduciendo los cambios necesarios en los sistemas administrativos. La adecuación administrativa ha ido precedida del diagnóstico de la situación en cada provincia. Los cambios y avances más relevantes en el programa de administración son los siguientes:

1.- Implantación de un reglamento interno único para el personal del sector público salud.

2.- Establecimiento de un solo sistema de compra de medicamentos.

3.- Utilización y aplicación de distintos subsistemas (kardex, inventarios y otros) utilizados por la Caja de Seguro Social, en las distintas unidades ejecutoras del sector, por considerarlos más funcionales.

4.- Formulación y evaluación presupuestaria conjunta entre los equipos correspondientes de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud.

5.- Uniformidad en los sistemas de suministros, particularmente de medicamentos, facilitándose esta labor mediante almacenes centrales de distribución y la aplicación de todo el sistema en todos los niveles.

6.- Centralización a nivel de región provincial de algunos sistemas tales como transporte, personal, y otros.

7.- Implantación de un solo sistema estadístico y de registro de la información sobre servicios prestaciones. Se proyecta descentralizar a nivel de la región provincial aspectos básicos del procesamiento de este sistema.

8.- Adiestramiento del personal administrativo de todos los niveles, a través de los recursos del Ministerio de Planificación y Política Económica de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud.

Desarrollo de la Comunidad.

La política en salud de nuestra revolución, señala como hecho básico para el buen desarrollo de los programas de salud, la participación efectiva de las comunidades en la solución de sus problemas de salud, previo un proceso educativo que permita su organización.

La organización comunitaria reposa en los comités de salud, juntas comunales, juntas locales, organizaciones campesinas, obreras, cívicas y otras. Estas organizaciones comunitarias son el reflejo del despertar de nuestras comunidades, con una conciencia definida e interés patriótico, que les permite comprender que no es posible esperar todo del Estado, en un país en vías de desarrollo y con limitados recursos, y que es necesario aportar el esfuerzo de todos -hombres, mujeres y niños-, para que por la suma de acciones conjuntas y responsabilidades compartidas, se haga más factible la consecución de las soluciones más oportunas y adecuadas a la gama de problemas sociales que en las comunidades se presentan.

La relación entre la comunidad y el sistema de salud, se establece a través de sus instalaciones y el equipo técnico, ya que éste se relaciona directamente con el individuo, la familia, el trabajo, la escuela, etc. Para lograr la participación activa, los integrantes del equipo de salud han realizado una progresiva y constante labor educativa, y para ello comparten con los sectores organizados sus inquietudes y organizan aquellos desorganizados.

Se educa en salud a nivel del individuo, desde un consultorio médico hasta el nivel familiar; se organizan comités de salud. En el país hay 850, y se partici-

pa en todas las Comisiones de Salud de las organizaciones populares a nivel de los grupos organizados, se asesora en la formación de comisiones de trabajo que son: (1) Comisión de Salud Familiar con sus subcomisiones materno infantil (subcomisión de salud de adultos); (2) Comisión de Saneamiento Ambiental; (3) Comisión de Nutrición.

En algunas áreas se han organizado comités de casas para solucionar parte de los problemas que afectan a familias marginadas, sobre todo, realizando acciones en aquellas casas condenadas, barriadas de precaristas (casas brujas) y otras.

Es fundamental el hecho de que el equipo de salud no desmaye, persevere e insista en su trabajo comunitario; es una lucha del hombre con su ambiente.

En la comunidad estamos convencidos de que se está logrando un cambio de actitudes, cuando se observa que el Trabajador de Salud al desarrollar su actividad con ella, comparte sus angustias, sus ilusiones y su diario vivir, integrándose a ella como líder de grupo y formando nuevos líderes en la comunidad.

Los líderes promueven el cambio a través de diferentes estrategias, con el fin de mejorar condiciones de insalubridad, de desnutrición, siendo capaces de darle soluciones propias a sus necesidades y problemas, y otras.

Los grupos se organizan y producen los alimentos que necesitan consumir; ayudan en la captación de las madres y niños para su control de salud.

Mediante la participación activa y dinámica y constante de las comunidades, en corto plazo se reducirá o eliminará la elevada inversión que se realiza para erradicar las enfermedades que afectan a la comunidad. Es por ello, que el de-

sarrollo comunitario será evaluado en la medida en que nuestros indicadores de salud muestren cambios de enfermedad y muerte, por salud con bienestar físico, síquico y mental.

EL MODELO INTEGRACIÓN DE LA REGIÓN PROVINCIAL DE COLÓN

SITUACION GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA.

La provincia de Colón está situada en la parte central y norte de la república, limitando al norte con el Mar Caribe, al este con la Comarca de San Blas, al sur con las provincias de Panamá y Coclé, y al oeste con la provincia de Veraguas. Se encuentra dividida por el sector noreste del territorio nacional, denominado Zona del Canal bajo jurisdicción norteamericana.

La superficie de la provincia es de 4,259 km.^{2} y su capital es la ciudad de Colón, que a la vez funciona como puerto. Es la segunda ciudad en importancia de la república. El clima predominante es el tropical húmedo y el promedio de temperatura máxima es de 28° C. Es una región muy lluviosa y la precipitación pluvial anual promedia entre 3,000 y 5,000 milímetros.

Entre los recursos naturales de la provincia figuran el cobre y el molibdemo, maderas y una abundamente riqueza ictiónica.

Las actividades comerciales, por razón de su relación como ciudad terminal del Canal de Panamá, desempeñaba un papel preponderante, y desde 1951 labora aquí la llamada Zona Libre de Colón, dedicada primordialmente a la exportación de mercaderías, ha permitido la ocupación de un importante sector de la población. Posee, además la provincia, otras industrias como fábrica de cemento, refinadora de petróleo y del carbón, etc.

Cuenta la provincia con 303.2 km. de caminos de hormigón, asfalto, grava y piedra. La carretera más importante es la vía transístmica que enlaza las ciudades de Panamá y Colón, a igual que el ferrocarril con una extensión de 77 kms. Tiene, además, tres pistas de aterrizaje en Coclé del Norte, Nombre de Dios y Belén y recientemente fue entregadas a la administración panameña, la parte de France Field, antiguamente bajo juris-

dicción de los Estados Unidos de Norteamérica.

Las actividades manufactureras en expansión en la provincia, aumentaron el consumo de energía eléctrica, de 20,284,000 KWH en 1961 a 62,890,000 KWH, en 1971. La población estimada de la provincia, en 1976, alcanzó 131,879 habitantes y su densidad en 31 habitantes por $km.^2$. Es importante señalar, que el 60% de esa población se ubica en las zonas urbanas y que registró, durante la década de 1960-70, un incremento natural de 2.8%, pero las tendencias actuales indican una reducción más acentuada en los últimos años. La población analfabeta era del 18.9% en 1970; nuevos programas educativos acompañados de la construcción de un mayor número de escuelas, pretenden disminuir significativamente estas cifras.

Recursos de Salud.

Desde el inicio de la Integración de los servicios de salud en 1973, se han incrementado los recursos destinados a la atención de la población colonense; seis (6) nuevos centros de salud, 5 de ellos con anexos materno-infantiles, se han construido en los últimos tres años y 40 puestos de salud, atendidos por los Asistentes de Médico II (Ayudantes de Salud) han ampliado las coberturas geográficas y demográficas, en beneficio de la población rural. A la ciudad de Colón, con problemas sanitarias importantes, se le han mejorado los servicios existentes y se ha sectorizado la ciudad para redistribuir los recursos humanos y responsabilizarlos por áreas específicas, con la finalidad de conectarlos con la realidad de la comunidad y junto con ella enfrentar sus problemas. En cada sector se ubicará un centro de salud, en donde se brindarán los servicios básicos de atención de salud, además de los programas de educación y participación comunitaria.

El personal de salud se ha incrementado sustancialmente, así tenemos que, los médicos que en 1973 representaban una tasa de 4.6% habitantes se desplazó a 6.2%oo habitantes en 1976; igual situación se observa para el mismo período para los odontólogos (0.6 a 0.8), enfermeras (4.3 a 4.9) y el resto del personal de salud también experimentó incremento significativo.

En 1976, los recursos financieros del Sistema Integrado de Salud de Colón, alcanzaron la cifra de B/.4,062,250.00, representando una inversión de B/.30.80 por habitante, representando un incremento importante con respecto a lo observado en 1973.

Organización del Sistema Integrado de Salud de Colón.

Para fines de salud, la provincia de Colón ha desarrollado el concepto de regionalización diseñado desde el nivel nacional, del cual dependen y ha establecido dos áreas de salud:

1. Area de salud urbana (metropolitana).

   En ella se ubican actualmente las instalaciones más importantes del sistema: un hospital y una policlínica.

   La concentración institucional de los recursos no permitió que estos tomaran contacto con la realidad circundante y se detuvieron en las labores de atención de la demanda espontánea, lo cual exponía a la población a un continuado deterioro de su salud.

   En la actualidad, el área urbana ha sido dividida en cuatro sectores, con una instalación de salud como centro de gravedad y una población como su responsabilidad. Se han asignado los recursos, descentralizándolos desde sus instituciones originarias, en donde la atención de la salud, el trabajo de comunidad y la participación de la población en la solución de sus problemas, constituyen su sistema de

trabajo.

2. Area de salud rural.

La zona rural significa el 40% de la población de la provincia, con necesidades de salud más marcados : agua potable, excretas, vacunas, atención médica, agregados a pocas vías de comunicación, reducidas condiciones de trabajo, ausencia de técnicas agrícolas adecuadas y otras.

Al inicio del proceso integracionista, la capacidad instalada en el sector rural se circunscribía a la existencia de dos instalaciones. En la actualidad el área ha sido organizada en 8 sectores, y cada uno de ellos es servido por un centro de salud, dotado de personal y recursos suficientes para atender las demandas de salud.

Cada sector se ha dividido en subsectores, en donde existen subcentros o puestos de salud, dispuestos para brindar atención primaria en los lugares más apartados de cada uno de ellos.

Con este esquema de organización que se expone en anexo, el Sistema Integrado de Salud de Colón espera reducir la marginalidad de la población campesina e incorporar a la zona urbana al trabajo comunitario.

PROGRAMAS DE SALUD.

Saneamiento del medio

La Provincia de Colón ha contribuido con las labores realizadas por el programa, a través de la construcción de 9 acueductos comunitarios y 26 pozos sanitarios, agregando a la cobertura de población rural beneficiada en 11% adicional. En ambas actividades los logros superaron las metas establecidas para la provincia. Se suministraron 570 letrinas a igual número de vivienda, beneficiando con ellas aproximadamente a 2,850 habitantes, y se continuó con las labores de mejoramiento de las condiciones físicas de la vivienda en el medio rural y acentuando este trabajo en la ciudad de Colón mediante acciones de tipo educativo.

Programa Materno-Infantil

La tasa de natalidad de Colón es del orden del 3.2% y la atención profesional en el parto el 86% de los nacimientos vivos, con una tasa de mortalidad materna de 0.8, inferior al promedio nacional y que reflejan un adecuado manejo de los problemas obstetricos de la provincia. Para el año de 1976 se dieron a las 3,895 mujeres que se controlan un tal de 26,261 consulta a razón de 6.7 consultas por mujer al año.

A pesar de los éxitos alcanzados en el control del embarazo y del parto en la provincia de Colón reconocemos la existencia de problemas importantes en lo referente a la mortalidad infantil, en donde la tasa, 46.7‰ nacidos vivos, resulta lo más alta del país y supera en un 50% al promedio nacional.

Al examinar en detalle el problema nos encontramos con que la mortalidad pos-neonatal, de 26.8% nacidos vivos, representa el 57% de las defunciones de menores de un año, siendo este el grupo más sensible a las técnicas preventivas existentes y a

disposición de la población. Los valores más altos de estas defunciones se registran en la ciudad de Colón, evidenciando un sentimiento de auto-marginalidad como resultado de problemas sociales y educativos latentes en la población.

La sectorización, el establecimiento de nuevos centros de salud en cada sector de la ciudad, programas educativos a nivel de la comunidad como resultado de investigaciones en profundidad de la situación, son los medidas que se están implementando al corto plazo para enfrentar el problema de la ciudad de Colón y en el área rural de la provincia, haciendo particular énfasis en las actividades del programa Materno Infantil y en el saneamiento del medio ambiente, esperando modificar con el apoyo de la comunidad, los indicadores comentados.

Programa de Adultos

Para la atención del adulto en Colón, el sistema ha dedicado importantes recursos para satisfacer las demandas de servicios preventivos y curativos. Los accidentes y las enfermedades degenerativas son las principales causas de enfermedad y de muerte, para las cuales se están desarrollando programas de vigilancia y control.

La mortalidad del adulto se ha mantenido a los mismos niveles que la del país y la proporcional (50 años y más) registró un 54.7% de todas las muertes en 1975, con pocas variaciones con respecto a los años anteriores.

Salud mental.

Las actividades del Programa de Salud Mental en Colón, están en función de las posibilidades de los recursos existentes en la provincia, definidos como escasos ante una demanda creciente. Para la población actual se cuenta con un siquiatra, un sicólogo y una enfermera con adiestramiento en esta actividad y que no labora a tiempo completo.

Con este equipo se produjeron, en 1976, 5,073 consultas, de las cuales 3,230 las dio el médico y 1,843 el sicólogo, y se atendieron 49 casos hospitalizados, cifras que no reflejan la magnitud del problema.

Se han desarrollado importantes labores docentes en dos áreas, principalmente:

A nivel del personal de salud, mediante charlas al cuerpo médico y cursos de relaciones humanas a varios grupos de funcionarios administrativos. A nivel de las instituciones escolares, mediante charlas al personal docente y padres de familia, encaminadas a la prevención primaria por medio del manejo adecuado del niño y en la comprensión de sus crisis y conflictos.

Las labores preventivas en las escuelas son limitadas y adolecen de mayor dedicación y seguimiento debido principalmente, a lo reducido del tiempo disponible para estas tareas.

Salud dental.

El servicio dental en esta provincia, ha venido aplicando una metodología de trabajo diferente a las demás provincias integradas. Este sistema contempla varios ambientes o cubículos de atención según necesidades del paciente.

El proceso se inicia con el examen dental por un odontólogo examinador quien establece las necesidades y prioridades dentales del paciente, y diseña su plan de trabajo dental. Se continúa con el tratamiento requerido cuyo plan no se modifica sin consulta previa con el odontólogo examinador. Este método ha demostrado ser mucho más ágil y permite una mayor cobertura de población.

El servicio se rige por las normas establecidas a nivel nacional, dando prioridad al tratamiento integral y enfatizando las acciones educativas mediante charlas, control de

placas bacterianas, capacitación del paciente para autoaplicación de fluoruro de sodio y otras.

Para una población de 131,859 habitantes en 1976, el recurso dental disponible alcanzaba a 10 odontólogos a tiempo completo, 5 asistentes dentales, un servicio dental a nivel urbano con 5 ambiente de trabajo y una unidad dental móvil. Esta última efectúa giras conjuntamente con el equipo de salud del Sistema Integrado, de manera programada, sin alterar el funcionamiento del sistema regular de atención odontológica. En la provincia opera un laboratorio de la Facultad de Odontología de la universidad estatal.

Para aumentar la cobertura de las áreas marginadas, se están adquiriendo unidades dentales de tipo modular, las cuales se están ubicando en los sectores rurales o menos accesibles. Se proyecta, además, la formación de Asistentes de Odontología Comunitaria, para realizar actividades de prevención.

Educación para la Salud.

El Sistema Integrado ha tratado de maximizar el efecto de las actividades de educación para la salud, mediante la asignación de funciones específicas a miembros del equipo de salud, como el caso de la Trabajadora Social quien realiza labores directas de educación en los distintos sectores, formando parte del equipo multidisciplinario que desarrolla sus actividades en cada centro de salud. Se han intensificado las acciones de organización de Comités de Salud, participación en grupos comunitarios, desarrollo de seminarios de salud comunitaria, preparación de eventos educativos acompañados con ayudas audiovisuales y capacitación de líderes de la comunidad.

Programa de Nutrición

El Sistema Integrado de Salud de Colón al igual que las otras provincias panameñas vive su problema de Nutrición como resultado de una serie de factores de orden geográfico, económico, cultural y político.

La interrelación de estos factores determinan la disponibilidad, el consumo y la utilización de alimentos y es por ello que el programa extiende prioritariamente sus acciones a sectores que se consideran marginados.

Se brinda tratamiento adecuado a nivel hospitalario en aquellos caso con mayor compromiso nutricional e infectados, continuando su seguimiento a nivel del hogar - evaluando la situación de la familia y de la comunidad y realizando actividades en todos los niveles para captar los casos incipientes y prevenir el daño en aquellos aún no afectados.

En algunos sectores rurales se han establecido los proyectos del Programa de Producción para aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local desarrollando los Huertos Comunitarios los cuales a través de la debida educación nutricional tratan de incorporar a la dieta usual los alimentos producidos en estos Huertos, alimentos casi siempre desconocidos pero fuentes de aquellos nutrientes deficientes (vitaminas), cultivándose especialmente vegetales verdes y amarillos (pimientos, lechuga, zanahoria, habichuelas).

Igualmente se realizan proyectos avícolas, en las comunidades debidamente organizadas, con el propósito de aumentar la disponibilidad de proteínas de buena calidad (huevos y carnes) cuya deficiencia en la dieta es causa de la desnutrición protéico-calórica prevalente en los sectores marginados rurales. Actualmente existen en la provincia de Colón 3 proyectos avícolas y 11 huertos comunitarios.

Todas las acciones del Programa de Nutrición en el área rural y en el área urbana conllevan componentes educativos a nivel de las comunidades tendientes a lograr cambios en los patrones de consumo, realizados a través de entrevistas, charlas y especialmente seminarios de Salud Comunitaria; en cada sector a través de sus Centros de Salud y de los distintos niveles de atención se efectúa también la complementación alimentaria (distribución de leche semidescremada).

El problema de nutrición en este Sistema Integrado recibe el apoyo de todos los niveles estatales y de la comunidad quienes con el concurso de Agencias Internacionales, efectúan el máximo esfuerzo para superar el problema de nutrición en algunos sectores en esta Provincia de Colón que es parte de nuestra problemática de país en vías de desarrollo.

PROGRAMA DE ADMINISTRACION

Durante el período transcurrido en el proceso integracionista, este programa a través de la implementación de adecuados procedimientos y sistemas administrativos ha logrado un servicio de mejor calidad, a menor costo, al dirigir la utilización racional de los recursos físicos, humanos y económicos como apoyo a los programas de salud mencionados con anterioridad.
Los avances relevantes en el Programa de Administración son los siguientes.
1 .- Centralización de los servicios administrativos en unidades con responsabilidad provincial en los sistemas de contabilidad, mantenimientos, Presupuesto, Almacén Central y Control de Inventarios, Transporte y Personal.

2 .- Supervisión a los diferentes niveles de atención a través de reuniones periódicas para establecer mecanismos administrativos uniformes.

3 .- Implantación de un sistema adecuado para el suministro de medicamentos.

4 .- Desarrollo de programas continuados para entrenamiento del personal del Sistema en las áreas administrativas y técnicas, tales como asistencia de personal administrativo a seminarios y cursos en los aspectos de presupuesto, administración de personal, supervisión, etc. realizados a nivel nacional y provincial.

5 .- Implantación de un solo sistema estadístico y de registro de la información sobre servicios prestados.

SECTORIZACION DE LA REGION PROVINCIAL DE COLON

REGION DE SALUD	AREA DE SALUD	SECTOR DE SALUD	SUBSECTOR
COLON	AREA URBANA METROPOLITANA	SECTOR 1- Policlínica P.Melendez	NO DEFINIDOS
		SECTOR 2 -C.S. Calle 5	
		SECTOR 3 - C.S. Calle 9	
		SECTOR 4 - C.S. Calle 16	
	AREA RURAL	SECTOR 1 - Sabanitas	NO DEFINIDOS
		SECTOR 2 - Buena Vista	
		SECTOR 3 - Nvo.San Juan	
		SECTOR 4 - Portobelo	
		SECTOR 5 - Santa Isabel	
		SECTOR 6 - Escobal	
		SECTOR 7 - Palmas Bellas	
		SECTOR 8 - Icacal	

NIVELES DE ATENCION MEDICA SEGUN AREA Y SECTOR
DE SALUD EN LA PROVINCIA DE COLON
AÑO: 1977

AREA Y SECTOR DE SALUD	NIVELES DE ATENCION					
	I		II		III	IV
	Ia (*)	Ib	IIa	IIb		
TOTAL:	(23)	(4)	(5)	(7)	(1)	(-)
AREA URBANA	(-)	(-)	(3)	(1)	(1)	(-)
SECTOR 1 Policlínica y Hospital	(-)	(-)		(1)	(1)	(-)
SECTOR 2 Calle 5	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 3 Calle 9	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 4 Calle 16	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
AREA RURAL	(23)	(4)	(2)	(6)	(-)	(-)
SECTOR 1 Sabanitas	(1)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 2 Buena Vista	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 3 Nuevo San Juan	(2)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 4 Portobelo	(6)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 5 Santa Isabel	(6)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 6 Escobal	(4)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 7 Palmas Bellas	(1)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 8 Icacal	(2)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)

(*) Puestos de Salud con edificio. En total son 40 unidades.

A N E X O S

CUADRO N° 2

DENSIDAD DE LA POBLACIÓN POR KM^2., POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970 - 1976.

VINCIA	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
TOTAL	18.9	19.5	20.1	20.8	21.4	22.0	22.7
el Toro	4.9	5.1	5.2	5.5	5.5	5.7	5.9
	23.4	24.1	24.7	25.4	28.3	26.7	27.3
	25.7	26.5	25.2	28.0	28.7	29.5	30.3
	27.0	27.7	28.4	29.1	29.9	30.5	31.2
	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5
	29.9	30.5	31.0	31.6	32.4	32.1	33.2
loss	18.7	18.8	18.8	18.9	18.9	19.0	19.0
	51.1	53.5	55.9	58.4	61.1	63.6	66.4
n Blas	7.7	7.9	8.1	8.2	8.4	8.6	8.8
s	13.7	14.4	14.3	14.6	13.7	15.0	15.2

e: Departamento de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

LONGITUD EN KILÓMETROS POR PROVINCIA, SEGÚN TIPO DE SUPERFICIE

AÑO : 1975.

PROVINCIA	TOTAL	%	TIPO DE SUPERFICIE			
			HORMIGON	ASFALTO	REVESTIDOS	TIERRA
TOTAL	7,320.5	100	637.0	1676.7	2086.4	2920.4
Bocas del Toro	707	1.0	-	-	23.0	47.7
Coclé	941.6	12.9	106.1	214.2	196.5	424.8
Colón	383.9	5.2	55.9	98.4	109.7	119.9
Chiriquí	1,723.0	23.6	167.0	353.5	618.2	584.3
Darién	74.5	1.0	-	-	44.5	30.0
Herrera	805.1	11.0	10.0	158.0	277.2	359.9
Los Santos	1,013.4	13.8	-	290.2	195.2	528.0
Panamá	1,123.3	15.3	194.9	284.0	271.4	373.0
Veraguas	1,185.0	16.2	103.1	278.4	350.7	452.8

Fuente: Red vial de la República de Panamá, Ministerio de Obras Públicas.

CUADRO N° 11

PERSONAL MÉDICO EN EJERCICIO POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975 (1).

VINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	6.3	6.8	7.0	7.5	7.7	7.5
s del Toro	4.0	2.9	5.4	7.3	7.3	9.2
é	2.3	3.0	2.7	3.0	3.1	2.7
ón	4.5	4.0	4.2	4.6	5.3	5.2
iquí	4.0	4.6	4.1	4.2	5.0	5.8
én	2.2	2.2	1.7	1.7	1.7	2.5
era	3.0	3.8	3.3	3.4	4.2	3.5
ontos	2.5	3.6	4.4	4.0	3.7	3.8
nái	10.7	11.6	12.0	12.6	12.4	11.6
güas	1.4	2.0	2.0	2.2	2.7	2.2

Tasa por 10,000 habitantes. A base de la estimación de la población del año respectivo.

ntes: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO Nº 12

ODONTÓLOGOS EN EJERCICIO POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975. (1)

VINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	1.2	1.1	1.0	1.2	1.3	1.3
del Toro	1.0	0.2	0.9	0.8	1.4	1.4
	0.8	0.7	0.6	0.8	0.9	0.9
en	0.9	0.6	0.3	0.6	0.7	0.7
golf	0.9	0.7	0.5	0.8	1.1	0.9
n.	0.6	0.4	0.4	0.4	0.8	0.8
ra	0.8	0.7	0.8	0.9	0.8	0.9
ntos	1.0	0.8	1.1	1.5	1.4	1.2
á	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9
ais	0.7	0.5	0.4	0.7	0.6	0.6

cada 1,000 habitantes. A base de la estimación de población del año respectivo.

Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N° 13

ENFERMERAS EN EJERCICIO, POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA.
AÑOS: 1970-1975. (1)

OVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	7.4	6.4	7.0	6.8	7.0	7.1
del Toro	5.0	2.7	4.5	7.3	8.7	7.5
	2.4	1.6	1.5	1.8	1.6	1.9
ón	6.4	4.3	3.9	4.2	4.4	4.6
quí	3.8	3.3	3.5	3.7	4.1	5.4
n	3.4	2.6	2.1	1.7	1.2	2.5
ro	3.2	3.2	2.5	2.4	2.0	2.9
ntos	3.2	2.5	2.3	3.6	2.6	3.3
á	12.8	11.7	13.0	11.8	12.1	11.5
uas	1.8	1.3	1.1	1.2	1.3	1.5

sa por 1,000 habitantes. A base de la estimación de la población del año respectivo.

CUADRO Nº 14

AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EJERCICIO, POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975 (1).

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	11.6	12.9	13.9	14.2	14.0	9.7
[illegible] del Toro	5.0	4.9	18.3	16.5	16.8	15.5
[illegible]clés	4.1	6.0	6.9	6.2	5.9	4.9
[illegible]lón	7.0	9.7	9.0	12.5	13.0	15.6
[illegible]iriquí	8.0	9.7	11.5	11.2	10.4	6.0
[illegible]riérn	6.2	6.9	5.1	4.2	6.6	11.0
[illegible]rrera	7.4	10.1	11.3	11.2	12.4	8.3
[illegible]s Santos	8.4	8.7	13.0	1.25	12.7	12.0
[illegible]amá	20.0	20.8	20.5	20.9	20.2	11.8
[illegible]raguas	3.4	3.6	4.3	4.9	4.5	3.8

(1) Tasa calculada por 10,000 habitantes. A base de la estimación de la población, al 9 de julio del año respectivo.

SITUACIÓN DE LA PROVISIÓN DE AGUA POTABLE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO : 1976.

DETALLE	REPÚBLICA TOTAL		SECTOR URBANO		SECTOR RURAL	
	Nº HABITANTES (1)	%	Nº HABITANTES (1)	%	Nº HABITANTES	%
Población Total	1,745,000	100.0	900,000	100.0	845,000	100.0
Población Beneficiada con Agua Potable:	1,432,600	82.1	900,000	100.0	532,600	63.0
A. Por Acueductos-Totales	1,222,600	70.1	900,000	100.0	322,600	38.1
1. Acueductos I.D.A.AN	1,010,400	57.9	882,300	98.0	128,100	15.1
2. Acueductos Municipio	3,600	0.2	3,600	0.4	0	0.0
3. Acueductos Privados	38,600	2.2	14,100	1.6	24,500	2.9
4. Acueductos Comunales	170,000	9.7	0	0.0	170,000	20.1
B. Por Pozos Sanitarios	210,000	12.0	0	0.0	210,000	24.8
Población Servida con Conexión Domiciliaria.						
A. Por Total Acueductos	1,029,400	59.0	838,800	93.2	190,600	22.5
1. Acueductos-IDAAN	899,320	51.5	825,220	91.7	74,100	8.7
2. Acueductos Municipio	3,080	0.2	3,080	0.3	0	0.0
3. Acueductos Privados	25,800	1.5	10,500	1.2	15,300	1.8
4. Acueductos Comunales	101,200	5.8	0	0.0	101,200	11.9

(1) Población estimada al 31 de diciembre de 1976.

Fuente: Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN).

CUADRO N° 10

CAMAS DISPONIBLES POR 1,000 HABITANTES, POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1976.

PROVINCIA	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
TOTAL	3.1	3.2	3.4	3.3	3.6	3.8	3.7
Bocas del Toro	3.6	3.5	4.7	4.8	5.2	4.6	3.7	
	1.8	1.7	1.7	1.7	2.1	2.2	2.2
	2.5	2.9	2.5	3.0	2.7	2.4	2.2
	2.1	2.0	2.2	2.2	2.5	3.3	3.0
	1.6	2.3	2.3	2.3	2.3	2.1	3.1
	2.6	2.7	2.9	3.3	3.8	3.8	4.1
	2.5	2.4	5.1	5.2	6.6	7.4	6.9
	4.8	4.7	4.8	4.5	4.7	4.6	4.7
Kuna Yala	1.0	1.2	1.2	3.5	5.0	1.7	3.9
	1.1	1.2	1.1	1.2	1.2	4.1	1.6

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

SITUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE EXCRETAS Y AGUAS SERVIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 1976.

DETALLE	REPÚBLICA TOTAL		SECTOR URBANO		SECTOR RURAL	
	N° HABITANTES (1)	%	N° HABITANTES (1)	%	N° HABITANTES (1)	%
Población Total	1,745,000	100.0	900,000	100.0	845,000	100.0
Población Servida por Algún Sistema Sanitario	1,533,400	87.8	873,900	97.1	659,500	78.0
A. Por total alcantarillados	631,900	36.2	626,400	69.6	5,500	0.6
1. Alcantarillados IDAAN	624,300	35.8	622,400	69.2	1,900	0.2
2. Alcantarillados Privados	7,600	0.4	4,000	0.4	3,600	0.4
B. Tanques sépticos	92,000	5.3	57,000	6.3	35,000	4.1
C. Letrinas sanitarias	809,500	46.4	190,500	21.1	619,000	73.2

(1) Población estimada al 31 de diciembre de 1976.

Fuente: Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.)

CUADRO N° 4

ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO, REGISTRADA POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA. AÑOS : 1970 - 1975.

OWINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	65.00	67.7	68.2	69.4	71.8	71.9
ell Toro	49.9	53.6	50.7	48.6	47.8	49.8
	43.1	46.5	46.2	42.3	48.2	49.1
	81.4	82.4	82.0	82.8	82.8	86.1
ví	52.9	55.1	57.1	59.9	62.1	62.2
	15.2	22.3	22.1	25.7	19.2	31.7
	56.3	61.3	61.6	60.7	67.6	66.8
nicos	56.0	62.3	61.9	62.2	69.1	72.0
á	90.0	91.2	91.0	92.1	92.6	92.7
San Blas	24.4	33.4	38.6	36.6	48.5	48.5
as	30.6	26.9	34.0	35.5	38.6	39.5

ente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N° 3

NATALIDAD REGISTRADA POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970 - 1976 (1).

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	37.1	37.2	36.0	33.2	32.6	32.2
...del Toro	43.1	46.8	48.7	43.7	46.8	44.0
...	41.8	40.1	38.9	35.7	33.5	36.1
...n	37.3	34.8	36.1	33.9	31.6	32.8
...guiT	38.2	39.0	40.1	34.8	35.6	34.9
...	40.8	41.7	35.8	31.1	33.5	35.0
...a	37.2	37.5	31.7	30.6	29.9	27.7
...ntitos	31.6	31.0	27.9	24.7	22.6	21.8
...á	35.2	35.3	34.2	31.2	31.5	30.5
... Scan Blas	33.4	31.0	27.1	23.9	24.9	27.2
...guas	40.0	38.8	38.2	35.6	33.1	35.5

(1) Calculada por 1,000 habitantes. A base de la estimación de la población del año respectivo.

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

CUADRO N° 8

DEFUNCIONES MATERNAS REGISTRADAS POR PROVINCIA, EN LA REPUBLICA. AÑOS : 1970-1975.(1)

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	1.4	1.1	1.1	1.0	0.8	0.9
cas del Toro	0.5	0.9	1.4	—	1.3	1.3
clé	1.6	1.2	1.5	0.6	0.7	0.8
léón (1)	1.6	2.0	0.7	1.2	1.2	0.8
iriaquí	1.9	0.9	1.2	1.0	0.4	1.5
riénn	4.3	2.1	2.4	-	-	-
rrera	0.7	1.1	1.6	1.3	-	1.8
s Santos	0.4	0.9	2.1	1.1	1.2	0.6
namá	0.8	0.7	0.5	0.7	0.7	0.5
ragguas	2.5	2.1	1.9	2.5	1.8	1.5

1) Por cada 1,000 nacimientos vivos.
1) Incluye la comarca de San Blas.
ente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N° 7

DEFUNCIONES DE MENORES DE 28 DÍAS REGISTRADAS POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA: AÑOS: 1970-1975 (*).

O'VICIA	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	
TOTAL	20.8	19.7	17.4	16.1	16.8	17.9	
del Toro	19.6	16.1	15.0	9.6	11.2	11.1	
	17.8	17.0	16.1	15.4	18.3	23.3	I
n	21.7	26.0	26.0	20.2	17.0	19.9	IV
guí	21.5	21.3	18.3	19.1	19.4	20.2	III
n	21.6	22.8	17.9	18.5	19.8	15.2	
ro	24.0	16.2	16.8	19.0	14.2	20.5	II
ntos	19.7	14.7	12.3	14.7	6.0	11.2	
á	18.7	18.2	15.2	13.5	16.1	16.8	
uass	27.1	23.1	21.5	19.0	20.4	16.1	

(*) Sobre 1,000 nacidos vivos.

(1) Incluye la Comarca de San Blas.

e: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N°6

DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO REGISTRADAS POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1976(1).

VINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	40.5	37.6	33.7	33.3	31.5	31.0
ell Toro	52.0	46.5	39.0	42.0	30.3	32.5
	44.6	38.8	38.5	36.6	33.0	37.4
	48.5	50.7	48.8	49.6	40.4	46.7
r	44.6	42.6	45.0	38.6	37.9	33.6
	63.6	43.6	46.2	33.8	34.6	28.0
	39.5	32.1	28.6	29.6	31.8	31.8
os	30.2	25.8	24.0	21.2	12.7	24.3
	33.7	31.8	27.5	27.7	25.2	25.6
arn Blas	39.6	34.2	36.6	23.8	20.5	17.4
s:	47.3	40.7	39.5	39.5	45.0	34.2

r cada 1,000 nacidos vivos.

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

CUADRO N° 9

MORTALIDAD PROPORCIONAL DE 50 AÑOS Y MÁS REGISTRADA POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975.(*)

OWINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	42.8	42.9	44.9	46.0	48.4	50.2
deel Toro	22.9	20.2	24.9	22.7	31.6	25.3
	34.7	38.3	37.5	40.8	43.1	42.4
	52.5	53.0	53.6	53.0	58.7	54.7
quí	34.9	31.1	32.1	34.9	36.2	41.2
n	16.9	20.8	22.9	28.7	26.7	17.3
ro	48.7	49.9	49.6	50.4	56.2	54.3
ntos	59.7	59.8	57.5	63.9	71.6	70.5
ó	51.3	52.1	56.2	55.8	57.3	58.2
ona Blas	28.0	25.0	28.6	---	31.7	---
uas	34.1	31.2	32.0	32.0	33.5	39.2

(*) Por cada 100 defunciones.
(---) Cifras no disponibles.
Fuente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO Nº 5

DEFUNCIONES GENERALES REGISTRADAS POR PROVINCIA EN LA REPUBLICA. AÑOS: 1970 - 1976. (1)

OVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	7.1	6.7	6.0	5.8	5.6	5.2
os del Toro	9.1	8.2	6.0	6.7	6.0	4.9
lé	8.0	6.9	6.2	6.6	5.1	5.4
lón	8.3	8.7	8.1	8.1	6.2	7.2
ricuí	7.6	6.7	6.7	6.2	6.1	5.5
iém	8.3	5.4	5.0	4.6	4.4	4.3
rera	7.7	6.8	6.2	6.0	5.5	5.5
Santos	6.6	6.3	5.5	5.8	5.7	5.5
amá	5.8	5.7	5.1	4.9	4.6	4.5
San Blas	5.3	5.1	3.9	2.6	2.9	2.4
aguas	9.2	8.8	7.1	7.4	8.0	6.6

Tasa por 1,000 habitantes. A base de la estimación del año respectivo.

te:: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES REGISTRADAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y LABORATORIOS DE LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970 - 1976.

ENFERMEDADES (1)	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Fiebre tifoidea	5	32	15	18	10	7	30
Fiebre paratifoidea	29	48	31	65	97	48	47
Otras salmonelosis	65	20	12	25	24	11	22
Disentería bacilar	7	57	65	36	36	102	73
Intoxicación alimentaria	211	46	77	144	65	238	233
Amibiasis	270	584	575	442	350	495	704
Tuberculosis, todas formas	1,375	2,190	1,834	1,115	898	965	1,021
Tuberculosis pulmonar	1,363	2,111	1,771	1,019	851	911	856
Brucelosis	1	-	-	-	4	-	1
Difteria	40	22	10	3	2	-	-
Tosferina	166	904	1,597	515	697	135	61
Angina estreptocócica y escarlatina	296	546	712	718	799	1,491	2,717
Infecciones meningocócicas	15	5	2	1	1	1	7
Poliomielitis paralítica	-	5	-	-	-	-	-
Poliomielitis no especificada	12	71	2	-	-	-	-
Varicela	349	268	321	492	642	682	814
Sarampión	4,169	4,324	1,319	3,198	308	245	1,317
Fiebre amarilla selvática	-	-	-	-	4	-	-
Parotiditis	813	110	259	429	899	728	464
Encefalitis vírica	-	1	6	-	-	-	-
Erisipela	798	360	457	633	583	500	637
Hepatitis infecciosa	228	428	764	701	232	347	1,363
Rabia en el hombre	-	1	-	1	-	-	-
Rabia en animales	5	22	10	9	11	18	20
Tripanosomiasis americana (chagas)	-	49	13	19	12	10	28
Fiebre reumática	-	88	73	236	113	126	251
Paludismo (malaria)	4,807	1,416	913	1,659	1,240	666	727
Sífilis	693	878	739	762	1,064	1,655	3,957
Infecciones gonocócicas	1,547	2,091	1,558	1,799	2,095	2,525	3,453
Influenza	25,593	19,460	20,978	17,336	21,909	19,559	28,894
Tétanos	58	87	31	71	101	31	63
Leishmaniasis	326	29	119	118	81	132	111
Anquilostomiasis (uncinariasis)	-	1,255	594	1,138	1,094	1,435	1,855

(1) Según la clasificación Internacional de Enfermedades, 8a. revisión.

Fuente: Estadísticas de Salud, 1976.- Ministerio de Salud.

SISTEMA INTEGRADO DE SALUD: COLON

PROGRAMAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
1974 - 1976

ACTIVIDADES	1974		1975		1976	
	Logros	%	Logros	%	Logros	%
AGUA						
Acueducto	4	80	12	200	9	150
Pozos Construídos	19	62	22	96	26	144
Pozos Reparados	51	425	66	507	100	200
CONTROL DE EXCRETAS						
Letrinas	248	38	429	103	570	414
Eliminación Problemas de aguas negras	383	766	315	321	260	173
BASURAS						
Dotación de Tinacos	171	42	225	75	282	106
Dispositivos Domiciliarios	13	20	15	43	54	270
INSECTOS ROEDORES						
Cebos Raticidas	43449		28900		22190	
VIVIENDAS						
Mejoras a Viviendas	323	113	395	108	468	153
INSPECCIONES PRACTICADAS	11836	(1) 5.12	12621	(1) 4.49	15428	(1) 5.6
INSPECTORES - AÑO	10.5		12.75		12.5	

* Se refiere al porcentaje de la meta programada.

((1) Inspecciones promedio diario por inspector.

XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
Montevideo, Uruguay - 6 al 11 de junio, 1977

EXPERIENCIAS DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE SALUD EN LA PROVINCIA DE COLÓN

DRA. EDITH J. DE BETHANCOURT
DIRECTORA DEL SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
DE LA PROVINCIA DE COLON

Panamá, R. de Panamá
- 1977 -

Integración en Salud.

Al iniciarse el Gobierno Revolucionario en 1968, en nuestro país, los servicios de salud se caracterizaban por la existencia de múltiples instituciones que brindaban servicios a la población con los consiguientes altos costos de las prestaciones, deficiente utilización de los recursos y duplicidad de servicios, unido a una distribución injusta de los beneficios del desarrollo a la población.

Se define como uno de los objetivos de la gestión revolucionaria, el de asegurar el desarrollo y la transformación nacional no obstante las limitaciones de los recursos técnicos administrativos y financieros existentes, lo mismo que lograr una mejor distribución de estos recursos, permitir la incorporación del hombre marginado al proceso de desarrollo, mejorar sus condiciones de vida y lograr las aspiraciones de la población panameña con un mínimo costo social.

Como consecuencia de lo observado y con el deseo de modificar la situación encontrada, se plasma en la Constitución Política de 1972, el artículo 107 que dispone que los sectores gubernamentales de salud incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégranse orgánica y funcionalmente con el fin primordial de una "Salud Igual para Todos". De esta manera, las dos instituciones responsables de la atención médica de la población -Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social- consolidan sus recursos humanos, financieros y materiales disponibles, en función de población total.

La implantación de este proceso ha sido respaldada por la decidida disposición de los más altos personeros del gobierno revolucionario liderizados por nuestro Jefe de Go-

bierno, General Omar Torrijos Herrera, y la efectiva colaboración de los máximos dirigentes del sector salud, Dr. Abraham Saied, Ministro de Salud y Dr. Jorge Abadía Arias, Director General de la Caja de Seguro Social.

Por decisión del Jefe de Gobierno, el proceso de integración se puso en ejecución en tres de las provincias con mayores problemas de salud, a saber: Colón, Bocas del Toro y Veraguas. Con base en objetivos definidos, sin un esquema de planificación convencional, se ha tratado de lograr un modelo propio de integración con capacidad de dar respuestas oportunas y efectivas a las necesidades en salud de nuestras comunidades. A través de la implantación del proceso, se han ido incorporando las experiencias y haciendo ajustes en cada provincia, de acuerdo a las necesidades.

La Integración en Salud, no constituye un sistema piloto sino más bien, un proceso que en forma progresiva ha incorporado a sectores anteriormente marginados de los servicios de salud, sin deterioro de la situación y manteniendo prestaciones de salud integrales en calidad adecuada y cantidad suficiente, a un costo compatible con los recursos disponibles.

Inspirados en las bondades de esta nueva política de salud, se ha logrado el trabajo conjunto de los funcionarios del sector salud en todos sus niveles y una completa identificación entre los equipos técnicos y administrativos de las dos instituciones, lo que ha permitido la integración efectiva de los recursos. Se trata de un proceso complejo, particularmente porque propugna por una utilización más racional de los recursos que antes estaban siendo utilizados en forma separada por las dos instituciones.

En Panamá, la Integración en Salud la hemos definido como la organización conjunta y funcional de todos los recursos humanos, físicos y financieros destinados a los Programas y Servicios de Salud, para satisfacer en forma óptima las demandas en salud y enfermedad de todos los miembros de la comunidad.

SITUACION GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA.

La provincia de Colón está situada en la parte central y norte de la república, limitando al norte con el Mar Caribe, al este con la Comarca de San Blas, al sur con las provincias de Panamá y Coclé, y al oeste con la provincia de Veraguas. Se encuentra dividida por el sector noreste del territorio nacional, denominado Zona del Canal bajo jurisdicción norteamericana.

La superficie de la provincia es de 4,259 km.^{2} y su capital es la ciudad de Colón, que a la vez funciona como puerto. Es la segunda ciudad en importancia de la república. El clima predominante es el tropical húmedo y el promedio de temperatura máxima es de 28° C. Es una región muy lluviosa y la precipitación pluvial anual promedia entre 3,000 y 5,000 milímetros.

Entre los recursos naturales de la provincia figuran el cobre y el molibdemo, maderas y una abundamente riqueza ictiónica.

Las actividades comerciales, por razón de su relación como ciudad terminal del Canal de Panamá, desempeñaba un papel preponderante, y desde 1951 labora aquí la llamada Zona Libre de Colón, dedicada primordialmente a la exportación de mercaderías, ha permitido la ocupación de un importante sector de la población. Posee, además la provincia, otras industrias como fábrica de cemento, refinadora de petróleo y del carbón, etc.

Cuenta la provincia con 303.2 km. de caminos de hormigón, asfalto, grava y piedra. La carretera más importante es la vía transístmica que enlaza las ciudades de Panamá y Colón, a igual que el ferrocarril con una extensión de 77 kms. Tiene, además, tres pistas de aterrizaje en Coclé del Norte, Nombre de Dios y Belén y recientemente fue entregadas a la administración panameña, la parte de France Field, antiguamente bajo juris-

dicción de los Estados Unidos de Norteamérica.

Las actividades manufactureras en expansión en la provincia, aumentaron el consumo de energía eléctrica, de 20,284,000 KWH en 1961 a 62,890,000 KWH, en 1971. La población estimada de la provincia, en 1976, alcanzó 131,879 habitantes y su densidad en 31 habitantes por $km.^2$. Es importante señalar, que el 60% de esa población se ubica en las zonas urbanas y que registró, durante la década de 1960-70, un incremento natural de 2.8%, pero las tendencias actuales indican una reducción más acentuada en los últimos años. La población analfabeta era del 18.9% en 1970; nuevos programas educativos acompañados de la construcción de un mayor número de escuelas, pretenden disminuir significativamente estas cifras.

Recursos de Salud.

Desde el inicio de la Integración de los servicios de salud en 1973, se han incrementado los recursos destinados a la atención de la población colonense; seis (6) nuevos centros de salud, 5 de ellos con anexos materno-infantiles, se han construido en los últimos tres años y 40 puestos de salud, atendidos por los Ayudantes Médicos II (Asistentes de Salud) han ampliado las coberturas geográficas y demográficas, en beneficio de la población rural. A la ciudad de Colón, con problemas sanitarias importantes, se le han mejorado los servicios existentes y se ha sectorizado la ciudad para redistribuir los recursos humanos y responsabilizarlos por áreas específicas, con la finalidad de conectarlos con la realidad de la comunidad y junto con ella enfrentar sus problemas. En cada sector se ubicará un centro de salud, en donde se brindarán los servicios básicos de astención de salud, además de los programas de educación y participación comunitaria.

El personal de salud se ha incrementado sustancialmente, así tenemos que, los médicos que en 1973 representaban una tasa de 4.6% habitantes se desplazó a 6.2%oo habitantes en 1976; igual situación se observa para el mismo período para los odontólogos (0.6 a 0.8), enfermeras (4.3 a 4.9) y el resto del personal de salud también experimentó incremento significativo.

En 1976, los recursos financieros del Sistema Integrado de Salud de Colón, alcanzaron la cifra de B/.4,062,250.00, representando una inversión de B/.30.80 por habitante, representando un incremento importante con respecto a lo observado en 1973.

Organización del Sistema Integrado de Salud de Colón.

Para fines de salud, la provincia de Colón ha desarrollado el concepto de regionalización diseñado desde el nivel nacional, del cual dependen y ha establecido dos áreas de salud:

1. Area de salud urbana (metropolitana).

   En ella se ubican actualmente las instalaciones más importantes del sistema: un hospital y una policlínica.

   La concentración institucional de los recursos no permitió que estos tomaran contacto con la realidad circundante y se detuvieron en las labores de atención de la demanda espontánea, lo cual exponía a la población a un continuado deterioro de su salud.

   En la actualidad, el área urbana ha sido dividida en cuatro sectores, con una instalación de salud como centro de gravedad y una población como su responsabilidad. Se han asignado los recursos, descentralizándolos desde sus instituciones originarias, en donde la atención de la salud, el trabajo de comunidad y la participación de la población en la solución de sus problemas, constituyen su sistema de

trabajo.

2. Area de salud rural.

La zona rural significa el 40% de la población de la provincia, con necesidades de salud más marcados: agua potable, excretas, vacunas, atención médica, agregados a pocas vías de comunicación, reducidas condiciones de trabajo, ausencia de técnicas agrícolas adecuadas y otras.

Al inicio del proceso integracionista, la capacidad instalada en el sector rural se circunscribía a la existencia de dos instalaciones. En la actualidad el área ha sido organizada en 8 sectores, y cada uno de ellos es servido por un centro de salud, dotado de personal y recursos suficientes para atender las demandas de salud.

Cada sector se ha dividido en subsectores, en donde existen subcentros o puestos de salud, dispuestos para brindar atención primaria en los lugares más apartados de cada uno de ellos.

Con este esquema de organización que se expone en anexo, el Sistema Integrado de Salud de Colón espera reducir la marginalidad de la población campesina e incorporar a la zona urbana al trabajo comunitario.

PROGRAMAS DE SALUD.

Saneamiento del medio

La Provincia de Colón ha contribuido con las labores realizadas por el programa, a través de la construcción de 9 acueductos comunitarios y 26 pozos sanitarios, agregando a la cobertura de población rural beneficiada en 11% adicional. En ambas actividades los logros superaron las metas establecidas para la provincia. Se suministraron 570 letrinas a igual número de vivienda, beneficiando con ellas aproximadamente a 2,850 habitantes, y se continuó con las labores de mejoramiento de las condiciones físicas de la vivienda en el medio rural y acentuando este trabajo en la ciudad de Colón mediante acciones de tipo educativo.

Programa Materno-Infantil

La tasa de natalidad de Colón es del orden del 3.2% y la atención profesional en el parto el 86% de los nacimientos vivos, con una tasa de mortalidad materna de 0.8, inferior al promedio nacional y que reflejan un adecuado manejo de los problemas obstetricos de la provincia. Para el año de 1976 se dieron a las 3,895 mujeres que se controlan un tal de 26,261 consulta a razón de 6.7 consultas por mujer al año.

A pesar de los éxitos alcanzados en el control del embarazo y del parto en la provincia de Colón reconocemos la existencia de problemas importantes en lo referente a la mortalidad infantil, en donde la tasa, 46.7% nacidos vivos, resulta lo más alta del país y supera en un 50% al promedio nacional.

Al examinar en detalle el problema nos encontramos con que la mortalidad pos-neonatal, de 26.8% nacidos vivos, representa el 57% de las defunciones de menores de un año, siendo este el grupo más sensible a las técnicas preventivas existentes y a

disposición de la población. Los valores más altos de estas defunciones se registran en la ciudad de Colón, evidenciando un sentimiento de auto-marginalidad como resultado de problemas sociales y educativos latentes en la población.

La sectorización, el establecimiento de nuevos centros de salud en cada sector de la ciudad, programas educativos a nivel de la comunidad como resultado de investigaciones en profundidad de la situación, son las medidas que se están implementando al corto plazo para enfrentar el problema de la ciudad de Colón y en el área rural de la provincia, haciendo particular énfasis en las actividades del programa Materno Infantil y en el saneamiento del medio ambiente, esperando modificar con el apoyo de la comunidad, los indicadores comentados.

Programa de Adultos

Para la atención del adulto en Colón, el sistema ha dedicado importantes recursos para satisfacer las demandas de servicios preventivos y curativos. Los accidentes y las enfermedades degenerativas son las principales causas de enfermedad y de muerte, para las cuales se están desarrollando programas de vigilancia y control.

La mortalidad del adulto se ha mantenido a los mismos niveles que la del país y la proporcional (50 años y más) registró un 54.7% de todas las muertes en 1975, con pocas variaciones con respecto a los años anteriores.

Salud mental.

Las actividades del Programa de Salud Mental en Colón, están en función de las posibilidades de los recursos existentes en la provincia, definidos como escasos ante una demanda creciente. Para la población actual se cuenta con un siquiatra, un sicólogo y una enfermera con adiestramiento en esta actividad y que no labora a tiempo completo.

Con este equipo se produjeron, en 1976, 5,073 consultas, de las cuales 3,230 las dio el médico y 1,843 el sicólogo, y se atendieron 49 casos hospitalizados, cifras que no reflejan la magnitud del problema.

Se han desarrollado importantes labores docentes en dos áreas, principalmente:

A nivel del personal de salud, mediante charlas al cuerpo médico y cursos de relaciones humanas a varios grupos de funcionarios administrativos. A nivel de las instituciones escolares, mediante charlas al personal docente y padres de familia, encaminadas a la prevención primaria por medio del manejo adecuado del niño y en la comprensión de sus crisis y conflictos.

Las labores preventivas en las escuelas son limitadas y adolecen de mayor dedicación y seguimiento debido principalmente, a lo reducido del tiempo disponible para estas tareas.

Salud dental.

El servicio dental en esta provincia, ha venido aplicando una metodología de trabajo diferente a las demás provincias integradas. Este sistema contempla varios ambientes o cubículos de atención según necesidades del paciente.

El proceso se inicia con el examen dental por un odontólogo examinador quien establece las necesidades y prioridades dentales del paciente, y diseña su plan de trabajo dental. Se continúa con el tratamiento requerido cuyo plan no se modifica sin consulta previa con el odontólogo examinador. Este método ha demostrado ser mucho más ágil y permite una mayor cobertura de población.

El servicio se rige por las normas establecidas a nivel nacional, dando prioridad al tratamiento integral y enfatizando las acciones educativas mediante charlas, control de

placas bacterianas, capacitación del paciente para autoaplicación de fluoruro de sodio y otras.

Para una población de 131,859 habitantes en 1976, el recurso dental disponible alcanzaba a 10 odontólogos a tiempo completo, 5 asistentes dentales, un servicio dental a nivel urbano con 5 ambiente de trabajo y una unidad dental móvil. Esta última efectúa giras conjuntamente con el equipo de salud del Sistema Integrado, de manera programada, sin alterar el funcionamiento del sistema regular de atención odontológica. En la provincia opera un laboratorio de la Facultad de Odontología de la universidad estatal.

Para aumentar la cobertura de las áreas marginadas, se están adquiriendo unidades dentales de tipo modular, las cuales se están ubicando en los sectores rurales o menos accesibles. Se proyecta, además, la formación de Asistentes de Odontología Comunitaria, para realizar actividades de prevención.

Educación para la Salud.

El Sistema Integrado ha tratado de maximizar el efecto de las actividades de educación para la salud, mediante la asignación de funciones específicas a miembros del equipo de salud, como el caso de la Trabajadora Social quien realiza labores directas de educación en los distintos sectores, formando parte del equipo multidisciplinario que desarrolla sus actividades en cada centro de salud. Se han intensificado las acciones de organización de Comités de Salud, participación en grupos comunitarios, desarrollo de seminarios de salud comunitaria, preparación de eventos educativos acompañados con ayudas audiovisuales y capacitación de líderes de la comunidad.

Programa de Nutrición

El Sistema Integrado de Salud de Colón al igual que las otras provincias panameñas vive su problema de Nutrición como resultado de una serie de factores de orden geográfico, económico, cultural y político.

La interrelación de estos factores determinan la disponibilidad, el consumo y la utilización de alimentos y es por ello que el programa extiende prioritariamente sus acciones a sectores que se consideran marginados.

Se brinda tratamiento adecuado a nivel hospitalario en aquellos caso con mayor compromiso nutricional e infectados, continuando su seguimiento a nivel del hogar - evaluando la situación de la familia y de la comunidad y realizando actividades en todos los niveles para captar los casos incipientes y prevenir el daño en aquellos aún no afectados.

En algunos sectores rurales se han establecido los proyectos del Programa de Producción para aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local desarrollando los Huertos Comunitarios los cuales a través de la debida educación nutricional tratan de incorporar a la dieta usual los alimentos producidos en estos Huertos, alimentos casi siempre desconocidos pero fuentes de aquellos nutrientes deficientes (vitaminas), cultivándose especialmente vegetales verdes y amarillos (pimientos, lechuga, zanahoria, habichuelas).

Igualmente se realizan proyectos avícolas, en las comunidades debidamente organizadas, con el propósito de aumentar la disponibilidad de proteínas de buena calidad (huevos y carnes) cuya deficiencia en la dieta es causa de la desnutrición protéico-calórica prevalente en los sectores marginados rurales. Actualmente existen en la provincia de Colón 3 proyectos avícolas y 11 huertos comunitarios.

Todas las acciones del Programa de Nutrición en el área rural y en el área urbana conllevan componentes educativos a nivel de las comunidades tendientes a lograr cambios en los patrones de consumo, realizados a través de entrevistas, charlas y especialmente seminarios de Salud Comunitaria; en cada sector a través de sus Centros de Salud y de los distintos niveles de atención se efectúa también la complementación alimentaria (distribución de leche semidescremada).

El problema de nutrición en este Sistema Integrado recibe el apoyo de todos los niveles estatales y de la comunidad quienes con el concurso de Agencias Internacionales, efectúan el máximo esfuerzo para superar el problema de nutrición en algunos sectores en esta Provincia de Colón que es parte de nuestra problemática de país en vías de desarrollo.

PROGRAMA DE ADMINISTRACION

Durante el período transcurrido en el proceso integracionista, este programa a través de la implementación de adecuados procedimientos y sistemas administrativos ha logrado un servicio de mejor calidad, a menor costo, al dirigir la utilización racional de los recursos físicos, humanos y económicos como apoyo a los programas de salud mencionados con anterioridad.
Los avances relevantes en el Programa de Administración son los siguientes.
1 .- Centralización de los servicios administrativos en unidades con responsabilidad provincial en los sistemas de contabilidad, mantenimientos, Presupuesto, Almacén Central y Control de Inventarios, Transporte y Personal.

2 .- Supervisión a los diferentes niveles de atención a través de reuniones periódicas para establecer mecanismos administrativos uniformes.

3 .- Implantación de un sistema adecuado para el suministro de medicamentos.

4 .- Desarrollo de programas continuados para entrenamiento del personal del Sistema en las áreas administrativas y técnicas, tales como asistencia de personal administrativo a seminarios y cursos en los aspectos de presupuesto, administración de personal, supervisión, etc. realizados a nivel nacional y provincial.

5 .- Implantación de un solo sistema estadístico y de registro de la información sobre servicios prestados.

Desarrollo de la Comunidad.

La política en salud de nuestra revolución, señala como hecho básico para el buen desarrollo de los programas de salud, la participación efectiva de las comunidades en la solución de sus problemas de salud, previo un proceso educativo que permita su organización.

La organización comunitaria reposa en los comités de salud, juntas comunales, juntas locales, organizaciones campesinas, obreras, cívicas y otras. Estas organizaciones comunitarias son el reflejo del despertar de nuestras comunidades, con una conciencia definida e interés patriótico, que les permite comprender que no es posible esperar todo del Estado, en un país en vías de desarrollo y con limitados recursos, y que es necesario aportar el esfuerzo de todos -hombres, mujeres y niños-, para que por la suma de acciones conjuntas y responsabilidades compartidas, se haga más factible la consecución de las soluciones más oportunas y adecuadas a la gama de problemas sociales que en las comunidades se presentan.

La relación entre la comunidad y el sistema de salud, se establece a través de sus instalaciones y el equipo técnico, ya que éste se relaciona directamente con el individuo, la familia, el trabajo, la escuela, etc. Para lograr la participación activa, los integrantes del equipo de salud han realizado una progresiva y constante labor educativa, y para ello comparten con los sectores organizados sus inquietudes y organizan aquellos desorganizados.

Se educa en salud a nivel del individuo, desde un consultorio médico hasta el nivel familiar; se organizan comités de salud. En el SIS. hay 38 , y se partici-

pa en todas las Comisiones de Salud de las organizaciones populares a nivel de los grupos organizados, se asesora en la formación de comisiones de trabajo que son: (1) Comisión de Salud Familiar con sus subcomisiones materno infantil (subcomisión de salud de adultos); (2) Comisión de Saneamiento Ambiental; (3) Comisión de Nutrición.

En algunas áreas se han organizado comités de casas para solucionar parte de los problemas que afectan a familias marginadas, sobre todo, realizando acciones en aquellas casas condenadas, barriadas de precaristas (casas brujas) y otras.

Es fundamental el hecho de que el equipo de salud no desmaye, persevere e insista en su trabajo comunitario; es una lucha del hombre con su ambiente.

En la comunidad estamos convencidos de que se está logrando un cambio de actitudes, cuando se observa que el Trabajador de Salud al desarrollar su actividad con ella, comparte sus angustias, sus ilusiones y su diario vivir, integrándose a ella como líder de grupo y formando nuevos líderes en la comunidad.

