

BOLETÍN
de la
Oficina Sanitaria Panamericana
(REVISTA MENSUAL)

Año 30. Vol. XXX

Mayo de 1951

No. 5

LAS UNIDADES SANITARIAS DE PANAMÁ

Por RÓMULO ROUX

Consultor Sanitario, Encargado de las Unidades Sanitarias, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública de Panamá

INTRODUCCIÓN

La primera Unidad Sanitaria en la República de Panamá se estableció en mayo de 1932, e incidentalmente ésta fué también la primera Unidad Sanitaria creada en la América Latina, según informaciones que hemos podido obtener. Esta feliz coincidencia debía ser motivo para un rápido desarrollo de tales Instituciones en el país; sin embargo el progreso fué bastante lento ya que se necesitaron 18 años de lucha y esfuerzo para organizar diez y siete (17) Unidades. Es penoso confesar que en este sentido nos hemos quedado a la zaga de otros países donde se inició un plan de esta índole mucho después. Mucho de nuestro territorio, especialmente el más necesitado y más postergado de toda atención oficial, continúa fuera de la zona de influencia del Departamento de Salud Pública por no haberse podido establecer allí las Unidades Sanitarias más indispensables. Y esto no es todo lo que debemos lamentar; aun las Unidades Sanitarias actualmente en funciones, no disponen de todo lo necesario para el desarrollo de un programa completo y efectivo; algunas carecen de enfermeras en número suficiente, otras no cuentan con servicio de dentista y otras, sólo constan del médico director y una partera rural.

A lo anterior hay que añadir otro obstáculo de mucho alcance que se ha venido interponiendo al completo desarrollo del plan específico de las Unidades Sanitarias y es el de no haber podido hacer cumplir las disposiciones reglamentarias que estipulan trabajo de tiempo completo para los Médicos Directores de Unidades, con abstención de ejercer su profesión privadamente. Con las disposiciones legales que otorgan privilegios especiales a estos médicos para ejercer la profesión privadamente, se ha creado una dualidad que causa serio conflicto entre el interés público y el interés privado, además de sustraerle tiempo en el cumplimiento de sus deberes, porque por mucho deseo que tenga de dedicar

todas las horas del programa diario al trabajo oficial, no está en su poder reglamentar las horas de enfermedad de sus pacientes particulares y es lógico que cuando el caso apremia, se sacrifique la Unidad Sanitaria.

El reglamento o manual de procedimiento de las Unidades Sanitarias, aprobado por Decreto 57 del mes de febrero de 1949, dice:

“El personal esencial de la Unidad Sanitaria debe ser de tiempo completo, o sea que debe emplear todo el tiempo laborable en sus trabajos, para obtener los resultados siguientes:

Mayor tiempo al servicio público y mejor posibilidad para investigar y estudiar los métodos de control de las enfermedades transmisibles en su zona.

Mayor libertad para hacer cumplir reglamentos y disposiciones del Departamento de Salud Pública, sin temor a perder clientela privada.

Eliminación de toda competencia con los médicos en ejercicio de su profesión en la localidad.

Mejor cooperación de sus colegas y organizaciones médicas.”

Las disposiciones locales que impiden el cumplimiento de esta cláusula del Reglamento, son el Artículo décimo del Decreto Legislativo No. 6 del 6 de julio de 1945 y el Artículo 197 del Código Sanitario de la República.

FINES Y PROPÓSITOS DE LA UNIDAD SANITARIA

Nosotros consideramos la Unidad Sanitaria como la piedra angular de toda organización tendiente a la protección e incremento de la salud pública de un país. La experiencia nos ha demostrado con creces que sería ilusorio creer en la posibilidad de controlar y fomentar la salud pública de una nación contando sólo con un centro único en la capital y disponiendo, como contactos exclusivos con el resto del país, de unos cuantos funcionarios diseminados aisladamente sobre el territorio nacional. Tampoco debe confiarse en que unos cuantos hospitales radicados en los centros poblados de mayor importancia, pueden ser contribución valiosa a la conservación de la salud pública. El viejo aforismo “Es mejor prevenir que curar,” no debe ser meramente una impresionante frase usada para engalanar una charla o un discurso sino el punto o la meta hacia la cual se aspira a llegar tarde o temprano, si verdaderamente se desea la salud del pueblo, que debe ser la ley suprema de la nación. Para que la organización máxima de salud pública de un país, bien sea ésta un Ministerio, o una Dirección General, o un Departamento, pueda verdaderamente beneficiar a todo el pueblo, hasta al que vive en los más apartados parajes de la República, es indispensable que todos los organismos de que está formada dicha organización tengan contacto directo con la población prestándole los servicios para los cuales se ha instituido y se mantiene, y esto sólo podrá obtenerse mediante células desprendidas del núcleo principal como unidades vitales del sistema, distribuidas de manera estratégica sobre toda el área del país, con el fin de que la ayuda técnica y, hasta cierto punto, moral, que están

en capacidad de prestar, alcance sin mayores tropiezos al ciudadano que la necesita: esta célula o unidad vital es para nosotros la Unidad Sanitaria.

El reglamento de Unidades Sanitarias aprobado por Decreto número 57 del 16 de febrero de 1949, dice:

“La Unidad Sanitaria puede definirse como un organismo centralizador de los diversos servicios de prevención y asistencia establecidos en una comunidad, cuyo objeto es la protección integral del ser humano como unidad constitutiva del núcleo social: la familia. Por lo tanto la Unidad Sanitaria puede considerarse como un verdadero departamento de Salud Pública local, representando en la zona asignada todos los servicios del Departamento de Salud Pública Nacional. Es el medio de contacto entre este Departamento y el público, y por cuyo conducto pueden ser llevados a cabo, de una manera efectiva tanto el programa general como las campañas especiales planeadas y dirigidas por la organización nacional.

“Estos programas sólo pueden llevarse a cabo con la cooperación decidida de la población beneficiada. Las Unidades Sanitarias son semillas de cultura y pueden formar la conciencia sanitaria indispensable.”

FUNCIONES DE LA UNIDAD SANITARIA

Las funciones principales de una Unidad Sanitaria son las siguientes:

Higiene Maternal: (a) Pre-natal (b) Post-natal
 Higiene Infantil: (a) Infantes (b) Pre-escolares
 Higiene Escolar
 Eugenesia
 Higiene Sexual
 Control de Enfermedades Transmisibles
 Examen de manipuladores de alimentos
 Higiene de la vivienda y de locales de trabajo
 Saneamiento del ambiente
 Control de alimentos y drogas
 Análisis de laboratorio
 Recolección de datos bioestadísticos y
 Educación Sanitaria.

El personal mínimo de una Unidad Sanitaria en nuestro país ha sido, hasta la fecha, el siguiente:

Director Médico
 Médicos auxiliares, cuando el trabajo lo requiera
 Enfermeras de Salud Pública
 Dentista
 Secretaria-mecanógrafa
 Técnico de Laboratorio
 Inspectores Sanitarios
 Auxiliar del Dentista
 Auxiliares de Enfermeras
 Portero-aseador.

Los Auxiliares del Médico Director deben ser médicos especializados principalmente en obstetricia, pediatría, fisiología, venereología, etc.; estos profesionales, de ser disponibles, pueden trabajar por tiempo completo o parcial. Un Ingeniero Sanitario resultará a veces necesario para supervigilar y dirigir las obras materiales de saneamiento ambiental, lo mismo que un veterinario para el control sanitario de carnes y leche.

RADIO DE ACCIÓN DE LA UNIDAD

El radio de acción de una Unidad Sanitaria o "Zona de Influencia", como se ha definido en un país hermano, donde las Unidades Sanitarias han alcanzado marcada importancia, dependerá del personal de que disponga la Unidad, sobre todo del número de enfermeras de salud pública o "Visitadoras." La Unidad Sanitaria debe establecer contacto directo con la familia en el hogar y no limitarse a que los miembros de esa familia vayan, de propia iniciativa, a solicitar la ayuda de la Unidad. Teniendo en cuenta las características de nuestras poblaciones, creemos muy acertado que se limite a 2,000 el número máximo de habitantes atendido por una enfermera visitadora.

