

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1. Antecedentes del problema

En el ámbito internacional podemos mencionar que los Comités de Salud, como otras organizaciones comunitarias, se enmarcan dentro de lo que se denomina desarrollo de la comunidad, este método se ocupa del desarrollo en zonas rurales del tercer mundo. Esa expresión “desarrollo comunitario” tuvo su origen en la Oficina de Colonias Británicas (COLONIAL OFFICE), que se ocupó de supervisar las colonias de ultramar del Imperio Británico y luego le correspondió el compromiso de preparar la emancipación de esos territorios. Este programa tenía como objetivos fundamentales la educación, capacitación laboral, entre otros. Pero, según sus críticos, en realidad lo que propiciaba era manipular y domesticar a las antiguas colonias para prepararlas para aceptar los valores y pautas del imperio dominante y se manejaran de acuerdo a esos valores.

Guillermo Medina, siguiendo este criterio, nos dice que: *“uno de los primeros estudios de Naciones Unidas sobre el tema indica que el concepto de desarrollo de la comunidad prácticamente aplicado, se inició en territorios africanos de Francia y del Reino Unido con el trabajo de algunos religiosos. Posteriormente misiones religiosas de otras partes del mundo lo utilizaron con poblaciones indígenas o culturas retrazadas”*¹ (sic).

Rudolf Rezsonhazy indica que *“a partir del siglo XIX se organizaron en Europa y América diferentes movimientos, en el seno de los ambientes obreros y entre los habitantes del campo, que emprendieron múltiples actividades, heraldos del Desarrollo Comunitario: educación popular, formación agrícola, todo género de servicios de base cooperativa o mutualista, diversas formas de ayuda recíproca, etc.”*²

¹ MEDINA, Guillermo. Desarrollo de la comunidad. Panamá, Panamá. Segunda edición, 1973, p. 30.

² REZSONHAZY, Rudolf. El desarrollo comunitario: participar, programar, innovar. Madrid, España. Narcea, S.A., Ediciones. 1988, p. 17.

Comenta el autor que las organizaciones concebidas por estos obreros y campesinos se caracterizaban por la igualdad entre sus miembros y la designación de sus representantes por mecanismos democráticos³.

Sigue diciéndonos el mismo autor que *“respecto del Tercer Mundo, la búsqueda de los comienzos nos conduce al período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial. En ciertos lugares se preparaban ya las independencias. Después, una tras otra, las antiguas colonias de Asia y de África fueron accediendo a la existencia nacional.”*⁴

En la década de los 50, el desarrollo de la comunidad adquiere mayor relevancia como método de acción social promoviendo la participación de las personas en la satisfacción de las necesidades fundamentales de sus comunidades. En muchos países (India, Pakistán, por ejemplo) creaban organismos especiales para realizar estas tareas, con el correr del tiempo se reorientaron los esfuerzos para *“crear y mejorar gobiernos locales y estimular la participación de las mismas comunidades.”*⁵

Se debe decir que la parte medular del desarrollo de la comunidad no es lo que se hace, sino cómo se hace, siendo lo más relevante la participación de la gente.

En el texto denominado “Desarrollo de la comunidad y servicios básicos”, aparecido en 1956 bajo los auspicios de Naciones Unidas se define la expresión desarrollo comunitario y se dice que el documento está tan bien logrado que se le reconoce como la “Carta Magna del desarrollo de la comunidad”; el cual menciona los principales servicios técnicos que se prestan dentro de estos programas:

...Los servicios de sanidad organizados a través de medidas básicas consistentes en: creación de servicios para proteger y mejorar el estado de salud de las madres y niños; prevención de enfermedades

³ Cfr., Ídem, p. 17.

⁴ REZONHAZY, Rudolf. Op. cit. p. 18.

⁵ ANDER EGG, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. ¿Qué es el desarrollo de la comunidad? Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen Hvmanitas. 1998, p. 60.

*contagiosa, saneamiento del medio ambiente, tratamiento y reeducación de enfermos e incapacitados, y educación higiénica del pueblo. Estos servicios sanitarios se conciben organizados por la participación de la comunidad y los equipos técnicos del campo de la salud.*⁶

En la década de los 70, se considera que se han consolidado los programas de desarrollo de la comunidad, pero a su vez va quedando esa expresión en desuso y declinando su entusiasmo por éste, tanto que se reduce la asistencia técnica a estos programas, tanto de Naciones Unidas como de otros organismos internacionales.

En el ámbito sanitario internacional, podemos mencionar que en Alma Ata (1978) se desarrolló la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, al final del encuentro se acordó una solemne Declaración para instar a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

De la referida declaración podemos resaltar el punto cuarto que reza:

“IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.”

(La cursiva es nuestra.)

De esta forma de ver la salud, es que se derivan muchas acciones que varios países del mundo implementan para responsabilizar más a las comunidades de sus deberes y no solo derechos en salud. Pero, también, es una estrategia de los Estados para garantizar la atención básica en salud con la mayor eficacia posible.

⁶ Ídem, p. 64.

Esta declaración o los principios que de ella emanan, reforzaron el trabajo que Panamá venía realizando en el tema y sentaron las bases para el que debían iniciar otras naciones.

Posteriormente, en junio de 1985 se celebró en la isla de Brioni (Yugoslavia) una reunión interregional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre La intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario (ICS), definida como: *“un proceso en virtud del cual el gobierno y las comunidades locales entablan relaciones de colaboración en la planificación, realización y utilización de actividades sanitarias a fin de aprovecharse de una mayor autorresponsabilidad local y un mayor control social sobre la infraestructura y la tecnología de la atención primaria en salud”*⁷. En esa reunión se analizaron experiencias regionales y nacionales, además de varias cuestiones críticas para la comprensión y aplicación del concepto de ICS.

Como hemos reseñado hasta aquí, a nivel internacional existe una amplia y variada experiencia en este tema, si bien no hemos presentado experiencias concretas de algún país, se puede observar que los organismos internacionales han acuñado distintos nombres a la participación de comunidades en los asuntos más importantes para el desarrollo o avance de sus comunidades.

En Colombia, en una zona conocida como el Valle del Río Cimitarra, región ubicada en el Magdalena Medio, en la franja occidental del río Magdalena, entre los departamentos de Antioquia y Bolívar, existe una experiencia importante en cuanto organización de la comunidad para lograr mejorar sus condiciones de vida; allí se da un desarrollo histórico marcado por la colonización de esas tierras a causa de las migraciones promovidas por las persecuciones políticas y sociales en las décadas de 1950, 1960 y 1980. En esta zona *“...no existen servicios públicos, se viola el derecho a la asistencia sanitaria, la educación de los niños y adolescentes*

⁷ OAKLEY, Peter. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. 1990, p. 13.

es irregular y de baja calidad, las vías de comunicación se encuentran en precaria situación y no hay fuentes de trabajo. Se adiciona el desarrollo del conflicto social y armado y la presencia de cultivos de uso ilícito. Sin embargo, el Estado colombiano no reconoce la violación de los derechos de los campesinos, pero sí se ha encargado de señalarlos con el estigma de moda: -subversivos-⁸.”

Es en este escenario que se indica que “los Comités de salud se convierten en una opción construida por los propios campesinos y campesinas como una acción concreta de empoderamiento de la compleja situación sanitaria de esta región. Su conformación en las diferentes veredas responde a una necesidad sentida: la falta de inversión social en salud que impide el acceso a la atención sanitaria a la cual tienen derecho todos los colombianos. Sin embargo, esto no es una sorpresa: es parte de una clara y estructurada política del Estado colombiano de no invertir en materia social, dentro de la cual se incluye la atención sanitaria, como un mecanismo para diezmar al campesinado y obligarlo a desplazarse.⁹”

Los Comités de salud veredales intentan resolver o paliar, en la medida de sus posibilidades, los problemas de salud de la población, esto lo hacen mediante la organización en crecimiento continuo y sin pensar en reemplazar la función social del Estado y de los profesionales de la salud. Así pues “desde los postulados de la -salud colectiva-, mediante los Comités de salud las comunidades asumen el problema de la salud como uno de tipo colectivo, en el cual todos los miembros de estas deben aportar en su construcción. El quehacer de sus miembros van desde prestar una atención inicial y clasificación de la gravedad de la situación, autogestionar recursos para la atención sanitaria de las veredas y para la cualificación de sus miembros; además de interlocutar con las administraciones

⁸ SÁNCHEZ, Celia. Comités de salud. Entre la resistencia y la ausencia de Estado. 10 de junio de 2008. <http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1294><http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1294>.

⁹ Ídem.

públicas locales para la consecución de recursos y atención para los pobladores del Valle del río Cimitarra¹⁰.