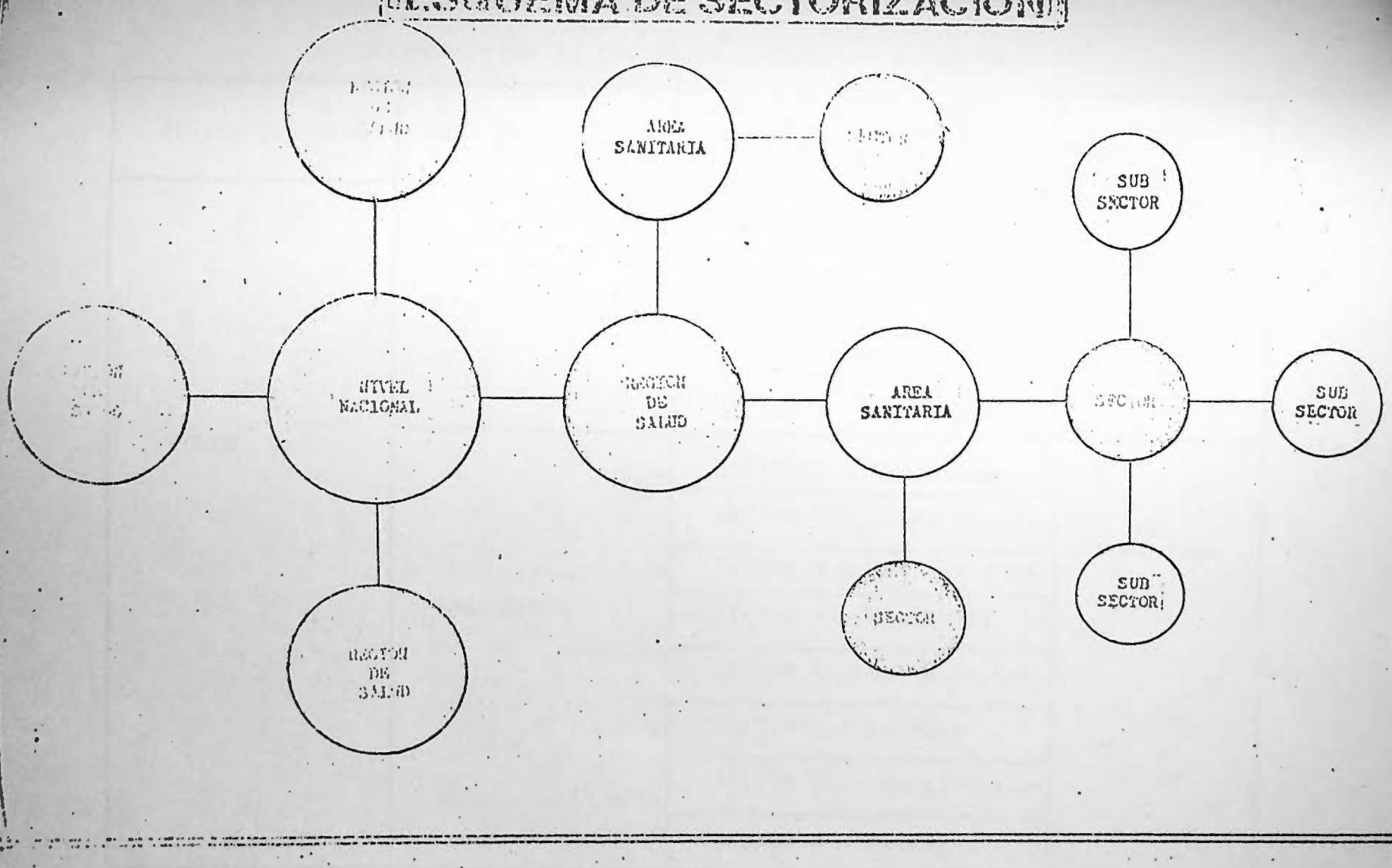
Los líderes promueven el cambio a través de diferentes estrategias, con el fin de mejorar condiciones de insalubridad, de desnutrición, siendo capaces de darle soluciones propias a sus necesidades y problemas, y otras.

Los grupos se organizan y producen los alimentos que necesitan consumir; ayudan en la captación de las madres y niños para su control de salud.

Mediante la participación activa y dinámica y constante de las comunidades, en corto plazo se reducirá o eliminará la elevada inversión que se realiza para erradicar las enfermedades que afectan a la comunidad. Es por ello, que el de-

sarrollo comunitario será evaluado en la medida en que nuestros indicadores de salud muestren cambios de enfermedad y muerte, por salud con bienestar físico, síquico y mental.

SERVICIOS BÁSICOS
ESQUEMA DE SECTORIZACIÓN



SECTORIZACION DE LA REGION PROVINCIAL DE COLON

REGION DE SALUD	AREA DE SALUD	SECTOR DE SALUD	SUBSECTOR
COLON	AREA URBANA METROPOLITANA	SECTOR 1- Policlínica P.Melendez	NO DEFINIDOS
		SECTOR 2 -C.S. Calle 5	
		SECTOR 3 - C.S. Calle 9	
		SECTOR 4 - C.S. Calle 16	
	AREA RURAL	SECTOR 1 - Sabanitas	NO DEFINIDOS
		SECTOR 2 - Buena Vista	
		SECTOR 3 - Nvo.San Juan	
		SECTOR 4 - Portobelo	
		SECTOR 5 - Santa Isabel	
		SECTOR 6 - Escobal	
		SECTOR 7 - Palmas Bellas	
		SECTOR 8 - Icacal	

NIVELES DE ATENCION MEDICA SEGUN AREA Y SECTOR
DE SALUD EN LA PROVINCIA DE COLON
AÑO: 1977

AREA Y SECTOR DE SALUD	NIVELES DE ATENCION					
	I		II		III	IV
	Ia (*)	Ib	IIa	IIb		
TOTAL:	(23)	(4)	(5)	(7)	(1)	(-)
AREA URBANA	(-)	(-)	(3)	(1)	(1)	(-)
SECTOR 1 Policlínica y Hospital	(-)	(-)		(1)	(1)	(-)
SECTOR 2 Calle 5	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 3 Calle 9	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 4 Calle 16	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
AREA RURAL	(23)	(4)	(2)	(6)	(-)	(-)
SECTOR 1 Sabanitas	(1)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 2 Buena Vista	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 3 Nuevo San Juan	(2)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 4 Portobelo	(6)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 5 Santa Isabel	(6)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 6 Escobal	(4)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 7 Palmas Bellas	(1)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 8 Icacal	(2)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)

(*) Puestos de Salud con edificio. En total son 40 unidades.

XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO
Montevideo, Uruguay - 6 al 11 de junio, 1977

TEMA : " LA PROTECCIÓN INTEGRAL DEL MENOR

ASPECTO :

EL DESARROLLO COMUNITARIO Y SU ACCIÓN SOBRE LA SALUD

Panamá, R. de Panamá
-1 9 7 7-

INTRODUCCIÓN.

Con motivo de celebrarse el XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO, el Estado Panameño, a través de nuestra delegación, desea presentar a este magno evento las principales actividades que durante los últimos años se han desarrollado en el país, en beneficio de las comunidades.

El Gobierno Revolucionario, bajo el liderazgo del General Omar Torrijos Herrera, le ha dado prioridad a las acciones de salud como componente del plan nacional de desarrollo.

La prioridad dentro de los programas de salud, se le concedió a la población materno infantil, ya que en Panamá el 43% de ésta lo constituye los menores de 15 años, que eran afectados por una gran cantidad de problemas de salud. Nuestra revolución además, ha considerado al niño como su hijo predilecto.

Dado que este Congreso plantea la situación madre-niño-familia, deseamos dar a conocer nuestras experiencias y presentar la importancia que para el buen desarrollo de los programas de salud ha significado la participación de las comunidades. De igual manera, presentamos un nuevo sistema de atención médica que el gobierno panameño ha venido implantando desde hace cuatro años, cumpliendo con los preceptos constitucionales, a fin de eliminar duplicidad de funciones y esfuerzos, dispersión de recursos y obtener mayor rendimiento de los mismos por su justa y equitativa distribución. Esta es la integración de los servicios, a través de la cual las dos instituciones gubernamentales responsables de la salud del pueblo panameño -Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social- aúnan esfuerzos para hacer efectivo el lema del Gobierno Revolucionario "Salud Igual para Todos", y en la cual la comunidad con el equipo técnico participan en la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas de salud, en base a una medicina comunitaria, ya que para

el panameño es un derecho la recuperación de la salud perdida, pero también es un deber la conservación de la misma.

Los niños de hoy, son los hombres del mañana, y por ello, debemos preservar su salud para que ese hombre del futuro continúe impulsando el desarrollo nacional. A esos niños, dedicamos nuestros esfuerzos y por esos niños defenderemos nuestra causa de liberación nacional, para que encuentren una patria íntegra por la cual nosotros como panameños luchamos.

Aprovechamos la oportunidad para enviar un saludo fraternal y revolucionario a las madres, niños y familia panamericana, por conducto de sus distinguidas delegaciones, con las que esperamos compartir e intercambiar experiencias que redunden en beneficio de nuestras comunidades.

I. EL PAÍS.

1. División Político-Administrativa.

La República de Panamá se encuentra ubicada entre las latitudes 7° y 10° del Hemisferio Occidental.

La posición regional de Panamá puede perfilarse así: se encuentra en el Continente Americano, y ocupa una situación central casi equidistante hacia al polo norte y sur, y constituye un eslabón por donde se unen los bloques de las Américas continentales -norte y sur. Su extensión territorial alcanza a los 77,082 kilómetros cuadrados, incluyendo los 1,432 Km^2 del territorio nacional denominado Zona del Cana. El país está dividido en nueve provincias y una comarca, que son las unidades administrativas; éstas a su vez, en 66 distritos y los distritos en 505 corregimientos.

A nivel nacional, el poder ejecutivo es ejercido por el Presidente y Vicepresidente de la República, quienes son elegidos por la Asamblea Nacional de Representantes y los Ministros de Estado. El artículo 277 de la Constitución Política reconoce al General Omar Torrijos Herrera, como líder máximo de la revolución panameña, y se le otorga la función de Jefe de Gobierno "para asegurar el cumplimiento de los objetivos del proceso revolucionario".

En cada corregimiento funcionan Juntas Locales bajo la coordinación de una Junta Comunal que es presidida por el Representante de Corregimiento, elegido por voto popular, y es a su vez el representante del corregimiento ante el Consejo Municipal y la Asamblea Nacional. A nivel de provincia el organismo político más importante es el Consejo Provincial de Coordinación, formado por los representantes de corregimientos, el gobernador (quien lo preside), el jefe de la zona militar y los directores provinciales de los ministerios y otras entidades del Estado.

2. Población y Crecimiento Demográfico.

El aumento acelerado de la tasa de crecimiento demográfico ha ido implicando una reducción del período requerido para la duplicación de la población; esta situación ha creado la necesidad de disponer de mayores recursos para atender la demanda agregada de servicio de las nuevas generaciones. Para el año 2000, la población que en 1970, era de 1,428,082 panameños, se estima será de 3 millones, concentrados principalmente en las ciudades de Panamá y Colón, como producto de intensas migraciones internas, con un despoblamiento en las zonas rurales: al cabo de 30 años dicha zona ha visto reducido su aporte a la población del país del 66.2% en 1940, a 52.4% en 1970. La densidad de población del país alcanzaba en 1975 a 22.7 habitantes por km.^{2} existiendo extensas zonas con una reducida cantidad de habitantes.

Panamá tiene una población joven, en donde el 43% de la misma es menor de 15 años, y el 22% la constituyen mujeres entre 15-49 años; es decir, que el 65% de la población total del país es objeto de las acciones del programa de salud materno-infantil. Las nuevas tendencias anuncian una contracción del crecimiento como producto de una reducción sostenida de las tasas de fecundidad, hecho que se ha venido registrando desde la década de 1960, pero que no podrán evitar el pronóstico de la duplicación de la población para fines de siglo.

3. Medios de comunicación.

Los medios de comunicación han sido afectados por nuevas políticas desarrollistas con la que se pretende realizar un gran esfuerzo para crear perspectivas

más amplias a la población: nuevas carreteras se han abierto para comunicar los pueblos y las zonas agrícolas. Para 1975, 7,320 km. de carreteras estaban disponibles y se encuentran en ejecución el último tramo de la carretera al Darién, que abrirá al progreso, a la provincia potencialmente más rica del país; el proyecto de desarrollo del Atlántico prevé, a corto plazo, la construcción de dos nuevas carreteras transístmicas; además, se tiene una cobertura aérea y marítima en expansión que facilita la transportación de pasajeros y carga hacia todas las provincias.

4. Medios energéticos.

Panamá, como muchos países de América Latina, no posee recursos energéticos derivados de hidrocarburos y el combustible se obtiene de fuentes externas a un costo creciente; esta situación obligó a las autoridades nacionales a emprender un amplio programa para desarrollar la capacidad hidroeléctrica del país. Así nacieron los proyectos del Río Bayano -en funcionamiento-, La Estrella Los Valles, La Fortuna y Teribe. Para el año 1975, la capacidad instalada generaba 289,230 kw. de los cuales, 182,900 (63%) eran producidas por vapor, 90,230 por combustión interna (31%) y 16,100 por hidroeléctricas (6%). La generación bruta de electricidad en la república, alcanzaba para el mismo año, a 1,251,162 MWH.

El 48.9% de la población del país, estimada para 1975 en 1,718,700 habitantes, era servida con servicios eléctricos, contándose en este período con una producción per cápita de 178 watts y un consumo de 631 KWH por habitante.

5. Educación.

En el año 1975, se estimaba una matrícula de 512,021 alumnos, y se contaba con 2,653 escuelas y 13,694 aulas. De la población escolar, 461,161 (90%) pertenecían al sistema educativo oficial y 50,860 (10%) al sistema particular. En el país operan dos universidades con matrícula de 25,046 alumnos en 1975, y la Universidad Santa María La Antigua de 1,234. La primera cuenta con centros regionales en varias provincias.

La enseñanza es gratuita en todos sus niveles, en el sector público, y a un costo mínimo para la universidad estatal. El Estado, a través del Instituto para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos (IFARHU), maneja recursos financieros (becas) para la formación de los recursos humanos que requiere el desarrollo del país. Estos recursos se forman a nivel nacional y también en el exterior. Por conducto de este Instituto, en 1975 se concedieron 1,219 becas, de las cuales el 32% se dedicó al nivel universitario, 61% a estudios secundarios y un 7% a estudios a nivel internacional y otras especialidades.

El país cuenta con el recurso del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), el cual ha venido extendiendo sus servicios en todo el territorio nacional, y trabaja en estrecha coordinación con los Sistemas Integrados de Salud y con las agencias del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social en la región provincial de Panamá y la Comarca de San Blas aún no incorporadas al proceso de integración en salud.

En las ciudades de Panamá y Colón y en los principales centros urbanos del interior del país se han venido desarrollando los centros de educación parvu-

laria. Estos centros cuentan con el apoyo y son financiados por las instituciones de salud, los municipios, otras entidades del sector público, agrupaciones cívicas y por distintos grupos de la comunidad.

De acuerdo con el último censo (1970) el analfabetismo del país, excluyendo a la población indígena, era de 17.8% y la mediana de años aprobados de 4.8. Los indicadores nacionales en el campo de la educación, reflejan un incremento significativo de la matrícula en los niveles de educación media y superior, y una disminución en la repetición y deserción escolar con amplias mejoras en las oportunidades educativas. La matrícula universitaria de 1971 a 1975, se incrementó en un 74%.

6. Trabajo.

La población económicamente activa, en 1975, era de 508,430 personas. La población ocupada ascendio a 475,100 y la desocupada, 33,330. El porcentaje de desocupación para el país ascendía a 6.6%. En el área metropolitana donde están localizadas las ciudades de Panamá y Colón, la población desocupada de 15 años y más, representó el 8.8% de la población económicamente activa de dicho sector.

7. Ingreso Nacional.

En la década del 60, el producto interno bruto del país, en términos reales, registró un crecimiento promedio de 8.0 por ciento y en los años 70 el promedio observado fue de 5.5 por ciento.

El sector agropecuario ha venido ocupando el primer lugar en cuanto a partici-

pación en el producto bruto total, siguiéndole el sector manufacturero.

El ingreso nacional per cápita se estimaba en 1975, en 1,055 balboas. El producto interno bruto a precios de mercado (en millones de balboas de 1960) se estimó en 1,149.8.

En 1975, funcionaban en el país 186 instituciones bancarias de las cuales 46 correspondían a casas principales y 140 constituían sucursales y agencias bancarias.

El país ha sido catalogado como Centro Bancario Internacional.

II. SITUACIÓN DE SALUD.

1. Aspectos Legales.

La Constitución Política de 1972, define en los artículos 103, 104, 107 y 108, las grandes políticas que orientan las actividades del sector salud en el país. Estas políticas son:

A.- Es función del Estado velar por la salud de la población de la República.

B.- La Integración de las funciones de prevención y de curación.

C.- La Integración orgánica y funcional de todas las instituciones del Sector Público que ejecutan actividades de salud.

CH.- Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

La Integración en Salud puede considerarse la medida de mayor impacto dentro de la administración de los servicios de salud del país, en los momentos actuales. El proceso de Integración de los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, iniciado en 1973, en tres provincias, se ha extendido a 8 de las 9 que existen en el país.

Las tres principales instituciones que integran el sector salud en el país, son el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales.

El Ministerio de Salud fue creado mediante Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969, ya que anteriormente existía como un Departamento del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Es la entidad del Organo Ejecutivo encargada de la determinación y conducción de la política de salud en el país, y de normalizar las acciones de fomento, protección y rehabilitación de la salud.

Es función del Ministerio de Salud elevar el nivel de salud de toda la población, a través de un uso racional de los recursos y de promover la participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de los programas. Ofrece, a través de las instalaciones ministeriales, atención médica continuada e integral a la población no asegurada de las regiones de la provincia de Panamá y la Intendencia de San Blas, las cuales serán próximamente incorporadas al proceso integracionista, al igual que la Caja de Seguro Social, que a nivel de la población asegurada, ofrece en las mencionadas regiones, atención médica en sus propias instalaciones.

La Caja de Seguro Social constituye la Institución más importante del sistema de Seguridad Social de Panamá. Es una Institución creada mediante la Ley 23 de 1941, la cual fue subrogada por la Ley 134 de 1943, y posteriormente ha tenido varias modificaciones y adiciones. La Caja de Seguro Social es una institución descentralizada de derecho público, autónoma en lo administrativo, funcional y económico, con personería jurídica y patrimonio propios y fondos separados de la administración pública.

De acuerdo con el texto legal, se señala que la Caja de Seguro Social tendrá a su cargo la administración y dirección del régimen de Seguro Social, de conformidad con el artículo 93 de la Constitución Nacional y las leyes y reglamentos pertinentes, y cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Realizados los estudios actuariales, la Institución incluirá la cobertura de los riesgos por paro forzoso y los subsidios de familia.

Se conceden prestaciones en dinero por los riesgos de enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, riesgos profesionales y muerte. Para 1975, la Seguridad Social tenía 615,094 afiliados, o sea, el 37% de la población total, de los cuales 282,759 (46%) eran activos y pensionados, y 332,335 (54%) dependientes de asegurados. Se estima que para 1980, esta población ascenderá a 1,087,466 o sea, el 56% de la población total.

2. Organización de los servicios de salud.

El Estado Panameño ha organizado el sector salud con su conjunto de recursos humanos, físicos, científicos, económicos, con el propósito de promover, prevenir, restaurar y rehabilitar la salud de los individuos y eliminar los riesgos del medio en que estos desarrollan sus actividades. Para ello, realiza una atención progresiva e integral en salud de la población y del medio, esperando resolver las múltiples necesidades que confrontamos como país en vías de desarrollo, a través del mejoramiento de la eficiencia de los recursos de salud, con un mejor aprovechamiento de los conocimientos e instrumentos científicos disponibles, y una mejor organización comunitaria que es la base de los programas de salud, ya que el estado panameño adaptó sus programas a las necesidades de la comunidad.

La responsabilidad de la ejecución de los programas, corresponde al equipo de salud que labora conjuntamente con la comunidad que a su vez, es responsable de conocer y manejar adecuadamente estos programas. Los problemas de la comunidad deben ser conducidos con pericia y flexibilidad por parte del equipo técnico de salud; por otro lado, los problemas de salud deben ser conocidos y ma

nejados por la comunidad.

El equipo técnico se compenetra con su comunidad en el mismo terreno, lleva sus conocimientos a la comunidad. Los miembros del equipo están en condiciones de estudiar, directamente, los problemas de la comunidad. Al mismo tiempo, en el terreno, participan en la organización comunitaria.

La formación de equipos de salud con responsabilidades directas sobre la salud de la población, constituye una forma de completar y mejorar los servicios de salud.

La responsabilidad del equipo de salud sobre comunidades concretas -sobre poblaciones determinadas- se hace por medio de la organización espacial de los recursos.

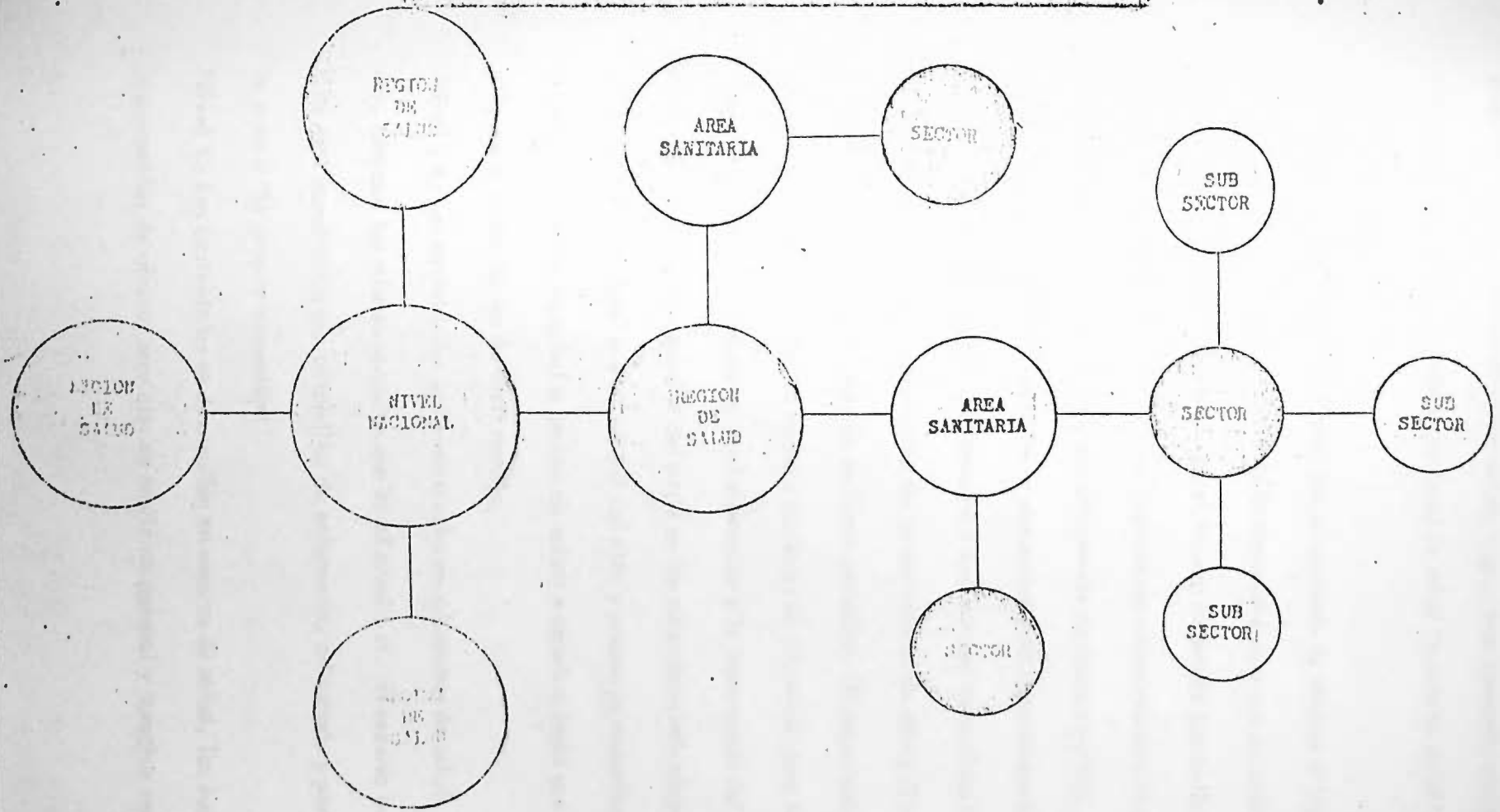
El diseño que los niveles centrales crearon para la ejecución de programas, fue la implantación de la Regionalización y la Sectorización.

La regionalización: Se procedió a instituir 9 regiones con sus correspondientes establecimientos de salud como entes complementarios y coordinados. La regionalización a su vez, contempla la subdivisión en áreas sanitarias definidas de población y estos a su vez se subdividen en sectores para en forma gradual y constante, ir acercándonos a la comunidad. En los sectores encontramos diversos niveles de atención en donde se desarrollan las acciones integrales de salud, y en donde el sistema se proyecta a la comunidad, sobre todo a los sectores marginados tanto urbano como rurales.

Los niveles de atención en cada sector, los podemos describir así:

Nivel I o Primario Elemental: Las actividades se llevan a cabo en locales que

SERVICIOS DE SALUD
ESQUEMA DE SECTORIZACION



pueden o no pertenecer al sector salud, v.gr.: casa comunal, escuela, iglesia, etc, o encontrarse ubicados en un local de salud "puesto de salud" en área rural de difícil acceso.

El recurso humano está constituido por el asistente de Médico II (Ayudante de Salud), que puede proceder o no de la comunidad pero que en cada caso habita en ella. Este nivel cuenta con el recurso itinerante que es llevado por las giras programadas. Los recursos humanos son altamente simplificados para entregar acciones preventivas y periódicamente acciones curativas. Básicamente ofrece: (1) organización de la comunidad para comprometerla en la toma de conciencia de sus problemas para que internalice medidas higiénicas básicas y participe en el desarrollo de las actividades de salud; (2) organización de programas de vacunación en forma periódica; (3) organización del programa de saneamiento del medio y acciones de educación para la salud, haciendo particular énfasis en la alimentación y la importancia del control materno-infantil; (4) atención del parto en los subsectores más alejados y de difícil acceso al igual que el control del niño y puerperio -canalizando a los niveles superiores (hospital o centros de salud) a aquellos casos que se compliquen o dejen de ser de fácil manejo.

Nivel I B: Las actividades se llevan a cabo en subcentros de salud. En general, ofrecen los mismos servicios que en el nivel I A. El recurso humano básico está constituido por el auxiliar de enfermería, adiestrado y perteneciente o no a "la propia comunidad".

Nivel II: Las actividades se desarrollan en centros de salud, los cuales son responsables de ofrecer servicios en medicina general y curativa ampliando

los programas de salud de adultos, materno-infantil, nutrición, saneamiento ambiental, educación y organización para la comunidad, administración y en las áreas integradas los de la Seguridad Social, especialmente riesgos profesionales, medicina del trabajo, refiriendo a las agencias provinciales de seguridad social las prestaciones económicas. Todos los programas se complementan con adecuados servicios estadísticos.

Las actividades las desarrollan el equipo multidisciplinario con participación de la comunidad; este equipo es responsable de supervisar la labor de los niveles anteriores y el Director Médico es responsable de la ejecución integral de los programas a nivel del sector.

Nivel II B: En general, se ofrecen los mismos servicios que los del Nivel II A al cual se le añade anexo materno infantil y en ciertos casos, hospitalización de adultos, de corta estadía. Por lo tanto, los recursos maternales son más complejos que el nivel anterior (II A).

- Se dispone de número adecuado de camas para atender demanda maternal-pediátrica, cuarto de partos, para labor normal (las distocias son referidas al nivel superior).

  Disponen de servicios de laboratorio, de nutrición y farmacia -en algunos casos disponen de rayos X; además tienen servicios generales tales como cocina, lavandería, aseo, etc.

Los Niveles II A y II B, disponen de transporte para traslado de casos que ameritan atención más especializada, giras programadas o de urgencia que deban efectuarse en los sectores.

Nivel III: Las actividades se llevan a cabo en locales calificados así, llamados

Hospital Regional, Provincial. En estos establecimientos se realiza cierto tipo de diagnóstico y tratamiento. En algunos casos, se puede ubicar en ellos el diagnóstico y tratamiento especializado de determinada enfermedad, con el propósito de solución nacional. Ej.: salud mental, tuberculosis. Desarrollan además, actividades docentes tanto para personal médico, estudiantes de medicina como para personal paramédico y auxiliar, de manera que se formen recursos atendiendo a realidades locales. Se dispone de médicos especialistas, buen servicio de enfermería, personal técnico, auxiliar adiestrado y , en lo posible, educación para la salud y trabajo social, nutrición, estadística y otros. Las instituciones de este nivel ofrecen una práctica integral de salud de alta calidad, sin estar circunscrito a sólo recuperación y rehabilitación de la salud.

Nivel IV: Las instituciones se encuentran especialmente dotadas. Ej.: hospitales nacionales, metropolitanos, etc. Las instalaciones de este nivel brindan atención general con todas las especialidades y sirven de referencia para todas las regiones. Además de tener alta calificación técnica, desarrollan actividades de investigación científica con aumento de la actividad docente que, en algunos casos, constituye una de sus principales funciones además de los de servicios.

Los recursos humanos técnicos y administrativos se caracterizan por su alta calificación profesional y su número se establece de acuerdo a las necesidades institucionales.

Considerando las dificultades de comunicación en los sectores más alejados, se efectuan además en las diferentes regiones giras marítimas y aéreas que

brindan atención a estas comunidades, de acuerdo con sus propias características y problemas de salud.

Los esfuerzos que hacen los niveles regionales para llevar sus condiciones de trabajo, mantener y elevar la calidad técnica de sus prestaciones y comunicarse ampliamente con el nivel central, han encontrado apoyo entre las autoridades sectoriales y buena acogida por parte de la comunidad, representada por organizaciones populares, lo que hace pronosticar mejor futuro a la salud de Panamá. Es importante señalar, que este proceso no ha sido fácil pero las experiencias vividas nos permiten augurar este pronóstico.

La coordinación multisectorial es también un hecho que ha facilitado evaluar este proceso que promueve el Gobierno Revolucionario.

Con esta regionalización, sectorización y aplicación de los niveles de atención médica, se espera dar respuesta a los problemas de salud de las comunidades mediante esta centralización normativa y descentralización ejecutiva.