Asignarle un número mayor de personas sería diluir la intensidad de la vigilancia, atención y educación que el material humano requiere para la prevención de enfermedades, y no se podría desarrollar con exactitud y honradez ningún programa específico y sistematizado de salud pública.

En Panamá, desgraciadamente, no hemos podido mantener nuestras Unidades Sanitarias dentro de ese marco porque el número de enfermeras disponibles siempre ha sido menor que las necesidades del servicio, y debido en gran parte a fuerte presión tanto de los habitantes como de las autoridades político-administrativas locales, la Unidad Sanitaria se ha visto obligada a extender sus actividades a más de un Distrito geográfico sin disponer del personal adecuado para cumplir eficientemente con esta tarea. Por causa de este proceder se ha venido perdiendo el contacto con la familia, convirtiéndose en muchos casos la Unidad Sanitaria en Dispensario para pobres; a este defecto han contribuido también otras circunstancias de carácter médico-social en algunas de las zonas donde operan las Unidades, o la falta de una estrecha colaboración o bien definida coordinación entre la Unidad y los hospitales provinciales donde existen. Por regla general estos centros de asistencia pública, aun cuando sean instituciones del Estado, creadas principalmente para aliviar las dolencias de los pobres y humildes habitantes del interior, tienen en su reglamentación algunas pautas que alejan al paciente pobre de sus Dispensarios impeliéndolos hacia la Unidad Sanitaria: restricciones sobre días y horas de Dispensario, falta de botica gratuita para estos casos y el cobro de 10, 25 ó 50 centavos por la tarjeta de admisión a la clínica, son verdaderos obstáculos para que muchos enfermos sean atendi-

dos en los hospitales causando una marea continua de éstos hacia la Unidad Sanitaria lo que la obliga a convertir su programa de medicina preventiva en el de medicina curativa.

PROGRAMA MATERNOINFANTIL

A continuación exponemos en detalle las diferentes fases progresivas de la atención maternoinfantil presentada en una Unidad Sanitaria de servicio completo:

(a) Una vez inscrita la futura madre en la Clínica, se le instruye sobre la responsabilidad de su condición por medio de conferencias y demostraciones, se le da a conocer la importancia de la supervigilancia médica y del examen físico de laboratorio.

(b) Se le toma una muestra de sangre para investigar infección con sífilis.

(c) Pasa examen médico que incluye pelvimetría, presión arterial y estado físico en general.

(d) Se le toma una radiografía de los pulmones o se le refiere al Dispensario Antituberculoso para ese fin.

(e) Se le exige examen de heces para parasitosis intestinal y de orina para albúmina.

(f) Se le practica un examen dental efectuando las extracciones o las calzas que sean necesarias.

(g) Se le mantiene asistiendo a la clínica por medio de citas que se hacen de acuerdo con su tiempo de embarazo y condición física: del primero al quinto mes estas visitas son mensuales; del sexto al séptimo mes, quincenales; y del octavo mes en adelante, semanales.

Todo este servicio es complementado por la enfermera que en forma individual le guía e instruye en lo relacionado con alimentación, vida higiénica, vestidos y arreglos para la canastilla del niño etc., y da conferencias sobre cuidados pre-natales en general así como también demostraciones del cuidado de los pezones a todas las mujeres que pasan de los seis (6) meses de embarazo y a las que pasan de su octavo mes, se les muestra cómo bañar al niño, insistiendo en la preparación de todo lo que éste necesita y otros conocimientos que ella debe tener en espera de este gran acontecimiento.

En las ciudades de Panamá y Colón, un buen número de madres son atendidas durante el embarazo por la Unidad Sanitaria, pasan para su alumbramiento al Hospital Santo Tomás o al Hospital Amador Guerrero, recibiendo de esta manera, la atención complementaria a la labor preparatoria de la Unidad; pero en el interior del país, donde opera el mayor número de nuestras Unidades, el problema es más complejo y serio debido a que la casi generalidad de las madres después de estar durante los meses de embarazo bajo la vigilancia y cuidado de la Unidad, al llegar el momento de dar a luz tienen que ser abandonadas a sus propios recursos ya que no cuentan con Instituciones debidamente organizadas

para completar la obra inicial. En muchos Distritos no hay Hospitales y donde los hay carecen de salas de maternidad o cobran aún a la clase pobre cierta suma para la asistencia del parto. Como tampoco podemos contar en el interior con enfermeras obstétricas para este servicio, la embarazada tiene que entregarse a los cuidados de una partera empírica y en muchísimos casos ésta no reúne un mñimum de conocimientos que la hagan útil en vez de perjudicial. Ignorantes en su mayor parte de los principios básicos de la verdadera higiene maternal, supersticiosas y aferradas a tradiciones hereditarias y nefastas, son estas empíricas, con frecuencia, causas de resultados peligrosos tanto para la madre como para el niño. Por lo general, en el interior, la mujer de escasos recursos económicos prefiere dar a luz en su propia casa, por pobre que sea, ya que así puede cuidar aunque sea desde la cama, y con la ayuda de alguna vecina amiga y caritativa, sus otros hijos, los pocos animales domésticos y la alimentación de la familia: lógicamente esta madre no tendrá reposo, ni la tranquilidad y alimentación que su estado requiere y tampoco recibirá el recién nacido los cuidados y atenciones que la higiene infantil exige. No pocas veces se nos ha preguntado porqué no se toman medidas para impedir el ejercicio de parteras empíricas o comadronas y a esto sólo se puede contestar que tal restricción se justificaría si hubiese parteras graduadas en el interior, disponibles en cantidad suficiente para todas las necesidades y emergencias. Las medidas más aconsejables por ahora son el control de la partera empírica de parte de la Unidad Sanitaria y su mejoramiento en la prestación de servicios a la madre y el niño.

Nuestros esfuerzos en esta dirección han tenido escasos y dudosos resultados pero hay que continuar en ellos en espera de que la situación mejore conjuntamente con el alza del nivel de vida de la familia. Como contribución directa del Departamento de Salud Pública a la solución parcial de este problema podemos informar que desde hace dos años aproximadamente, se ha organizado, con la cooperación valiosa del Hospital Santo Tomás, un curso de adiestramiento teórico-práctico, para parteras, que funciona en el mencionado Hospital y al cual vienen asistiendo unas quince jóvenes, la mayoría oriundas del interior.

Queremos ilustrar mejor este capítulo insertando a continuación unos párrafos de un interesante trabajo presentado por uno de nuestros Directores de Unidad Sanitaria, el Dr. Alfonso Campuzano, en la Tercera Conferencia del Personal de Salubridad Pública, celebrada en Aguadulce hace seis años; las condiciones y problemas que allí se enumeran no han variado considerablemente en este lapso y por lo tanto los consideramos de actualidad:

“Con la descripción que acabo de hacer, pareciera que la defensa de las embarazadas está realizada en las zonas controladas por las Unidades Sanitarias, pero desgraciadamente estamos aún muy lejos de ello. Podemos tener la satis-

facción de que se ha encontrado una forma técnica satisfactoria por parte del personal de las Unidades y que el aspecto médico-higiénico va en buen camino, pero el problema es de mayores complicaciones que lo que aparentemente puede creerse.

“Si hemos llegado a establecer contacto con la madre durante la época de su gravidez logrando interesarla por las medidas higiénicas, si hemos hecho un control en un porcentaje tan crecido, en cambio, no podemos conseguir el ambiente familiar y económico adecuado ni hemos logrado aún transformar hábitos y costumbres ancestrales, ni hemos asegurado la alimentación apropiada, vivienda higiénica, el reposo conveniente y el mismo desembarazo en condiciones que garanticen a la madre y al hijo. Muy poco puede conseguirse de embarazadas en absoluta pobreza. Nuestras recomendaciones se estrellan contra la realidad económica infranqueable en la que se debaten. Hemos llegado a comprender que existe un afán de mejoramiento, un ansia de salud, un anhelo por un hijo robusto y bello, aún en las mujeres del más bajo nivel social, pero todo esto queda ahogado en la impotencia del mínimo confort inaccesible para el mayor número de las madres. Y en muchas ocasiones, con más frecuencia entre las grávidas campesinas, el embarazo ha llegado a su término a grandes esfuerzos para que el niño muera al nacer: Se ha asfixiado por falta de una buena asistencia. En otras ocasiones el niño vivo se ha infectado los ojos, y en otras, todavía con alguna frecuencia, el bacilo del tétano ha penetrado, al ser seccionado el cordón, provocando su muerte en plazo corto.