Este ejemplo de participación comunitaria *“ha constatado las capacidades organizativas y de autogestión de los Comités de salud de las comunidades del Valle del río Cimitarra y las grandes posibilidades de construir soluciones cuando se entrelazan los saberes y quehaceres de los campesinos y profesionales.”¹¹*

En Ecuador, los pobladores de Lago Agrio, un cantón ubicado en el noroeste del país, en la región amazónica, de la provincia de Sucumbíos; *“reconocen que, a través de los mecanismos de participación comunitaria, se han podido construir Comités Populares de Salud y se ha fortalecido el papel de los Promotores de Salud y otros grupos, que realizan diagnósticos; pero que, además, abogan por el apoyo de organismos externos y propios de la zona para la superación de las contingencias. Las organizaciones de base perciben un mayor apoyo del gobierno central ecuatoriano, razón por la cual desean fortalecer sus acciones en red para alcanzar la salud integral. Este propósito, común para todas las organizaciones es la base para alcanzar disminuir las desigualdades sociales.”¹²*

En esta zona, como en otras regiones del Ecuador, *“los mecanismos de participación implementados..., han permitido la cohesión de las organizaciones sociales; este logro ha sido posible ante una comunidad no manipulada por los dirigentes, que se fortalece como grupo organizado. En cuanto a la salud, los grupos de base organizados han dado respuesta a programas en grupos focales, como parteros y promotores de salud. Se enfatiza, sin embargo, que hace falta delimitar los roles de los actores sociales en el campo del trabajo en salud. Uno de los grandes logros manifestados por los grupos entrevistados, se refiere al diagnóstico pertinente y más oportuno de las necesidades comunitarias, pues son*

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

¹² Eje de participación comunitaria. www.bivapad.gov.ec/ops/Participaci%F3n-comunitaria.doc.

los mismos afectados los llamados a realizar un análisis de su realidad, sus determinantes y sus posibilidades de solución, dándose liderazgo como parte del problema y como parte de la salida. Se reitera así que el papel de la participación, no sólo se limita al diagnóstico de las necesidades en salud.¹³

En al ámbito nacional, en Panamá, según Medina *“el desarrollo de la comunidad opera desde hace varios siglos. Lo practicaban los primeros pobladores, nuestros aborígenes, mucho antes del descubrimiento de América. Mediante la utilización, de recursos locales, por su propia iniciativa y bajo cierto tipo de organización comunal inspirada en las necesidades y la cultura de una raza y de una época, se resolvieron innumerables problemas colectivos con la participación popular¹⁴.”*

Medina establece que el desarrollo de la comunidad en Panamá cuenta con cinco etapas:

En la primera de ellas *“el desarrollo de la comunidad organizada, es decir, visto y aceptado dentro del concepto moderno de la expresión, como un proceso científico, es relativamente nuevo en Panamá. Empezó en 1957 cuando, justamente para acelerar el progreso de las comunidades menos desarrolladas del país y para lograr la mayor eficiencia y cooperación popular en la acción de las diversas agencias estatales encargadas de llevar ciertos servicios a las localidades se creó la Sección de Organización y Planificación Comunal...Por falta casi absoluta de personal profesional y la escasez de fondos para ejecutar el programa por parte del gobierno nacional, desde el establecimiento de la Sección de Organización y Planificación Comunal, en 1957, hasta el 31 de diciembre de 1962, su administración y dirección estuvo a cargo, primero de funcionarios norteamericanos del SCISP, después, de la Misión Económica de los Estados Unidos.¹⁵*

¹³ Ídem.

¹⁴ MEDINA, Guillermo, op. cit., p.209.

¹⁵ Ídem, p.209.

En una segunda etapa Panamá asume desde el 1 de enero de 1963 el cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Sección de Organización y planificación Comunal.

En la tercera etapa, iniciada a fines de 1964, se elabora el Programa Nacional de Desarrollo de la Comunidad propuesto para cinco años. Este programa contaba con cinco grandes proyectos, a saber:

- Servicio directo de las comunidades.
- Coordinación de proyectos nacionales y municipales.
- Adiestramiento de personal profesional y de la comunidad.
- Investigación y evaluación del desarrollo de la comunidad.
- Asistencia económica a las comunidades.

La cuarta etapa está marcada por la participación del sector privado en programas de desarrollo comunitario y la creación de la Oficina de Desarrollo Comunal Urbano (ODCU) que trabajó con muchas dificultades hasta el 1 de agosto de 1969.

La quinta, y última etapa, es la creación de la antigua Dirección General para el Desarrollo Comunitario mediante el Decreto de Gabinete No. 147 de 3 de junio de 1969; mejor conocida como DIGEDECUM, y que entre sus funciones tenía que servir de apoyo para la promoción de los servicios básicos que ofrecen los ministerios e instituciones autónomas y privadas; contribuir a la constitución de un práctico y democrático sistema de comunicación entre el Gobierno y la comunidad.

En lo que se refiere exclusivamente a los Comités de Salud, Andrés Ignacio Bolaños Herrera plantea que: *“los Comités de Salud tuvieron su origen como resultado del Seminario Internacional de Educación Sanitaria celebrado en la ciudad*

de Chitré en el año de 1955¹⁶” (1976, pp. 36 - 37). Se indica el texto citado que se formaron cinco de estos Comités en ese momento y se integraron con líderes de la comunidad de Chitré.

Por su parte, el profesor Francisco Cedeño expresa que *“entre las motivaciones principales para la creación de estos comités se encontraba las de índole económica, pues se proponía que los comités de salud tuvieran participación en el manejo de los recursos económicos que se generaban en concepto de prestaciones médicas (...) Además de la motivación de carácter ambiental.”*¹⁷

El profesor CEDEÑO indica que en sus primeros 15 años los Comités de Salud trabajaron para el desarrollo de actividades específicas, todas decididas por las autoridades de salud. Es así que con miras a fortalecer el programa de Proyecto de Unidades Móviles para Áreas Rurales (PUMAR), entre los años de 1964 y 1965, las autoridades sanitarias fomentaron la formación de más Comités¹⁸.

En este periodo, los Comités de Salud no contaban con una normativa legal, como de la que disponen ahora, por lo que seguramente estarían sometidos a la legislación ordinaria en caso de querer optar por reconocimiento legal o se mantendrían como grupos organizados, sin reconocimiento legal formal, pero cumpliendo con sus objetivos de desarrollo comunitario.

Muchos de estos comités desaparecieron, producto de que sus objetivos, léase apoyo a las campañas de salud, se habían cumplido.

Dice Cedeño que: *“la década de los 80, concretamente, los primeros 5 años, se caracterizan por la desmovilización social no solo en salud, sino en todos los*

¹⁶ BOLAÑOS, Andrés. Estudio de 44 Comités de Salud con problemática de asistencia y participación. Panamá. Tesis de grado, Universidad de Panamá, Facultad de Administración Pública y Comercio. 1976.

¹⁷ CEDEÑO, Francisco. 40 años de trabajo con los Comités de Salud, 1955 – 1998. Panamá, Panamá. Ministerio de Salud. 1999; p. p.1.

¹⁸ Cfr., ídem, p. 2.

sectores del país.¹⁹” A finales de esa década se observa un repunte, pero en el periodo de 1990 a 1993 se utilizan otros mecanismos de participación social, esperando obtener mejores resultados.

El doctor Manuel Barahona Espino apunta que antes de 1970 *“todos los fondos de los distintos Centros de Salud (sic) formaban parte del arca común de la nación, bajo la supervisión de la Contraloría General de la República, impidiendo que los centros de salud más alejados y pequeños recibieran la ayuda equitativa por parte del gobierno”*²⁰ (1988, p. viii).

El Ministerio de Salud de Panamá se creó mediante el Decreto de Gabinete 1 de 1969²¹, en sus dos primeros artículos establece los objetivos y alcances de la nueva entidad, en los siguientes términos:

“Artículo 1. Créase el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son de responsabilidad del Estado. Como órgano de la función ejecutiva el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país y estará investido de las prerrogativas y facultades que la Constitución y la Ley otorgan a los Ministerios de Estado, además de las específicas que le confiere el presente Decreto y el Estatuto Orgánico de Salud que deberá complementarlo.”

“Artículo 2. Corresponderá al Ministerio de Salud el estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud y la supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el Sector en concordancia con la planificación del desarrollo y mediante la coordinación de los recursos que se destinan o destinan al cuidado de la salud tanto por las Instituciones dependientes del Estado como por las autónomas y semiautónomas cuya política deberá orientar con arreglo a las exigencias de una planificación integrada. Asumirá asimismo, la responsabilidad de establecer, mantener, y estimular las

¹⁹ CEDEÑO, Francisco. Op. cit., p. 3.

²⁰ BARAHONA, Manuel. Inventario de las actividades realizadas por los Comités de Salud de la Región Metropolitana durante 1986. Panamá, Panamá. Tesis de maestría Universidad de Panamá, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. 1988; p. viii.

²¹ Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, "Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud". Publicado en Gaceta Oficial No. 16.292 de 4 de febrero de 1969.

relaciones que convenga y sea menester con instituciones afines en plano internacional para una mejor utilización de las posibilidades de orden técnico y financiero que beneficien al país y permitan coordinar las actividades de salud de acuerdo con los convenios contraídos y los que convenga concertar en el futuro.”

Adicional a las anteriores disposiciones, donde se plasma el rol de rectoría que ejercerá la nueva entidad, también se incorporaron disposiciones que fomentasen la incorporación de la comunidad en la labor de generar salud pública, eso queda expuesto en el Decreto de Gabinete 1 de 1969 cuando en la primera parte del artículo 10 establece claramente la constitución de un Comité Regional de Salud, que en términos de la propia ley debía integrarse con miembros representativos de la comunidad, para mejor ilustración reproducimos la referida norma legal:

Artículo 10. Adicionalmente, según sean las condiciones locales el Jefe Regional deberá propiciar la formación de un Comité Regional de Salud que permita vincular la política del Gobierno con sectores representativos de la Comunidad, fundamentalmente para la consecución de los siguientes propósitos:

a) Mejoramiento en calidad y extensión de las prestaciones que efectúen los servicios a través de la cooperación activa de las autoridades civiles y militares, de las Instituciones del Sector Público y Privado y, en general, de todos los niveles de la comunidad; y

b) Promoción y motivación de posibles fuentes de recursos para los fines de bien público que persiguen las actividades de salud e ilustración de sus objetivos concretos a fin de obtener el apoyo de la colectividad y facilitar su cumplimiento.