3. La Integración del Sector Salud en Panamá.

La Constitución vigente de la república de Panamá señala, como una de las medidas más trascendentales en el campo de la salud, que los "sectores gubernamentales de salud incluyendo sus Instituciones Autónomas y Seminautónomas, intégranse orgánica y funcionalmente".

Esta medida considerada un reto ante su complejidad e implicaciones, se ha venido desarrollando en forma alentadora permitiendo el logro de uno de los obje-

tivos fundamentales del gobierno revolucionario, de lograr una salud igual para todos los panameños.

Este cambio en la política nacional de salud, ha permitido la consolidación de todos los recursos humanos, financieros y materiales del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social.

Por decisión del Jefe de Gobierno, General Omar Torrijos Herrera, se inició el proceso de Integración en Salud, en 1973, en tres provincias, y hasta el presente se han incorporado 8 de las 9 provincias que forman el país.

Los avances realizados han sido el resultado de la estrecha colaboración y decidido apoyo de los máximos dirigentes del sector salud, Dr. Abraham Saied, Ministro de Salud y el Dr. Jorge Abadía Arias, Director General de la Caja de Seguro Social.

La integración del sector salud en Panamá ha sido definida, como la organización conjunta y funcional de todos los recursos humanos, físicos y financieros destinados a los programas y servicios de salud, para satisfacer en forma óptima las demandas en salud y enfermedad de todos los miembros de la comunidad.

Como características más sobresalientes del Proceso, se destacan las siguientes:

1° Decisión del Jefe de Gobierno de implantar el sistema en forma progresiva, habiéndose iniciado en las provincias de Colón, Veraguas y Bocas del Toro con problemas considerables de salud para luego extenderlo a las provincias de Herrera y Los Santos (Región de Azuero), Chiriquí, Coclé y Darién, faltando solamente la provincia de Panamá y la Comarca de San Blas.

2° La decisión del Jefe de Gobierno y la favorable disposición del Director General de la Caja de Seguro Social y del Ministro de Salud, han permitido una estrecha y efectiva coordinación en el trabajo y en la integración de los recursos entre ambas agencias a nivel superior, la cual se ha proyectado hasta el nivel local.

3° Inicio del proceso teniendo como base, objetivos bien definidos y una programación e implementación ajustada a las características de cada provincia.

4° Utilización de la estructura de programas del Ministerio de Salud como marco de referencia, sujeto a las modificaciones que a los mismos pueden incorporarse y considerando los programas de la Caja de Seguro Social.

5° Supervisión y coordinación de los programas por parte de los equipos técnicos y administrativos de ambas instituciones.

6° Cambio de la estructura de Administración de Servicios de Salud, de regiones sanitarias a regiones provinciales de salud.

7° Implantación del Sistema Integrado como un proceso que se desarrolla por etapas hasta abarcar las nueve provincias, y no como un Sistema Piloto.

8° Intensificación de las acciones de educación e información a las comunidades y a los sectores públicos y privados para asegurar la efectiva participación en el proceso, de estos sectores.

9° En el aspecto administrativo:

a. Nivelación de salarios a personal técnico de ambas instituciones.

La proyección es lograr este objetivo para todo el personal.

b. Utilización más racional de las horas médicas y dentales y de otros recursos humanos.

c. Implantación de un reglamento único de personal.

ch. Mayor cobertura de los servicios médicos.

d. Ampliación de la capacidad física instalada y mejor mantenimiento de equipo e instalaciones.

e. Uniformidad en el sistema de compas y mayor capacidad de distribución de los medicamentos y otros insumos del sector salud.

4. Recursos de Salud.

El país confronta, como ocurre en la mayoría de los países del área, además de una limitada capacidad de recursos humanos calificados, de una alta concentración de los mismos en las zonas urbanas. Así tenemos, que el 70% de los médicos se encuentran ubicados en la provincia de Panamá con una tasa de 13.2 médicos por 10,000 habitantes, e igual situación afecta al resto del equipo de salud.

Los recursos humanos básicos para la atención de la población, en 1975, han experimentado algunos ascensos en relación con la situación observada en otros años, los médicos con una tasa de 8.3% por habitante, las enfermeras con 7.1% y los odontólogos a 1.3% por habitante. Se han realizado esfuerzos notables para crear nuevas instituciones de salud dirigidas principalmente hacia las unidades para la atención primaria, denominados puestos de salud, y que son atendidos por los asistentes de Médico II (Ayudantes de Salud) que se han constituido en una de las respuestas a las necesidades del medio rural de difícil acceso; 74 de estos puestos funcionan en las provincias de Colón y Bocas del Toro.

El país cuenta con 25 hospitales, 20 centros de salud con anexo materno-infantil, 62 centros de salud y 111 subcentros que, agregados a los 74 puestos de salud citados, hacen un total de 292 instituciones dotadas con personal y equipo para la atención de la población.

El gobierno ha realizado nuevas inversiones y remodelaciones en los hospitales cue han cumplido su funcionalidad y capacidad productiva, adecuándolos a las nuevas realidades. Las camas hospitalarias se han mantenido ocupadas al 82% de su capacidad, generando arriba de 100,000 egresos. La relación cama-habitante registró una tendencia de 3 camas por cada 1,000 habitantes, concentrándose la mayor parte de ellas en la provincia de Panamá, específicamente en la ciudad capital, en donde se ubican los hospitales nacionales.

Los recursos financieros dedicados al sector salud alcanzaron, para el último año, arriba de 120 millones de dólares, dos veces lo invertido en 1970, y el gasto por habitante, fue de 70 dólares en 1976.

III. PROGRAMAS DE SALUD.

1. Programa de Saneamiento del Medio.

La República de Panamá, ha recibido desde su independencia, acciones aisladas destinadas a mejorar la situación de salud, incidiendo en el medio en que el hombre panameño vive y se agita. La labor de construcción del Canal de Panamá demandó un esfuerzo significativo para eliminar las condiciones de insalubridad prevalecientes en la región, y permitió la realización de la magna obra. Desde aquella época nacieron las primeras acciones oficiales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población, mediante un control más eficiente del ecosistema.

Panamá ha logrado notables avances en lo que se refiere al abastecimiento de agua potable y se encuentra en excelente posición con respecto a las metas establecidas para el decenio 1970-80, en la Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile. Para 1976, el 82.1% de la población del país se beneficiaba con servicios adecuados de agua potable, y el 63% de la población rural gozaba de este beneficio.

Las acciones desarrolladas en este campo por el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, entidad responsable de estas acciones, y el Ministerio de Salud a través de sus programas de acueductos rurales y pozos sanitarios en comunidades menores de 500 habitantes, son ejemplos de coordinación y dedicación al trabajo comunitario: 440 acueductos se han construido entre 1969-1976, los cuales son administrados por las propias comunidades.

Los logros en el abastecimiento de agua se han acompañado por exitosas campañas

para la dotación de adecuados servicios de disposición de excretas, y el 87.8% de la población del país está servida por algún sistema sanitario. El 78% de la población rural había logrado para 1976, disponer de estas facilidades, mediante programas de letrinación de cobertura nacional.

2. Programa de Salud Materno-Infantil.

Para la adecuada atención de la salud de madres y niños, se ha estructurado el programa de mayor magnitud y complejidad en razón al volumen de población que tiene que cubrir, el 65%, y las características propias del grupo y sus riesgos a las enfermedades y la muerte.

Al experimentar las tasas de natalidad una declinación que se ha acentuado en los últimos años, como consecuencia de los cambios en algunos patrones culturales, la oportunidad de educación, empleo, etc., y a la disponibilidad de métodos modernos y eficacez para evitar el riesgo de embarazo, el número de nacimientos se ha mantenido a ciertos niveles, pero no impedirá que 52,000 niños se agreguen cada año, hasta duplicar la población en los próximos 25 años.

La atención profesional durante el parto, ha alcanzado el 71.9% de todos los eventos, producto de la expansión de los servicios de atención mediante la construcción de anexos materno-infantiles, y a una mayor y mejor divulgación de las facilidades que se ofrece a la población, pero persisten algunas zonas en donde se observan bajos niveles de atención debido, primordialmente, a los altos índices de dispersión de la población e inadecuadas vías de comunicación.

Los programas dedicados a la atención de la mujer embarazada, reflejan coberturas del 66.9% indicando un déficit con respecto a la atención del parto, siendo

aún menor las coberturas de control del puerperio, que alcanzaron el 50.9% para 1975.

Los éxitos obtenidos en el control del embarazo, parto y puerperio, han disminuido los riesgos de morir e incrementado la confianza de la población en los programas de salud; es por ello, que la tasa de mortalidad materna se ha reducido a 0.9 por mil nacidos vivos, pero aún persisten problemas importantes que afectan el programa: embarazos no deseados que terminan en muerte fetal fetal temprana, y que inciden significativamente en la salud e incrementan los riesgos de las madres.

La mortalidad infantil que hace 10 años registraba niveles del orden de 45.0 por cada mil nacidos vivos, se redujo a 31.0 en 1975, una reducción promedio de 3.5% por año; igual fenómeno se puede apreciar en las defunciones de los niños de 1-4 años, con tasas que variaron de 8.4 a 4.6 por 1,000 niños de 1-4 años, en el mismo período. Estos indicadores son demostrativos de los esfuerzos realizados destinados al mejoramiento de la salud infantil y presentan la magnitud de las muertes que se lograron evitar, al aumentar las tasas de sobrevivencia para los grupos.

El problema principal para lograr reducir aún más las tasas de mortalidad infantil, se indican en las defunciones acaecidas dentro de los primeros 28 días de vida, que en el período 1970-1975, varían de 20.8 a 17.9 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, a diferencia de la posneonatal que ha sido reducida sensiblemente como resultado de la aplicación generalizada de técnicas preventivas más eficientes contra las enfermedades infecto-contagiosas, como la vacunación. Cada año se aplican a la población, arriba de 800 mil dosis de vacunas,de las

cuales, el 85% se colocan a los menores de 15 años. El impacto que la vacunación ha ejercido sobre la mortalidad, se refleja en la reducción de la incidencia de las enfermedades, tales como la tuberculosis, poliomielitis, etc. y consecuentemente, las pérdidas de vida por estas causas.

Las acciones sobre el niño y la madre se efectúan en las instituciones de salud, coordinadamente con el IPHE y otros sectores gubernamentales, especialmente con el Ministerio de Educación, la Cruz Roja, Ministerio de Vivienda y otras entidades públicas y privadas, promoviendo la salud escolar.

Es importante señalar la acción conjunta que se efectúa con el IPHE, sobre todo en los programas de estimulación precoz en donde el equipo de salud labora con las maestras orientadoras de Estimulación Precoz en la prevención y educación, participando en los controles de embarazos de alto riesgo a nivel de centros de salud, en las maternidades con niños de alto riesgo, Hospital del Niño, continuando su seguimiento en los centros de salud y en la propia comunidad.

La coordinación permite una mayor captación de niños impedidos o de alto riesgo y una mejor evolución de los mismos, con la participación de los padres, las familias y la comunidad en general.

- Programa de Salud del Adulto.

Este programa tiene la responsabilidad de la atención de la población mayor de 15 años, cuya tasa de mortalidad ha variado entre 1970-75, de 7.4 a 6.1% habitantes, lo que representa una reducción de 17.6%. La mortalidad proporcional (50 años y más) se modificó de 12.8% a 97%, con una mayor participación del grupo dentro del total de muertes y un mejoramiento de las posibilidades de sobrevivencia; para el último año ésta se estimó en 67 años.

Nutrición.

Panamá, al igual que otros países en vías de desarrollo, vive su propio problema de nutrición como resultado de una serie de factores de orden geográfico, económico, cultural y político. La interrelación de estos factores determinan la disponibilidad, el consumo y la utilización de alimentos.

Resolver este problema, exige una estrecha coordinación entre las diversas dependencias del sector público y privado que en una u otra forma, están relacionados con el problema de la alimentación y nutrición.

La última encuesta nutricional de carácter "nacional" realizada en el país en el año 1967, revela que los problemas nutricionales más severos son los siguientes:

a. Desnutrición proteico-calórica que afecta especialmente a niños menores de 5 años. De acuerdo con el indicador peso, la prevalencia de la desnutrición es alrededor de un 68%.

b. Anemias nutricionales debidas a la falta de hierro y ácido fólico. Es interesante hacer notar la alta prevalencia de niveles bajos y deficientes de hemoglobina en los varones, desde los 12 hasta los 44 años de edad.

c. Avitaminosis A: Los estudios clínicos no revelan signos severos de esta deficiencia, a pesar de que las encuestas dietéticas indican una ingesta muy deficiente de alimentos fuentes de vitamina A. Sin embargo, los estudios bioquímicos señalan que la deficiencia de vitamina A es un serio problema en niños menores de 10 años, especialmente en el área rural.

ch. Deficiencia de tiamina y "riboflavina": A pesar de ser el arroz la base de

la alimentación del panameño y fuente considerable de tiamina, el lavado excesivo a que se somete y el tiempo prolongado de cocción, ocasiona pérdidas considerables de esta vitamina. El bajo consumo de fuentes importantes de riboflavinas, especialmente en el área rural permiten aseverar que la deficiencia de esta vitamina afecta especialmente a niños menores de 5 años.

d. La alta prevalencia de bocio endémico (16.5% como promedio nacional) ha disminuido según datos de la evaluación clínica y bioquímica realizada en 1975 a 6% como resultado del programa de yodación de sal para consumo humano, y que se inició en 1970 en todo el territorio nacional.

Actividades orientadas a solucionar los problemas nutricionales que afectan al país.

Antecedentes: Desde hace aproximadamente 40 años, se comenzaron a realizar actividades tendientes a mejorar el estado nutricional del panameño cuando se instalaron los comedores escolares en donde se suministraban almuerzos escolares a estudiantes de bajos recursos económicos. A partir de esta época, continuaron desarrollándose programas con este fin (programa de alimentos para la paz, distribución de alimentos CARE, Programa de Nutrición Aplicada, etc.). En 1968, el Ministerio de Salud con su nueva filosofía de trabajo impulsa los Huertos Comunitarios, con el fin de aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local, a través de modernas técnicas de cultivo (uso de tractores kubotas, abonos, insecticidas, fungicidas, herbicidas, etc.) y con la asesoría técnica del personal especializado.

Paralelamente a esta acción, el Ministerio también ha estado consciente de que la situación nutricional del país mejora si se enfoca en forma integral con la activa participación de todos los sectores que tienen responsabilidad en el mismo. De ahí, que a fines de 1973 se elaboró conjuntamente con el Ministerio de Planificación y Política Económica, un "Programa de Protección a grupos de poblaciones con mayor riesgo de desnutrición".

Este programa se puso en ejecución en 1974, un año después de haberse creado. Dentro de este programa se señalan dos etapas bien definidas: La fase de URGENCIA que consiste en la distribución de raciones alimenticias a los grupos más necesitados de esta ayuda, y la segunda fase que implica el desarrollo de actividades tendientes a fomentar la producción agropecuaria y a la educación nutricional.

La ración distribuida está compuesta por alimentos producidos localmente y de uso corrientes, a excepción de la leche en polvo, lo que asegura la máxima utilización de los mismos por parte de la familia. Esta incluye 75 gramos de arroz, 25 gramos de frijoles, 10 gramos de leche en polvo, 15 gramos de aceite y 10 gramos de azúcar. Esta ración se distribuye a los miembros de las familias beneficiadas, mayores de 3 años.

Para los niños de 6 meses a tres años se ha elaborado una mezcla infantil -NUTREBIEN-, cuya fórmula es la siguiente: harina de arroz, 60%; leche íntegra en polvo, 16%; azúcar, 24% y concentrado de hierro y vitaminas. Estas raciones aportan aproximadamente el 25% de las recomendaciones nutricionales diarias por persona, en lo que se refiere a calorías y proteínas.

Este programa espera lograr los siguientes objetivos:

1. Generales.

   1.1 Prevención de la desnutrición en los grupos más expuestos a riesgo;

   1.2 Recuperación nutricional de las personas que padecen algún grado de desnutrición;

   1.3 Incorporación de estos grupos de población a los procesos activos de producción.

2. Específicos.

   2.1 Erradicar la desnutrición de grado III en la población sujeto/objeto del Programa;

   2.2 Reducir la desnutrición de grado II en la población sujeto/objeto del Programa;

   2.3 Reducir las anemias nutricionales y la prevalencia de hipoavitaminosis A, en la población cubierta por el Programa.

Actualmente este programa se desarrolla en 6 distritos de la provincia de Veraguas, con una cobertura de 23,997 personas, de las cuales 2,817 son menores de 3 años, pertenecientes a 4,009 familias distribuidas en 194 comunidades de esta provincia. Este es el llamado Programa de Alimentación Complementaria.

Están por analizar los resultados de las evaluaciones realizadas en este programa. De éstos dependerán los ajustes y modificaciones que se hagan al mismo.

Proyectos de Producción.

A. Huertos Comunitarios: con el propósito fundamental de aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local, se realizan en el país un total de 162 huertos comunitarios, en los cuales participan 3,190 familias. A través de la debida educación nutricional, se trata de incorporar a la dieta usual, los alimentos producidos en estos huertos, alimentos casi siempre pre desconocidos; pero fuentes de aquellos nutrientes deficientes (vitaminas). Se cultivan especialmente vegetales verdes y amarillos (pimientos, lechuga, zanahoria, habichuelas, etc.).

B. Proyectos Avícolas: Se desarrollan, al igual que los huertos comunitarios, en las comunidades debidamente organizadas y con el propósito de aumentar la disponibilidad de proteínas de buena calidad (huevos y carne), cuya deficiencia en la dieta es causa de la desnutrición proteico-calórica. Actualmente existen en el país 83 de estos proyectos con participación de 1,394 familias.

Fortificación de azúcar con vitamina A. - A fin de erradicar el problema de la avitaminosis A y con la asesoría del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, se ha iniciado la fortificación del azúcar con esta vitamina.

Cocinas escolares.- A través de la dotación de equipo completo de cocina a los Ciclos Básicos de Producción que cuentan con comedores escolares, el Ministerio de Educación trata de mejorar el estado nutricional de estos grupos al proporcionarle un almuerzo balanceado y nutritivo que a la par de una adecuada educación nutricional impartida en el aula de clases, fortalecerán y formarán hábitos deseables de consumo, de higiene, de urbanidad, etc.

Programas de Educación Nutricional: La educación nutricional, a nivel comunitaria, tendiente a lograr cambios en los patrones de consumo, se realiza a través de entrevistas, charlas y especialmente seminarios de salud comunitaria. En el desarrollo de estos seminarios, se discute con la población sus hábitos alimentarios y se hacen recomendaciones sobre posibles prácticas y modificaciones a los mismos.

CANTIDAD DE PROYECTOS DE PRODUCCIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. 1971 - 1975.

DETALLE	AÑOS				
	1971	1972	1973	1974	1975
Proyectos Avícolas	-	-	-	-	28
Huertos comunitarios	16	43	64	87	100

Nota: Se incluyen proyectos iniciados y/o reubicados.

Protección al consumidor.- Se logra a través de la Comisión de Propaganda y Publicidad, constituida por técnicos del Ministerio de Salud. Revisa cuidadosamente el texto de las propagandas comerciales con el propósito de evitar que en ellas se alteren los valores nutricionales de los productos enunciados.

Programa de distribución de alimentos en los Centros de Salud.- La distribución de alimentos donados por agencias internacionales como CARE y CARITAS, se realiza en todos los centros y puestos de salud del país y se beneficia el binomio madre-niño. Además, se cuenta con la cooperación de la Cruz Roja Internacional, lo que ha hecho posible realizar un proyecto de distribución de leche Mi-

nisterio de Salud/Cruz Roja. A diferencia de los alimentos CARE, éste beneficia al núcleo familiar.

Salud Dental.

A través de los servicios dentales, el sector salud se propone elevar el nivel de salud bucal de toda la población, por lo que se han establecido servicios dentales de diferentes complejidades, como parte de la atención continuada e integral del sistema de atención médica, tanto en los sistemas integrados como en la región provincial de Panamá y en la Comarca de San Blas, aún no incorporadas al proceso de integración en salud.

A través de la capacidad instalada existente, se trata de ofrecer servicios de odontología integral, incluyendo servicios dentales básicos, salud dental y odontología preventiva.

La morbilidad observada en el país, ha señalado que las afecciones periodentales tiene una marcada prevalencia tanto en el área metropolitana como en el interior del país, por lo cual se ha dado énfasis a la atención preventiva.

En cuanto al aspecto cualitativo de los servicios brindados a la población, se han operado cambios en la atención odontológica. Se ha dado prioridad a la atención de escolares, maternales, colegiales y población adulta.

El contenido de esta atención en los distintos grupos enfatiza el criterio de atención integral y el de paciente terminado dentro de los niveles de promoción, protección, diagnóstico y tratamiento temprano y limitación del año.

El recurso humano en odontología en el país, varió de 1.2 odontólogos por cada 10,000 habitantes en 1970, a una tasa de 1.3 en 1975, mientras que estas mismas

tasas en equipos dentales sólo variaron de 0.3 en 1970, a 1.1 en 1975.

Además de los recursos de odontología de los sistemas integrados de salud, las necesidades de odontología en el país son atendidas por el sector privado y por la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá. Esta última ha venido estableciendo laboratorios de atención odontológica como parte de su programa docente. Su objeto es relacionar al futuro profesional con los esquemas del programa odontológico y con las realidades propias de las comunidades.

En el ámbito de la investigación odontológica, el Ministerio de Salud ha venido operando un laboratorio clínico odontológico a través del cual se brindan servicios profesionales a la población.

Como resultado de la labor de promoción y educación de las comunidades, se ha logrado la contribución de ésta para mejorar la capacidad física instalada mediante la adquisición de unidades dentales por parte de las mismas comunidades.

Una de las proyecciones en materia de odontología, es realizar una mejor distribución de los recursos humanos de ese ramo y continuar la formación de personal auxiliar o asistentes dentales.

Educación para la Salud.

Este programa constituye apoyo básico para todas las acciones de salud que se llevan a cabo en el sector. Una labor importante del programa son las actividades de promoción, asesoramiento y capacitación de comités de salud y el desarrollo de los seminarios de salud comunitaria. Por medio de estas actividades, la

la comunidad identifica los problemas y participa en sus soluciones.

En el período de 1976, se tenían organizadas cerca de 850 comités de salud en todo el país, habiéndose realizado en este mismo lapso, un total de 44 seminarios de salud comunitaria.

En estas organizaciones el equipo de salud desarrolla un seguimiento permanente y una supervisión contínua de las labores y programas de los comités de salud.

Dentro de las actividades regulares del programa, se efectúan actividades educativas en cada uno de los sectores de la comunidad mediante la utilización de ayudas audiovisuales, programas de divulgación por la radio y la prensa. Como parte de la evaluación de los programas, se desarrollan investigaciones sobre el impacto de los programas.

Administración.

Para dar respuesta oportuna y adecuada a la nueva política de salud, se han ido introduciendo los cambios necesarios en los sistemas administrativos. La adecuación administrativa ha ido precedida del diagnóstico de la situación en cada provincia. Los cambios y avances más relevantes en el programa de administración son los siguientes:

1.- Implantación de un reglamento interno único para el personal del sector público salud.

2.- Establecimiento de un solo sistema de compra de medicamentos.

3.- Utilización y aplicación de distintos subsistemas (kardex, inventarios y otros) utilizados por la Caja de Seguro Social, en las distintas unidades ejecutoras del sector, por considerarlos más funcionales.

4.- Formulación y evaluación presupuestaria conjunta entre los equipos correspondientes de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud.

5.- Uniformidad en los sistemas de suministros, particularmente de medicamentos, facilitándose esta labor mediante almacenes centrales de distribución y la aplicación de todo el sistema en todos los niveles.

6.- Centralización a nivel de región provincial de algunos sistemas tales como transporte, personal, y otros.

7.- Implantación de un solo sistema estadístico y de registro de la información sobre servicios prestaciones. Se proyecta descentralizar a nivel de la región provincial aspectos básicos del procesamiento de este sistema.

8.- Adiestramiento del personal administrativo de todos los niveles, a través de los recursos del Ministerio de Planificación y Política Económica de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud.

Desarrollo de la Comunidad.

La política en salud de nuestra revolución, señala como hecho básico para el buen desarrollo de los programas de salud, la participación efectiva de las comunidades en la solución de sus problemas de salud, previo un proceso educativo que permita su organización.

La organización comunitaria reposa en los comités de salud, juntas comunales, juntas locales, organizaciones campesinas, obreras, cívicas y otras. Estas organizaciones comunitarias son el reflejo del despertar de nuestras comunidades, con una conciencia definida e interés patriótico, que les permite comprender cue no es posible esperar todo del Estado, en un país en vías de desarrollo y con limitados recursos, y que es necesario aportar el esfuerzo de todos -hombres, mujeres y niños-, para que por la suma de acciones conjuntas y responsabilidades compartidas, se haga más factible la consecución de las soluciones más oportunas y adecuadas a la gama de problemas sociales que en las comunidades se presentan.

La relación entre la comunidad y el sistema de salud, se establece a través de sus instalaciones y el equipo técnico, ya que éste se relaciona directamente con el individuo, la familia, el trabajo, la escuela, etc. Para lograr la participación activa, los integrantes del equipo de salud han realizado una progresiva y constante labor educativa, y para ello comparten con los sectores organizados sus incuietudes y organizan aquellos desorganizados.

Se educa en salud a nivel del individuo, desde un consultorio médico hasta el nivel familiar; se organizan comités de salud. En el país hay 850, y se partici-

pa en todas las Comisiones de Salud de las organizaciones populares a nivel de los grupos organizados, se asesora en la formación de comisiones de trabajo que son: (1) Comisión de Salud Familiar con sus subcomisiones materno infantil (subcomisión de salud de adultos); (2) Comisión de Saneamiento Ambiental; (3) Comisión de Nutrición.

En algunas áreas se han organizado comités de casas para solucionar parte de los problemas que afectan a familias marginadas, sobre todo, realizando acciones en aquellas casas condenadas, barriadas de precaristas (casas brujas) y otras.

Es fundamental el hecho de que el equipo de salud no desmaye, persevere e insista en su trabajo comunitario; es una lucha del hombre con su ambiente.

En la comunidad estamos convencidos de que se está logrando un cambio de actitudes, cuando se observa que el Trabajador de Salud al desarrollar su actividad con ella, comparte sus angustias, sus ilusiones y su diario vivir, integrándose a ella como líder de grupo y formando nuevos líderes en la comunidad.

Los líderes promueven el cambio a través de diferentes estrategias, con el fin de mejorar condiciones de insalubridad, de desnutrición, siendo capaces de darle soluciones propias a sus necesidades y problemas, y otras.

Los grupos se organizan y producen los alimentos que necesitan consumir; ayudan en la captación de las madres y niños para su control de salud.

Mediante la participación activa y dinámica y constante de las comunidades, en corto plazo se reducirá o eliminará la elevada inversión que se realiza para erradicar las enfermedades que afectan a la comunidad. Es por ello, que el de-

sarrollo comunitario será evaluado en la medida en que nuestros indicadores de salud muestren cambios de enfermedad y muerte, por salud con bienestar físico, síquico y mental.

EL MODELO INTEGRACIÓN DE LA REGIÓN PROVINCIAL DE COLÓN

SITUACION GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA.

La provincia de Colón está situada en la parte central y norte de la república, limitando al norte con el Mar Caribe, al este con la Comarca de San Blas, al sur con las provincias de Panamá y Coclé, y al oeste con la provincia de Veraguas. Se encuentra dividida por el sector noreste del territorio nacional, denominado Zona del Canal bajo jurisdicción norteamericana.

La superficie de la provincia es de 4,259 km.^{2} y su capital es la ciudad de Colón, que a la vez funciona como puerto. Es la segunda ciudad en importancia de la república.

El clima predominante es el tropical húmedo y el promedio de temperatura máxima es de 28° C. Es una región muy lluviosa y la precipitación pluvial anual promedia entre 3,000 y 5,000 milímetros.

Entre los recursos naturales de la provincia figuran el cobre y el molibdemo, maderas y una abundamente riqueza ictiónica.

Las actividades comerciales, por razón de su relación como ciudad terminal del Canal de Panamá, desempeñaba un papel preponderante, y desde 1951 labora aquí la llamada Zona Libre de Colón, dedicada primordialmente a la exportación de mercaderías, ha permitido la ocupación de un importante sector de la población. Posee, además la provincia, otras industrias como fábrica de cemento, refinadora de petróleo y del carbón, etc.

Cuenta la provincia con 303.2 km. de caminos de hormigón, asfalto, grava y piedra. La carretera más importante es la vía transístmica que enlaza las ciudades de Panamá y Colón, a igual que el ferrocarril con una extensión de 77 kms. Tiene, además, tres pistas de aterrizaje en Coclé del Norte, Nombre de Dios y Belén y recientemente fue entregadas a la administración panameña, la parte de France Field, antiguamente bajo juris-

dicción de los Estados Unidos de Norteamérica.

Las actividades manufactureras en expansión en la provincia, aumentaron el consumo de energía eléctrica, de 20,284,000 KWH en 1961 a 62,890,000 KWH, en 1971. La población estimada de la provincia, en 1976, alcanzó 131,879 habitantes y su densidad en 31 habitantes por km.^{2}. Es importante señalar, que el 60% de esa población se ubica en las zonas urbanas y que registró, durante la década de 1960-70, un incremento natural de 2.8%, pero las tendencias actuales indican una reducción más acentuada en los últimos años. La población analfabeta era del 18.9% en 1970; nuevos programas educativos acompañados de la construcción de un mayor número de escuelas, pretenden disminuir significativamente estas cifras.

Recursos de Salud.

Desde el inicio de la integración de los servicios de salud en 1973, se han incrementado los recursos destinados a la atención de la población colonense; seis (6) nuevos centros de salud, 5 de ellos con anexos materno-infantiles, se han construido en los últimos tres años y 40 puestos de salud, atendidos por los Asistentes de Médico II (Ayudantes de Salud) han ampliado las coberturas geográficas y demográficas, en beneficio de la población rural. A la ciudad de Colón, con problemas sanitarias importantes, se le han mejorado los servicios existentes y se ha sectorizado la ciudad para redistribuir los recursos humanos y responsabilizarlos por áreas específicas, con la finalidad de conectarlos con la realidad de la comunidad y junto con ella enfrentar sus problemas. En cada sector se ubicará un centro de salud, en donde se brindarán los servicios básicos de atención de salud, además de los programas de educación y participación comunitaria.