“Un porcentaje de madres, digno de tomarse en cuenta por cierto, se beneficia satisfactoriamente de los servicios de la Unidad Sanitaria: las que cuentan con relativos recursos económicos para modificar su alimentación y mejorar su vivienda, las que pueden pagar su asistencia en el hospital o que pueden conseguir una partera responsable. En estos casos la labor de la Unidad en este sentido tiene una feliz culminación. El resto, poco beneficio saca de nuestra intervención, mientras que el régimen hospitalario continúe tal como actualmente, mientras nada se pueda hacer por mejorar su alimentación y su vivienda, mientras no se pueda proveer a los campos de parteras capacitadas.”

Hemos transcrito los párrafos anteriores por considerar que pintan con colores vivos y de palpitante actualidad el ambiente difícil y peligroso en que se desarrolla el programa de higiene maternoinfantil de las Unidades Sanitarias. El autor de tales datos narrativos basó su exposición en observaciones acumuladas durante varios años de ejercicio de sus funciones y un período de observación en las Unidades de Chitré, Santiago y La Chorrera. Muy poco, por lo tanto, podemos añadir a lo que antecede: tan sólo queremos hacer constar que esas tristes condiciones son típicas en el resto de las zonas rurales del país, con poquísimas excepciones.

HIGIENE PRE-ESCOLAR

Ya cumplido un año, el niño entra a ser parte del grupo Pre-escolar hasta el séptimo año. Este grupo es bastante numeroso, porque en él se acumulan los nacimientos de seis años completos, y merece especial

atención de parte de la Unidad ya que de no hacerlo así se formaría un vacío peligroso en el ciclo de atención médica del niño y al presentarse la edad escolar tendríamos niños enfermos, deficientes y predispuestos a sucumbir en cualquier epidemia que se presente en la localidad.

Después del primer año, el niño cambia su alimentación natural obtenida del seno materno o de alguna fórmula láctea aprobada, por la alimentación ordinaria de la familia adulta: arroz, frijoles, plátanos, yuca, carne, sin vegetales frescos y muy poca fruta y la leche va desapareciendo de su programa de alimentación. Este paso brusco causa, con muy pocas excepciones, serios trastornos gástricos en la criatura, frecuentemente con graves consecuencias. Si el niño pertenece a un hogar debidamente constituido donde reina la armonía y buen entendimiento de los cónyuges, no sufrirá los efectos de la hiponutrición porque el padre se encargará de ganar el sustento diario y la madre podrá quedar en la casa atendiendo a sus hijos; pero como sucede en un porcentaje muy alto, la madre abandonada por el autor de sus hijos, debe trabajar para ganar ella misma con qué mantener a su prole, dejando ésta al cuidado de alguna vecina o de la hija más grandecita. En tales condiciones no es difícil imaginarse el reflejo de este abandono o de este desorden sobre el preescolar. Pero esto no es todo: el niño se aparta mucho del control materno y del hogar, exponiéndose más y más a la malaria, a los parásitos intestinales, o la buba, etc., etc.

El control principal de la salud de este grupo está a cargo de la enfermera de salud pública con sus visitas domiciliarias y si este servicio no puede llevarse a cabo con la periódica frecuencia necesaria, no habrá tal control y solamente se llevarán a la Unidad los casos enfermos. En este período debe cuidarse esmeradamente al niño, evitando que adquiera afecciones que aunque no resulten inmediatamente fatales, pueden llegar a repercutir hondamente en su salud general y en su vida futura; por lo tanto no debe descuidarse la inmunización variólica, diftérica y de pertussis y se mantendrá un reconocimiento constante sobre infecciones de parásitos intestinales procediendo oportunamente a su eliminación cuando esté indicado; también hay que cuidar de la higiene dental del niño con el fin de evitar la pérdida, antes de tiempo, de las piezas temporales y de las permanentes. En general este grupo merece atención especial y minuciosa de parte de la Unidad, para llevar a la escuela cuando llegue el día, niños sanos y resistentes.

HIGIENE ESCOLAR

La Constitución de la República, en su Artículo número 92, párrafo "C," establece la siguiente disposición: "complementar la alimentación de los alumnos necesitados y proporcionar a la niñez escolar servicio de vigilancia médica." Y nuestro Código Sanitario, en su Artículo 157, ordena lo siguiente:

- “1º Fiscalizar la edificación, instalaciones e higiene del ambiente escolar;
- 2º Controlar la salud del personal docente mediante exámenes periódicos de salud;
- 3º Impartir a los escolares atención preventiva, y correctiva de defectos físicos, mentales y anormalidades, incluso la atención dental.
- 4º Supervigilar la dietética de los establecimientos y comedores;
- 5º Coordinar con el profesorado idóneo, los materiales para una efectiva educación sanitaria de los educandos;
- 6º Aprobar los textos y materiales para la enseñanza de la higiene en los diversos grados escolares;
- 7º Atender a todos los problemas de seguridad escolar, dictando las normas generales y fiscalizando su cumplimiento;
- 8º Coordinar las labores que desarrolle, con el Ministerio de Educación, y elaborar el reglamento de Higiene Escolar.”

Las primeras actividades en el desarrollo de un programa sistematizado de Higiene Escolar se iniciaron en el año 1928, de acuerdo con disposiciones específicas dictadas por el Poder Ejecutivo por medio del Decreto No. 55 del 30 de octubre de dicho año. Debido, sin embargo, a lo reducido del personal con que se contaba y a los escasos recursos disponibles para ese fin, la labor de la Sección de Puericultura e Higiene Escolar de aquella época tuvo necesariamente que ser muy limitada no obstante el interés y entusiasmo de sus dirigentes.

Una sola clínica escolar en la capital, y la colaboración de unos pocos médicos oficiales del interior, eran insuficientes para atender a todos los alumnos de las escuelas primarias de acuerdo con un verdadero plan de Higiene Escolar, pero la Sección desarrolló amplia iniciativa despertando por primera vez, tanto en los maestros como en los alumnos y en sus padres, notable interés en la conservación de la salud y por primera vez se inició una campaña por todo el interior de la República contra el paludismo y el pian, males endémicos con altos porcentajes en la mayoría de las provincias. Algunos años después, progresivamente, como se fueron organizando una tras otra las diferentes Unidades Sanitarias, estas Instituciones fueron absorbiendo en sus programas toda labor tendiente a proteger la salud de los alumnos de las escuelas primarias.

Creo que estamos justificados en afirmar que se hizo un marcado progreso en la aplicación de medidas precisas, de acuerdo con la organización moderna de salud escolar, pero debemos asimismo confesar que nos consideramos defraudados en nuestras esperanzas de resultado más amplio y efectivo ya que por mucho que la Dirección de Salud Pública se haya esforzado en algo más de tres lustros para hacer llegar el beneficio de esta labor a todo el territorio de la República donde existen planteles escolares, sólo ha podido conseguir parte de sus aspiraciones no por falta de un plan o de iniciativa de los funcionarios encargados de desarrollarlo, sino por las limitaciones impuestas por un presupuesto exiguo y la falta