(El subrayado es nuestro)

Sin embargo, al adoptarse el Estatuto Orgánico²² de la nueva entidad, su artículo 84 frustró la intención de la ley y contrariando el mandato expreso de la excerta legal se delimitó la integración de estos Comités Regionales de Salud a autoridades públicas; ello no implicó desconocer la labor que a estas fecha venían realizando,

²² Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, “Por medio de la cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud en desarrollo del Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969.” Publicado en Gaceta Oficial No. 16.437 de 2 de septiembre de 1969.

de manera cívica, los Comités de Salud. Para mejor ilustración se transcribe el artículo en cuestión:

Artículo 84. En el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, a nivel de jefaturas regional se constituirá un Comité Regional de Salud, integrado por autoridades políticas, técnicas y administrativas directa o indirectamente vinculadas a los problemas generales de salud de la comunidad y cuya composición, a propuesta del jefe regional que lo presidirá, será fijada en cada caso por resolución del Ministro de Salud. El Comité Regional de Salud funcionará como un organismo de colaboración, estudio e información de los problemas de salud existentes en la Región a fin de coordinar en la forma más apropiada las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que realicen servicios del sector. Esta disposición se aplicará sin perjuicios de las funciones y responsabilidades asignadas a los Comités de Salud que funcionan con carácter cívico, a nivel de las comunidades.

(El subrayado es nuestro)

Resulta evidente la contradicción en ambas normas, ya que la disposición de mayor rango, el Decreto de Gabinete 1 de 1969, plantea integrar la Comité Regional de Salud con sectores representativos de la comunidad (como pueden serlo, sin limitarse a: clubes de padres de familia, educadores, miembros de la iglesia, profesionales, amas de casa, líderes naturales, etc.), que incluye a las autoridades públicas de la región sanitaria, pero no excluye a los representantes de la comunidad organizada; mientras que la disposición del Estatuto Orgánico, de menor jerarquía legal y que reglamenta al anterior, restringe la integración de ese organismos sólo a servidores públicos.

En el año de 1970, el Ministerio de Salud dispuso la organización legal de los Comités de Salud en todas las comunidades del país y mediante ley (un Decreto de Gabinete del gobierno de facto) se les confirió la responsabilidad de administrar los fondos provenientes de la prestación de los servicios de salud que se ofrecían en las instituciones públicas.

Aquí hay que apuntar que en muchas comunidades, antes y ahora, no hay instalaciones de salud, pero si Comités de Salud que coadyuven o deben coadyuvar a las labores de salud que realicen las autoridades responsables de esas áreas; ello implica que existan Comités de Salud “con sede en Centros de Salud” y Comités de Salud “sin sede en Centros de Salud”; esta distinción no la hace la ley, pero en la práctica tiene importantes repercusiones en la organización, funcionamiento y relaciones de la organización con las autoridades de salud, que se verán más adelante.

El texto legal al que se ha aludido es el Decreto de Gabinete No. 401 de 29 de diciembre de 1970, *“por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud,”*²³ (en adelante DG 401) si bien el texto en mención no ha sufrido modificaciones expresas, si debemos mencionar que han existido tres textos legales que lo han complementado en algunas áreas, limitado en otras e incluso lo contradicen; dos de ellos aun están vigentes. Así están, la Ley 105 del 8 de octubre de 1973²⁴ *“que desarrolla los artículos 224 y 225²⁵ de la Constitución Política de la República y organiza las Juntas Comunales y se señalan sus funciones”*, (en adelante Ley 105 de 1973); le sigue el que fuera su primer reglamento, el Decreto Ejecutivo No. 708 de 7 de septiembre de 1992²⁶, *“por medio del cual se reglamenta las funciones y obligaciones de los Comités de Salud para con el Ministerio de Salud y las comunidades”* (en adelante DE 708) y que posteriormente fue sustituido por el Decreto Ejecutivo 389 de 9 de septiembre de 1998²⁷, *“por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, en cuanto a los deberes y obligaciones de los Comités de Salud”* (en adelante DE 389).

²³ Promulgado en la Gaceta Oficial No. 16779 de 26 de enero de 1971.

²⁴ Promulgada en Gaceta Oficial No. 17458 de 24 de octubre de 1973.

²⁵ Actualmente corresponde a los Artículos 250 y 251 de la Constitución Política.

²⁶ Promulgado en Gaceta Oficial No. 22129 de 24 de septiembre de 1992.

²⁷ Promulgado en Gaceta Oficial No. 23376 de 9 de septiembre de 1997.

Es importante destacar que el reconocimiento y estructuración legal de los Comités de Salud fue previo a la norma constitucional que hoy consideramos le da mayor sustento a ese organismo y que responde a movimientos internacionales en cuanto a reconocer la importancia de la participación comunitaria en la gestión de salud de los países, así tenemos que la Constitución Política de 1972 en su artículo 108 (actual artículo 116) establece:

“ARTÍCULO 116. Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.”

La interrelación entre estos documentos se verá en el desarrollo de este trabajo.

Regresando al recuento histórico, se puede agregar que en la década de los años 70 se construyen cerca de 900 acueductos rurales, muchos de ellos contruidos por Comités de Salud. También se realizaron en esta época más de 300 seminarios de salud comunitaria a lo largo del país.

Para el médico José Renán Esquivel, el DG 401 (...), *define sus objetivos y coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud (...), es uno de los instrumentos más valiosos que ha permitido la colocación de los servicios de salud en un nivel comunitario.*²⁸

Agrega el doctor Esquivel en relación a los Comités de Salud y el Ministerio de Salud que: *“la expresión técnica de esta conjunción de esfuerzos a través de los cuales comparten responsabilidades los equipos técnicos y las comunidades en la solución de los problemas de éstas, en sectores bien diferenciados, constituye la Medicina Comunitaria que es el sistema en el cual se basan los servicios de salud integrales que se están promoviendo en las poblaciones panameñas.”*²⁹

²⁸ ESQUIVEL, José Renán. La revolución de Panamá en el campo de la salud. En El desarrollo de las ciencias naturales y la medicina en Panamá. Estudio introductorio y antología. Novecindo Escobar, compilador. Universidad de Panamá. 1987; P. 236 – 337.

²⁹ Ídem, p. 236.

También nos dice el mismo autor que *“la Salud Comunitaria transforma los servicios en medio permanente de la población organizada destinado a la producción de su propia salud para la conservación de la vida completa del pueblo.”*³⁰

Otro aspecto que resalta el doctor Esquivel es que al aprobarse el DG 401 *“Panamá se convierte así en uno de los primeros países en Latinoamérica y en el mundo en lograr este tipo de organización comunitaria que ha servido de modelo a otros países.”*³¹

Finalmente, existen algunos contrasentidos que pueden mencionarse en la historia de los Comités de Salud, uno de ellos es la creación en 1994 de las denominadas Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JARRs)³² que constituyen otro mecanismo de participación comunitaria para la gestión de agua potable en las comunidades, lo curioso es que esa labor ya se venía realizando desde hace décadas por los Comités de Salud, por ello no se entiende por qué debió crearse otro organismo paralelo, que contó con los auspicios del Banco Mundial, en vez de fortalecer o impulsar con mayor vigor la constitución y funcionamiento de los Comités de Salud en sus respectivas comunidades.

2. Situación actual o estado actual del problema

El problema consiste, básicamente, en el desconocimiento de la naturaleza jurídica de los Comités de Salud que ocasiona la toma de decisiones alejadas de derecho en relación al manejo de los asuntos del Comité de Salud, principalmente en lo relativo a sus relaciones laborales. De lo anterior, es que se colige que determinar cuál es la naturaleza jurídica de los Comités de Salud en Panamá y cuáles son los efectos legales que se derivan de ello sería el problema a resolver.

³⁰Ídem, p. 240

³¹ Ídem, p. 249

³² Creadas mediante Decreto Ejecutivo No. 40 de 18 de abril de 1994, publicado en Gaceta Oficial No. 22543 de 25 de mayo de 1994.

Las razones para indicar esto es que los Comités de Salud son organismos que interactúan no solo con el Ministerio de Salud, sino que también contratan personal, compran o adquieren bienes y servicios; están sometidos a una tutela y vigilancia legal en cuanto a sus fondos, pero esa tutela y vigilancia es más flexible que la de una entidad pública, pero más restrictiva que la de una entidad privada.

Los Comités de Salud no están integrados por servidores públicos y los que quieran pertenecer a la organización, porque en su comunidad hay algún comité, tienen vedado el ser directivos de la organización, sin embargo en los Comités de Salud “con sede en Centros de Salud” pueden contratar personal con sus fondos y ponerlos a disposición del Centro de Salud, previa firma de un contrato que firman el presidente del Comité, el contratista y el director médico del centro de salud. Pero una vez contratado el personal, el Comité debe compartir o ceder su potestad disciplinaria con el servidor público encargado de la instalación sanitaria, pero no se sabe bajo qué jurisdicción se regula el régimen laboral de los empleados pagados con fondos de Comités de Salud, cabe añadir que las destituciones del personal pagado con fondos de Comités de Salud se realizan sin el amparo de una norma jurídica, lo que deja desprotegidos a los trabajadores que no pueden recurrir ni por vía administrativa ni por vía laboral para reclamar sus derechos.