El personal de salud se ha incrementado sustancialmente, así tenemos que, los médicos que en 1973 representaban una tasa de 4.6% habitantes se desplazó a 6.2%oo habitantes en 1976; igual situación se observa para el mismo período para los odontólogos (0.6 a 0.8), enfermeras (4.3 a 4.9) y el resto del personal de salud también experimentó incremento significativo.

En 1976, los recursos financieros del Sistema Integrado de Salud de Colón, alcanzaron la cifra de B/.4,062,250.00, representando una inversión de B/.30.80 por habitante, representando un incremento importante con respecto a lo observado en 1973.

Organización del Sistema Integrado de Salud de Colón.

Para fines de salud, la provincia de Colón ha desarrollado el concepto de regionalización diseñado desde el nivel nacional, del cual dependen y ha establecido dos áreas de salud:

1. Area de salud urbana (metropolitana).

   En ella se ubican actualmente las instalaciones más importantes del sistema: un hospital y una policlínica.

   La concentración institucional de los recursos no permitió que estos tomaran contacto con la realidad circundante y se detuvieron en las labores de atención de la demanda espontánea, lo cual exponía a la población a un continuado deterioro de su salud.

   En la actualidad, el área urbana ha sido dividida en cuatro sectores, con una instalación de salud como centro de gravedad y una población como su responsabilidad. Se han asignado los recursos, descentralizándolos desde sus instituciones originarias, en donde la atención de la salud, el trabajo de comunidad y la participación de la población en la solución de sus problemas, constituyen su sistema de

trabajo.

2. Area de salud rural.

La zona rural significa el 40% de la población de la provincia, con necesidades de salud más marcados: agua potable, excretas, vacunas, atención médica, agregados a pocas vías de comunicación, reducidas condiciones de trabajo, ausencia de técnicas agrícolas adecuadas y otras.

Al inicio del proceso integracionista, la capacidad instalada en el sector rural se circunscribía a la existencia de dos instalaciones. En la actualidad el área ha sido organizada en 8 sectores, y cada uno de ellos es servido por un centro de salud, dotado de personal y recursos suficientes para atender las demandas de salud.

Cada sector se ha dividido en subsectores, en donde existen subcentros o puestos de salud, dispuestos para brindar atención primaria en los lugares más apartados de cada uno de ellos.

Con este esquema de organización que se expone en anexo, el Sistema Integrado de Salud de Colón espera reducir la marginalidad de la población campesina e incorporar a la zona urbana al trabajo comunitario.

PROGRAMAS DE SALUD.

Saneamiento del medio

La Provincia de Colón ha contribuido con las labores realizadas por el programa, a través de la construcción de 9 acueductos comunitarios y 26 pozos sanitarios, agregando a la cobertura de población rural beneficiada en 11% adicional. En ambas actividades los logros superaron las metas establecidas para la provincia. Se suministraron 570 letrinas a igual número de vivienda, beneficiando con ellas aproximadamente a 2,850 habitantes, y se continuó con las labores de mejoramiento de las condiciones físicas de la vivienda en el medio rural y acentuando este trabajo en la ciudad de Colón mediante acciones de tipo educativo.

Programa Materno-Infantil

La tasa de natalidad de Colón es del orden del 3.2% y la atención profesional en el parto el 86% de los nacimientos vivos, con una tasa de mortalidad materna de 0.8, inferior al promedio nacional y que reflejan un adecuado manejo de los problemas obstetricos de la provincia. Para el año de 1976 se dieron a las 3,895 mujeres que se controlan un tal de 26,261 consulta a razón de 6.7 consultas por mujer al año.

A pesar de los éxitos alcanzados en el control del embarazo y del parto en la provincia de Colón reconocemos la existencia de problemas importantes en lo referente a la mortalidad infantil, en donde la tasa, 46.7‰ nacidos vivos, resulta lo más alta del país y supera en un 50% al promedio nacional.

Al examinar en detalle el problema nos encontramos con que la mortalidad pos-neonatal, de 26.8% nacidos vivos, representa el 57% de las defunciones de menores de un año, siendo este el grupo más sensible a las técnicas preventivas existentes y a'

disposición de la población. Los valores más altos de estas defunciones se registran en la ciudad de Colón, evidenciando un sentimiento de auto-marginalidad como resultado de problemas sociales y educativos latentes en la población.

La sectorización, el establecimiento de nuevos centros de salud en cada sector de la ciudad, programas educativos a nivel de la comunidad como resultado de investigaciones en profundidad de la situación, son los medidas que se están implementando al corto plazo para enfrentar el problema de la ciudad de Colón y en el área rural de la provincia, haciendo particular énfasis en las actividades del programa Materno Infantil y en el saneamiento del medio ambiente, esperando modificar con el apoyo de la comunidad,los indicadores comentados.

Programa de Adultos

Para la atención del adulto en Colón, el sistema ha dedicado importantes recursos para satisfacer las demandas de servicios preventivos y curativos. Los accidentes y las enfermedades degenerativas son las principales causas de enfermedad y de muerte, para las cuales se están desarrollando programas de vigilancia y control.

La mortalidad del adulto se ha mantenido a los mismos niveles que la del país y la proporcional (50 años y más) registró un 54.7% de todas las muertes en 1975, con pocas variaciones con respecto a los años anteriores.

Salud mental.

Las actividades del Programa de Salud Mental en Colón, están en función de las posibilidades de los recursos existentes en la provincia, definidos como escasos ante una demanda creciente. Para la población actual se cuenta con un siquiatra, un sicólogo y una enfermera con adiestramiento en esta actividad y que no labora a tiempo completo.

Con este equipo se produjeron, en 1976, 5,073 consultas, de las cuales 3,230 las dio el médico y 1,843 el sicólogo, y se atendieron 49 casos hospitalizados, cifras que no reflejan la magnitud del problema.

Se han desarrollado importantes labores docentes en dos áreas, principalmente:

A nivel del personal de salud, mediante charlas al cuerpo médico y cursos de relaciones humanas a varios grupos de funcionarios administrativos. A nivel de las instituciones escolares, mediante charlas al personal docente y padres de familia, encaminadas a la prevención primaria por medio del manejo adecuado del niño y en la comprensión de sus crisis y conflictos.

Las labores preventivas en las escuelas son limitadas y adolecen de mayor dedicación y seguimiento debido principalmente, a lo reducido del tiempo disponible para estas tareas.

Salud dental.

El servicio dental en esta provincia, ha venido aplicando una metodología de trabajo diferente a las demás provincias integradas. Este sistema contempla varios ambientes o cubículos de atención según necesidades del paciente.

El proceso se inicia con el examen dental por un odontólogo examinador quien establece las necesidades y prioridades dentales del paciente, y diseña su plan de trabajo dental. Se continúa con el tratamiento requerido cuyo plan no se modifica sin consulta previa con el odontólogo examinador. Este método ha demostrado ser mucho más ágil y permite una mayor cobertura de población.

El servicio se rige por las normas establecidas a nivel nacional, dando prioridad al tratamiento integral y enfatizando las acciones educativas mediante charlas, control de

placas bacterianas, capacitación del paciente para autoaplicación de fluoruro de sodio y otras.

Para una población de 131,859 habitantes en 1976, el recurso dental disponible alcanzaba a 10 odontólogos a tiempo completo, 5 asistentes dentales, un servicio dental a nivel urbano con 5 ambiente de trabajo y una unidad dental móvil. Esta última efectúa giras conjuntamente con el equipo de salud del Sistema Integrado, de manera programada, sin alterar el funcionamiento del sistema regular de atención odontológica. En la provincia opera un laboratorio de la Facultad de Odontología de la universidad estatal.

Para aumentar la cobertura de las áreas marginadas, se están adquiriendo unidades dentales de tipo modular, las cuales se están ubicando en los sectores rurales o menos accesibles. Se proyecta, además, la formación de Asistentes de Odontología Comunitaria, para realizar actividades de prevención.

Educación para la Salud.

El Sistema Integrado ha tratado de maximizar el efecto de las actividades de educación para la salud, mediante la asignación de funciones específicas a miembros del equipo de salud, como el caso de la Trabajadora Social quien realiza labores directas de educación en los distintos sectores, formando parte del equipo multidisciplinario que desarrolla sus actividades en cada centro de salud. Se han intensificado las acciones de organización de Comités de Salud, participación en grupos comunitarios, desarrollo de seminarios de salud comunitaria, preparación de eventos educativos acompañados con ayudas audiovisuales y capacitación de líderes de la comunidad.

Programa de Nutrición

El Sistema Integrado de Salud de Colón al igual que las otras provincias panameñas vive su problema de Nutrición como resultado de una serie de factores de orden geográfico, económico, cultural y político.

La interrelación de estos factores determinan la disponibilidad, el consumo y la utilización de alimentos y es por ello que el programa extiende prioritariamente sus acciones a sectores que se consideran marginados.

Se brinda tratamiento adecuado a nivel hospitalario en aquellos caso con mayor compromiso nutricional e infectados, continuando su seguimiento a nivel del hogar - evaluando la situación de la familia y de la comunidad y realizando actividades en todos los niveles para captar los casos incipientes y prevenir el daño en aquellos aún no afectados.

En algunos sectores rurales se han establecido los proyectos del Programa de Producción para aumentar la disponibilidad de alimentos a nivel local desarrollando los Huertos Comunitarios los cuales a través de la debida educación nutricional tratan de incorporar a la dieta usual los alimentos producidos en estos Huertos; alimentos casi siempre desconocidos pero fuentes de aquellos nutrientes deficientes (vitaminas), cultivándose especialmente vegetales verdes y amarillos (pimientos, lechuga, zanahoria, habichuelas).

Igualmente se realizan proyectos avícolas, en las comunidades debidamente organizadas, con el propósito de aumentar la disponibilidad de proteínas de buena calidad (huevos y carnes) cuya deficiencia en la dieta es causa de la desnutrición protéico-calórica prevalente en los sectores marginados rurales. Actualmente existen en la provincia de Colón 3 proyectos avícolas y 11 huertos comunitarios.

Todas las acciones del Programa de Nutrición en el área rural y en el área urbana conllevan componentes educativos a nivel de las comunidades tendientes a lograr cambios en los patrones de consumo, realizados a través de entrevistas, charlas y especialmente seminarios de Salud Comunitaria; en cada sector a través de sus Centros de Salud y de los distintos niveles de atención se efectúa también la complementación alimentaria (distribución de leche semidescremada).

El problema de nutrición en este Sistema Integrado recibe el apoyo de todos los niveles estatales y de la comunidad quienes con el concurso de Agencias Internacionales, efectúan el máximo esfuerzo para superar el problema de nutrición en algunos sectores en esta Provincia de Colón que es parte de nuestra problemática de país en vías de desarrollo.

PROGRAMA DE ADMINISTRACION

Durante el período transcurrido en el proceso integracionista, este programa a través de la implementación de adecuados procedimientos y sistemas administrativos ha logrado un servicio de mejor calidad, a menor costo, al dirigir la utilización racional de los recursos físicos, humanos y económicos como apoyo a los programas de salud mencionados con anterioridad.
Los avances relevantes en el Programa de Administración son los siguientes.

1 .- Centralización de los servicios administrativos en unidades con responsabilidad provincial en los sistemas de contabilidad, mantenimientos, Presupuesto, Almacén Central y Control de Inventarios, Transporte y Personal.

2 .- Supervisión a los diferentes niveles de atención a través de reuniones periódicas para establecer mecanismos administrativos uniformes.

3 .- Implantación de un sistema adecuado para el suministro de medicamentos.

4 .- Desarrollo de programas continuados para entrenamiento del personal del Sistema en las áreas administrativas y técnicas, tales como asistencia de personal administrativo a seminarios y cursos en los aspectos de presupuesto, administración de personal, supervisión, etc. realizados a nivel nacional y provincial.

5 .- Implantación de un solo sistema estadístico y de registro de la información sobre servicios prestados.

SECTORIZACION DE LA REGION PROVINCIAL DE COLON

REGION DE SALUD	AREA DE SALUD	SECTOR DE SALUD	SUBSECTOR
COLON	AREA URBANA METROPOLITANA	SECTOR 1- Policlínica P.Melendez	NO DEFINIDOS
		SECTOR 2 -C.S. Calle 5	
		SECTOR 3 - C.S. Calle 9	
		SECTOR 4 - C.S. Calle 16	
	AREA RURAL	SECTOR 1 - Sabanitas	NO DEFINIDOS
		SECTOR 2 - Buena Vista	
		SECTOR 3 - Nvo.San Juan	
		SECTOR 4 - Portobelo	
		SECTOR 5 - Santa Isabel	
		SECTOR 6 - Escobal	
		SECTOR 7 - Palmas Bellas	
		SECTOR 8 - Icacal	

NIVELES DE ATENCION MEDICA SEGUN AREA Y SECTOR
DE SALUD EN LA PROVINCIA DE COLON
AÑO: 1977

AREA Y SECTOR DE SALUD	NIVELES DE ATENCION					
	I		II		III	IV
	Ia (*)	Ib	IIa	IIb		
TOTAL:	(23)	(4)	(5)	(7)	(1)	(-)
AREA URBANA	(-)	(-)	(3)	(1)	(1)	(-)
SECTOR 1 Policlínica y Hospital	(-)	(-)		(1)	(1)	(-)
SECTOR 2 Calle 5	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 3 Calle 9	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 4 Calle 16	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
AREA RURAL	(23)	(4)	(2)	(6)	(-)	(-)
SECTOR 1 Sabanitas	(1)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 2 Buena Vista	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)
SECTOR 3 Nuevo San Juan	(2)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 4 Portobelo	(6)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 5 Santa Isabel	(6)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 6 Escobal	(4)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 7 Palmas Bellas	(1)	(1)	(-)	(1)	(-)	(-)
SECTOR 8 Icacal	(2)	(-)	(1)	(-)	(-)	(-)

(*) Puestos de Salud con edificio. En total son 40 unidades.

ANEXOS

CUADRO N° 2

DENSIDAD DE LA POBLACIÓN POR KM^2., POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970 - 1976.

VINCIA	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
TOTAL	18.9	19.5	20.1	20.8	21.4	22.0	22.7
deel Toro	4.9	5.1	5.2	5.5	5.5	5.7	5.9
	23.4	24.1	24.7	25.4	28.3	26.7	27.3
	25.7	26.5	25.2	28.0	28.7	29.5	30.3
	27.0	27.7	28.4	29.1	29.9	30.5	31.2
	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5
	29.9	30.5	31.0	31.6	32.4	32.1	33.2
lcos	18.7	18.8	18.8	18.9	18.9	19.0	19.0
	51.1	53.5	55.9	58.4	61.1	63.6	66.4
nn Blas	7.7	7.9	8.1	8.2	8.4	8.6	8.8
os	13.7	14.4	14.3	14.6	13.7	15.0	15.2

: Departamento de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

LONGITUD EN KILÓMETROS POR PROVINCIA, SEGÚN TIPO DE SUPERFICIE

AÑO : 1975.

PROVINCIA	TOTAL	%	TIPO DE SUPERFICIE			
			HORMIGON	ASFALTO	REVESTIDOS	TIERRA
TOTAL	7,320.5	100	637.0	1676.7	2086.4	2920.4
Bocas del Toro	707	1.0	-	-	23.0	47.7
Coclé	941.6	12.9	106.1	214.2	196.5	424.8
Colón	383.9	5.2	55.9	98.4	109.7	119.9
Chiriquí	1,723.0	23.6	167.0	353.5	618.2	584.3
Darién	74.5	1.0	-	-	44.5	30.0
Herrera	805.1	11.0	10.0	158.0	277.2	359.9
Los Santos	1,013.4	13.8	-	290.2	195.2	528.0
Panamá	1,123.3	15.3	194.9	284.0	271.4	373.0
Veraguas	1,185.0	16.2	103.1	278.4	350.7	452.8

Fuente: Red vial de la República de Panamá, Ministerio de Obras Públicas.

CUADRO N° 11

PERSONAL MÉDICO EN EJERCICIO POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975 (1).

VINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	6.3	6.8	7.0	7.5	7.7	7.5
os del Toro	4.0	2.9	5.4	7.3	7.3	9.2
lé	2.3	3.0	2.7	3.0	3.1	2.7
ón	4.5	4.0	4.2	4.6	5.3	5.2
riquí	4.0	4.6	4.1	4.2	5.0	5.8
iém	2.2	2.2	1.7	1.7	1.7	2.5
erra	3.0	3.8	3.3	3.4	4.2	3.5
Santos	2.5	3.6	4.4	4.0	3.7	3.8
má	10.7	11.6	12.0	12.6	12.4	11.6
guas	1.4	2.0	2.0	2.2	2.7	2.2

(1) Tasa por 10,000 habitantes. A base de la estimación de la población del año respectivo.

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

CUADRO Nº 12

ODONTÓLOGOS EN EJERCICIO POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975. (1)

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	1.2	1.1	1.0	1.2	1.3	1.3
s del Toro	1.0	0.2	0.9	0.8	1.4	1.4
é	0.8	0.7	0.6	0.8	0.9	0.9
ón	0.9	0.6	0.3	0.6	0.7	0.7
iquí	0.9	0.7	0.5	0.8	1.1	0.9
én.	0.6	0.4	0.4	0.4	0.8	0.8
erra	0.8	0.7	0.8	0.9	0.8	0.9
untos	1.0	0.8	1.1	1.5	1.4	1.2
má	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9
guas	0.7	0.5	0.4	0.7	0.6	0.6

(1) cada 1,000 habitantes. A base de la estimación de población del año respectivo.

Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N° 13

ENFERMERAS EN EJERCICIO, POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975. (1)

OVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	7.4	6.4	7.0	6.8	7.0	7.1
s del Toro	5.0	2.7	4.5	7.3	8.7	7.5
lé	2.4	1.6	1.5	1.8	1.6	1.9
lón	6.4	4.3	3.9	4.2	4.4	4.6
iquí	3.8	3.3	3.5	3.7	4.1	5.4
éni	3.4	2.6	2.1	1.7	1.2	2.5
erca	3.2	3.2	2.5	2.4	2.0	2.9
anntos	3.2	2.5	2.3	3.6	2.6	3.3
mácá	12.8	11.7	13.0	11.8	12.1	11.5
güas	1.8	1.3	1.1	1.2	1.3	1.5

ssa por 1,000 habitantes. A base de la estimación de la población del año respectivo.

CUADRO N° 14

AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EJERCICIO, POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975 (1).

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	11.6	12.9	13.9	14.2	14.0	9.7
ocas del Toro	5.0	4.9	18.3	16.5	16.8	15.5
eché	4.1	6.0	6.9	6.2	5.9	4.9
olón	7.0	9.7	9.0	12.5	13.0	15.6
Veraguas	8.0	9.7	11.5	11.2	10.4	6.0
Darién	6.2	6.9	5.1	4.2	6.6	11.0
Herrera	7.4	10.1	11.3	11.2	12.4	8.3
Los Santos	8.4	8.7	13.0	1.25	12.7	12.0
Panamá	20.0	20.8	20.5	20.9	20.2	11.8
Kuna Yala	3.4	3.6	4.3	4.9	4.5	3.8

Tasa calculada por 10,000 habitantes. A base de la estimación de la población, al 9 de julio del año respectivo.

SITUACIÓN DE LA PROVISIÓN DE AGUA POTABLE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO : 1976.

DETALLE	REPÚBLICA TOTAL		SECTOR URBANO		SECTOR RURAL	
	Nº HABITANTES (1)	%	Nº HABITANTES (1)	%	Nº HABITANTES	%
Población Total	1,745,000	100.0	900,000	100.0	845,000	100.0
Población Beneficiada con Agua Potable:	1,432,600	82.1	900,000	100.0	532,600	63.0
A. Por Acueductos-Totales	1,222,600	70.1	900,000	100.0	322,600	38.1
1. Acueductos I.D.A.AN	1,010,400	57.9	882,300	98.0	128,100	15.1
2. Acueductos Municipio	3,600	0.2	3,600	0.4	0	0.0
3. Acueductos Privados	38,600	2.2	14,100	1.6	24,500	2.9
4. Acueductos Comunales	170,000	9.7	0	0.0	170,000	20.1
B. Por Pozos Sanitarios	210,000	12.0	0	0.0	210,000	24.8
Población Servida con Conexión Domiciliaria.						
A. Por Total Acueductos	1,029,400	59.0	838,800	93.2	190,600	22.5
1. Acueductos-IDAAN	899,320	51.5	825,220	91.7	74,100	8.7
2. Acueductos Municipio	3,080	0.2	3,080	0.3	0	0.0
3. Acueductos Privados	25,800	1.5	10,500	1.2	15,300	1.8
4. Acueductos Comunales	101,200	5.8	0	0.0	101,200	11.9

(1) Población estimada al 31 de diciembre de 1976.

Fuente: Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN).

CUADRO N° 10

CAMAS DISPONIBLES POR 1,000 HABITANTES, POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1976.

PROVINCIA	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
TOTAL	3.1	3.2	3.4	3.3	3.6	3.8	3.7
deel Toro	3.6	3.5	4.7	4.8	5.2	4.6	3.7
	1.8	1.7	1.7	1.7	2.1	2.2	2.2
n	2.5	2.9	2.5	3.0	2.7	2.4	2.2
uit	2.1	2.0	2.2	2.2	2.5	3.3	3.0
	1.6	2.3	2.3	2.3	2.3	2.1	3.1
a	2.6	2.7	2.9	3.3	3.8	3.8	4.1
ntos	2.5	2.4	5.1	5.2	6.6	7.4	6.9
á	4.8	4.7	4.8	4.5	4.7	4.6	4.7
n Blas	1.0	1.2	1.2	3.5	5.0	1.7	3.9
ucas	1.1	1.2	1.1	1.2	1.2	4.1	1.6

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

SITUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE EXCRETAS Y AGUAS SERVIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 1976.

DETALLE	REPÚBLICA TOTAL		SECTOR URBANO		SECTOR RURAL	
	Nº HABITANTES (1)	%	Nº HABITANTES (1)	%	Nº HABITANTES (1)	%
Población Total	1,745,000	100.0	900,000	100.0	845,000	100.0
Población Servida por Algún Sistema Sanitario	1,533,400	87.8	873,900	97.1	659,500	78.0
A. Por total alcantarillados	631,900	36.2	626,400	69.6	5,500	0.6
1. Alcantarillados IDAAN	624,300	35.8	622,400	69.2	1,900	0.2
2. Alcantarillados Privados	7,600	0.4	4,000	0.4	3,600	0.4
B. Tanques sépticos	92,000	5.3	57,000	6.3	35,000	4.1
C. Letrinas sanitarias	809,500	46.4	190,500	21.1	619,000	73.2

(1) Población estimada al 31 de diciembre de 1976.

Fuente: Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.)

CUADRO Nº 4

ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO, REGISTRADA POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA. AÑOS : 1970 - 1975.

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	65.00	67.7	68.2	69.4	71.8	71.9
s del Toro	49.9	53.6	50.7	48.6	47.8	49.8
é	43.1	46.5	46.2	42.3	48.2	49.1
ón	81.4	82.4	82.0	82.8	82.8	86.1
quí	52.9	55.1	57.1	59.9	62.1	62.2
n	15.2	22.3	22.1	25.7	19.2	31.7
ra	56.3	61.3	61.6	60.7	67.6	66.8
ntos	56.0	62.3	61.9	62.2	69.1	72.0
á	90.0	91.2	91.0	92.1	92.6	92.7
San Blas	24.4	33.4	38.6	36.6	48.5	48.5
uas	30.6	26.9	34.0	35.5	38.6	39.5

emte: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N° 3

NATALIDAD REGISTRADA POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970 - 1975 (1).

VINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	37.1	37.2	36.0	33.2	32.6	32.2
del Toro	43.1	46.8	48.7	43.7	46.8	44.0
	41.8	40.1	38.9	35.7	33.5	36.1
ón	37.3	34.8	36.1	33.9	31.6	32.8
quí	38.2	39.0	40.1	34.8	35.6	34.9
n	40.8	41.7	35.8	31.1	33.5	35.0
ra	37.2	37.5	31.7	30.6	29.9	27.7
nitos	31.6	31.0	27.9	24.7	22.6	21.8
á	35.2	35.3	34.2	31.2	31.5	30.5
San Blas	33.4	31.0	27.1	23.9	24.9	27.2
as	40.0	38.8	38.2	35.6	33.1	35.5

alculada por 1,000 habitantes. A base de la estimación de la población del año respectivo.

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

CUADRO N° 8

DEFUNCIONES MATERNAS REGISTRADAS POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS : 1970-1975.(1)

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	1.4	1.1	1.1	1.0	0.8	0.9
cas del Toro	0.5	0.9	1.4	—	1.3	1.3
clé	1.6	1.2	1.5	0.6	0.7	0.8
olón (1)	1.6	2.0	0.7	1.2	1.2	0.8
iriquí	1.9	0.9	1.2	1.0	0.4	1.5
rién	4.3	2.1	2.4	-	-	-
rrera	0.7	1.1	1.6	1.3	-	1.8
Santos	0.4	0.9	2.1	1.1	1.2	0.6
amá	0.8	0.7	0.5	0.7	0.7	0.5
aguas	2.5	2.1	1.9	2.5	1.8	1.5

Por cada 1,000 nacimientos vivos.
Incluye la comarca de San Blas.
ente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO N° 7

DEFUNCIONES DE MENORES DE 28 DÍAS REGISTRADAS POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975 (*).

PROVICIA	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	
TOTAL	20.8	19.7	17.4	16.1	16.8	17.9	
s del Toro	19.6	16.1	15.0	9.6	11.2	11.1	
lé	17.8	17.0	16.1	15.4	18.3	23.3	I
ám	21.7	26.0	26.0	20.2	17.0	19.9	IV
iquí	21.5	21.3	18.3	19.1	19.4	20.2	V
én	21.6	22.8	17.9	18.5	19.8	15.2	
erca	24.0	16.2	16.8	19.0	14.2	20.5	VI
amtos	19.7	14.7	12.3	14.7	6.0	11.2	
mdá	18.7	18.2	15.2	13.5	16.1	16.8	
guas	27.1	23.1	21.5	19.0	20.4	16.1	

(*) Sobre 1,000 nacidos vivos.

(1) Incluye la Comarca de San Blas.

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

CUADRO N° 6

DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO REGISTRADAS POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1976 (1).

OWINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	40.5	37.6	33.7	33.3	31.5	31.0
s del Toro	52.0	46.5	39.0	42.0	30.3	32.5
é	44.6	38.8	38.5	36.6	33.0	37.4
n .	48.5	50.7	48.8	49.6	40.4	46.7
iquí	44.6	42.6	45.0	38.6	37.9	33.6
ení	63.6	43.6	46.2	33.8	34.6	28.0
erca	39.5	32.1	28.6	29.6	31.8	31.8
amtos	30.2	25.8	24.0	21.2	12.7	24.3
ás	33.7	31.8	27.5	27.7	25.2	25.6
San Blas	39.6	34.2	36.6	23.8	20.5	17.4
uas	47.3	40.7	39.5	39.5	45.0	34.2

(1) Por cada 1,000 nacidos vivos.

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

CUADRO N° 9

MORTALIDAD PROPORCIONAL DE 50 AÑOS Y MÁS REGISTRADA POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970-1975.(*)

PROVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	42.8	42.9	44.9	46.0	48.4	50.2
as del Toro	22.9	20.2	24.9	22.7	31.6	25.3
lé	34.7	38.3	37.5	40.8	43.1	42.4
ón	52.5	53.0	53.6	53.0	58.7	54.7
iquuí	34.9	31.1	32.1	34.9	36.2	41.2
éni	16.9	20.8	22.9	28.7	26.7	17.3
erca	48.7	49.9	49.6	50.4	56.2	54.3
Santos	59.7	59.8	57.5	63.9	71.6	70.5
maá	51.3	52.1	56.2	55.8	57.3	58.2
San Blas	28.0	25.0	28.6	---	31.7	---
guas	34.1	31.2	32.0	32.0	33.5	39.2

Por cada 100 defunciones.
Cifras no disponibles.
ente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

CUADRO Nº 5

DEFUNCIONES GENERALES REGISTRADAS POR PROVINCIA EN LA REPUBLICA. AÑOS: 1970 - 1976. (1)

OVINCIA	AÑO					
	1970	1971	1972	1973	1974	1975
TOTAL	7.1	6.7	6.0	5.8	5.6	5.2
cas del Toro	9.1	8.2	6.0	6.7	6.0	4.9
ıclié	8.0	6.9	6.2	6.6	5.1	5.4
olón	8.3	8.7	8.1	8.1	6.2	7.2
irilíquí	7.6	6.7	6.7	6.2	6.1	5.5
riéén	8.3	5.4	5.0	4.6	4.4	4.3
rrera	7.7	6.8	6.2	6.0	5.5	5.5
Santos	6.6	6.3	5.5	5.8	5.7	5.5
aimá	5.8	5.7	5.1	4.9	4.6	4.5
San Blas	5.3	5.1	3.9	2.6	2.9	2.4
aguas	9.2	8.8	7.1	7.4	8.0	6.6

Tasa por 1,000 habitantes. A base de la estimación del año respectivo.

tee: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General de la República.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES REGISTRADAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y LABORATORIOS DE LA REPÚBLICA. AÑOS: 1970 - 1976.

ENFERMEDADES (1)	AÑO						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Fiebre tifoidea	5	32	15	18	10	7	30
Fiebre paratifoidea	29	48	31	65	97	48	47
Otras salmonelosis	65	20	12	25	24	11	22
Disentería bacilar	7	57	65	36	36	102	73
Intoxicación alimentaria	211	46	77	144	65	238	233
Amibiasis	270	584	575	442	350	495	704
Tuberculosis, todas formas	1,375	2,190	1,834	1,115	898	965	1,021
Tuberculosis pulmonar	1,363	2,111	1,771	1,019	851	911	856
Brucelosis	1	-	-	-	4	-	1
Difteria	40	22	10	3	2	-	-
Tosferina	166	904	1,597	515	697	135	61
Angina estreptocócica y escarlatina	296	546	712	718	799	1,491	2,717
Infecciones meningocócicas	15	5	2	1	1	1	7
Poliomielitis paralítica	-	5	-	-	-	-	-
Poliomielitis no especificada	12	71	2	-	-	-	-
Varicela	349	268	321	492	642	682	814
Sarampión	4,169	4,324	1,319	3,198	308	245	1,317
Fiebre amarilla selvática	-	-	-	-	4	-	-
Parotiditis	813	110	259	429	899	728	464
Encefalitis vírica	-	1	6	-	-	-	-
Erisipela	798	360	457	633	583	500	637
Hepatitis infecciosa	228	428	764	701	232	347	1,363
Rabia en el hombre	-	1	-	1	-	-	-
Rabia en animales	5	22	10	9	11	18	20
Tripanosomiasis americana (chagas)	-	49	13	19	12	10	28
Fiebre reumática	-	88	73	236	113	126	251
Paludismo (malaria)	4,807	1,416	913	1,659	1,240	666	727
Sífilis	693	878	739	762	1,064	1,655	3,957
Infecciones gonocócicas	1,547	2,091	1,558	1,799	2,095	2,525	3,453
Influenza	25,593	19,460	20,978	17,336	21,909	19,559	28,894
Tétanos	58	87	31	71	101	31	63
Leishmaniasis	326	29	119	118	81	132	111
Anquilostomiasis (uncinariasis)	-	1,255	594	1,138	1,094	1,435	1,855

(1) Según la clasificación Internacional de Enfermedades, 8a. revisión.