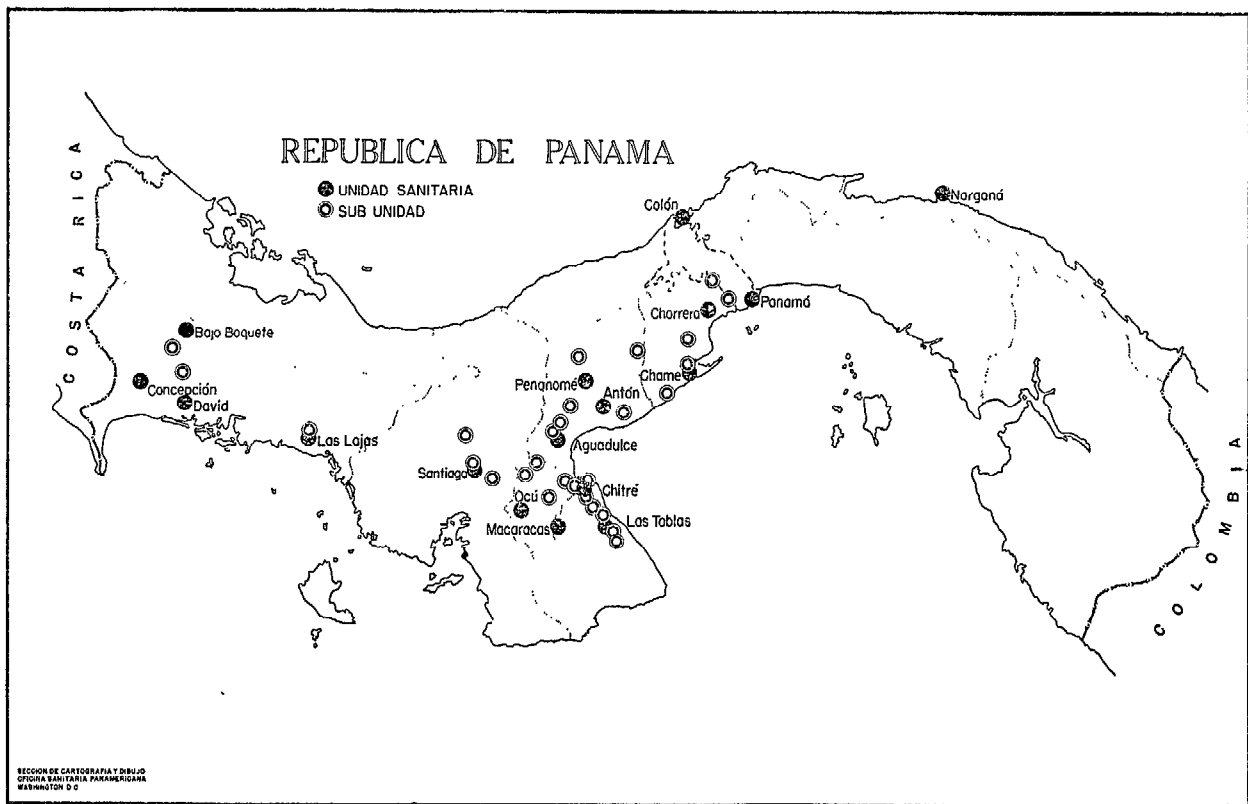
UNIDADES SANITARIAS DE PANAMÁ

Ubicación	Fecha Inauguración	Número Habitantes	Número de Personal							Servicios Dispensariales								
			Médicos	Dentistas	Enfermeras		Tec. Lab.	Inspectores Sanitarios	Pers. Oficinat†	Porteros	Maternología	Puericultura	Tuberculosis	Enfermedades Venéreas	Odontología	Parasitismo Intestinal	Malaria	Higiene Escolar
					Visít.	Int.*												
1. Aguadulce ..	1942	6,347	1	1	1	1	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
2. Antón	1949	5,649	1	1	1	1	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
3. Penonomé ..	1938	4,652	1	1	2	1	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
4. Colón	1945	44,393	1	1	8		1**	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
5. Narganá	1947	21,335	1			1			1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
6. Boquete	1945	4,137	1	1	1		1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
7. David	1936	14,424	1	1	2	2	1	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
8. La Concepción	1944	4,354	1	1	1	1	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
9. Las Lajas	1948	3,795	1			4	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
10. Chitré	1932	14,490	1	1	3	5	1	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
11. Océ	1946	5,690	1		1	2	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
12. Las Tablas	1943	8,167	1	1	2	2	1	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
13. Macaracas ..	1949	2,680	1			1	1		1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
14. Chame	1949	2,516	1		1	2	1	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
15. La Chorrera	1937	6,916	1	1	4		1	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
16. Panamá	1945	111,893	5	5	12	1	2**	1	4	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
17. Santiago	1940	17,069	1	1	2	3	1	1	1	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Totales		278,507	21	16	41	27	10	13	2	20								

* Este dato comprende (INT.) las Auxiliares de Enfermera (prácticas no graduadas) y Parteras Rurales.

** El control sanitario de las ciudades de Panamá y Colón está a cargo, por Tratado Internacional, de las autoridades de Sanidad de la Zona del Canal y por lo tanto nos abstenemos de dar el dato de los Inspectores Sanitarios y otros funcionarios similares.

† Hasta el 30 de marzo del presente año, cada Unidad Sanitaria del Interior estuvo provista de una oficinista y de un auxiliar de dentista, pero este personal quedó eliminado por razones de economía al entrar en vigor el presupuesto de Rentas y Gastos de 1950 a partir del 1º de abril. Se están haciendo diligencias para conseguir nuevamente estos servicios en el próximo año.



de interés real y sincero de diferentes entidades llamadas a cooperar en primera fila con nosotros.

Los preceptos constitucionales y las normas reglamentarias del Código Sanitario que encabezan este capítulo son, sin embargo, de muy reciente fecha y eso nos da motivo para esperar sin desaliento, un cambio favorable para el futuro cercano en este ramo de la salud pública.

Aun cuando la Institución llamada antes Clínica Escolar de la ciudad de Panamá, de muchos años de vida a veces muy activa y otras en pleno estancamiento, haya sido absorbida por la Unidad Sanitaria de Panamá, al crearse ésta, sus operaciones continuaron con cierto grado de autonomía en el campo práctico de su actividad por estar al frente de ella dos médicos de mucha experiencia y que podríamos llamar veteranos en este servicio.

La Clínica Escolar compuesta de dos médicos, cuatro dentistas, dos auxiliares de dentista, una enfermera Jefe, dos enfermeras regulares, una auxiliar de enfermera, una secretaria, una técnica de laboratorio y una portera aseadora ha tenido a su cargo durante el período de este trabajo la supervigilancia médica de 19 planteles escolares con una matrícula de 10,951 alumnos.

Su labor ha sido preventivo-curativa obligadamente por circunstancias ineludibles y el volumen de actividades realizadas fué bastante amplio.

El resto de los planteles escolares de la capital, o sean cinco, con una matrícula de 6,922 alumnos, ha estado bajo la supervigilancia médica del Centro de Salud Emiliano Ponce J. (Unidad Sanitaria de Panamá).

Todas las Unidades Sanitarias del resto del país se han venido esforzando en prestar atención médico-sanitaria especial a los alumnos de las escuelas primarias ubicadas dentro del área asignada a cada Unidad. Pero sería demasiado manifestar nuevamente que también en este ramo del servicio, el número de alumnos a que hay que atender es excesivo para la cantidad de médicos, enfermeras y dentistas asignados al desarrollo del programa de salud e higiene escolar: las cifras dadas arriba para la ciudad de Panamá, son bastante elocuentes; 17,873 niños repartidos en 24 escuelas para cinco médicos, cinco dentistas e igual número de enfermeras son cargas excesivas si se quiere hacer una labor de positivo beneficio y de investigación sistemática entre los alumnos. Añádase a esto el hecho de que solamente el personal de Clínica Escolar propiamente dicho, dedica todas las horas laborables del día a este trabajo mientras que el del Centro de Salud Emiliano Ponce J. (Unidad Sanitaria de Panamá) solamente puede atender a las escuelas en las horas de la tarde. En cuanto a las condiciones del interior, éstas son cada día más difíciles ya que el número de alumnos cuya salud debe supervigilar la Unidad no es menor, con la agravante de que no están ubicados en una sola población sino repartidos en varios distritos geográficos visitados por breves horas con intervalos de una, y hasta cuatro semanas. Frecuentes también son los casos de llamadas insistentes y perentorias de otras

escuelas fuera del radio de acción de la Unidad, llamadas que no es posible desatender y que restan tiempo al servicio organizado de la institución central. Este problema podrá apreciarse mejor en toda su magnitud si se toma en cuenta que para todo el alumnado de las escuelas primarias públicas del país, que gira alrededor de 100,000, sólo se dispuso durante la mayor parte del año de 20 médicos y 14 dentistas que deben repartir su tiempo en múltiples actividades del programa de la Unidad Sanitaria.