Con respecto a los fondos, el Comité recibe aportes voluntarios de la comunidad que recibe atención en la instalación de salud, esos fondos son administrados por la directiva del comité, pero interviene la administración médica del centro de salud y pueden ser fiscalizados por el Ministerio de Salud y por la Contraloría General de la República.

Dado este vistazo es que asaltan al simple observador y a las personas involucradas con el tema lo que venimos recalcando, ¿cuál es la naturaleza jurídica de esta figura? Y ello es importante puesto que el organismo puede ser de derecho público o derecho privado, lo que implica el desarrollo y gestión de él desde ópticas diferentes, lo mismo aplica para sus relaciones jurídicas.

2.1. Planteamiento del problema.

En este trabajo se pretende responder las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué son los Comités de Salud en Panamá?
2. ¿Cuáles son los fines de los Comités de Salud en Panamá?
3. ¿Cuál es la naturaleza jurídica de los Comités de Salud en Panamá?
4. ¿Qué se entiende por ente público no estatal?
5. ¿Es el Comité de Salud una categoría híbrida entre el derecho público y el derecho privado?
6. ¿Cuáles son los instrumentos jurídicos que regulan a los Comités de Salud en Panamá?
7. ¿Cuál es la relación de los Comités de Salud con el Ministerio de Salud y las autoridades sanitarias panameñas?
8. ¿Qué son las juntas interventoras de los Comités de Salud?
9. ¿Qué régimen legal regula las relaciones laborales del Comité de Salud en Panamá?
10. ¿Qué régimen legal regula las finanzas de los Comités de Salud en Panamá?
11. ¿Cuál es la importancia de los Comités de Salud?

3. Supuestos generales

Según la profesora Ileana Gólcher la: “*hipótesis es un enunciado que plantea la posible respuesta a un cuestionamiento*”³³, por tanto la formulación de “*hipótesis es*

³³ GÓLCHER, Ileana. Escriba y sustente su tesis. Metodología para la investigación social. Panamá, 1995; p. 49.

*una etapa necesaria en la investigación científica (...) La hipótesis se formula a partir de alguna información, pero no es la información misma, sino una conclusión provisoria.*³⁴”

Para efecto de esta investigación plantearemos dos hipótesis, denominadas hipótesis de investigación e hipótesis nula.

Según algunos investigadores en el área, como el profesor Ernesto Hernández Sampieri y otros, las hipótesis de investigación (Hi) son aquellas proposiciones tentativas sobre la o las posibles relaciones entre dos o más variables y las hipótesis nulas (Ho) “*son el reverso o negación de las hipótesis de investigación; sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación.*”³⁵

Para efectos de esta investigación, las hipótesis son:

- Hipótesis de Investigación (Hi): Los Comités de Salud en Panamá están clasificados en una categoría intermedia entre el derecho público y el derecho privado.
- Hipótesis Nula (Ho): Los Comités de Salud en Panamá no están clasificados en una categoría intermedia entre el derecho público y el derecho privado.

En la obra de Hernández Sampieri y otros, se define una variable como: “*una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse.*”³⁶

El profesor José N. Arauz - Rovira indica que una variable es “*toda aquella propiedad que puede adquirir distintos valores*”³⁷.

³⁴ Ídem, p. 44.

³⁵ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la investigación, México. Mc Graw Hill. Segunda edición. 1988; p. 88.

³⁶ Ídem, p. 75.

³⁷ ARAUZ – ROVIRA, José. Metodología de investigación científica. Guía para desarrollar investigaciones científicas y trabajos de grado. Panamá. 1994, p. 125.

Estas variables pueden ser independientes o dependientes, según Gólcher la variable independiente *“explica y determina la existencia de otro fenómeno y puede ser manipulada por el investigador. Igualmente son los factores que en virtud de la teoría, se supone son los causantes directos de un determinado fenómeno, o aquellas que se emplean en la investigación con el objeto de explicar el grado o nivel con que actúa una variable dependiente.”*³⁸

La variable dependiente es *“la conducta o fenómeno, que requiere una explicación científica. Se le identifica como el factor, que en virtud de la teoría es condicionada por otro factor. Son indicativas y comportan como efectos o resultados de los fenómenos que se indagan.”*³⁹

Para efectos de ésta investigación las variables independiente y dependiente son:

- La variable Independiente: Clasificación en categoría de derecho público o derecho privado.
- La variable dependiente: Los Comités de Salud

4. Objetivos

4.1. Objetivos generales

Como objetivos generales del presente trabajo de investigación están:

- Describir los aspectos legales más relevantes relacionados a la figura de los Comités de Salud de la República de Panamá.
- Determinar aspectos relevantes sobre la participación comunitaria.
- Examinar, desde la Constitución y la Ley, la relación de los Comités de Salud con el Ministerio de Salud.

³⁸ GÓLCHER, Ileana, op. cit., p. 50.

³⁹ ARAUZ ROVIRA, José, op. cit., p. 50.

4.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos del presente trabajo de investigación, tenemos los siguientes:

- Reconocer la importancia de los Comités de Salud como un organismo de participación comunitaria tutelado por la ley para el logro del desarrollo de las comunidades.
- Explicar la naturaleza jurídica de los Comités de Salud.
- Evaluar la naturaleza jurídica de los Comités de Salud y sus efectos sobre el funcionamiento y gestión.
- Examinar los aspectos legales de las relaciones laborales y las finanzas de los Comités de Salud.

5. Delimitación alcance y cobertura

En este trabajo se realizará una revisión documental de la información que se obtenga sobre la naturaleza jurídica de los Comités de Salud y los efectos que tiene esta sobre sus relaciones laborales.

No se pretende revisar las experiencias de los servidores públicos que trabajan en coordinación con los Comités de Salud, tampoco se pretende obtener información de las comunidades y sus experiencias participativas con los Comités de Salud. En lo que respecta a temas como las elecciones de los directivos, las federaciones o las confederaciones de Comités de Salud, atribuciones de los directivos, entre varios temas generales no se profundizarán, sólo se abordarán algunos de manera muy superficial.

La revisión bibliográfica de textos jurídicos, de fallos de los tribunales y de las leyes que se relacionen con el tema serán nuestras principales fuentes de información y a través de ellos pretendemos llegar a determinar la verdadera naturaleza de los Comités de Salud.

6. Restricciones y limitaciones

Ha sido difícil obtener información en textos jurídicos o de otra índole sobre los Comités de Salud en Panamá.

Algunas tesis ubicadas en la Universidad de Panamá dan cuenta de personas que se han ocupado del tema, pero a nivel de salud pública o de trabajo social, con escasas y erróneas referencias a aspectos legales o normas jurídicas, pero sin ocuparse de la naturaleza de ese organismo.

La jurisprudencia laboral se ha ocupado un poco más del tema y habla de los conflictos que ha generado la figura en el ámbito del derecho del trabajo, de allí se tomaron algunas referencias para desarrollar lo relativo a su naturaleza jurídica.

En cuanto a la parte conceptual y jurídica de estos organismos, los textos de Derecho Administrativo fueron de gran auxilio aunque, como pasa en la doctrina, las opiniones son contradictorias según los autores o sistemas jurídicos que reseñan.

7. Justificación

7.1. Importancia

Cada día son más acuciantes los problemas de salud, ya que aún cuando el común de las personas no lo vean así, estos responden a un sin número de factores, entre ellos los factores ambientales y los estilos de vida, muchos de estos problemas que afectan a la colectividad, requieren soluciones de conjunto y es allí donde los individuos y principalmente la comunidad organizada desempeñan un rol de importancia en coadyuvar con las autoridades sanitarias a resolver los problemas que plantea la gestión de la salud.

Nuestra Constitución Política plasma el derecho de las comunidades a participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes y programas de salud y que no es más que una consecuencia lógica no sólo del deber del Estado de garantizar salud, sino del deber del individuo de procurar conservarla; sin embargo tanto los

individuos como la comunidades solo conocen sus derechos o tienen ideas sobre cuáles pueden ser estos, no conocen sin embargo, cuáles son sus deberes o cómo pueden ejercer estos derechos de manera organizada.

Si bien existe en Panamá un organismo denominado Comité de Salud, es poco el material bibliográfico que desde una perspectiva legal aborde el tema, y esclarezca aspectos importantes que se derivan de su singular naturaleza jurídica, lo cual aunque no parezca relevante o importante a primera vista, para quienes les corresponde lidiar con estos temas, pueden ver de primera mano como la ignorancia sobre la naturaleza de esta figura y de sus objetivos legales y conceptuales, aparta a los servidores públicos y las comunidades del camino correcto y los induce a la comisión de acciones totalmente alejadas de la razón de ser de un Comité de Salud.

7.2. Aportes

Este trabajo busca arrojar luces sobre la naturaleza jurídica de los Comités de Salud y su efecto sobre las relaciones de este organismo con sus trabajadores, con el Ministerio de Salud y otros organismos públicos; además de presentar una de las formas en que el individuo, en su esfera comunitaria, puede realizar acciones por el bien de su salud, todo ello a través de la comprensión y aplicación correcta de la Legislación que crea y organiza a los Comités de Salud en la República de Panamá.

8. FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Finalmente debemos indicar que esta investigación espera esclarecer lo atinente a la naturaleza jurídica de los Comités de Salud y su efecto sobre los derechos laborales de los trabajadores.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. La participación

Se estima oportuno iniciar con el tema de la participación, ya que siendo el Comité de Salud un organismo de participación comunitaria se debe abordar en alguna medida algo relativo a su razón de ser, lo que puede contribuir a develar su naturaleza jurídica.