Fuente: Estadísticas de Salud, 1976.- Ministerio de Salud.

SISTEMA INTEGRADO DE SALUD: COLON

PROGRAMAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
1974 - 1976

ACTIVIDADES	1974		1975		1976	
	Logros	%	Logros	%	Logros	%
AGUA						
Acueducto	4	80	12	200	9	150
Pozos Construídos	19	62	22	96	26	144
Pozos Reparados	51	425	66	507	100	200
CONTROL DE EXCRETAS						
Letrinas	248	38	429	103	570	414
Eliminación Problemas de aguas negras	383	766	315	321	260	173
BASURAS						
Dotación de Tinacos	171	42	225	75	282	106
Dispositivos Domiciliarios	13	20	15	43	54	270
INSECTOS ROEDORES						
Cebos Raticidas	43449		28900		22190	
VIVIENDAS						
Mejoras a Viviendas	323	113	395	108	468	153
INSPECCIONES PRACTICADAS	11836	(1) 5.12	12621	(1) 4.49	15428	(1) 5.6
INSPECTORES - AÑO	10.5		12.75		12.5	

* Se refiere al porcentaje de la meta programada.

(1) Inspecciones promedio diario por inspector.

BASES JURIDICAS PARA EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL Y LA JURISDICCION DE FAMILIA Y DE MENORES

XV CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

REPUBLICA DE PANAMA

PANAMA, JUNIO DE 1977.

IV. La legislación especial del menor y de la familia como instrumentos de prevención e integración del menor marginado. Aspectos normativos e institucionales.

EXPLICACION PRELIMINAR

El Tribunal Tutelar de Menores de Panamá, institución creada mediante Ley 24 de 1951 participó en la preparación del Proyecto para la estructuración del Instituto de la Familia y Política Social organismo que de acuerdo con el principio constitucional contenido en el artículo 58 de la Carta Fundamental de 1972, debe crear el estado para asegurar a la familia panameña una entidad qque centralice los servicios sociales que debe ofrecerse a la familia y para la labor de prevención con el fin de lograr su fortalecimiento.

El aporte del Tribunal Tutelar de Menores al equipo que trabajó en la preparación del anteproyecto y que cubrió las áreas de pre-escolaridad, de orientación familiar, adiestramiento para la producción etc., fue la preparación del Proyecto de Ley y su exposición de motivos.

Panamá aporta este documento al Congreso Panamericano del Niño, aún cuando en su larga lucha por lograr su verdadera independencia nacional y total soberanía sobre su territorio, reconoce que la legislación es solo una parte del fenómeno social que busca cambiar las estructuras que a su vez permitan un mejoramiento de la sociedad y por ende una mayor justicia social.

En la actualidad el Proyecto del Instituto de la Familia es analizado por la Comisión de Legislación, cuerpo legislativo encargado de presentar los proyectos de ley a la entidad del estado encargada de su aprobación y estamos seguros de que éste será bien acogido con vistas a ofrecer a la familia panameña un instrumento ejecutivo y coordinador de los servicios y acciones que requiere la base del estado o sea la familia,

COMISION PARA LA REESTRUCTURACION DE LOS
PROGRAMAS DEDICADOS A LA FAMILIA, LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD
(Decreto 114 del 16 de junio de 1975)

PROYECTO DEL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL

DOCUMENTO DE PRESENTACION Y ORGANIZACION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

DOCUMENTO DE PRESENTACION Y ORGANIZACION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

ANTECEDENTES:

La necesidad de una acción estatal organizada que promueva el fortalecimiento y la protección de la familia panameña tal como lo consagra la Constitución vigente en su Artículo 58, ha sido motivo de preocupación de diversos sectores de país que de una u otra forma, en los últimos años, han iniciado esfuerzos encaminados hacia este objetivo.

Es por ello importante conocer algunas de las acciones que en el transcurso de los últimos años se han realizado con el propósito de ofrecer una visión completa de la evolución que ha tenido el desarrollo de esta idea.

Originalmente se pensó en la organización de los servicios de protección a la niñez como los ciudadanos del futuro, efectuandose una serie de reuniones en el año 1972 tendientes a establecer lo que se denominó al Consejo del Niño. Sin embargo la complejidad de las condiciones del subdesarrollo de nuestros pueblos, así como la evolución rápida que han tenido las conferencias internacionales en materia de protección al menor, han demostrado que es imprescindible considerar a la familia como núcleo básico en relación estrecha con su realidad ambiental. Por tal motivo, a raíz del XIV Congreso Panamericano del Niño realizado en Santiago de Chile, en 1973, se llevó a cabo en el Instituto Panameño de Habilitación Especial una Jornada sobre la Familia, Infancia y Juventud con el propósito de crear mayor conciencia

estatales que ofrecían el servicio de manera fragmentada y dispersa.

Es conveniente resaltar que como principios rectores se plantearon que el organismo del que habla el Artículo 58 no podía ser constituído al margen de nuestra realidad política, económica, social y cultural, ni tampoco como un organismo burocrático. Su finalidad debía plantearse como respuesta a las necesidades de la familia panameña considerada como uno de los núcleos básicos de la organización social de un pueblo que vive un proceso revolucionario de cambio y de lucha por su liberación. Por ende, este organismo con funciones normativas y de ejecución debía organizarse en conexión estrecha con la estructura política del país y con los planes de desarrollo nacionales. Su organización debería ser lo suficientemente ágil y flexible que permitiera llegar a la población que reside en las unidades más pequeñas (Corregimientos), responder a sus necesidades y retroalimentar sus programas con la participación de la base.

A fin de recoger experiencias de campo para estos planteamientos, en 1974 se organizaron los servicios sociales de la Alcaldía de Panamá con el propósito de hacer llegar los servicios a la familia y sus miembros en forma integrada y coherente a través de centros multifuncionales. De esta manera se establecieron los Centros de Trabajo Social ubicados a nivel de corregimientos para el desarrollo simultáneo de sus programas que cubrían

[redacted] a la mujer, a los niños des-

jóvenes adultos a los ancianos y a los grupos organizados en tareas de beneficio grupal y comunitario. Se logró la racionalización de servicios e instalaciones, se ha estado dando apoyo a las Juntas Comunales en acciones concretas y se ha logrado llevar los servicios al alcance de la población que más lo necesita cubriendo 13 de los 19 corregimientos del Distrito Capital.

Obviamente la cobertura de un organismo de protección familiar debe ser más amplia y para ello a inicios de este año, 1975, se organizaron grupos voluntarios de trabajo que estuvieron laborando en la fundamentación teórica, la situación de la familia panameña y en el diseño de algunos proyectos de programas tales como capacitación y centros infantiles.

El apoyo ofrecido por el Estado a estas acciones se puso aún más de manifiesto con el nombramiento formal de la Comisión, mediante el Decreto No.114 de 16 de Junio de 1975 y el suministro de las condiciones mínimas para operar, lo cual nos comprometió a cumplir de manera definitiva con la elaboración del Proyecto del organismo de protección a la familia que debería estar totalmente terminado el 15 de septiembre del año en curso.

Organización de los grupos de trabajo

Para agilizar el trabajo se integraron varios grupos con representantes de entidades públicas, privadas y religiosas que aparecían en el Decreto y con personal voluntario que ofreció sus servicios. Los grupos de trabajo fueron los siguientes:

1.- Fundamentación
2.- Política
3.- Organización Administrativa
4.- Programas
5.- Proyecto de Ley
6.- Costo del Proyecto

1.- FUNDAMENTACION: Este grupo trabajó desde el mes de Febrero de 1975 para establecer las bases conceptuales del Instituto y analizó toda la información pertinente para dar a conocer la situación de la familia panameña utilizando como base indicadores estadísticos tomados del Censo Nacional; investigaciones realizadas por Planificación y por estudiantes y profesores de la Universidad de Panamá e informes nacionales y latinoamericanos acerca de los aspectos de la familia, la infancia y la juventud.

2.- POLITICA: En el documento elaborado se establecieron los principios rectores del Instituto que debían permearse a través de las diferentes acciones, se determinaron los objetivos generales y las prioridades de atención a través de los programas.

3.- ORGANIZACION ADMINISTRATIVA: Al proyecto de organización administrativa se llegó después de considerarse tres proposiciones de organización presentadas como documentos de trabajo. El criterio fundamental ha sido el de crear un organismo ágil; flexible y descentralizado combinándolo con los últimos cambios de estructura de los organismo de gobierno.

4.- PROGRAMAS: Desde febrero habían estado laborando varios grupos en la confección de los programas. Como quiera que había que ampliar la cobertura y facilitar la integración de las mismas en un todo coherente con

los principios básicos, los grupos se reorganizaron ampliandose con la participación de otras entidades públicas y privadas. La reorganización se hizo con base en tres áreas que permitieran cubrir los aspectos que podían ser materia del Instituto. Ellos fueron:

1.- Area de asistencia y terapia: que se refería a la problemática familiar existente que requería atención directa pues involucraba la existencia de conflictos.

2.- Area preventiva: concernían a las acciones que debían ser consideradas para evitar la aparición de situaciones conflictivas como son: la desintegración familiar, la delincuencia, el abandono de los miembros ancianos de la familia y otras.

3.- Area promocional: se refería al desarrollo de las potencialidades de diferentes grupos de población cuyo mejoramiento incide directamente en la familia y el país como son la elevación de la condición de la mujer; la incorporación de los jóvenes a la tarea de desarrollo, etc.

Tomando en consideración estas áreas se desarrolló un esquema de trabajo (que se presenta más adelante) con el fin de precisar las tareas que cada grupo debía realizar.

EXPOSICION DE MOTIVOS SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE CREA EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL Y LA JURISDICCION DE FAMILIA Y MENORES.

I. La exigencia que emana de las normas constitucionales

Al igual que la Carta política panameña de 1946, la Constitución de 1972 dedica un capítulo de su Título Tercero a la institución de la familia, integrando el mismo con normas básicas de una importancia social que está por encima de toda ponderación.

Si se medita en el significado general de las disposiciones constitucionales aludidas (artículos 51 a 58), se llega a la conclusión inevitable de que a través de tales normas fundamentales, el Estado panameño se ha impuesto un papel decisivo, un conjunto de obligaciones indeclinables con respecto a la familia, que al menos en las finalidades profundas que abriga el Constituyente implican un fuerte intervencionismo para salvaguardar el funcionamiento de la institución básica de la sociedad. Esta tendencia proteccionista se hizo patente en la Constitución panameña de 1941; se fortaleció en la de 1946 y es mucho más exigente y notoria en la Constitución de 1972.

Según el tenor de los textos constitucionales vigentes, compete al Estado un doble cometido general con respecto a la familia: 1) legislar para que ella funcione, en todos sus aspectos, en los términos de agente social positivo, como célula esencialísima de la sociedad; 2) desarrollar una acción efectiva, por conducto de los orga-

tección eficaz y, como consecuencia directa, un bienestar suficiente.

Pautas como las de que "la Ley regulará el ejercicio de la patria potestad de acuerdo con el interés social y el beneficio de los hijos" (art. 54) ; "todos los hijos son iguales ante la Ley" (art. 55); "la Ley regulará la investigación de la paternidad" (art. 56); "la Ley determinará lo relativo al Estado civil" (art.51), y otras semejantes, proclaman la necesidad de una legislación que penetre a profundidad la vida familiar, de acuerdo con las metas esenciales que la misma Constitución puntualiza en la materia.

Y por otra parte, el mismo Estado se traza un programa de acciones tutelares, que también conviéne subrayar: "El Estado protege el matrimonio, la maternidad y la familia. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales" (art. 51); "el Estado velará por el mejoramiento social y económico de la familia " (art.57).

No obstante que la mayor parte de estas normas constitucionales ya figuraban, como se ha dicho, en la Constitución de 1941 y fueron reiteradas en la Carta de 1946, debe reconocerse que muy poco se hizo para que la legislación estableciera las reglamentaciones anunciadas por esas disposiciones, y poco se llevó a la práctica, igualmente, para la creación de organismos que cumplieran el programa

tección eficaz y, como consecuencia directa, un bienestar suficiente.

Pautas como las de que "la Ley regulará el ejercicio de la patria potestad de acuerdo con el interés social y el beneficio de los hijos" (art. 54) ; "todos los hijos son iguales ante la Ley" (art. 55); "la Ley regulará la investigación de la paternidad" (art. 56); "la Ley determinará lo relativo al Estado civil" (art.51), y otras semejantes, proclaman la necesidad de una legislación que penetre a profundidad la vida familiar, de acuerdo con las metas esenciales que la misma Constitución puntualiza en la materia.

Y por otra parte, el mismo Estado se traza un programa de acciones tutelares, que también conviene subrayar: "El Estado protege el matrimonio, la maternidad y la familia. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales" (art. 51); "el Estado velará por el mejoramiento social y económico de la familia " (art.57).

No obstante que la mayor parte de estas normas constitucionales ya figuraban, como se ha dicho, en la Constitución de 1941 y fueron reiteradas en la Carta de 1946, debe reconocerse que muy poco se hizo para que la legislación estableciera las reglamentaciones anunciadas por esas disposiciones, y poco se llevó a la práctica, igualmente, para la creación de organismos que cumplieran el programa

de acción estatal con respecto a la familia. A tal experiencia, bastante omisiva, se debe una de las principales innovaciones del Constituyente de 1972, pues a fin de dinamizar y hacer efectivos los deberes estatales en la materia, se introdujo el artículo 58, cuyo texto es de una elocuencia y de un significado nutridos de grandes alcances:

"El Estado creará un organismo destinado a proteger la familia con el fin de:

"1. Promover la paternidad y la maternidad responsables mediante la educación familiar;

"2. Institucionalizar la educación de los párvulos en centros especializados para atender a los hijos de los trabajadores particulares y de los servidores públicos; y,

"3. Proteger a los menores y custodiar y readaptar socialmente a los abandonados, desamparados, en peligro moral o con desajustes de conducta.

"La Ley organizará y determinará el funcionamiento de la jurisdicción especial de menores la cual, entre otras funciones, conocerá sobre la investigación de la paternidad, el abandono de familia y los problemas de conducta juvenil".

Si desde 1941 y 1946 no era mucho lo que se había avanzado por el camino de la actividad legislativa y de la acción estatal con respecto a la protección y bienestar de la familia panameña, como institución social básica, entonces era muy necesario abocarse ya al complemento realista de esas pautas constitucionales, o sea al mandato de un artículo que

prescribiera la creación de un organismo estatal de suficiente amplitud en su cometido, para que se diera el vehículo, el instrumento práctico indispensable a los programas trascendentes esbozados por el Capítulo Constitucional relativo a la familia. Ese vehículo funcional no es otro que el mencionado por el artículo 58, como organismo de promoción y fortalecimiento general de la familia panameña.

II. El problema social de la familia

El sistema social, por sus estructuras organizativas de toda índole, genera una gama constante de desajustes familiares e individuales, de tensiones y conflictos de familia, de conductas desadaptadas o abiertamente infractoras, todo lo cual integra una zona fluctuante pero siempre numerosa de la población, en los estratos adinerados, medios y pobres de la sociedad, fenómeno negativo ante el cual el Estado y los particulares no pueden permanecer indiferentes, porque repercute con ese mismo signo en toda ella.

Ningún país, ningún tipo de organización política ha descubierto la fórmula de erradicación definitiva de los problemas de conducta del menor, ni del proceso de desintegración familiar. Pero también se ha llegado a la conclusión unánime de que el Estado y la sociedad tienen que desarrollar una acción permanente, fundada en concepciones científicas, que haga posible la disminución efec-

tiva de tal recurrencia, así como la reincorporación productiva de los elementos que en las generaciones jóvenes inician el camino de la mala vida o del destino individual deficitario o socialmente injusto.

Así como el cuerpo humano genera, en cierto grado espontáneamente, un proceso de eliminación de sus propias patologías, también el cuerpo social está llamado a producir los mecanismos de reajuste, de adaptación, y los correctivos necesarios, para que las desviaciones individuales y familiares que el propio sistema causa, encuentren las vías adecuadas de control y de superación, sobre todo cuando la patología social viene a ser, desde el punto de vista colectivo, el resultado injusto del propio funcionamiento desequilibrado de la sociedad.

Por ser la familia el organismo natural básico de toda sociedad humana; por su papel irreemplazable en el desarrollo de una niñez, de una adolescencia y de una juventud que vivan una existencia socialmente positiva, como antesala de una vida ciudadana que se caracterice por la plenitud del bienestar social, el Estado y la sociedad, principal y conscientemente el primero, se han impuesto la misión augusta y fundamental de insistituir los organismos que conjuren las anomalías de la vida familiar, por medio de la acción inmediata, eficaz y permanente de tales organismos, no solo en función curativa de las desviaciones ya constatadas, sino también pa-

de las mismas.

En un comienzo, se creyó que bastaba a tales efectos, la protección de los menores de edad; y en este sentido, mucho se adelantó en todo el orbe, incluso en nuestro país, en el cual, desde 1951, funciona un Tribunal Tutelar de Menores. Sin embargo, ya se ha hecho la experiencia general de que la vida familiar es la matriz de los desajustes del menor, y que si éstos requieren el correctivo indispensable, aquélla, la vida familiar, es de primerísimo interés, a fin de prevenir las causas inmediatas de las conductas irregulares del niño y del adolescente. De ahí la gran importancia que han cobrado los grandes programas de protección familiar y de desarrollo del bienestar de la familia, para los cuales el Estado cumple una función de motor insustituible, al lado de las actividades particulares que el propio Estado encauza, coordina y estimula. No pocos países de América Latina llevan años de haber iniciado esta acción estatal de vasto radio, en materia de protección y desarrollo familiar, con éxito considerable, y mediante un proceso de avances que nosotros bien podríamos adaptar a las condiciones peculiares de la sociedad panameña actual.

III. La familia y el desarrollo económico-social

Es conocida la fuerte corriente de desarrollo económico en que desde hace dos décadas se han empeñado la mayor parte de los Gobiernos latinoamericanos. Pero ya los

estudiosos de varios sectores de la vida latinoamericana, incluso los que se limitaron a hacer énfasis en ese desarrollo económico, se han percatado de la unilateralidad de no pocas acciones estatales, que omitieron la necesaria consideración de la importancia que para los mismos programas iban a tener las condiciones de la vida familiar predominantes en nuestros países.

Ha resultado obvio que el desarrollo económico general, que se ha venido persiguiendo, ha tenido una fuerte limitacion en las condiciones de disolución familiar que prevalecen en los estratos mayoritarios de la población, por lo cual ya se estima que una de las premisas ineludibles de ese desarrollo, o uno de los factores coadyuvantes, es el de la acción estatal en materia de protección y bienestar familiares. No pueden disociarse el desarrollo económico y el desarrollo social, por tratarse de procesos integrados, por la necesaria y estrecha relación existente entre la infraestructura económica y la infraestructura social. Planificar el desarrollo económico, prescindiendo de la necesidad de propiciar planificadamente también el aporte indispensable de una vida familiar cohesionada y armónica en la mayoria de la poblacion, resulta unilateral y sólo útil para quienes pueden recoger los frutos pecuniarios de tal desarrollo económico.

El mismo fenómeno se produce en el ámbito de la educacion nacional, puesto que uno de los factores concomitantes del desarrollo de la economia reside en los programas educativos,

pues el desarrollo no puede estar divorciado de tales programas. Al contrario, las metas del desarrollo requieren indispensablemente del concurso de un elemento humano, de maduras y nuevas generaciones preparadas, entrenadas y educadas, para un rendimiento óptimo en aquellas metas. De la misma manera, la familia desarraigada, la familia desintegrada, la familia trashumante, viene a ser una pesada rémora, en la economía nacional ascendente, y por ello es necesario que el Estado tenga consciencia de que su acción en materia de protección familiar constituye un elemento inevitable para el verdadero desarrollo económico-nacional.

IV. Los programas existentes de protección familiar

Hasta la fecha, el Estado panameño no se ha propuesto una acción global y planificada de sus deberes en cuanto a la familia. A la funcion de asistencia tradicional, para menores y adultos desvalidos, caracterizada por su limitadisimo alcance, sólo se vino agregando esporádicamente el establecimiento de una que otra institucion, naturalmente importante, pero sin que ello respondiera a una politica coherente y de objetivos fundamentales.

En 1951 surgió el Tribunal Tutelar de Menores, para el tratamiento especializado de la delincuencia juvenil. En 1951 se creó el Instituto Panameño de Habilitacion Especial, que tiene a su cargo el programa de readaptacion de menores afectados orgánicamente y de adultos ciegos. Y en 1970, con el establecimiento del Ministerio de Trabajo y de Bienestar

Social, se iniciaron los programas que desarrolla la Dirección General de Bienestar Social. Existen algunas otras dependencias oficiales que cumplen labores en materia de proteccion familiar, pero las tres instituciones mencionadas son las que principalmente realizan actividades de cierta envergadura, relativas a los objetivos constitucionales de la acción estatal, en cuanto a protección y bienestar familiares.

Debe tenerse en cuenta, además, que el Estado destina fondos para estos programas y para numerosas instituciones, incluyendo las particulares. Para el año de 1973, se invirtieron en los programas de la Dirección General de Bienestar Social, del Ministerio de Trabajo, B/815,565.00; en los del Tribunal Tutelar de Menores, B/303,349.00 y en los de la Alcaldia de Panamá B/355,760.00, lo que hace un total de B/1,474.674.00, sin tomar en cuenta los fondos destinados al movimiento de la Juventud, los de la Caja de Seguro Social, los del I.P.H.E. y otras instituciones . No es exagerado afirmar que en los tres últimos años el Estado ha invertido en dichos programas no menos de dos millones de balboas al año .

Sin embargo, en los principales organismos estatales que trabajan en el sector a que nos referimos, es común la limitación presupuestaria y de recursos materiales (incluso en cuanto a edificios e instalaciones); y ocurren también algunas duplicaciones innecesarias de esfuerzos y acciones, como está sucediendo con el Tribunal Tutelar de Menores y la Dirección General de Bienestar Social. Pero lo más grave es que se encuentra ausente, por completo, una

política estatal de conjunto, que a través de organismos adecuados, lleve adelante el cumplimiento de los objetivos de intervención social en el vasto campo de las necesarias actividades que las condiciones del país reclaman en materia de protección y de bienestar familiares.

Tal acción política estatal exige, entre otros requisitos, que se sancionen las bases jurídicas de la misma, en desarrollo del artículo 58 y demás disposiciones pertinentes de la Constitución Nacional, a las que hemos aludido en la primera sección de estas explicaciones; que se establezca el organismo estatal insustituible para estructurar sistemáticamente las actividades mencionadas, con un pensamiento científico de las más amplias perspectivas; que se unifiquen las actuales acciones dispersas y que se coordinen los esfuerzos estatales en la materia, con la indispensable cooperación efectiva de las instituciones y grupos particulares que trabajan o que pueden trabajar en el sector de los problemas familiares.

Esas bases jurídicas son las que hemos intentado consignar en el proyecto de ley sobre creación del Instituto de la Familia y Política Social cuyos rasgos salientes pasamos a comentar.

V. Indicaciones generales sobre el proyecto

Para la redacción del proyecto adjunto, hemos tenido en cuenta la mayor parte de las legislaciones latinoamericanas sobre

protección de menores y de la familia, algunas de las cuales iniciaron su vigencia hace unos treinta años, y otras de más reciente data. Pero no hemos seguido ninguna de esas legislaciones como simple modelo textual, y tampoco hemos prescindido del nivel en que se encuentra la legislación panameña sobre la materia, pese a sus limitaciones y deficiencias. Por otra parte, en la redacción del proyecto nos ha interesado, sobre manera, ofrecer el cauce legal para que se estructure y materialice una abarcadora acción estatal y particular en el campo de la protección y del bienestar familiares.

El proyecto se encamina, pues, a crear los mecanismos necesarios para tan importante acción social, y a la vez consgina las más generales orientaciones o directrices de los objetivos de dicha acción. Corresponderá a esos mecanismos, cuando se encuentren en funcionamiento, concretar los programas específicos relativos a tales actividades, flexibilidad natural e inevitable en este ámbito, dentro del cual la Ley sólo puede suministrar los órganos básicos para la acción consiguiente, y los rumbos generales que deben seguir estos órganos. Lo cual permite iniciar los programas consiguientes casi desde el punto de partida que forman su situación y condiciones actuales, para irlos ampliando y profundizando progresivamente, sin necesidad de cambios legales, a medida que se hagan más conscientes tanto la acción estatal como la acción particular en la materia.

VI. El Instituto de la Familia y Política Social

De las dos partes generales o títulos de que consta el proyecto, la primera se ocupa de la organización y bases de funcionamiento del Instituto de la Familia y Política Social como el organismo que ordena crear el artículo 58 de la Constitución vigente.

La disposición constitucional mencionada se refiere, en su letra y en su sentido, a un organismo de las mas abiertas proyecciones, puesto que al asignarle expresamente la finalidad de "proteger la familia", le señala varios objetivos concretos, a saber: 1) la educación familiar, para promover la paternidad y la maternidad responsables; 2) organizar institucionalmente la educación de párvulos en centros para los hijos de trabajadores particulares y públicos; 3) protección de menores, custodia y readaptación social de los desamparados o que muestren conductas irregulares; 4) como aditamento de esta última función, se refiere el artículo 58 a la jurisdicción especial de menores, que por su esencia es protectora, y a la que dicha norma asigna, "entre otras funciones", la investigación de la paternidad, el abandono de la familia y los problemas de conducta juvenil. Toda esta materia, colocada como incisos de una misma disposición constitucional, ha sido ubicada deliberadamente por la Carta política de 1972 bajo la égida del organismo de protección general de la familia, que ella ordena crear. Ello obedece a la concepción moder-

na sobre tales programas, que advierte en su funcionamiento global y coordinado la mejor garantía de su eficacia. La familia es una célula social básica, cuyos elementos integrantes no viven ni se desenvuelven aislados, sino en íntima relación, desde el nacimiento hasta la muerte; desde el recién nacido, hasta el anciano, pasando por los hermanos y por los padres, hasta cuando estos últimos lleguen a la ancianidad.

Si el artículo 58 de la Constitución ordena la creación de un organismo protector de la familia panameña, y le señala toda la gama vista de cometidos, sus actividades no pueden dejar por fuera ninguno de los programas propios de la protección familiar, concebida ésta en sus más amplias perspectivas, necesidades y acciones.

Concebir o dejar subsistiendo mecanismos, organismos y dependencias aisladas, no sólo se opone al propósito expreso de la norma constitucional, sino que sería contrario a la mayor eficacia de la acción estatal a que nos estamos refiriendo.

Por ello, se ha delineado en el artículo 3° la vasta red de áreas programáticas que compete al Instituto de la Familia y Política Social, siguiendo la letra y el espíritu de las varias normas constitucionales que proclaman la actividad proteccionista del Estado sobre tales particulares (artículos 51, 54, 56, 57 y 58). Así el artículo 3° debía ser enunciativo y abarcador, sin ser exhaustivo, específico o taxativo, pero redactado con tal ampli-

tud que ninguna de las actividades de protección y bienestar familiares sea ajena a la esfera de acciones del Instituto.

Dados los fines que persigue el Estado en esa materia, no es posible dejar al Instituto en una absoluta libertad de concepción, en cuanto a los objetivos básicos de los programas aludidos, y de ahí que el artículo 4° señale los principios esenciales de orientación, de acuerdo con los valores, condiciones y posibilidades de la sociedad panameña de hoy y de un futuro próximo, a saber: la familia como célula social básica; la garantía de la salud para la madre y el infante; la educación y socialización del niño y del adolescente; la formación profesional y la preparación en la participación social para los menores y jóvenes; la ancianidad decorosa; la coordinación de las actividades estatales y particulares, y la idea fundamental de la interrelación entre desarrollo económico y desarrollo social.

A fin de continuar en la gradación de las concreciones indispensables en cuanto a las áreas programáticas trazadas, el artículo 5° enumera una serie específica de funciones que competen al Instituto, tanto en el orden de concepción de los programas, como en cuanto a los mecanismos necesarios.

VII. La Junta Directiva y el Director General

El Capítulo Segundo contempla la estructura orgánica

primordial del Instituto, a través del funcionamiento de una Junta Directiva, como entidad máxima de dirección y reglamentación; y el desempeño propio de un Director General del Instituto, como funcionario ejecutivo fundamental.

No creemos conveniente ni indispensable un cuerpo directivo y administrativo más complejo, dada la estrechez geográfica y el volumen de población de la República.

En la Junta Directiva, formada por siete miembros, debe dárseles intervención a los padres de familia, a las entidades particulares de protección familiar y a la Universidad de Panamá, a más de que su núcleo permanente lo forman varios Ministros de Estado cuyas funciones están vinculadas, o deben estarlo, a los problemas de la familia (Educación, Planificación y Política Económica, Salud, Trabajo, Vivienda y Desarrollo Agropecuario (Véase el Artículo 8ª)

Las funciones que se adscriben a la Junta Directiva son de carácter reglamentario, en primer lugar, para que actúe como el órgano legislativo y de concepción de programas del Instituto. También aprueba la organización de personal de éste, así como todas sus dependencias.