Al crearse el nuevo Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública en 1945, se expidió el Decreto No. 31 del 14 de agosto de 1945, por medio del cual se establecía la Sección de Salud Escolar con atenciones específicas para la protección de la salud del alumno de las escuelas primarias, secundarias y universitarias, en sus Artículos 49 y 50. Desgraciadamente los diferentes presupuestos que han sido aprobados posteriormente no llegaron a contemplar las partidas indispensables para el desarrollo de las medidas prescritas continuando las cosas casi en el mismo estado que antes.

Se han venido realizando esfuerzos para atender lo mejor posible la salud escolar de la escuela primaria, desarrollando un máximo de actividades dentro de su programa y si la labor no ha sido completa, no fué por falta de buena voluntad ni entusiasmo.

El programa de supervigilancia y atención médicosanitaria de la escuela primaria ha comprendido los siguientes puntos básicos: Peso y talla, Hemoglobina, Parásitos intestinales, Garganta, Sistema ganglionar, Sistema respiratorio, Sistema circulatorio, Sistema gastro intestinal, Sistema nervioso, Entermedades de la piel, Ojos, Oídos, Dentadura, Anomalías congénitas o adquiridas, Defectos ortopédicos, Nutrición, Inmunización variólica y diftérica, y Otras manifestaciones.

En cuanto a los planteles de educación secundaria, la intervención de las Unidades Sanitarias ha tenido que limitarse a la atención de solicitudes ocasionales de los Jefes de Planteles u otras autoridades del ramo de Educación. Solamente en el Instituto de Artes Mecánicas de La Divisa se ha verificado un examen médico completo a los alumnos del plantel al iniciarse el período lectivo y se mantiene una vigilancia médica constante por medio de visitas semanales del Director de la Unidad Sanitaria de Ocú. Por las razones explicadas arriba no ha sido posible hacer lo mismo con los demás planteles de escuelas secundarias, cuyas matrículas hacen un total de 7,500 alumnos aproximadamente.

En cuanto a la atención dental presentada a los alumnos, preferimos ilustrar este punto con el siguiente párrafo del informe anual de uno de los Directores de Unidad Sanitaria.

“Un problema de gran importancia es el de la dentadura. En esta área la dentadura es muy mala, en un solo lugar hemos podido apreciar que un porcentaje de los escolares conserva una dentadura relativamente sana con dientes fuertes y blancos, este fenómeno se verifica en el Corregimiento de la Arena. La

labor del dentista es únicamente hacer hincapié sobre la higiene dental con sus conveniencias. Pero el verdadero problema está en que al hacer un examen dental se encuentra con una pequeña caries que podría ser rellenada fácilmente y que conservaría aquella pieza dañada de su alvéolo. Es decir, que en este aspecto solamente él puede conservar sus piezas cuando es llevado a un dentista particular, después de haber recibido la notificación del dentista oficial. Sería de desear se hiciera algo en este sentido en asunto de tanta importancia."

Como complemento a las informaciones que anteceden, transcribiremos párrafos de los informes anuales de las Unidades Sanitarias de Aguadulce y David.

Del informe del Director de la Unidad Sanitaria de Aguadulce:

"A pesar de que el estándar de Salubridad en la zona rural es muy bajo, las enfermedades hacen poco estrago y últimamente, con la administración de paludrina en las Escuelas Rurales, se ha podido constatar que desapareciendo esencialmente la causa de la anemia en la malaria, en los niños que la tomaban periódicamente, la salud ha sido mejorada notablemente; ya vemos rostros bastante saludables a pesar de tener una alimentación bastante pobre. El piojo no existe sino de manera esporádica en los escolares y campesinos, debido a la fuerte campaña que se le ha hecho y a las curas con jabón DDT que se han establecido sistemáticamente en las escuelas. En la mayoría de las escuelas rurales se carece de agua en buenas condiciones y de servicios higiénicos, pero esos males seguramente desaparecerán muy pronto. Donde no hay agua buena, enseñamos a los maestros la manera de purificarla y en este sentido hay notable adelanto e interés."

Del informe del Director de la Unidad Sanitaria de David:

"En higiene escolar las enfermeras en toda la zona atendida por la Unidad Sanitaria, han procurado el examen físico de 3,795 alumnos para conocer su estado de salud antes del ingreso a la escuela, fomentando la enseñanza de la higiene personal, instruyendo sobre profilaxis de las enfermedades transmisibles. En términos generales han establecido un nexo entre el alumno, la escuela, la familia y el servicio médico. Solamente en David se cuenta con un total de 3,185 escolares repartidos en ocho escuelas de enseñanza primaria. Si se añade el número de escolares existentes en las poblaciones circundantes, es fácil darse cuenta que materialmente es imposible prestar atención a todos durante el año. Además la intensidad de trabajo con que cuenta la Unidad de David, creciente todos los días, la densidad de la población escolar e infantil, constituyen otros de los motivos principales por los que no se puede atender toda la zona que forma el área geográfica de la Unidad."

CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS

Valiosa cooperación han venido prestando en todo tiempo los Directores de Unidades Sanitarias al control sanitario de alimentos a cargo directo de la Sección de Saneamiento y de acuerdo con lo dispuesto sobre la materia por los Decretos No. 65 del 3 de mayo de 1941, y el 106 de julio

del mismo año. Las Unidades Sanitarias se hacen responsables del examen clínico y de laboratorio de los manipuladores de alimentos, con la expedición de los respectivos certificados de salud. Esta labor se complementa con exámenes de Kahn para sífilis en todos los individuos dedicados a la manipulación de alimentos, y radiografía pulmonar de los sospechosos de tuberculosis. Este último requisito no puede llenarse en la totalidad de los casos por falta de facilidades técnicas y de personal adiestrado, pero ha resultado de valiosa ayuda últimamente, el uso de la Unidad Móvil de Tuberculosis. Todas las muestras de sangre para reacción de Kahn son enviadas al Laboratorio de Higiene Pública de la capital debido a que las Unidades no están equipadas para esta clase de exámenes. A cada Unidad la está fijado un cupo semanal de exámenes y sobra decir que esta limitación, conjuntamente con los inconvenientes que se presentan para el envío de muestras de sangre a Panamá, dificultan considerablemente esta labor. Sería conveniente efectuar arreglos para que los hospitales provinciales hicieran este trabajo en cooperación con esta Sección o que se organizaran dos laboratorios centrales, uno en David y el otro en Aguadulce o, mejor todavía en La Divisa. La Unidad Sanitaria, además, efectúa gratuitamente el tratamiento antilúético a todos los casos cuya reacción de Kahn resulta positiva.

Los médicos practican eventualmente inspecciones sanitarias a los establecimientos públicos destinados a la preparación y expendio de alimentos dando así respaldo a la labor del Inspector de Sanidad. También debe hacerse constar en este capítulo la falta de veterinarios para el control sanitario de las carnes sacrificadas para consumo público y del ganado de lecherías. Solamente una provincia cuenta con los servicios de este funcionario en la ciudad cabecera.

En las ciudades de Panamá y Colón, desde el momento que por tratado internacional el control sanitario está a cargo de las autoridades sanitarias de la Zona del Canal, a éstas incumbiría la atención del control sanitario de los alimentos; sin embargo, por diferencia de criterio al respecto, las oficinas de sanidad de las mencionadas ciudades han excluido de su programa el examen médico de los manipuladores de alimentos y la consiguiente expedición de los certificados de salud a los interesados. En vista de esto, el Departamento de Salud Pública Nacional ha asumido estas funciones en estos últimos años con el consiguiente recargo de trabajo y no pocas dificultades ya que no ha sido posible aumentar el personal de acuerdo con las necesidades del servicio siendo forzoso restar tiempo a otras actividades del programa de la Unidad Sanitaria para poder atender al control médico-sanitario de los manipuladores de alimentos.

En el Centro de Salud Emiliano Ponce J., por ejemplo, se vienen dedicando las horas de la tarde a este trabajo lo que priva de la atención médica a la Clínica Escolar en considerable proporción.