Una definición de diccionario nos dice que participar proviene del latín:

“...participare, compuesto de pars, “parte” y capere, “tomar”. Como indica la etimología del término, participar significa “tener parte” en una cosa. Se trata, pues, de un acto ejercido por un sujeto/agente que está involucrado en un ámbito en donde puede tomar decisiones⁴⁰.”

Sin embargo, se debe admitir que es difícil precisar un concepto exacto de lo que debe entenderse por participación, ya que los tratadistas que se ocupan del tema no tienen una definición que sea universalmente aceptada, mucho menos en lo que se refiere a este concepto aplicado al ámbito del desarrollo. Existen por tanto, muchos conceptos que atienden modos diferentes de hacer operativo este concepto.

Lourduy, citado por Vivas Tafur, indica que: *“participar es tomar parte o intervenir en un proceso o acción. Intervenir es incidir para transformar, afectar, decidir en la realización de un proceso y con el propósito de desarrollar nuevos puntos de vista en los espacios de la vida colectiva.”⁴¹*

Alejo Vargas, también citado por Vivas Tafur, señala que: *“(...) la participación se puede entender, en su forma elemental, como un acto de voluntad, de tomar posición en relación con aquellos procesos de los cuales se es protagonista⁴².”*

⁴⁰ ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de trabajo social. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen. 1995, p. 219.

⁴¹ VIVAS TAFUR, Diego. La participación ciudadana. Santafé de Bogotá, Colombia. Cámara de Representantes, Capitolio Nacional. 1996; p. 22.

⁴² Ídem, p. 23.

Más adelante Vivas Tafur, siguiendo a Vargas, indica que existen dos elementos que condicionan la participación, a saber:

“1) La exclusión de la coerción, por cuanto participar es antes que nada una decisión individual y no se puede imponer forzosamente, por cuanto no participar es también una opción de participación;

2) El sentimiento de pertenencia, es el elemento central de la participación expresado como ejercicio colectivo que trasciende los actos individuales.”⁴³

Peter Oakly, un especialista en intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario (ICS), también proporciona algunas conceptos sobre participación entre los que “se exponen, a modo de ejemplo, tres interpretaciones de la participación que reflejan conceptos muy diferentes del desarrollo:

- i) Participación significa... en su más amplio sentido, sensibilizar a la gente y, de ese modo, aumentar su receptividad y su aptitud para responder a programas de desarrollo, así como estimular las iniciativas locales.*
- ii) Con respecto al desarrollo... la participación comprende la intervención de la población en los procesos de toma de decisiones, en la ejecución de programas... su disfrute de los beneficios de los programas de desarrollo y su intervención en los esfuerzos encaminados a evaluar esos programas.*
- iii) La participación entraña... los esfuerzos organizados para incrementar el control de los recursos y de las instituciones de reglamentación, en determinadas situaciones sociales por parte*

⁴³ Ídem, p. 23.

de los grupos o movimientos de personas hasta la fecha excluidas de ese control.⁴⁴

Producto de estas visiones la participación, según Oakley, puede enfocarse desde dos categorías amplias, ambas son los dos extremos de un continuo, una que la considerará como un medio, para obtener un objetivo o meta y otra que la considerará como un fin en sí misma.⁴⁵

En la participación como meta *“los resultados...son más importantes que el acto de participación... se clasifica a la participación como una técnica de gestión destinada a beneficiar tanto al prestador de los servicios como al consumidor...en lo esencial, se trata de una forma indirecta de participación...es principalmente una forma estática, pasiva y controlable⁴⁶”*. Indica este autor que esta forma de ver la participación es la que usualmente se nota en los programas y en los proyectos para el desarrollo de las comunidades.

En la participación como fin el interés se centra más en que la participación resulte un proceso, *“en que va creciendo la confianza y la solidaridad entre la población rural (...) es un elemento dinámico, no cuantificable, y en lo esencial, no previsible. Son los participantes quienes lo crean y lo configuran. Es una forma activa de participación que responde a las necesidades y circunstancias cambiantes de cada lugar...Existirá no sólo mientras dure el proyecto, sino y, esto es más importante, una vez acabado, en forma de intervención dinámica y permanente.”⁴⁷*

Entre las razones para tener tantos conceptos distintos sobre la participación pueden ser los diferentes tipos que adopta el tema, lo que abordaremos a continuación.

⁴⁴ OAKLEY, Peter, op. cit., p. 9.

⁴⁵ Cfr., ídem, p. 10.

⁴⁶ OAKLEY, Peter, op.cit., p.10.

⁴⁷ Ídem, p. 11.

En subpuntos siguientes se abordará lo relativo a los distintos tipos de participación, ya sea social, comunitaria ciudadana, popular, etc.

Por otra parte, se verá lo relativo a los grados de participación, ya que independientemente de si se participa a nivel comunitario o individual existen grados en los que el impacto de la participación será mayor o menor según el nivel de poder cedido por el Estado.

1.1. Tipos de participación.

En este aparte se abordará lo relativo a los distintos tipos de participación, ya sea social, comunitaria ciudadana, popular, etc. Por otra parte, se verá lo relativo a los grados de participación, ya que independientemente de si se participa a nivel comunitario o individual existen grados en los que el impacto de la participación será mayor o menor según el nivel de poder cedido por el Estado.

Para Vivas Tafur, *“la participación como institución dentro de una democracia puede darse de diferentes formas, según quién participa (el sujeto), para qué (los fines) y cómo (los medios o instrumentos)”*⁴⁸

Lo anterior implica que existe una participación eminentemente personal, en el marco de los derechos individuales de cualquier persona y es la raíz de las libertades políticas del individuo, el ejemplo más común de esta modalidad es la emisión del voto que se hace al elegir autoridades públicas o participar en plebiscitos o referendos. En contraste con las formas de participación individual aparecen las que requieren necesariamente una pluralidad de sujetos, ésta entonces, debe ser una participación colectiva, ejemplo de ello es las propuestas populares legislativas y las revocatorias de mandato; dentro de esta categoría de participación colectiva se encuentra también la que requieren una característica de

⁴⁸ VIVAS TAFUR, Diego. Op. cit., p. 47.

homogeneidad y representatividad dentro de la sociedad, a saber los sindicatos, los pensionados, otros.⁴⁹

En lo que se refiere al fin de la participación, existen opciones tales como la de elegir representantes (presidente, diputados, alcaldes, representantes), aprobar un asunto que se someta a consideración de los ciudadanos (referendo, plebiscito), apoyo a determinadas iniciativas (revocatoria de mandato, iniciativas legislativas) o incidir en decisiones políticas (planes de desarrollo e inversiones, presupuesto).⁵⁰

Las modalidades de participación se pueden agrupar en cuatro (4):

- participación política, como la búsqueda del poder o influencia en la gestión pública;
- participación social, constreñida a los servicios públicos y concertación;
- participación económica, que puede ser lo relativo a la distribución de la propiedad y del excedente social, empleo; y
- participación en el control y vigilancia de la gestión pública a través de las veedurías ciudadanas o comunitarias.⁵¹

De estos cuatro (4) puntos podemos destacar lo relativo a la participación ciudadana o popular y a la participación social, así la participación política dice Sabucedo, citado por Vivas Tafur, se define como: *“cualquier tipo de acción realizada por un individuo o grupo con la finalidad de incidir en una u otra medida en los asuntos públicos.”*⁵² Aquí se debe señalar que el autor plantea una distinción entre participación ciudadana y la participación política indicando que *“la participación ciudadana o popular se distingue de la participación política en sentido estricto, la cual se realiza principalmente a través de los partidos políticos y de las*

⁴⁹ Cfr., Vivas Tafur, Diego. Op. cit., p. 48.

⁵⁰ Cfr., Ídem.

⁵¹ Cfr., Ídem, p. 48.

⁵² Vivas Tafur. Op. cit. p.49.

elecciones. La participación popular se refiere a la intervención de un conjunto de ciudadanos afectados o interesados respecto de la administración pública, sobre todo local, y con relación al ejercicio concreto de sus competencias. Es una participación con una motivación social concreta y no explícitamente política o ideológica y que se ejerce preferentemente de una manera directa (individual o a través de una asociación) y no por delegación (como ocurre en los partidos a través del voto.⁵³

Para Ander Egg, en el ámbito del desarrollo, la expresión *participación popular*:

“...tiene la desventaja de reunir términos igualmente vagos e imprecisos.

Participar, como indica la etimología, es -tener parte- en una cosa. De ordinario, se entiende como participación activa (en contraposición a pasiva), pues no se trata sólo de estar en algo, sino de decidir sobre algo.

La idea de una más amplia participación popular como recurso del desarrollo, ha sido extensamente difundida y admitida a partir de los años sesenta. Dentro de los programas de desarrollo de la comunidad no sólo se considera la necesidad y conveniencia de la participación de la gente, sino que se considera como una de sus características esenciales.

Esta idea de participación se utiliza con dos sentidos: con alcance pasivo, para identificar la participación en los frutos del desarrollo, mediante la distribución de los bienes de toda índole producidos por la sociedad, en sentido activo, referido a la intervención de los integrantes de una sociedad en el proceso de toma de decisiones. Con uno y otro alcance es una concepción restrictiva de la

⁵³ Ídem, p. 32.

participación, pues mantiene intactas las estructuras de decisión, en donde, en última instancia, “se decide” acerca de las cuestiones sustanciales. De esta forma, por una paradoja aparente, se propone a la gente participar, para que nunca tenga una auténtica participación...