A fin de que el funcionamiento práctico del Instituto sea coherente y tecnificado, se hace caer la responsabilidad de tan vasto cometido en la persona de un Director General, que será designado libremente por el Organo Ejecutivo. El manejo directo de una institución como el

Instituto de la Familia y Política Social, la garantía de su funcionamiento específico, deben residir en una persona natural de suficientes dotes científicas y ejecutivas, pues este tipo de funciones exigen unidad de pensamiento y de ejecutorias, que sólo se obtienen con la responsabilidad personal. Además el Director General actuará como Representante Legal del Instituto. Sin embargo, para que su actuación no corra el riesgo de caracterizarse como una función personalísima, se crea un Comité Técnico, que asesorá al Director General, y que forman los diversos Directores de las dependencias principales del Instituto, a fin de propiciar un trabajo firmemente coordinado, al impulso del Director General.

VIII. El Patrimonio del Instituto

Por ser una persona jurídica pública, el Instituto de la Familia y Política Social está provisto de un patrimonio propio, cuyas fuentes se señalan en el artículo 19, y cuyo manejo estará fiscalizado, como es corriente en la vida estatal panameña, por la Contraloría General de la República.

IX. La Jurisdicción Familiar

De acuerdo con el pensamiento del Constituyente, vertido en el artículo 58, el proyecto dedica su Título II a organizar la jurisdicción de la familia, puesto que esa disposición le señala al organismo cuya creación prescribe, las atribuciones jurisdiccionales sobre menores, investigación de la paternidad, abandono de familia, casos de

conducta irregular, paternidad y maternidad responsables, etc., que en puridad, más que una jurisdicción de menores, estructuran una jurisdicción integral para los asuntos de la familia.

Para este fin, el proyecto utiliza la experiencia del Tribunal Tutelar de Menores, ampliándola un tanto, a fin de responder a las normas de competencia fijada genéricamente en las disposiciones constitucionales. El sentido general de estas normas es el de que debe estructurarse una jurisdicción especial de familia, a la cual se adscriban todos los asuntos y controversias del orden familiar. Se trata igualmente, de una exigencia planteada por las complejidades de la sociedad moderna, a las que no es ajena la sociedad panameña de hoy. Carece del menor sentido que un juez de controversias económicas civiles y mercantiles, por ejemplo, sea al mismo tiempo juez de divorcios, de separaciones de cuerpos, de alimentos y de situaciones semejantes. Lo mismo que ha ocurrido en otras áreas de la actividad jurisdiccional, los problemas de familia, como los de trabajo por ejemplo, exigen una especialización de los jueces correspondientes. A tal imperativo responde la creación de la jurisdicción familiar, como un mecanismo incorporado al Consejo Panameño de Protección Familiar, dado que tal jurisdicción se caracteriza por su objetivo tutelar, de readaptación o de rehabilitación, labor que orgánicamente se encuentra dentro de la estructura del Instituto.

No parece necesario extenderse en consideraciones justificativas de la jurisdicción familiar, pues a más de que ésta se funda en las normas constitucionales vigentes, ya comienza a ser un lugar común la plena razón de ser sociológica de dicha jurisdicción especializada, cuyas funciones protectoras y tutelares de familia la diferencian de toda jurisdicción para casos o controversias de otras clases. En el Estado, como lo establece el artículo 51 de la Constitución "protege el matrimonio" así como "la salud física, mental y moral de los menores", el problema del divorcio necesariamente debe ser competencia de la jurisdicción familiar, porque es inconcebible frente a la efectividad de esa protección, el fraccionamiento de competencias en situaciones que pertenecen, todas, al orden familiar.

En cuanto a los organismos competentes, se ha tratado de simplificar al máximo la estructura correspondiente, a fin de evitar exuberancias burocráticas que no tendrían causa justificada alguna. Jueces de primera instancia en ciertos Circuitos, cuya comprensión geográfica determinará reglamentariamente la Junta Directiva del Consejo, y un Tribunal de Apelaciones, parecen suficientes para mantener una expedita justicia familiar.

X. La legislación de sanciones

Existe en el Derecho panameño un sensible vacío en materia de tipificaciones relativas a casos de disolución familiar, irresponsabilidad de padres, madres, o guar-

dadores, corrupción y explotación de menores, etc., etc. El panameño, dicho en términos generales, se ha acostumbrado a una fuerte mentalidad antisocial en la materia, y vemos a diario grandes y frecuentes injusticias para con los hijos, para con las madres o concubinas, para con las esposas, para con los padres ancianos y para con la familia en general. Hasta cierto punto, se trata de un vestigio de colonialismo español, todavía muy arraigado en nuestra mentalidad nacional y latinoamericana.

Hay padres que no sufragan los alimentos de sus hijos, por diferencias personales con las madres (a veces esposas); sin advertir la injusticia social que cometen para con sus propios hijos. En otros países, hay leyes que tipifican como delito la omisión injustificada de cubrir alimentos. Podríamos multiplicar los ejemplos de esta conducta social negativa en la vida familiar panameña, pero basta con las menciones anteriores, para explicar las conductas que se sancionan en el Capítulo VII del proyecto, como expresión mínima de lo que debería ser una legislación mucho más completa sobre la materia. Sin embargo, nos detenemos en estas cuantas disposiciones, para que la sociedad panameña comience a educarse y a cambiar las concepciones individualistas y egoístas que exhibe ahora en grado máximo, en tal forma que en el futuro próximo sean posibles los avances de la legislación en este particular.

La experiencia que ha tenido el Tribunal Tutelar

de Menores a este respecto determina la necesidad e importancia de este Capítulo, puesto que los Jueces de Familia deben estar facultados para sancionar a los infractores del cumplimiento mínimo de sus deberes como padres, madres o de ciudadanos a quienes no se les puede permitir que impunemente continúen propiciando la explotación, la inmoralidad o la corrupción de los menores; ni es posible que las omisiones de la Ley sigan dando pábulo a conductas antisociales en el orden familiar.

XI. El período transitorio

Para unificar la acción estatal existente en materia de protección y bienestar familiares, bajo la égida del Instituto de la Familia y Política Social; para propiciar el inicio ordenado de su funcionamiento; para la transferencia de los casos que competen a la jurisdicción familiar y que al regir la nueva Ley se encuentren en los Juzgados de Circuito y en los Juzgados Municipales, se han redactado las varias disposiciones de carácter transitorio que constan en el último Capítulo del proyecto.

También se establece la designación inmediata del Director General del Instituto de la Familia y Política Social, y la integración inicial pronta de la Junta Directiva, para que sea posible la vigencia de la Ley, con prevención de situaciones perturbadoras.

XII. Consideración final

El proyecto redactado no se ha propuesto una solución legislativa perfecta de las situaciones y problemas

a que hace frente. Su propósito es el de posibilitar, dentro de las condiciones de todo orden que prevalecen en la sociedad y en el Estado panameño actuales, un punto de partida efectivo en cuanto a las responsabilidades que la Constitución le adscribe al Estado en materia de protección y bienestar familiares. El esfuerzo inicial para el cumplimiento de tales responsabilidades lo están pidiendo a gritos las desviaciones cada vez más frecuentes y cada vez más profundas de nuestra vida familiar, y a las cuales el Estado panameño no debería seguir dándole inexplicablemente la espalda.

LEY Nº____

Por la cual se crea EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL.

EL CONSEJO NACIONAL DE LEGISLACION

DECRETA :

CAPITULO I

FINALIDADES Y FUNCIONES

Artículo 1º: Creáse EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL, con la finalidad de dirigir, coordinar y ejecutar los programas referentes a la familia y a la política social del Estado panameño.

Artículo 2º: EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL es un organismo autónomo del Estado, con personalidad jurídica, patrimonio propio y organización integrada, en los términos de la presente Ley. Tendrá duración indefinida y su domicilio legal será la ciudad de Panamá y organizará oficinas en otras secciones del país.

Artículo 3º: La Nación es solidariamente responsable de las obligaciones del INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL.

Artículo 4º: EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL estará libre del pago de impuestos, contribuciones o gravámenes y gozará de los mismos privilegios de la Nación en las actuaciones judiciales en que sea parte.

Artículo 5º: EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL tendrá las siguientes funciones:

1º.- Dictar las normas conforme a las cuales se cumplirán los programas, coordinando su acción con la de los otros organismos públicos y privados que se

ción familiar; paternidad y maternidad responsables y programas semejantes;

b) Protección y formación de la niñez; asistencia integral al niño de edad pre-escolar, sobre todo en su desarrollo psico-físico; educación parvularia; educación básica en consonancia con el medio urbano o rural y las necesidades sociales; y programas análogos;

c) Formación profesional y orientación social de los adolescentes y jóvenes; enseñanza vocacional y capacitación profesional adecuadas a la participación en el desarrollo económico-social del país; preparación para el acceso a la vida ciudadana y comunitaria, en función de personas conscientes y responsables;

ch) Custodia y readaptación social de menores desamparados o con desajustes de conducta; hogares sustitutos; adopciones; educación para la readaptación social y medidas análogas;

d) Jurisdicción de familia y menores que será reglamentada en ley especial;

e) Protección a la ancianidad, y otros casos de desamparo social;

f) Recreación general de la población, como una actividad socialmente útil;

2°.- Recibir y distribuir los recursos y auxilios que

culares que llevan a cabo actividades relacionadas con los programas adscritos al Instituto;

3°.- Promover la formación de personal especializado para el cumplimiento de sus programas, y celebrar contratos de prestación de servicios con instituciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, y con personas naturales o jurídicas, para la organización y cumplimiento, en parte o integralmente, de las actividades propias de aquellos programas;

4°.- Crear las Direcciones, Divisiones, Departamentos y Secciones necesarias, así como los establecimientos especializados indispensables para llevar a cabo los programas del Instituto;

5°.- Distribuir entre las Direcciones, Dependencias y establecimientos del Instituto la competencia que a éste corresponda, de acuerdo con el Reglamento General;

6°.- Imponer, a favor del propio Instituto, las multas previstas en las disposiciones legales y reglamentarias;

7°.- Dictar, por conducto de la Junta Directiva o del Director General, en consonancia con el ordenamiento jurídico vigente, las disposiciones relativas a moral pública y privada que deben cumplir las personas, en el ámbito de los programas adscritos al Instituto;

CAPITULO II

ORGANIZACION Y PERSONAL DEL INSTITUTO

Artículo 6°: EL INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL será dirigido y administrado por una Junta Directiva por un Director General. Este último será asesorado por un

Comité Técnico.

Artículo 7°: El Instituto tendrá las Direcciones, Divisiones, Departamentos, Secciones, Establecimientos y el personal que se establezcan en esta Ley, en el Reglamento General y en los Acuerdos o Reglamentos Especiales que se aprueben de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes.

Sección I: De la Junta Directiva

Artículo 8°: La Junta Directiva del INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL estará integrada por:

a) El Ministro de Salud, quien la presidirá;
b) Un Miembro de la Comisión de Legislación;
c) El Ministro de Trabajo
ch) El Ministro de Educación
d) Un representante de las asociaciones u organismos de representación popular (laboral, campesino, femenino), designado por el Organo Ejecutivo, por conducto del Ministerio de Salud Pública, de una terna presentada por aquéllos; y a falta de ésta, por designación directa del Organo Ejecutivo;
e) Un representante de la Federación de Padres de Familia;

Los miembros de la Junta Directiva mencionados en los literales "d y e" durarán en sus cargos dos años, y tendrán cada uno un suplente que reemplazará al principal en sus faltas accidentales o absolutas. Los suplentes serás escogidos en la misma forma que el principal; y tanto los principales como los suplentes pueden ser relectos indefinidamente.

Artículo 9°: La Junta Directiva tendrá las siguientes funciones:

a) Elaborar por iniciativa propia los planos y programas relativos a los fines del Instituto, o aprobar aquéllos que le proponga el Director General;
b) Dictar el Reglamento General del Instituto, según el proyecto que le someta el Director General, y aprobar las

enmiendas o reformas al mismo, que este último proponga. Dicho Reglamento, entre otros aspectos, deberá organizar adecuadamente el funcionamiento de todos los servicios técnicos principales y auxiliares de las actividades del Instituto y formas de ejecución de las medidas tutelares;

c) Establecer la estructura de personal y organización del Instituto, ya sea en el Reglamento General o en Acuerdo separado; para tal fin creará las Direcciones, Departamentos, Secciones y Establecimientos, así como los cargos indispensables para el funcionamiento normal del Instituto;

ch) Fijar el sueldo y gastos de representación del Director General, así como los que correspondan a los demás cargos;

d) Aprobar el nombramiento de los Directores, Sub-Directores y Jefes de departamento que proponga el Director General;

e) Autorizar la contratación temporal de profesionales especializados que proponga el Diretor General, cuyos servicios se estimen necesarios;

f) Aprobar el presupuesto de ingresos y egresos que cada año fiscal deba presentarle el Director General, para lo cual la Junta Directiva se atendrá a las normas legales que rigen la materia;

g) Aprobar todo acto o contrato que tenga un valor superior a veinte mil balboas (B/20,000.00);

h) Proponer al Gobierno Nacional el plan de distribución de dineros y subsidios destinados a los programas de protección familiar y de bienestar social;

i) Supervigilar y controlar, a través del Director General y de las dependencias correspondientes del Instituto, el funcionamiento de las instituciones privadas

de asistencia y protección familiar, de menores y de ancianos, estén o no subvencionadas por el Estado (asilos, hogares, orfelinatos), para lo cual el Director General elaborará los programas e instrucciones pertinentes;

j) Proponer a la Comisión de Legislación proyectos de ley o iniciativas que conduzcan a éstos, sobre materias que se relacionen con los programas del Instituto;

k) Coordinar las actividades del Instituto con aquellos organismos oficiales y particulares que se relacionen con tales programas;

l) Reglamentar su propio funcionamiento, en la medida que sea necesario;

ll) Las demás funciones legales que le correspondan.

Artículo 10°: La Junta Directiva se reunirá ordinariamente dos veces al mes, y extraordinariamente, cuando sea convocada por el Presidente de la mismo o por el Director General del Instituto.

Artículo 11°: El quorum necesario para las reuniones de la Junta Directiva será de cuatro miembros y adoptará sus decisiones por simple mayoría de los asistentes.

El Director General del Instituto asistirá obligatoriamente a las reuniones de la Junta Directiva, en las que tendrá voz pero no voto, y en ellas actuará como Secretario de la Junta el empleado del Instituto que ésta designe conforme al Reglamento General.

Sección II: Del Director General del Instituto

Artículo 12°: El Director General del Instituto será de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República y deberá reunir los siguientes requisitos:

a) Ser panameño por nacimiento; estar casado y ser padre o madre de familia;

b) Tener 25 años;

c) No haber sido condenado por delito contra la cosa pública;

Artículo 13°: El Director General tendrá jurisdicción coactiva y podrá delegarla en otro servidor público del Instituto.

Artículo 14°: Son funciones del Director General del Instituto las siguientes:

a) Dirigir, coordinar, vigilar y controlar el personal del Instituto y el cumplimiento de los programas que éste lleve a cabo;

b) Designar y renovar el personal cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva;

c) Celebrar los actos o contratos que impliquen desembolsos pecuniarios , con sujeción a las normas de la presente Ley, del Reglamento General y demás Reglamentos;

ch) Rendir a la Junta Directiva y a la Asamblea Nacional de Representantes de Corregimientos informe anual sobre todas las actividades del Instituto;

d) Actuar como Representante Legal del Instituto y cumplir las funciones inherentes a dicha representación, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes;

e) La representación podrá delegarla en otro servidor público del Instituto;

f) Presentar a la Junta Directiva, con la oportunidad debida el proyecto de presupuesto anual de ingresos e egresos del Instituto;

g) Cumplir y hacer cumplir los Reglamentos del Instituto y las decisiones de la Junta Directiva;

h) Velar por el funcionamiento legal de todos los organismos y dependencias del Instituto;

i) Cuidar de la correcta aplicación de los fondos y del debido mantenimiento y uso de los terrenos, edificios, instalaciones y demás bienes del Instituto;

j) Las demás que por la naturaleza de su car jecutivo le corresponden, o aquellas funciones que se le atribuyan expresamente por la Ley, los Reglamentos o los Acuerdos de la Junta Directiva;

Artículo 15°: Ni el Director General, ni sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, por si mismo o por interpuesta persona, podrán celebrar contratos con el Instituto o con cualquiera de sus dependencias.

Artículo 16°: En caso de faltas temporales del Director General, lo reemplazará el Subdirector General cuyas funciones se establecerán en el Reglamento General.

Sección III: Comité Técnico

Artículo 17°: El Comité Técnico será integrado por los Directores que estén al frente de las diversas Direcciones del Instituto, y se reunirá bajo la Presidencia del Director General.

Parágrafo: El Director General tendrá facultad para convocar reuniones del Comité Técnico con representantes de las entidades públicas y privadas cuando haya necesidad de coordinar con ellas la planificación y ejecución de los programas.

Artículo 18°: Corresponde al Comité Técnico además de las funciones que le señale el Reglamento General, asesorar al Director General en la planeación de las actividades del Instituto, en la elaboración de programas a corto y largo plazo, en la evaluación períodica del funcionamiento general del Instituto o de cualquiera de sus dependencias y en la solución de todo asunto que le someta el Director General.

CAPITULO III

Patrimonio del Instituto

rtículo 19°: El Patrimonio del Instituto estará formado por:

a) Las sumas de dinero que anualmente le destinen en el Presupuesto Nacional o cualquier otro presupuesto de entidad pública;

b) Los bienes que reciba de las entidades o dependencias cuyo funcionamiento quede incorporado al Instituto;

c) Los bienes muebles e inmuebles que adquieran en el ejercicio de sus actividades como persona jurídica;

ch) El producto de las multas que impongan las autoridades pertenecientes al Instituto;

d) Los bienes que reciba como heredero o legatario, y las donaciones, ayudas o subvenciones que a su favor destinen entidades nacionales o internacionales o cualesquiera personas naturales o jurídicas;

e) Toda clase de bienes que por algún concepto deba recibir en propiedad el Instituto;

f) Bienes inmuebles que estén en litigio por más de 10 años;

Artículo 20°: El giro económico de ingresos y egresos del Instituto será fiscalizado permanentemente por la Contraloría General de la República, a través de un Departamento de Auditoría, el que estará a cargo de un Auditor nombrado por el Contralor General, ante quien responderá dicho Auditor. Este deberá también informar sobre la labor de fiscalización de su Departamento a la Junta Directiva y al Director General del Instituto.

Artículo 21°: Las compras de bienes y las inversiones del Instituto estarán sujetas al régimen fiscal vigente en materia de licitaciones públicas y demás normas legales referentes a tales erogaciones.

Artículo 22°: Esta ley entrará a regir a partir de su promulgación.

LEY N° _____

Por lo cual se crea la jurisdicción de familia y de menores y se le señala su competencia.

EL CONSEJO NACIONAL DE LEGISLACION

DECRETA :

CAPITULO I

ORGANISMOS Y COMPETENCIA DE LA JURISDICCION FAMILIAR Y DE MENORES

Artículo 1°: Se establece la jurisdicción familiar, que incluye la de menores de 18 años, a la cual competen los asuntos, controversias y juicios, cualquiera sea su cuantía, sobre:

1) Alimentos;
2) Investigación de la paternidad o filiación;
3) Unión de hecho y cese de la misma;
4) Suspensión y término de la patria potestad;
5) Tutela;
6) Adopción;
7) Divorcio y separación de cuerpos;
8) Nulidad de matrimonio;
9) Abandono de menores;
10) Maltrato de menores;
11) Conducta irregular o antisocial de menores;
12) Guarda, crianza y educación;
13) Protección del nasciturus;
14) Guarda y Tenencia provisional;
15) Intervención conciliatoria en conflictos familiares a prevención con otras autoridades;

Parágrafo: En caso de duda se presumirá que una persona es menor de 18 años, hasta cuando se pruebe lo contrario.

Artículo 2°: Se adscribe al INSTITUTO DE LA FAMILIA Y POLITICA SOCIAL, la competencia para conocer de los casos de que trata el artículo anterior sobre la jurisdicción familiar, a través de sus organismos sociales jurisdiccionales.

Artículo 3°: La jurisdicción de familia y menores se integrará por:

a) Los Juzgados de Familia y de Menores, que actuarán en primera instancia, y

b) El Tribunal Superior de Familia y de Menores.

Los Juzgados de Familia y de Menores tendrán jurisdiccion en una o más Provincias, según la división que establezca la Junta Directiva del Instituto.

El Instituto Superior de Familia y de Menores tendrá jurisdicción en todo el territorio nacional; su sede estará en la ciudad de Panamá, pero podrá constituirse temporalmente en cualquier ciudad, para el despacho expedito de los asuntos pendientes en un sector, cuando el mismo Tribunal así lo disponga.

Artículo 4°: En las Provincias en las cuales se establezcan Juzgados de Familia y de Menores, cesará la competencia de los Juzgados y Tribunales ordinarios, en aquellos casos que sean de conocimiento de los Jueces de Familia y de Menores.

CAPITULO II

JUZGADOS DE FAMILIA Y DE MENORES

Artículo 5°: Cada Juzgado de Familia y de Menores estará a cargo de un Juez, que deberá reunir los siguientes requisitos:

a) Ser panameño por nacimiento; tener más de veinticinco años de edad; estar casado y ser padre o madre de familia;

b) Tener, por lo menos, título universitario de Licenciado en Derecho, en Servicio Social o en Pedagogía;

Artículo 6°: Los Jueces de Familia y de Menores serán nombrados por el Director General del Instituto de la Familia y Política Social, por recomendaciones del Comité Técnico para un período de dos años, mediante concurso de créditos y antecedentes, de acuerdo con la reglamentación que adopte la Junta Directiva. Al vencimiento del período es optativo del Director General reelegir al Juez por lapsos sucesivos de dos años, o convocar a concurso cuando así lo estime conveniente al vencerse un período.

Cada Juez de Familia y de Menores tendrá dos suplentes, que lo reemplazarán por su orden en sus faltas accidentales. En caso de falta absoluta, se hará nuevo nombramiento mediante concurso. La designación de suplentes será hecha por el Director General del Instituto y no está sujeta al trámite del concurso, pero los nombrados deben reunir los requisitos legales correspondientes.

Artículo 7°: Compete a los Jueces de Familia y de Menores el conocimiento privativo de la primera o única instancia en los casos siguientes:

a) Los mencionados en el artículo 1° de esta Ley;

b) Los casos sobre desajustes primarios de conducta; de transgresión a las leyes, decretos o reglamentos que aparejen responsabilidad penal o den lugar a sanción correccional (delitos y faltas); de indigencia, vagancia, mendicidad, embriaguez, uso o posesión de drogas o estupefacientes, maltrato, explotación, corrupción o inmoralidad, cuando las personas sindicadas sean menores de edad;

c) Los casos mencionados en el literal b), anterior, en que sea víctima del hecho un menor, y en los cuales tengan responsabilidad directa personas mayores de edad, a fin de juzgar a estas últimas; así como también de los casos en que personas mayores infrinjan disposiciones legales o reglamentarias protectoras

de menores, y sean tales personas acreedoras a sanción penal.

Artículo 8°: En caso de concurrencia de menores con mayores en la comisión de delitos que no sean de competencia privativa de los Jueces de Familia y de Menores, los menores serán retenidos y tratados por éstos, y los mayores quedarán a órdener de las autoridades ordinarias.

Artículo 9°: Los Jueces de Familia y de Menores podrán actuar en cumplimiento de sus atribuciones a petición de un funcionario público, de cualquier persona o de oficio, mediante el procedimiento establecido en esta Ley y en sus Reglamentos.

Artículo 10°: Los Jueces de Familia y de Menores tendrán los derechos, prerrogativas y restricciones acordados para los Jueces de Circuito, de conformidad con la legislación vigente.

Artículo 11°: Los Jueces de Familia y de Menores no pueden ser destituidos durante el período para el cual hayan sido designados, y sólo serán removidos por mala conducta, incompetencia o notoria negligencia en el desempeño de sus funciones debidamente comprobadas ante el Director General y el Comité Técnico, quienes tienen iniciativa para practicar de oficio las pruebas que juzguen convenientes, y fallarán en un sentido u otro la actuación, por lo que resulte acreditados, luego de darle intervención y audiencia al Juez.

Artículo 12°: El personal subalterno de los Juzgados de Familia de Menores será determinado por el Reglamento General del Instituto por Acuerdo de la Junta Directiva, así como los requisitos que se exijan para desempeñar los cargos respectivos.

CAPITULO III

TRIBUNAL SUPERIOR DE FAMILIA Y MENORES

Artículo 13°: El Tribunal Superior de Familia y de Menores estará integrado por tres miembros, en la siguiente forma:

a) Un Licenciado en Derecho, quien presidirá el Tribunal y actuará como sustanciador permanente y será designado de modo exclusivo para esta función; deberá tener experiencia o especialización en disciplinas afines a bienestar social, familia o menores.

b) Dos miembros, que tengan título universitario en Pedagogía, Servicio Social o Psicología y experiencia o conocimientos especializados en materia de protección de menores o en programas de bienestar familiar, cuya posición de miembros del Tribunal es compatible con cualquier otro servicio que presten en el Instituto.

Artículo 14°: La designación de los miembros del Tribunal será hecha por la Junta Directiva del Instituto, a propuesta del Director General; previo concurso; durarán en sus cargos dos años, pudiendo ser reelegidos indefinidamente.

Cada miembro del Tribunal tendrá un suplente, que lo reemplazará en sus faltas accidentales. Los suplentes serán designados en la misma forma que el principal. En caso de falta absoluta se hará nueva designación por el resto del período.

Artículo 15°: Los Miembros del Tribunal tendrán los derechos, prerrogativas y restricciones acordados para los Magistrados del Tribunal Superior, de conformidad con la legislación vigente. Sólo podrán ser removidos en los mismos casos y en las mismas condiciones fijadas para los Jueces de Familia y de Menores.

Artículo 16°: El Tribunal Superior de Familia y Menores conocerá de los siguientes casos:

alimentos cuando la pensión mensual exceda de cincuenta balboas (B/.50.00) por beneficiario; de las multas cuando exceden de doscientos balboas (B/.200.00); de la pena de arresto, cuando exceda de dos meses;

b) De las apelaciones en los casos de investigación de la paternidad o filiación; de unión o matrimonio de hecho y cese de la misma; de la suspensión y término de la patria potestad, tutela; del divorcio; separación de cuerpos y nulidad de matrimonio; guarda, crianza y educación;

c) De las apelaciones en casos en los cuales se decida el internamiento de un menor en institución de rehabilitación o readaptación, por período que exceda de tres meses; o en aquellos casos en que se haya adoptado, como medida provisional, el internamiento del menor, y dicho internamiento pase de tres meses, sin que se haya decidido la causa en primera instancia.

Artículo 17°: Toda apelación se surtirá mediante la revisión del expediente instruído en la primera instancia, salvo que el Presidente del Tribunal decrete la práctica de alguna prueba. Dentro de los dos días siguientes a la notificación de la sentencia de primera instancia, el apelante tiene derecho a presentar en ésta un memorial explicativo de su recurso, dirigiéndolo al Tribunal Superior de Familia y Menores.

Artículo 18°: El Tribunal puede, al decidir una apelación revocar, o reformar, aclarar la sentencia de primera instancia, o adoptar la medida legal que estime procedente.

Artículo 19°: El Tribunal será provisto del personal que necesite para el funcionamiento expedito de la justicia familiar, según el Reglamento General del Instituto o Acuerdo de la Junta Directiva, y tendrá un Secretario designado por el Director General del Instituto.

Artículo 20°: Ateniéndose a las normas de procedimiento contenidas en esta Ley, el Tribunal queda facultado para dictar instructivos generales de trámite aplicables a los casos que sean de conocimiento de los Jueces de Familia y de Menores.

CAPITULO IV

DE LAS MEDIDAS TUTELARES

Artículo 21°: Las medidas tutelares que pueden adoptar los Jueces de Familia y de Menores son:

a) Amonestación del menor, en presencia de sus padres, guardadores o personas a cuyo cargo estuviere;
b) Libertad vigilada, bajo la asistencia del Departamento correspondiente del Instituto, en las condiciones que estipule el Reglamento General del Instituto;
c) Depósito en hogar sustituto, según las instrucciones del Juzgado;
d) Colocación en trabajo u ocupación conveniente;
e) Internamiento, por el tiempo que se estime conveniente, en instituciones de educación, rehabilitación o readaptación, para el tratamiento adecuado;
f) Internamiento en nosocomios, para el tratamiento especial que proceda;
g) Suspensión o pérdida de la patria potestad, guarda o tenencia del menor;
h) Cualquier otra medida que el Juez considere conveniente para la readapatación o protección del menor, según los fines generales de esta Ley;

Artículo 22°: Los Jueces de Familia y de Menores tienen facultad para formular prevenciones a los padres, tutores o guardadores de un menor, a fin de que cumplan para con éste sus deberes de educación, asistencia, alimentos y vigilancia. También

pueden obligar a los mismo al pago de una pensión alimenticia en favor de los menores, cuando éstos sean colocados en hogares sustitutos o internados en establecimientos de educación o rehabilitación, casos en los cuales dichas pensiones serán entregados a las personas o instituciones a cuyo cargo se encuentren los menores.

Artículo 23°: Los padres, tutores o guardadores de menores que deseen corregir a sus hijos o pupilos, podrán solicitar el Juzgado de Familia y de Menores en virtud de su poder paterno o de tutela, el internamiento de tales menores en algunos de los establecimientos dependientes del Instituto, reservándose los padres, tutores o guardadores el derecho de poner término al internamiento. Compete al Juez de Familia y de Menores acceder o denegar la petición de internamiento mediante el estudio integral del caso.

Artículo 24°: Al menor se le aplicarán las medidas tomando en cuenta siempre el diagnóstico sobre su personalidad el análisis de los factores que han podido afectar la conducta irregular del menor, las posibilidades de rehabilitación y la naturaleza y gravedad de los hechos que se le atribuyan.

Artículo 25°: Pueden ser aplicadas varias medidas a un mismo menor, en forma simultánea o sucesiva, cuando así se estimara necesario para lograr un mejor tratamiento y readaptación. Al resolver sobre una medida tutelar, podrán los Jueces limitar o regular los derechos de patria potestad de los padres o de la persona a cuyo cargo esté el menor, por el tiempo en que se aplicare la medida.

Artículo 26°: Es obligación del Juez que aplique una medida tutelar, visitar, por lo menos una vez cada quince días, los establecimientos de internación de menores de su jurisdicción, con el propósito de determinar su buena marcha, la observancia de las normas reglamentarias sobre internados, la debida ejecución de las medidas y los resultados obtenidos.

De cada visita levantará el Juez un acta en libro especial que también deberá firmar el Jefe o Director del establecimiento respectivo, al que se deberá entregar copia del acta.