CONTROL DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES

El recargo de trabajo que tiene el personal técnico de la Unidad Sanitaria no le permite llevar a cabo investigaciones o reconocimientos relacionados con enfermedades trasmisibles que en forma endémica, o con características de brotes epidémicos, se presentan a la atención de la Unidad: por lo tanto se limita el médico al tratamiento sintomático de los casos y a la inmunización sistemática siempre que ésta sea posible. La vacunación antivariolosa y la inmunización infantil y pre-escolar contra difteria, pertussis y tétano, forman parte rutinaria del programa de la institución. Para el control de la malaria, de la tuberculosis, de las enfermedades venéreas, de la buba o pian y fiebre amarilla selvática, existen servicios especiales nacionales y los médicos de las Unidades Sanitarias sirven de medios de contacto con el material humano local y de estrechos colaboradores en la fase clínica de las campañas cuando se presenta la necesidad y es requerida su intervención directa. Por lo demás se limitan a: (a) Explicar tanto al público como a las instituciones de asistencia social y a los profesionales privados, la importancia de la denuncia inmediata de toda enfermedad contagiosa o notificable; (b) Dar instrucciones bien claras y definidas sobre la importancia de los cuidados médicos en el curso de estas enfermedades por simple que parezcan algunas de ellas; (c) Instruir a los familiares sobre los debidos cuidados de enfermería y aislamiento dentro del hogar de los enfermos y supervigilar el cumplimiento de tales recomendaciones.

En casos de brotes epidémicos de enfermedades infecciosas agudas, sea de una comunidad en contacto cotidiano con la Unidad Sanitaria o fuera de su zona de influencia, se toman las medidas de emergencia para impedir la propagación de estos focos de infección al resto de la comunidad o a otras áreas. En estos casos se usan las medidas de inmunización y control necesario.

En la ciudad de Panamá se inició un servicio de vacunación BCG en el año de 1947 extendiéndose progresivamente a la ciudad de Colón, a La Chorrera y últimamente a Chitré. Aun cuando este servicio está a cargo de un personal especial con su cuartel principal en la ciudad de Panamá, las Unidades Sanitarias de Colón, La Chorrera y Chitré, han venido colaborando directamente en esta campaña tanto en la búsqueda y concentración de los casos como en el trabajo mismo de la vacunación.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Esta rama de salud pública es atendida principalmente por la Sección de Saneamiento que tiene Inspectores de Sanidad en todos los centros poblados de mayor importancia de la República. El personal de la Unidad Sanitaria se limita a prestar apoyo moral a esos funcionarios en el cumplimiento de sus obligaciones y actuar como asesores cuando se presenta la oportunidad con motivo de algún problema especial o alguna controversia con las autoridades administrativas locales.



Vista general de la Unidad Sanitaria de Antón.



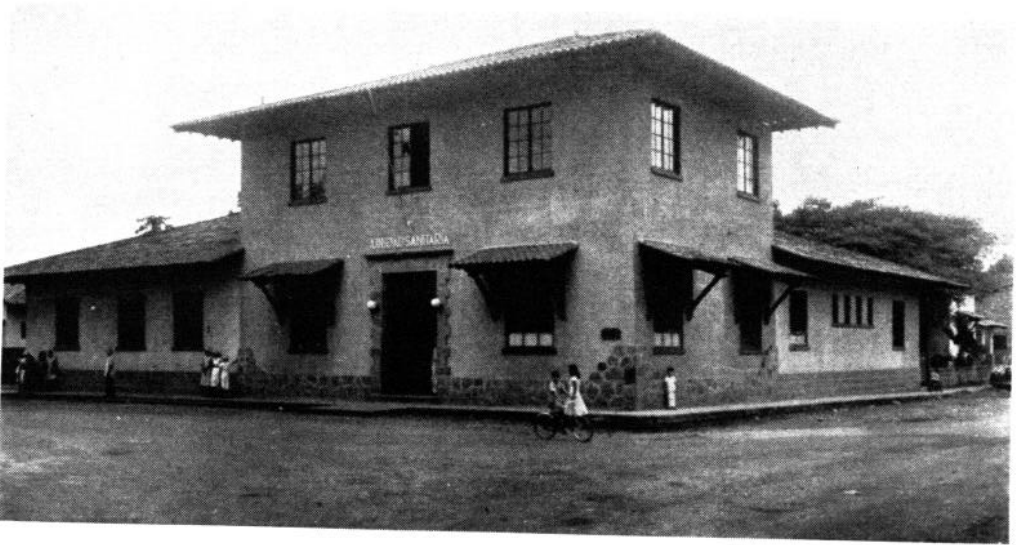
Clínica escolar en la Sub-Unidad de Río Hato, Unidad Sanitaria de Antón.



Fachada de la Unidad, y personal del Centro de Salud "Emiliano Ponce J.", Panamá.