La participación no es, entonces, algo que se concede, como algunos parecen presumir; es simplemente el derecho del pueblo a decir su palabra, a decidir sobre su destino. Esto implica que, en última instancia, las soluciones específicas de la participación popular surgen del mismo pueblo, el cual puede contribuir, creadoramente, a través de sus organizaciones autónomamente organizadas. La participación, a nivel personal, significa decidir sobre el proyecto histórico y el destino que aquellos desean. Esta participación constituye un aspecto esencial del proceso de liberación nacional y personal de los pueblos y de las personas.

Sin embargo, si la problemática de la participación se plantea a niveles operativos, ella tiene una serie de implicaciones. En primer lugar, hay que saber que no se llega a la participación de manera espontánea y natural. La participación es un objetivo estratégico, lo que supone que es un punto de llegada y no de partida. Para llegar a ese objetivo debe darse un proceso, hay que recorrer un camino, producir un tránsito en el que cada persona se transforma de espectador en actor y va evolucionando de una participación – tutelada- a una participación –autónoma-. No siempre se logra la plena participación, pero a ella hay que tender, promoviendo las iniciativas populares -desde la base- y fomentando el surgimiento y consolidación de las organizaciones autónomas.⁵⁴

⁵⁴ ANDER EGG, Ezequiel. 1995, op. cit., pp. 217 – 218.

La participación social “se refiere a los diversos mecanismos e instancias de que disponen los individuos y la colectividad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas, Por tanto, el estudio de la participación social es el de las mediaciones ente el Estado y la sociedad.”⁵⁵ Vivas Tafur incluye en esta categoría la participación en la seguridad social, en los servicios de salud, la educación y la vivienda, entre otros.

De forma más simple Ander Egg nos dice que la participación social es una “expresión utilizada para designar la participación consciente en los grupos de pertenencia.”⁵⁶

Otro aspecto importante es el relativo a la participación comunitaria, que implica que “todos los miembros de una comunidad comparten la toma de decisiones que afecten a la comunidad.”⁵⁷

Otra definición concibe a la participación comunitaria como “el proceso de intervención de la población de una comunidad, para abordar la solución de sus problemas, desde el mismo momento de su identificación y jerarquización, pasando por la toma de decisiones, gestión de recursos, ejecución e inclusive el monitoreo y evaluación de los proyectos.”⁵⁸ Concebida así, esta participación se transforma en un “enfoque metodológico en la planificación y ejecución de propuestas locales, dirigidas fundamentalmente a la búsqueda de soluciones a los problemas y necesidades más sentidas de la población, en el marco del desarrollo sostenible”⁵⁹.

Visto lo anterior se observa que la participación reviste tipologías o clasificaciones diferentes, y según sea, el énfasis que desee hacerse puede ser política, social o comunitaria, sin embargo lo que se pretende al final es que los

⁵⁵ VIVAS TAFUR, Diego. Op. cit., pp. 52 – 53.

⁵⁶ ANDER EGG, Ezequiel. 1998. Op. cit., p. 219.

⁵⁷ Potenciación Comunitaria. <http://www.scn.org/mpfc/key/key-ps.htm>.

⁵⁸ MOLINA, Yolanda. La participación comunitaria en la prevención y combate de incendios forestales: estrategias que la promueven. Venezuela. 2006. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24143/2/articulo6.pdf>, P. 111

⁵⁹ Idem, p. 107.

individuos, solos o en forma colectiva, incidan sobre los aspectos más importantes que impactan en su vida en sociedad, ya sea eligiendo gobernantes, proponiendo la adopción de determinadas medidas legales o construyendo en equipo mejores condiciones de salud, educación o vivienda en su entorno comunitario. Podemos concluir que la participación es entonces un derecho, pero también un deber de toda persona, pues a través de ella puede mejorar su calidad de vida y contribuye al fortalecimiento del régimen democrático de su sociedad.

1.2. Escalas

Algunos autores estiman que pueden existir diferentes escalas o grados de participación de las personas conforme al peso de del control e incidencia que puedan tener sobre las decisiones. Ander Egg propone una escala sobre niveles de participación:

- *La participación como oferta-invitación. Es el grado o el nivel más bajo de participación, aunque en sentido estricto habría que denominarlo como pseudo participación. Lo que se pretende es que la gente tome parte de las decisiones de quienes disponen lo que hay que hacer. Son los de “arriba” quienes invitan a participar a los de “abajo”.*
- *Participación como consulta. En este caso, los responsables de realizar un programa consultan (cuando quieren), solicitando sugerencias o alentando a que la gente exprese sus puntos de vista sobre lo que se va a hacer o se está haciendo. En este grado de participación se puede distinguir entre consulta facultativa, solo se participa si así lo parece a quienes tienen el poder de decisión, y la consulta obligatoria, cuando dentro de la organización o del programa existen disposiciones que obligan a ello.*

- *Participación por delegación. Que puede darse a lo interno de una organización (se delegan facultades de decisión) o bien delegando responsabilidades a las personas involucradas dentro de un programa que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente.*
- *Participación como influencia/recomendación. Se expresa a través de la posibilidad de influir mediante propuestas acerca de lo que hay que hacer, o presionando sobre los que, en última instancia, tienen poder de decisión.*
- *Un grado mayor de participación es la cogestión en donde se establecen mecanismos de co-decisión y de colegialidad por los cuales la participación se transforma en algo institucionalizado.*
- *En el más alto grado de participación, está la autogestión. Cada uno intervienen directamente en la toma de decisiones conforme a los lineamientos generales establecidos conjuntamente entre todas las personas involucradas. Se trata de “gestionar por uno mismo” y “gestionar según las propias normas”, siempre que ello no afecte los legítimos intereses de los otros y del conjunto de la sociedad.⁶⁰*

Este punto es importante porque la Constitución y la ley, sin recurrir expresamente a esta clasificación, delimita el nivel de participación que tienen las comunidades en la política sanitaria, en el artículo 116 de la Constitución Política, que citamos a continuación:

“ARTÍCULO 116. *Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.”*

⁶⁰ ANDER EGG, Ezequiel. 1998. Op. cit., pp. 219 – 220.

Se observará que las comunidades deben y pueden exigir participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud, o sea que están involucrados en todos los procesos que atañen, al estado de su salud. Esta participación es organizada por el Decreto Ley 401 de 29 de diciembre de 1970 y es en ese documento donde se le otorga la autonomía necesaria al organismo para desempeñar su rol adecuadamente, esta autonomía incluye el aspecto financiero, esto es, no depender del presupuesto del Estado, de allí que al menos en la teoría y en la intención del legislador los Comités de Salud gozan del grado más alto de participación, la autogestión, pero en las secciones respectivas se abordaran en detalle estos temas.

1.3. La participación comunitaria en materia de salud.

La participación comunitaria como estrategia colectiva para la prevención y promoción de la salud, tiene su origen en la Declaración de Alma Ata de 1978. La participación es definida como: *“el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad.”*⁶¹

Sobre la participación comunitaria Oakley, citando un documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que:

“La expresión –participación de la comunidad- se usa de forma imprecisa para referirse a distintas actividades de atención primaria de salud correspondientes a las esferas económica, política y docente... Los aspectos económicos de esa participación ocupan un lugar predominante cuando los miembros de la comunidad contribuyen con recursos – materiales, dinero o mano de obra – a las actividades de

⁶¹ VIDAL CÓRDOBA, Esther. La participación comunitaria en salud. Una experiencia en el Distrito de San Martín de Porres. Lima, Perú. 1999. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N3_1999/a11.pdf, p. 187.

fomento de la salud, o cuando se consiguen sus servicios para realizar las tareas delegadas por el sistema de asistencia sanitaria... Por lo que se refiere al aprendizaje, la participación de la comunidad es un proceso recíproco en el que intervienen sus miembros y los agentes de salud. Cuando la comunidad interviene en la definición de las necesidades, la ejecución de tareas y la reunión y elaboración de información de importancia para la salud, sus miembros y esos agentes aprenden unos de otros... Es un proceso político en la medida en que los miembros de la comunidad desempeñan una función en el proceso de adopción de decisiones acerca de las cuestiones y la asistencia sanitaria que les atañen, y ejercen cierto grado de fiscalización de las personas que se supone están encargadas de atender sus necesidades.⁶²

A pesar del compromiso que implica este concepto y el respaldo legal con que cuenta existen personas que desconocen la importancia de la participación comunitaria en materia de salud, por ello hay autores que indican que se pueden “(...) distinguir dos posiciones extremas la que apoya la inclusión de la participación en los programas y la que la rechaza y dos criterios o dimensiones principales para justificar esas posiciones: el que enfatiza las consecuencias políticas y sociales y el que pone el eje en las consecuencias para la salud de la participación comunitaria. El peso que cada criterio recibe en la argumentación y la forma en que ambos se articulan en la misma permiten organizar al interior de las categorías de aceptación y rechazo diversas concepciones sobre la participación comunitaria⁶³ (...).”

Para quienes apoyan el valioso aporte de la participación comunitaria, se podría coincidir con Oakley, que al referirse a ella indica que “brinda la posibilidad de mejorar con rapidez los servicios de salud disponibles para la mayoría de la

⁶² OAKLEY, Peter. Op. cit., p. 15.