Artículo 27°: Los jueces de Familia y de Menores tienen facultad para hacer cesar, modificar o suspender, de oficio, las medidas tutelares que hubieren adoptado con respecto a menores, en los casos en que la conducta o las condiciones bio-psíquicas, morales, intelectuales, sociales, del menor, lo ameriten. En estos casos, recabarán indispensablemente el informe de los servicios técnicos auxiliares del Instituto, en las circunstancias del artículo 30.

Artículo 28°: El tratamiento o internamiento en las Instituciones dependientes del Instituto cesará automáticamente en el caso de que la persona cumpla dieciocho (18) años; y cuando se tratare de delito, si la medida de internamiento no ha terminado de cumplirse, el Juez de Familia podrá trasladar a la persona a los establecimientos penales de adultos a que corresponda, si lo estima necesario y el resto del internamiento excede de tres (3) meses.

Artículo 29°: Las resoluciones definitivas sobre medidas tutelares contendrán una breve descripción del asunto, una síntesis de los estudios realizados respecto al menor, los fundamentos debidamente razonados de la medida, las indicaciones necesarias acerca de las modalidades de su ejecución, y, en su caso, el destino de los objetos aprehendidos.

CAPITULO V

DE LOS PROCEDIMIENTOS

Sección I.- Sobre medidas tutelares

Artículo 30°: Los casos de conocimiento de los Juzgados de Familia y de Menores en que sean sujetos del procedimiento los menores, se tramitarán conformes a las siguientes reglas:

a) Oralidad de su desarrollo, siendo por tanto innecesaria la presentación de memoriales, concurrencia de las partes ofendidas, o de abogados, salvo que se obtenga licencia expresa y previa del propio Juez.

b) Comunicación directa entre el Juez o cualquiera de los funcionarios del Juzgado o del Instituto, y el menor, padre, tutor o guardador o con personas cuya comparencia se considere necesaria;

c) La actuación es de carácter estrictamente reservado sin ninguna solemnidad o formalidad propia de un proceso ordinario, será realizado dentro de un ambiente sencillo y natural, incluso en lugares que pueden ser distintos a la propia sede del Juzgado, atendiendo a las circunstancias del caso;

d) La investigación que realice el Juzgado a través de los servicios técnicos auxiliares del Instituto de la Familia y Política Social debe comprender el estudio de la personalidad del menor, sus características psicológicas y el análisis de los factores endógenos y exógenos que han podido determinar la condición o la conducta irregular del menor. El Juez queda facultado para recabar informes periciales de personas que no estén incorporadas a los servicios técnicos auxiliares del Instituto;

e) La investigación se realizará en el plazo de tres (3) meses, que podrá ampliarse a seis (6) meses en casos que excepcionalmente lo requieran;

f) Todas las entrevistas que se realicen con menores se desarrollarán en forma llana, sin el carácter y las formalidades de una indagatoria. Dichas entrevistas y las demás diligencias que deban practicarse, se harán constar en actas concisas que contendrán las fecha de la diligencia, su objeto y una síntesis fehaciente de lo actuado, debiendo ser firmadas por el Juez o por el funcionario o empleado que hubiere intervenido, y por el Secretario del Juzgado;

g) Los procedimientos que se siguen en los casos de menores sujetos a la competencia del Juzgado no requieren que se les intruya conforme a un orden rígido e inflexible, sino que se estructurarán de acuerdo con las pautas contenidas en esta Ley, según la ordenación lógico-científica recomendada por la naturaleza o las diversas clases de casos que deben decidirse;

h) Cuando no exista mérito jurídico-social suficiente para que un menor quede a órdenes del Juzgado, o en uno de los establecimientos del Instituto, el Juez, previa la averiguación sumaria correspondiente, decretará su libertad inmediata y su exhoneración de toda responsabilidad. En caso contrario, aprehenderá el conocimiento del caso; tomará provisionalmente cualesquiera medidas de internamiento o vigilancia que fueren aconsejables, incluso la de que el menor quede sujeto a investigación pronta de los servicios técnicos auxiliares del Instituto, pudiendo también adoptar las demás medidas que sean procedentes;

i) Salvo la notificación personal de las medidas tutelares definitivas que se adopten, los padres, tutores o guar-

dadores tendrán en el procedimiento la intervención que según su prudente arbitrio acuerde el Juez de Familia y Menores;

Artículo 31°: Terminada la investigación y reunidos los informes técnicos, el Juez podrá escuchar en audiencia al menor si la estimare conveniente, y adoptará por escrito las medidas a que deberá sujetarse el menor, para lo cual obrará con absoluta libertad de criterio, apreciando los elementos de juicio acumulados no sólo bajo su aspecto legal, sino principalmente en su significación jurídico-social, teniendo en cuenta las finalidades que persigue el tratamiento especial de los menores, conforme a la Constitución y la presente Ley.

Artículo 32°: El recurso de apelación interpuesto contra medidas relativas a menores de edad, no suspende el cumplimiento de dichas medidas, las cuales quedan sujetas, en su continuidad a lo que resulte del recurso promovido.

El recurso de apelación contra sanciones de arresto o multa tendrá efecto suspensivo, en los casos en que dicha apelación sea procedente.

Artículo 33°: Los actos relativos a medidas tutelares que provisional o definitivamente adopten los Jueces de Familia y de Menores no son susceptibles del Recurso de Habeas Corpus.

La sanción de arresto inconmutable puede ser reclamada mediante el Recurso de Habeas Corpus, en los casos contemplados por la legislación vigente. También procederá el Habeas Corpus cuando transcurriere más de un mes que comience el internamiento o la detención de un menor y no se hubiere practicado ningún acto de investigación con respecto a su caso, sea que esta omisión se debiere a negligencia del Juez, o a la de cualquier funcionario o empleado de los servicios técnicos auxiliares correspondientes.

Artículo 34°: Cuando un menor de edad sea aprehendido por agentes de la Guardia Nacional u otra autoridad, será conducido de inmediato

y directamente a las dependencias del Instituto, cualquiera fuese la hora y motivo de la detención.

Los infractores de esta disposición no podrán excusar su conducta arguyendo que obedecieron órdenes superiores, y serán juzgados por el delito de detención ilegal.

En aquellos lugares en que no existan dependencias del Instituto, el menor será entregado bajo custodia a sus padres o guardadores, y si ello no conviniere, a un jefe de familia de reconocida honorabilidad que consintiera aello, quiénes quedan obligados a mantener al menor a orden de la autoridad policiva del lugar, para su traslado inmediato a las dependencias del Instituto.

Artículo 35°: En caso de vacios en los procedimientos de que trata esta Sección, se aplicará supletoriamente el Código Judicial, en cuanto no pugne con la naturaleza especial de la jurisdicción tutelar de familia y de menores.

Sección II.- Controversias sobre asuntos familiares

Artículo 36°: Salvo las normas especiales de este Capítulo, los procedimientos en los casos de controversias sobre investigación de la paternidad, suspensión y terminación de la patria potestad; alimentos, guarda, crianza y educación, tutela, adopción, divorcio, separación de cuerpos, unión de hecho o cese de la misma y nulidad de matrimonio, se regirán por las siguientes reglas:

a) No es procedente la solicitud de revocatoria con respecto a la providencia que acoge una demanda;

b) El término de contestación de la demanda será de cinco (5) días hábiles, y en la contestación deberán alegarse y promoverse, improrrogablemente, las excepciones y los incidentes que se desee promover, sin que puedan presentarse ni admitirse con posterioridad al término expresado;

c) Tanto en demanda como en la contestación de la demanda deberán aducirse las pruebas correspondientes, disponiendo el demandante de tres (3) días Hábiles, una vez presentada la contestación de la demanda, y sin necesidad de providencia al respecto, para aducir contrapruebas;

ch) No se admitirá solicitud de revocatoria por razón de pruebas acogidas; y la revocatoria del rechazo de alguna prueba, se solicitará en el término de veinticuatro (24) horas, a partir de la notificación respectiva. No habrá apelación en cuanto a pruebas;

d) El Juez tiene facultad para ordenar de oficio las pruebas que estime convenientes;

e) Las pruebas se practicarán dentro de un término máximo de veinte (20) días hábiles, salvo que el Juzgado, por motivo excepcionales, señale un período adicional de diez (10) días hábiles, para práctica de pruebas. En caso de que las pruebas se practiquen por medio del Juez Comisionado, se reiterará telegráficamente a éste y en tiempo oportuno la necesidad de cumplir la comisión; pero se esperará prudencialmente el regreso de las constancias respectivas, antes de fallar el caso;

f) Una vez practicadas las pruebas, el Juez, si lo estima conveniente, puede requerir un dictamen de los servicios auxiliares del Instituto sobre el caso;

g) En ninguna controversia se admitirán más de tres (3) testigos como prueba sobre un hecho, y tampoco se admitirá pruebas testimonial cuando el hecho conste en prueba documental fehaciente incorporada a los autos. Ninguna parte puede aducir un número total de testigos superior a ocho (8) personas. No se dará término para presentar alegatos;

h) La decisión sobre la solicitud o demanda se dirigirá a pronunciarse sobre el fondo de la controversia, sin tomar en cuenta omisiones o pretermisiones de trámite, salvo que se trate de las siguientes actuaciones esenciales de procedimientos;

1.- No haber corrido legalmente el traslado de la demanda.

2.- No haberse señalado término para practicar pruebas.

3.- Haber rechazado todas las pruebas aducidas por una parte.

Sección III.- Reconocimiento de hijos e investigación de la paternidad.

Artículo 37°: La demanda de investigación de la paternidad podrá iniciarla la madre, el hijo o un Agente del Ministerio Público en el caso de menores huérfanos o abandonados.

Artículo 38°: La acción de investigación de la paternidad podrá iniciarse desde el momento de la concepción.

Artículo 39°: En la investigación de la paternidad podrá ponerse todos los medios de prueba que contemplan las leyes; pero la prueba testimonial, sólo será procedente para acreditar situaciones relacionadas con los siguientes casos:

a) Cuando en la época de la concepción, el presunto padre hubiera hecho vida marital con la madre;

b) Cuando un escrito de cualquier clase, emanado del presunto padre, haga verosímil la paternidad con respecto al hijo;

c) En el caso de rapto, seducción o violación de la madre en la época que puede presumirse la concepción;

ch) Cuando el reconocimiento de la paternidad hecho por el supuesto padre conste en documento suscrito por él, presentado o exhibido ante entidad aseguradora u oficial;

Artículo 40°: Cuando sea definitiva y esté ejecutoriada la sentencia que reconozca una paternidad, el Juez remitirá inmediatamente copia autenticada de la misma al Registro Civil, para que se inscriba la filiación del hijo y se rectifiquen todos los asientos correspondientes.

Artículo 41°: En ningún caso un menor podrá ser reconocido por su padre sin traslado y notificación de la madre, o de los parientes maternos que lo tengan a su cuidado, y sin autorización del Juez de Familia y de Menores. Cuando se trate de menores acogidos a un establecimiento público o privado de asistencia, bastará la autorización de dicho Juez.

Artículo 42°: Podrá reconocerse a un hijo por nacer.

Artículo 43°: Todo reconocimiento de hijo por parte del padre es irrevocable y tiene efectos para este último y sus herederos.

Sección IV.- Disposiciones varias

Artículo 44°: Cuando se trate del juzgamiento de una persona mayor de edad dentro de cualquier procedimiento que se siga a un menor, o cuando se le siga procedimiento independiente, se garantizarán al adulto todos los principios constitucionales y legales de libertad y defensa acostumbrados dentro del procedimiento penal ordinario que sean compatibles con la naturaleza particular de la jurisdicción especial de Familia y de Menores.

En consecuencia, el mayor de edad podrá designar abogado defensor, podrá solicitar la práctica de pruebas dentro del término que señale el Juez al formularle cargos, e interponer los recuros procedentes.

Artículo 45°: Cuando un Juez o Agente del Ministerio Público requiera declaraciones de un menor que hubiere concurrido a la comisión de un delito con mayores de edad, librará

para que éste reciba la declaración, sin que ningún abogado o parte en el proceso penal ordinario pueda asistir a ella, ni exigir la presencia del menor a debates o diligencias que se cumplieran dentro de dicho proceso.

Artículo 46°: Queda prohibido a los funcionarios correspondientes, expedir historial policivo de una persona con inclusión de la referencia sobre los delitos o faltas que hubiere cometido cuando tenía menos de dieciocho (18) años de edad, ni siquiera en el caso de que al expedirse el certificado la persona sea mayor de edad.

Artículo 47°: En los casos de vacíos de procedimiento que se observen en la planificación de las Secciones II y III, se aplicarán las demás normas análogas de este Capítulo, y supletoriamente el Código Judicial y demás Leyes que se refieren a los casos o controversias reglamentados en dichas Secciones. Sin embargo, esa aplicación supletoria sólo es procedente en cuanto ella no pugne con la naturaleza especial de la jurisdicción tutelar de Familia y de Menores.

CAPITULO VI

INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 48°: Será castigado con arresto de doce (12) horas a un mes, y con multa de cinco B/.5.00) hasta cincuenta balboas (B/.50.00), el padre o madre, guardador o persona a cuyo cargo esté un menor de edad:

a) Cuando lo maltraten de obra habitual e inmotivadamente;
b) Cuando lo abandonen injustificadamente sin velar por su manutención, crianza o educación;
c) Cuando consientan o inciten a su vagancia o mendicidad;
d) Cuando fomenten su inasistencia a la escuela primaria;

Artículo 49°: Los padres, tutores o guardadores de menores de edad, que no cumplan para con ellos sus obligaciones legales de asistencia, protección y alimentos o corrompan a los menores a su cargo, serán sancionados con arresto de diez (10) días a seis (6) meses, y con multa de diez (B/.10.00) hasta cincuenta balboas (B/.50.00).

Artículo 50°: Los padres o guardadores de menores de edad que incumplan la obligación de obtener permiso del Instituto para que sus hijos o pupilos viajen al extranjero, cuando no exista el consentimiento de los padres serán castigados con la sanción del artículo 48;

Artículo 51°: Los propietarios de casas de tolerancia, prostíbulos, lenocinios, boites, cabarets, casas o sitios de juegos de suerte y azar, bares o cantinas; hoteles, pensiones, residencias, que para el caso no exhibieron autorización escrita del representante elgal del menor, y los establecimientos que expendan bebidas alcohólicas, serán sancionados con arresto de un mes hasta seis (6) meses, y con multa de cincuenta (B/50.00) a mil balboas (B/.1,000.00), cuando consientan a menores de edad la concurrencia o permanencia en dichos establecimientos, solos o con personas ajenas a su familia que no dispusieren de su tenencia legal; o cuando les vendan o suministren bebidas alcohólicas.

La reincidencia en estas infracciones, cuando haya habido tres condenas contra el mismo propietario, dará lugar a la orden de cierre definitivo del establecimiento.

Artículo 52°: Las personas que dediquen a menores de edad a labores o actividades notoriamente inmorales que contribuyen a su prostitución o corrupción, siempre que no medie delito, serán sancionados con arresto de dos meses hasta doce (12) meses, y con multa de cincuenta B/.50.00) a mil balboas (B/.1,000.00).

La misma sanción se aplicará a las personas que vivieren, de todo o parte, de los beneficios que obtengan los menores con su mendicidad, prostitución o corrupción.

Artículo 53°: El que indujere a un menor al consumo de bebida alcohólicas procurando su disipación, será sancionado con arresto de un mes a tres (3) meses, y con multa de veinticinco (B/.25.00) a cien balboas (B/.100.00).

Artículo 54°: Quienes suministren de algún modo drogas o sustancias que produzcan el efecto de drogas o estupefacientes a menores de edad, serán castigados con la sanción del artículo 52.

Artículo 55°: Las personas que promuevan la venta, circulación o edición de publicaciones de cualquier clase, notoriamente ofensivas a la moral o perturbadoras para el desarrollo sico-somático de los menores y dela juventud, o en que se exhibe el crimen, la corrupción o las malas costumbres, serán castigados con arresto de un mes a seis (6) meses y con multa de cincuenta (B/.50.00) quinientos balboas (B/.500.00).

Esta disposición comprende los espectáculos públicos, así como los programas de radio y televisión que sean lesivos a la moral pública o perturbadores de la sana formación de los menores y de la familia.

Artículo 56°: Para los efectos de esta Ley, se considera in- en vagancia al menor que tenga menos de quince (15) años de edad que se hallare regularmente en la calle, o lugares públicos, cinematógrafos, bodegas, expendios de bebidas alcohólicas, billares, casas o sitios de juego, en horas normalmente dedicadas a labores escolares o pasadas las nueve (9) de la noche.

En la misma situación de vagancia se encuentra quienes, entre los quince (15) y dieciocho (18) años de edad, deambulen regularmente por las calles o permanezcan en lugares públicos como los mencionados en este artículo, sin que estén asistiendo a alguna escuela o sin que tengan trabajo lícito.

Artículo 57°: Las sanciones de que trata este Capítulo serán aplicadas por los Jueces de Familia y Menores sin per-

juicio de la responsabilidad penal o policiva que pueda deducirse a los mayores antes las autoridades ordinarias.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 58ª: Toda persona que, habiendo sido debidamente citada, rehusare comparecer ante cualquier Juez de Familia y de Menores ante el Tribunal Superior de Familia y de Menores o ante el Director General del Instituto o desobedeciere las órdenes de alguno de dichos funcionarios, será requerida por éstos a la obediencia, con multa de cinco balboas (B/.5.00) a cincuenta balboas (B/.50.00) o arresto equivalente. Si después de pagada la multa o cumplido el arresto no acatare la orden, será condenada por desacato.

Artículo 59°: Los Jueces de Familia y de Menores, los miembros del Tribunal Superior de Familia y de Menores y el Director General del Instituto tendrán toda la cooperación necesaria de las autoridades administrativas y judiciales para el traslado de personas vinculadas con alguna diligencia oficial en sus despachos, para citaciones y arrestos que ordenen de acuerdo con la Ley y para cualquier actuación relacionada con el desempeño de sus funciones tutelares.

Artículo 60°: Las sanciones de arresto facultadas por la Ley pueden ser inconmutables o convertibles a su equivalente en multa, según la determine el funcionario competente al imponerlas. Para los efectos de esta Ley la equivalencia será de un día de arresto por cada balboa de multa.

Artículo 61°: Esta Ley entrará en vigencia tres meses después de la fecha de su aprobación, pero la designación del Director General del Instituto y la integración de la Junta Directiva tendrán efecto inmediato, para hacer posible el inicio del funcionamiento pleno de todas las dependencias del Instituto, a la fecha de vigencia de esta Ley.

Artículo 62°: Los actuales Juzgados Seccionales de Menores de las Provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Colón quedan convertidos en Juzgados de Familia y de Menores con sujeción a las disposiciones de esta Ley; y los Jueces respectivos continuarán despachando en calidad de Jueces de Familia y de Menores por un período de dos años.

Artículo 63°: (Transitorio).- Los Juzgados.... del Circuito de Panamá y los Juzgados..... Municipales quedan convertidos, por ministerio de esta Ley, en Juzgados de Familia y Menores para conocer exclusivamente de los casos que competen a dichos Juzgados. Los Jueces y Suplentes nombrados en tales Juzgados continuarán despachando en los mismos, por término de un año, como Jueces de Familia y de Menores vencido cuyo término el nombramiento de Jueces para dichos Juzgados deberá hacerse de conformidad con las prescripciones de esta Ley.

Artículo 64°: (Transitorio).... Los casos de competencia de los Jueces de Familia y de Menores, que a la vigencia de esta Ley se encuentren en los Juzgados de Circuito de Panamá, Colón y Chiriquí, serán remitidos inmediatamente a los Jueces de Familia y de Menores de tales Circuitos o Provincias, para que en éstos se siga el trámite de los mismos hasta su decisión.

Los casos de alimentos que se encuentren radicados en los Juzgados Municipales de los Distritos de Panamá y Colón, David, y San Miguelito, serán remitidos, a la vigencia de esta Ley, a los Juzgados de Familia y de Menores ubicados en dichos Distritos.

Artículo 65°: Quedan derogadas todas las Leyes y disposiciones que sean contrarias a la presente Ley y sus normas.

PERU

SINTESIS DE LA EXPOSICION DE LA DELEGADA DEL PERU PROFESORA CONSUELO IBAÑEZ SALAZAR SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE EDUCACION INICIAL (PRE-ESCOLAR) EN EL PERU

I Referencias Generales

En el Bienio 77-78, la Política del Sector Educación en el Perú da primera prioridad a la atención del niño menor de seis años y a la familia, a través de la Educación Inicial.

¿Qué es la Educación Inicial? Es el primer nivel del Sistema educativo peruano. Está destinada a crear las condiciones requeridas para asegurar el desarrollo integral del niño, capacitando a la población, especialmente a la familia, para que le proporcione, durante sus primeros años los estímulos y experiencias indispensables para el desarrollo de sus potencialidades.

¿A quiénes está dirigida la Educación Inicial? La Educación Inicial, antes llamada Pre-Escolar, se institucionaliza con un nuevo enfoque, desde 1972, en:

- Centros de Educación Inicial llamados:
  . Cunas, para niños de 0 a 3 años.
  . Jardines de Niños, para niños de 3 a 5 años.

- Programas no Escolarizados dirigidos a niños no atendidos en CEI de régimen regular.

- Programas con padres de familia y comunidad.

Las acciones de Educación Inicial no son de única responsabilidad del Sector Educación. Particularmente en el caso de las cunas la responsabilidad es compartida con otros sectores, en especial con Salud, a través de convenios expresos, y con otros organismos públicos y privados.

II Principales problemas detectados

1. Sólo una minoría de niños menores de 6 años pueden ser atendidos en CEI de régimen regular. Actualmente solo se cubre el 6% de la población infantil estimada en 3 millones 800 mil.

2. La mayoría de los niños desatendidos corresponden a áreas desfavorecidas por su ubicación rural, o aislada o en pueblos jóvenes.

3. Los padres de familia de esas comunidades más necesitadas carecen de preparación adecuada y de recursos para brindar a sus niños la atención y las condiciones de vida adecuadas a su desarrollo integral.

4. El número de docentes especializados en el nivel es insuficiente y además, es sumamente difícil su acceso a comunidades aisladas. Por otro lado, las experiencias demuestran que no son muchas veces las más indicadas para realizar una labor eficaz en esas comunidades.

5. Por último, es imposible que con sólo los recursos estatales y menos sólo del Sector Educación, se pueda atender ni siquiera al 25% de la demanda.

III Alternativas de solución

En el Perú se pretende dar solución a la problemática expuesta mediante:

1. Realización de Programas no Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI) especialmente en las zonas detectadas de atención prioritaria

2. Realización de programas paralelos con padres de familia y comunidad.

IV ¿Qué son los Programas no Escolarizados de Educación? (PRONOEI)

Los PRONOEI son actividades organizadas para atender a niños menores de 6 años a fin de generar oportunidades educativas acordes con su realidad y necesidades. No están sujetos al régimen regular de los CEI, tienen un sistema muy flexible y promueven la interacción educativa en comunidad.

Sus características más importantes:

. Son servicios de la comunidad y con la comunidad.

. Aprovechan al máximo los recursos de la propia comunidad, tendiendo a ser autogestionarios.

. Se integran con programas de otros sectores, especialmente con Salud y Alimentación.

. Dan oportunidad a los miembros nativos de la comunidad de ser los principales agentes educadores directos de los niños, con asesoramiento de personal profesional especializado.

¿Dónde se realizan los PRONOEI?

Los PRONOEI utilizan las más diversos ambientes para sus actividades, desde hogares, instituciones comunales, parques, áreas libres, etc. hasta locales escolares durante horarios compatibles con las labores de estos centros.

¿Quiénes pueden realizar estos Programas?

Cualquier miembro adulto o joven de la comunidad, previo asesoramiento y coordinación del personal Técnico de Educación Inicial de los nucleos y/o zonas educativas del país.

¿A qué actividades se da énfasis en los PRONOEI?

En los PRONOEI se da énfasis a la satisfacción de las necesidades concretas, urgentes y prioritarias de los niños. Por ello, en el presente bienio, especialmente en las zonas marginales se da preferencia a la Salud, la Nutrición y la Estimulación, sin descuidar los demás aspectos de la acción educativa.

¿Quiénes asesoran Técnico-pedagógicamente los PRONOEI?

Asesoran, evalúan y supervisan: a nivel nacional los Técnicos de la Dirección General de Educación Inicial que dan la normatividad y asesoramiento general a los Técnico de Zona. Estos a su vez orientan a los Promotores de Núcleo Educativo comunal quienes se responsabilizan del asesoramiento y control en el escalón ejecutivo más inmediato a los Programas.

V El Proyecto de "Expansión y consolidación de los Programas no Escolarizados de Educación Inicial"

. Para el bienio 77-78 la política y estrategia del Sector Educación se propone lograr:

1. OBJETIVOS

- Asegurar la estabilidad, expansión y consolidación de PRONOEI ya iniciados experimentalmente en el año anterior y a través de los cuales en 1976 se atendió a 42.000 niños de 3 a 5 años con un costo sumamente inferior al que supondría su atención en CEI.

- Incrementar la atención a 7% de la población total de menores de 6 años.

- Encauzar la participación comunal y de diversos sectores y organismos nacionales e internacionales hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la familia y de los niños menores de 6 años.

2. Fundamentación de las experiencias realizadas

Las experiencias realizadas desde 1973 en comunidades nos demuestran que:

- Los padres de familia y otros miembros de la comunidad, previo asesoramiento, pueden suplir a los docentes en tareas pedagógicas directas con los niños convirtiéndose en agentes educadores activos.

- En los casos en que la comunidad elige entre sus miembros a un "Promotor" o "animador" para que ejecute los PRONOEI, éste adquiere el compromiso de responder a aquella confianza; por tanto, además de estar identificado con su ambiente, cuenta con la aceptación de su comunidad atendiendo actualmente un promedio de 30 niños cada uno.

- En algunas comunidades organizadas, éstas gratifican a sus "promotores" ceden o construyen locales y proveen material educativo con recursos de su medio para los PRONOEI, con lo cual alivian la carga económica antes únicamente llevada por el Estado.

- Docentes de CEI en servicio realizan labor multiplicadora preparando a miembros de la comunidad para que asuman el rol de educadores y, en algunos casos, atienden directamente, como labor de extensión de la acción educativa de sus CEI a niños no beneficiarios de los programas regulares.

- Otros docentes, asignados exclusivamente para promover, coordinar y asesorar PRONOEI preparan un promedio de 15 "promotores" o "animadores" de la comunidad con lo cual se eleva el rendimiento de las plazas docentes de incremento. Esta, precedida además de los cursos periódicos de capacitación al personal ejecutor en los diferentes escalones aseguran la calidad educativa de los Programas y evita que se conviertan en discriminatorios.

3. Políticas y Estrategias adoptadas en 1977 para la realización de los PRONOEI y el logro de sus objetivos

S/C

ACTIVIDAD PRONOEI 1977 : EXPANSION Y CONSOLIDACION DE PROGRAMAS NO ESCOLARIZADOS DE EI.

POLITICA (- Què se pretende?)	ESTRATEGIA (--Cómo?)	ACCIONES (- Con què?)
- Establecer y apoyar prioritariamente los PRONOEI en PP.JJ, Areas rurales y Zonas de Frontera. - Coadyuvar al establecimiento de PRONOEI Autogestionarios. - Captar el máximo posible de la cooperación internacional para la atención del niño menor de 6 años. - Intensificar la participación directa de los padres de familia y otros miembros de la Comunidad en la tarea de educar. - Mejorar la calidad de la Educación Inicial que se brinda a través de PRONOEI.	- Dinamizar el establecimiento de PRONOEI en Zonas estratégicas. - Expandir y consolidar los PRONOEI de Zonas estratégicas. - Brindar las orientaciones técnicas para que dentro de los Programas de desarrollo local, se considere el establecimiento de PRONOEI. - Orientar la cooperación internacional hacia los nuevos PRONOEI de Areas Prioritarias. - Utilizar los medios de comunicación social para promover y fortalecer la participación familiar y Comunal en la realización de PRONOEI. - Normar la atención directa de los niños de PRONOEI. - Orientar la diversificación curricular en PRONOEI. - Contribuir en la Cualificación de los ejecutores de PRONOEI.	- Asesoramiento in situ. - Implementación técnico pedagógica (personal-documentación-técnico normativo, etc.) - Coordinaciones intersectoriales permanentes. - Apoyo técnico pedagógico. - Elaboración de proyectos diversificados. - Detección de fuentes de financiamiento y acuerdo de convenios para apoyar determinados proyectos. - Ejecución de Programas de orientación, incentivación a padres de familia y comunidad. - Asesoramiento técnico pedagógico. - Dictar las normas que concretan la atención directa con PRONOEI, 9 niños de 3 - 5 años. - Apoyo y asesoramiento en la implementación diversificada del curriculum. - Organización de cursos, talleres, laboratorios, etc. en coordinación con INIDE y otros organismos vinculados a la Educación.

DIGEI/RRde A
UPNE/CIS
Sec.ypc.
L.22.4.77.

4. Implementación de personal para PRONOEI

. Las plazas de incremento previstas para Educación Inicial en este bienio 77-78 se destinan a PRONOEI. Así se cuenta con docentes especialistas COORDINADORAS que, en vez de atender 40 niños en aula, captarán, prepararán y asesorarán a un promedio de 15 miembros de la comunidad comprometidos a multiplicar la labor educativa. Es decir que la docente se convierte en verdadera Promotora y agente de cambio en la comunidad.

. Los docentes de CEI en servicio, en cumplimiento de [illegible] de Educación y en base a su conciencia cívica extienden su labor atendiendo directamente a un mínimo de 10 niños de zonas marginales no atendidos en CEI, o adoptan la alternativa de trabajar con los padres de familia a través de los cuales logran metas similares.

. Se estimula la participación en PRONOEI de los estudiantes, especialmente de los de Formación Magisterial. En algunas zonas ya se cuenta con ellos e inclusive con alumnos de otros niveles y modalidades.

Con el Proyecto que se expone se prevee incrementar la atención de niños de 3 a 5 años en comunidades aisladas, rurales y de Pueblos jóvenes del Perú en 84.000 niños.

La evaluación se hace a nivel local y a nivel nacional en base a:

- logros cuantitativos.
- objetivos propuestos y logrados con los niños y que fueron seleccionados y priorizados y diversificados de la Estructura Curricular Básica de acuerdo con la realidad personal y socio cultural de los beneficiarios.