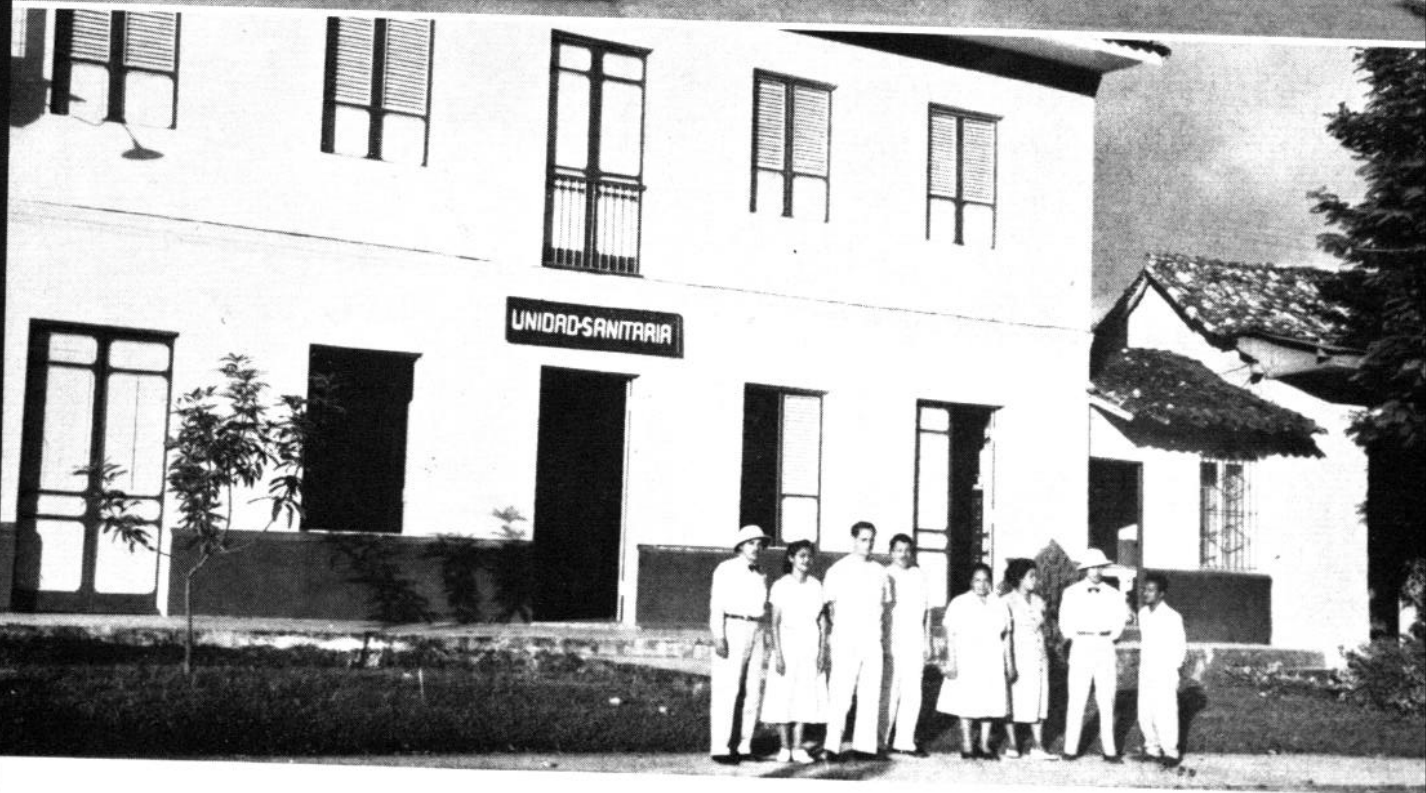
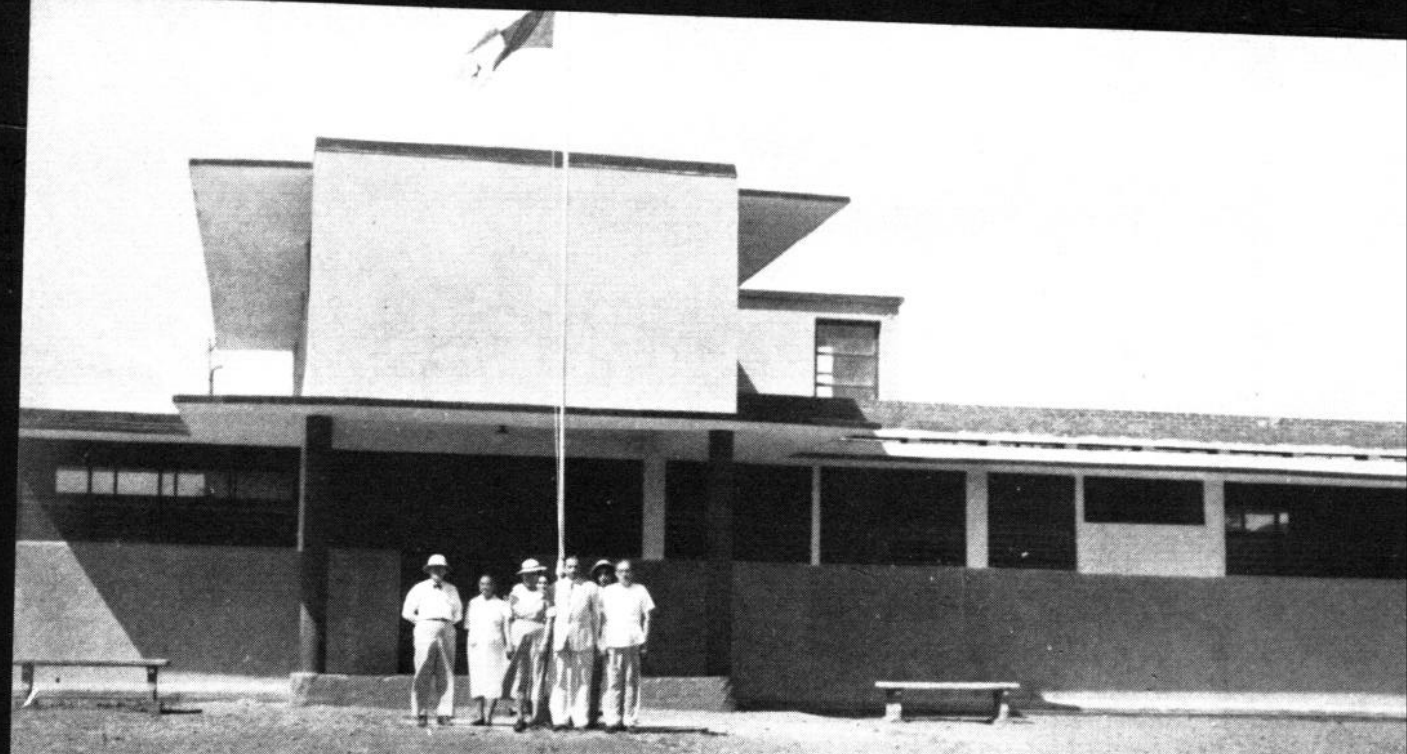
Personal de la Unidad Sanitaria de Colón.



Vista de la Unidad Sanitaria de Santiago.



Transportación aérea del personal médico-sanitario de la Unidad Sanitaria de Santiago.



Vistas de los edificios y personal de las Unidades Sanitarias de: Chitré (*arriba*), establecida en mayo de 1932; La Chorrera (*centro*); y Penonomé (*abajo*).

CLÍNICAS MISCELÁNEAS

Debido a circunstancias especiales de nuestro interior, a las cuales nos hemos referido al principio de este artículo, la Unidad Sanitaria se ve obligada a prestar atención médica al público en general, pero poco a poco se procura educar a ese público, para convencerlo de que estas instituciones deben dedicarse exclusivamente a la medicina preventiva y que los hospitales, médicos oficiales y médicos particulares son los llamados a ocuparse de la medicina curativa. Ciertamente este período de transición será largo, pero confiamos en alcanzar algún día este propósito. Los millares de pacientes que acuden a las Unidades Sanitarias consumen mucho del tiempo que debe destinarse a otros fines y además recarga nuestro presupuesto con el costo de medicamentos que deberían proporcionar gratuitamente los hospitales.

RECOLECCIÓN DE DATOS BIOESTADÍSTICOS Y EDUCACIÓN SANITARIA

Las Unidades Sanitarias sirven como fuente de obtención de datos de la salud comunal y gran parte de las estadísticas de enfermedades transmisibles o de importancia en salud pública se obtienen a través de las Unidades Sanitarias.

Las enfermedades transmisibles de carácter agudo se informan diariamente a la Sección de Bioestadística por un sistema telegráfico especial que utiliza un Código para localidades y otro para la información de enfermedades que es exactamente el usado por la O.M.S. en la clasificación de Estadística Internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Además a la Sección de Higiene Social se envían informes periódicos completos sobre diagnóstico de las enfermedades venéreas.

También coopera la Unidad Sanitaria para la obtención de los datos demográficos de las diferentes provincias que envían directamente a la Sección de Bioestadística del Departamento de Salud Pública, las autoridades administrativas del país.

Ya en el día de hoy, todo trabajador en el ramo de salud pública está convencido de que para desarrollar un programa de actividades tendientes a la prevención de enfermedades es absolutamente indispensable preparar el terreno o sea el material humano, para recibir y absorber con provecho tales actividades evitando que los esfuerzos del personal sanitario resulten infructuosos como la semilla depositada en terreno estéril o sin la debida preparación previa. Esta preparación del terreno o material humano sólo se puede llevar a cargo por medio de una amplia, intensiva y bien organizada campaña de educación sanitaria que debe considerarse base sólida y positiva sobre la cual descansa la medicina preventiva. Mientras no se consiga que el individuo acuda espontáneamente a los Centros de Salud Pública en busca de consejos y dirección para prevenirse del mal en vez de esperar a hacerlo cuando ya lo acosa

el dolor, no podremos abrigar esperanzas de realizar una labor verdaderamente efectiva y de positivo alcance en nuestro planeo. Muy poco se lograría en una campaña nacional de salud pública si aun construyendo excelentes hospitales y centros curativos no se llevara a cabo una intensa labor de saneamiento para evitar que ciertas enfermedades prevenibles hagan millares de víctimas congestionando estas magníficas instituciones.