⁶³ BRONFMAN, Mario y Gleizer, Marcela. Participación Comunitaria: necesidad. Excusa o estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. 1994. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100012, p. 112.

población mundial.⁶⁴ Como se ha dicho, “no existe una sola interpretación práctica del concepto de participación que haya sido universalmente aceptada en las actividades de desarrollo...aunque todos parecen estar de acuerdo en cuanto a la importancia de la participación comunitaria para operar la deseada redistribución de los beneficios del desarrollo, el consenso no es tan general en lo que respecta a la naturaleza y el contenido del proceso de participación.⁶⁵”

La “participación no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo financiero de un servicio de salud. Esta integración implica que la comunidad participa –en la planificación, la reorganización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles – [Declaración de Alma –Ata]⁶⁶”

Manderson, citado por Bronfman y Gleizer, indica que así concebida, la participación comunitaria deviene en una estrategia para maximizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios.⁶⁷

Quienes están de acuerdo con la participación comunitaria plantean tres concepciones:

“1) la que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad; 2) la que privilegia en su argumentación las consecuencias para la salud de población, concibiendo a la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas; y 3) la que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en

⁶⁴ OAKLEY, Peter. Op. cit., p. 3.

⁶⁵ BROFMAN, Mario y Glaizer, Marcela. Op. cit. p.9.

⁶⁶ Ídem, p. 14.

⁶⁷ Cfr. BROFMAN, Mario y Glazer, Marcela. Op. cit., p. 113.

el nivel de la salud esconde una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político.⁶⁸

Existen quienes rechazan a la participación comunitaria; pero sus planteamientos pueden ser distintos, de acuerdo al criterio que se privilegia para definir esa posición.

En primer término, hay quienes interpretan a la participación comunitaria como una excusa para manipular política y socialmente a la comunidad; cuestionan la inclusión de esta estrategia en los programas por los efectos negativos que tiene sobre la comunidad.

Bronfman y Gleizer, citando a Ugalde indican que: *“analiza el sentido que los programas de participación comunitaria han tenido en América Latina, y concluye que la misma produjo una explotación adicional de los pobres por extracción de trabajo no remunerado. Además, contribuyó, por medio de la manipulación, al empobrecimiento de su cultura, erigiéndose en mecanismo de control y cooptación de líderes.”⁶⁹*

De lo visto en el párrafo anterior, se puede decir que la participación comunitaria solo es un instrumento para legitimar al poder, ejercer control político y beneficiar intereses ajenos a los de la población. En una visión más radical, esta concepción critica indiscriminadamente cualquier inclusión de la participación comunitaria en los programas de salud, dándole a la diversidad de planteamientos con que se ha llevado a la práctica, un mismo significado.⁷⁰

También se encuentra una segunda concepción que rechaza la inclusión de la participación comunitaria: *“por considerar que las consecuencias para la salud de los programas que utilizan esta estrategia son negativas, ofreciendo servicios de segunda clase y/o de baja calidad, con personal pobremente entrenado y, en*

⁶⁸ BROFMAN, Mario y Gleizer, Marcela. Op. cit. p. 112.

⁶⁹ Ídem, p. 113.

⁷⁰ Cfr. Bronfman y Gleizer. Op. cit. pp. 113 – 114.

general, con menores recursos materiales y humanos que los servicios que se ofrecen a los sectores privilegiados.⁷¹

Al respecto de esta segunda los autores anotan que:

“(…), en realidad, esta posición es esclava de una lógica inductiva: a partir de la crítica a programas determinados se concluye que inevitablemente todos los programas con participación comunitaria tienen efectos negativos sobre la comunidad. La crítica a programas concretos deviene, así, en una posición maniquea, en donde se rechaza a la participación en sí misma y no a formas concretas de proponerla, planearla e implementarla⁷².”

Ahora bien, para estos autores, la tercera posición:

“(…) es la que rechaza a la participación argumentando que como los programas de salud con enfoque participativo tienen que ser –locales- y diferentes de una región a otra, aumentan sus costos y disminuye su factibilidad. Esta postura sería el reverso de la que apoya a la participación por su efectividad para lograr los objetivos de los programas, considerando que las dificultades son mayores que los beneficios y que, en última instancia, obstaculizan la extensión de la salud a la población⁷³.”

No obstante las críticas, las experiencias exitosas de participación comunitaria evidencian que cuando la participación se propone respetando la estructura organizativa de la comunidad y brindando posibilidades de crecimiento a sus miembros, pueden alcanzarse altos grados de participación y compromiso.

⁷¹ Ídem, p. 114.

⁷² Ídem.

⁷³ Ídem.

Así pues, debido a que la salud no es un fenómeno aislado de la realidad comunitaria, si la propuesta de participación integra los objetivos en salud con beneficios en otras áreas de la vida de la comunidad, ambos aspectos se enriquecen mutuamente, ampliando las posibilidades de éxito de los programas desarrollados⁷⁴.

Ahora bien, para identificar si se está ante un saludable grado de participación comunitaria sería positivo identificar sus características, entre lo que se puede mencionar que sea:

- *“Activa: La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuanta más capacidad de influir en las decisiones alcance, su participación será más eficaz, real y democrática.*
- *Consciente: Conoce y toma de conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades a solucionar.*
- *Responsable: Se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.*
- *Deliberada y libre: Las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.*
- *Organizada: La población tiene su propia organización no dependiente de los servicios sanitarios.*
- *Sostenida en el tiempo: No se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos, de respuesta a tensiones coyunturales, sino*

⁷⁴ Cfr. Bronfman y Gleizer. Op. cit., p. 121.

*que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo.*⁷⁵

La participación comunitaria cuenta con objetivos generales como lo son la democratización y el enfoque integral, pero también se pueden definir algunos objetivos específicos, entre ellos:

- *“Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de cuáles son las necesidades de salud más importantes.*
- *Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad.*
- *Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria, favoreciendo la motivación de la comunidad para aceptar y usar los servicios.*
- *Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.*
- *Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.*⁷⁶

La participación comunitaria confronta dificultades y problemas, entre los más significativos se pueden citar:

- *el modelo democrático de representación y sobre todo –delegación-, las políticas neoliberales vigentes con el deterioro de lo público, el escaso peso real dado a las estrategias de promoción de salud y de la participación comunitaria;*

⁷⁵ Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Participación Comunitaria (FADSP). Madrid, España. 2006, p. 7.

⁷⁶ Ídem, p. 8.

- *la omnipotencia de las grandes instituciones como el Ministerio de Salud, los Patronatos de Hospitales y la Caja de Seguro Social; Excesiva centralización y jerarquización de la estructura institucional; el modelo de la cartera de servicios con muy limitado espacio para la actividad comunitaria;*
- *el modelo de gestión de los servicios de salud está muy jerarquizado, centralizado y actualmente enfocado fundamentalmente al control de la actividad y del gasto;*
- *la participación en temas de salud y de servicios sanitarios es más de tipo informativo o consulta que de negociación ó de toma de decisiones;*
- *resistencia, del funcionariado, a una participación más activa y con capacidad para modificar decisiones por temor a perder poder;*
- *hegemonía del modelo biomédico con escaso desarrollo del enfoque biopsicosocial;*
- *sobrecarga de trabajo, rigidez de los modelos organizativos, escasa experiencia de coordinación y capacitación en dinámicas grupales, educación para la salud y promoción de la salud, de participación comunitaria y de coordinación que propician la improvisación y el voluntarismo;*
- *el limitado nivel de capacitación en temas de salud, de los servicios sanitario y de la participación, sin olvidar la disparidad en la organización y funcionamiento de los movimientos sociales.⁷⁷*

⁷⁷ Cfr. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, op. cit., p. 11)

La participación comunitaria no puede existir sin toma de conciencia, solo participa la persona que es consciente de la necesidad de su participación y el que sabe que si no participa no se podrán modificar las cosas.

La participación supone, en el individuo y en la colectividad, la toma de conciencia de la situación y de los problemas y trabajar hacia su transformación.⁷⁸

Según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública para que la participación comunitaria sea más efectiva se requiere un doble aprendizaje: La administración (instituciones públicas de salud) tiene que ceder poder y los ciudadanos (y las comunidades) tienen que aceptar la responsabilidad.⁷⁹

Debido a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Alma Ata (1978) ya indicaba que la participación comunitaria se basa en dos axiomas:

- que el único camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de Salud para Todos es el involucramiento de las comunidades locales en la prevención y el tratamiento, y
- que sin el involucramiento y responsabilidad de la comunidad, los programas fracasarán.

2. La administración pública

Corresponde ahora determinar qué es la Administración Pública y a través de ese conocimiento poder distinguirla de otros organismos que realizan labores que coadyuvan a la gestión administrativa, pero que no son Administración Pública.

⁷⁸ Ídem, p. 12.

⁷⁹ Ídem.

Guzmán, citando el Diccionario de la Lengua Española, indica que: *“De acuerdo a la acepción etimológica, administración (del latín administratio – ONIS), significa acción de administrar. Acción del Gobierno al dictar y aplicar las disposiciones necesarias para el cumplimiento de las leyes y para la conservación y fomento de los intereses públicos, y al resolver las reclamaciones a que dé lugar lo mandado.”*⁸⁰

El mismo autor, citando al licenciado Manuel A. Amiama, indica que la Administración Pública es *“el conjunto o complejo de organismos y funcionarios que, habitualmente, por medio de actos sucesivos, asilados e individuales, esto es relativos a cada caso a una cuestión concreta y determinada, realizan los fines del Estado, dentro de la Constitución y las Leyes”*⁸¹.