Muy poco se conseguiría construyendo acueductos, alcantarillado, obras antimaláricas, letrinas higiénicas, u organizando buenos servicios de lucha antituberculosa, antivenérea y antiplácnica si antes, o por lo menos simultáneamente, no se instruye adecuadamente la población para que apreciando en todo su alcance el valor de tales medidas pueda y sepa usarlas en toda su utilidad. Identificado con estos principios, el personal de las Unidades Sanitarias se esmera para desarrollar una efectiva labor de educación y propaganda sanitaria, aun cuando debido a varias razones fuera de nuestro control, entre las cuales sobresale la económica, el médico y sus inmediatos colaboradores no hayan podido alcanzar todo lo que deseaban. El tiempo de que vienen disponiendo para esta labor debido a recargo de trabajo y escasez de personal es muy exiguo; el material de literatura disponible ha venido mermando considerablemente hasta agotarse casi por completo; tampoco se ha podido disponer de aparatos propios para exhibición de películas educativas sobre temas generales de salud pública y tampoco se han podido proporcionar tales películas en cantidad suficiente para ser exhibidas en los cines locales y clubs de padres de familia. Para que el pueblo acuda con entusiasmo a oír hoy día la palabra del conferenciante es casi indispensable que se complemente el acto con ilustraciones sobre la pantalla y para llenar este importante detalle se requieren fondos de los cuales no hemos podido disponer. No obstante los obstáculos arriba bosquejados, el personal de las Unidades ha venido abundando en charlas sobre tópicos de salud pública a las madres, a los niños de las escuelas, a los maestros, a las autoridades administrativas y al público en general, tanto dentro de la Unidad durante las horas de clínica como en las visitas domiciliarias, en inspecciones escolares, en reuniones de clubs de padres de familia así como en todo acto cívico desarrollado por otras entidades con carácter social, cultural, técnico, etc. Se han organizado y mantenido en actividad batallones de Cruz Roja Juvenil y Legiones Sanitarias Escolares y se ha provisto de botiquines de emergencia a varios planteles de educación, no solamente para fines directamente curativos sino también con propósitos educativos. Algunos médicos han dado artículos a la prensa sobre temas de salubridad, desarrollando asimismo ciclos de clases o conferencias en planteles educativos tanto de primera como de segunda enseñanza. Las radioemisoras locales han sido también aprovechadas frecuentemente para la divulgación de principios y normas sanitarias en lenguaje

llano y sencillo de fácil entendimiento por las masas. Si esta labor no ha tenido el incremento que se esperaba podrá culparse, sólo en parte, a nuestro personal, ya que no ha tenido en vía general los medios básicos modernos para desarrollarla con toda su eficacia.

APUNTES HISTÓRICOS DEL DESARROLLO DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Las primeras gestiones tendientes a desarrollar un plan de Unidades Sanitarias en nuestra República, datan de los años de 1928 y 1929 cuando se llevaron a cabo discusiones preliminares al efecto, entre el Director de Higiene y Salubridad Pública de aquella época, Dr. Guillermo García de Paredes y el Representante de la Fundación Rockefeller en Panamá, Dr. Luis Schapiro, y que por razones múltiples, que no viene al caso analizar ahora, no se pudo llegar entonces a ninguna realización del plan, pero quedó preparado el terreno para un próximo futuro como se explica en los párrafos que siguen:

Las primeras actividades en la organización de un servicio nacional de Unidades Sanitarias se iniciaron en enero de 1931, cuando, de acuerdo con Convenio previamente elaborado, entre el Gobierno de Panamá y la Fundación Rockefeller, comenzó a funcionar un presupuesto cooperativo de las dos partes arriba mencionadas, y cuyos fines básicos eran el estudio y demostración de una Campaña Antimalárica y de Unidades Sanitarias en Panamá. El desarrollo de ese programa y el uso de los fondos proporcionados por dicho presupuesto estuvieron a cargo de un Representante de la Fundación Rockefeller enviado especialmente y quien llegó a Panamá el 18 de febrero de 1931, el Dr. Paul S. Carley. Después de un rápido reconocimiento de las Provincias Centrales, dicho funcionario recomendó un plan de estudios antimaláricos a desarrollarse en las poblaciones de Chorrera, Capira, Bejuco, Chame y San Carlos, y como consecuencia de este plan pareció práctico establecer la primera Unidad Sanitaria en una de las tales poblaciones, escogiéndose a Bejuco, probablemente por ser el centro poblado más azotado por la malaria en aquella época. A cargo de dicha Unidad se colocó un médico panameño, poco antes graduado en los Estados Unidos de Norte América, el Dr. Julio Jiménez Sierra. Los resultados observados del funcionamiento de dicha Unidad Sanitaria durante el primer año parece que no satisficieron la expectativa de los encargados del programa, probablemente por el número reducido de familias que beneficiaba la Institución. De ahí que se resolviera trasladar la Unidad a la población de Chitré, Provincia de Herrera, lo que en efecto se hizo a principios de 1932.

OBSERVACIONES

A principios de 1948 intentamos establecer una Unidad en Río Abajo, para atender toda la zona sub-urbana de Panamá y los Distritos de Chepo y Chimán. Después de funcionar un médico y una enfermera en un Departamento de la Escuela Pública de Río Abajo durante los tres

meses de vacaciones escolares, fué necesario suspender estos servicios por falta de local.

De las diez y siete (17) Unidades Sanitarias actualmente en funciones, once (11) están instaladas en edificios de propiedad nacional construídos con este fin o adaptados para ello. La de Colón funciona en el edificio de la Cruz Roja Nacional, galantemente cedido en préstamo por dicha institución, y las demás o sean las de: Panamá, Narganá, Ocú, Boquete y de La Concepción usan edificios de propiedad particular alquilados. De las sub-unidades que funcionan en edificios de propiedad del estado, adaptados para este propósito, tenemos las de Arraiján, Taboga, San Carlos, Los Santos, Santa María, La Atalaya y San Francisco; para las demás se mantienen casas en arrendamiento.

El principal medio de transporte de las Unidades Sanitarias es el automóvil con excepción de la Comarca de San Blas donde la única vía de comunicación es el mar y el médico viaja a veces en bote provisto de motor fueraborda o de vela, otras en los barcos de cabotaje que hacen comercio con las islas y otras por aviones de compañías locales que trafican por la Comarca. En la provincia de Chiriquí además del automóvil se usa el tren por existir una línea de ferrocarril que une las poblaciones de La Concepción y Boquete con David. Las Unidades Sanitarias sin embargo, no están provistas de vehículo oficial y emplean medios de transporte alquilado a precios corrientes locales. Se proyecta el empleo de avionetas o de helicópteros para comunicarse periódicamente con zonas rurales solamente accesibles a lomo de bestias, pero este nuevo plan lo consideramos lejos de su realización.

CONCLUSIONES

1. Consideramos necesario aunar esfuerzos para conseguir, dentro del menor lapso posible, un cambio positivo en la política sanitaria del país, para una mejor orientación de las actividades del Departamento de Salud Pública en favor de la medicina preventiva. No obstante demostraciones palpables que se han venido acumulando en los últimos años sobre disminución de morbilidad y mortalidad sobre todo en la infancia en los sectores influenciados por las Unidades Sanitarias, estas instituciones continúan siendo consideradas por muchos como meros dispensarios accesorios de los hospitales. Esta errada opinión no solamente existe en el público en general sino en las autoridades administrativas locales, en el personal dirigente de los hospitales y quizás, también, en algunos de los más altos funcionarios de la maquinaria gubernamental. No se tiene una idea concreta y realista del alcance de los programas de higiene preventiva para impedir precisamente no sólo la mortalidad sino la congestión de los hospitales con el consiguiente recargo en el costo de sus operaciones. Tenemos que luchar para llevar el convencimiento a la mente y al ánimo de quien corresponda que la Unidad Sanitaria es una maquinaria altamente productiva en la economía nacional si

se le permite y se le dan los medios para desarrollar su labor de manera completa y sistemática. Siendo su acción preventiva, no se deben distraer su tiempo y actividades en operaciones de otra índole.

2. Consideramos asimismo que deben ponerse en práctica, sin mayor dilación, los artículos 175 y 176 de nuestro Código Sanitario, sobre atención mixta preventivo-curativa en las zonas que requieran este sistema de acuerdo con los detalles especificados claramente en los mencionados artículos que a continuación transcribimos:

“Artículo 175.—Para la realización de estas actividades cada centro sanitario contará con personal de tiempo completo, o por lo menos un médico, una enfermera por cada 10,000 habitantes o fracción, un auxiliar sanitario, un dentista y personal administrativo. Cuando se desarrollen actividades curativas complementarias, habrá un médico clínico dedicado exclusivamente a ellas y a exámenes periódicos de salud. Donde existan facilidades de hospitales, el centro sanitario podrá tener lechos para atención de partos de emergencia y poseerá también medios para el transporte de enfermos y movilización del personal en las zonas rurales.”

“Artículo 176.—Las zonas rurales podrán ser controladas por brigadas móviles preventivo-curativas dependientes del centro sanitario de distrito. Estas brigadas deberán realizar todas las actividades médicas y sanitarias incluso curación y reparto de medicinas, en días y horas pre-establecidos para cada lugar que visiten.”