Según Cabanellas de las Cuevas, la Administración Pública es: *“el Poder ejecutivo en acción, con la finalidad de cumplir y hacer cumplir cuanto interesa a la sociedad en las actividades y servicios públicos. La administración puede ser nacional, provincial o municipal, de acuerdo a la esfera territorial de sus atribuciones.”*⁸²

De la lectura de estas definiciones se puede colegir, rápidamente, que la Administración Pública se refiere en algunos casos a la rama, órgano o poder ejecutivo, sin embargo, ello no es así en todos los casos, y dependerá del enfoque o postura que sigan los distintos autores en relación al concepto que nos ocupa.

Así tenemos que, los autores de derecho administrativo han considerado la administración Pública desde tres puntos de vista distintos, a saber: subjetivo, objetivo y formal.

⁸⁰ GUZMÁN, Raymundo Amaro. Introducción a la administración pública. México. Mc Graw Hill. 1995, p. 6.

⁸¹ Ídem.

⁸² CABANELLAS DE TORRES, Guillermo. Diccionario jurídico elemental. Editorial Heliastás S.R.L. Undécima edición, 1993, p. 27.

Entrena Cuesta indica que desde el punto de vista subjetivo la administración:

“(...) consistirá en una serie de sujetos integrados en el Poder ejecutivo, cuya labor se limitaría a ejecutar la ley. La segunda concepción parte del dato de que la función ejecutiva no es desarrollada solo por dicho Poder, el cual, por otra parte, realiza unas actividades distintas de las que pueden en sentido estricto incluirse en aquella función; se intenta, a la vista de esta realidad, definir las notas que desde el punto de vista objetivo caracterizarían a la actividad administrativa, para considerar como Administración a cualquier organismo público que realice la tarea de administrar, independientemente del Poder en que se halle ubicado. Por último, para la concepción formal...lo importante será no tanto la identidad objetiva de la actividad desplegada por los distintos Poderes, sino el tratamiento jurídico de tal actividad: de suerte que para definir o describir a la Administración Pública lo decisivo será el tratamiento que de ésta y de sus actos no venga ofrecido por el Derecho, al que se halle sometida.”⁸³

Para Sanjur existen solo las dos visiones; la subjetiva, que concibe la administración como organismo y la objetiva que la concibe como función. Así: *“desde el primer punto de vista, la Administración Pública se concibe como un conjunto de organismos que desarrollan funciones públicas tendientes a satisfacer necesidades comunes; desde el segundo, la administración constituye el conjunto de funciones dedicadas a esta finalidad.”⁸⁴*

De estas definiciones y concepciones sobre la Administración Pública podemos concluir que todos los organismos que integran la Administración Pública son parte del gobierno del Estado y que cumplen funciones específicas para el bienestar

⁸³ ENTRENA CUESTA, Rafael. Curso de derecho administrativo. Madrid, España. Editorial Tecnos, S.A. 13ª edición, 1999, p. 29.

⁸⁴ SANJUR, Feliciano O. Folleto de derecho administrativo. Universidad de Panamá. Sin fecha, p. 12.

general de la comunidad, todo ello enmarcado en el cumplimiento de la ley o lo que la doctrina denomina principio de legalidad.

2.1. Fines y funciones de la Administración Pública.

Aquí debemos partir del hecho de que existe una identificación entre los fines que se propone el Estado y los que se propone el individuo, toda vez que el individuo, como entidad consciente es la que puede proponerse y ejecutar los fines e ideales que se determinen.

El Estado existe para la realización del bien común. Por este bien común se entiende que, según Sánchez Agesta, citado por Guzmán, *“bien quiere decir que dé satisfacción a las necesidades del hombre (sean materiales, espirituales o morales), proporcionándole la paz, la cultura y todo lo necesario para el desenvolvimiento de su existencia. Que sea común significa que el disfrute de este bien ha de compartirse en la proporción justa.”*⁸⁵

Es esta consecución del bien común lo que distingue a la Administración Pública de la administración privada, teniendo el Estado moderno la finalidad de promover el bien común se apoya en la Administración Pública como su instrumento activo para lograr la satisfacción de los intereses generales de la comunidad.

Ahora bien, para lograr ese fin particular la Administración Pública desarrolla una serie de funciones, entre ellas:

- *“Funciones generales intrínsecas o inherentes al funcionamiento mismo de la administración que se cumplen en todas las instituciones, denominadas funciones gerenciales.*
- *Funciones especializadas o técnicas cuya naturaleza y extensión pueden ser diferentes de un Estado a otro y de un gobierno a otro dentro de un mismo Estado, tales como servicios y obras públicas*

⁸⁵ GUZMÁN, Raymundo Amaro. Op. cit. pp. 36 – 37.

prestadas o construidas por la administración en nombre del Estado, respectivamente.

- *Funciones de vigilancia o de regulación y control, como servicios y obras de utilidad pública prestados o contruidos por organismos pertenecientes al sector privado.⁸⁶*

Por supuesto que existen otras clasificaciones que plantean otras funciones de la Administración Pública, entre las que se pueden mencionar las normativas, las de producciones de bienes o prestación de servicios o funciones auxiliares, de asesoría y de apoyo, de las que no es menester ocuparse en este trabajo.

Se ha visto que la Administración Pública es el organismo ejecutor de los fines del Estado y desarrolla por tanto las funciones necesarias para lograr lo que en cada sociedad se estima como el bien común. Más adelante se tratará de que manera se organiza la Administración para realizar todas esas funciones.

2.2. Sujetos de la Administración Pública

Como se ha visto la Administración Pública es la encargada de ejecutar los fines del Estado, entiéndase el logro del bien común y aun cuando el Estado se organiza en tres poderes distintos se admite que cada uno de ellos realiza funciones que caen dentro del ámbito de la administración pública, pese a tener dos de ellos, funciones distintas, como son las de legislar y la de administrar justicia.

Pero, cómo se organiza la Administración para la realización de sus tareas, la Administración lo hace a través de los sujetos que la integran y que conforme las distintas legislaciones reciben distintos nombres o se organiza en distintas categorías.

⁸⁶ PÉREZ CAJIAO, Hugo. Tratado de administración pública. Panamá. Universidad de Panamá, Facultad de Administración Pública. 1996, p. 60.

Para dar una mejor comprensión del tema, partiremos desde la noción de persona, que se puede definir como: *“todo ente susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones.”*⁸⁷ Estas personas pueden ser de existencia visible o material y es a lo que se le denomina personas naturales o pueden ser de existencia ideal, moral o ficticia y es a lo que conocemos como personas jurídicas, veamos lo que indica el artículo 38 del Código Civil de Panamá.

Art. 38. *Las personas son naturales o jurídicas.*

Son personas naturales todos los individuos de la especie humana cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición.

Es persona jurídica una entidad moral o persona ficticia, de carácter político, religioso, industrial o comercial, representada por persona o personas naturales, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones.

Estas personas jurídicas, según el tipo de normas que regulan su constitución y funcionamiento se las clasifica en personas jurídicas privadas y personas jurídicas públicas; a su vez las personas públicas se clasifican en personas jurídicas públicas estatales y personas jurídicas públicas no estatales. Adelantamos aquí que en Panamá no existe o al menos no se encontró evidencia de que en la ley se reconozca esta última clasificación relativa a las entidades públicas estatales y públicas no estatales, y de allí probablemente la falta de claridad en el tema objeto de este trabajo, de hecho no todas las legislaciones reconocen o admiten esta clasificación.

Sobre las personas jurídicas privadas podemos, además de indicar que dependen de la iniciativa de los particulares, estas: *“se rigen por el derecho privado aunque requieran de autorización estatal para funcionar.”*⁸⁸ En la legislación argentina *“el art. 33 del Código Civil distingue las personas privadas sin fines de lucro como las asociaciones y fundaciones de aquellas destinadas a la obtención de utilidades a repartir entre los integrantes como las sociedades. El efecto del*

⁸⁷ **IVNISKY**, Marina. Derecho administrativo y Estado. <http://www.monografias.com/trabajos4/deradmi/deradmi.shtml>.

⁸⁸ Ídem.

reconocimiento de la personalidad jurídica de los entes colectivos es que se los inviste como sujetos de derecho distintos de quienes las integran, sean individuos u otras personas jurídicas. La personalidad jurídica de unos y otros no puede confundirse porque cada uno de ellos tiene sus propias relaciones jurídicas y su propio patrimonio.⁸⁹”

Por su parte, la doctrina francesa solo distingue entre personas de derecho público y personas de derecho privado. Vedel nos indica en relación al tema que:

“(…) para dar cuenta de los casos cada vez más numerosos en que se asocian organismos privados a la acción administrativa, dos vías se ofrecían, en efecto a la jurisprudencia. La primera habría implicado precisamente la admisión de instituciones mixtas orgánicamente a caballo entre las personas públicas o las personas privadas, o también, la admisión entre las personas públicas, al margen de los establecimientos públicos, de – personas públicas innominadas –, categoría nueva apta para dar cabida a los colegios profesionales, las agrupaciones privadas encargadas de una misión de servicio público, etc. Como acabamos de decir, no es esta la vía que se ha tomado.

La segunda solución que prevaleció fue acentuar la disociación entre el carácter material y formal del servicio público y admitir sencillamente que podían ser confiadas misiones de servicio público a personas privadas, lo que ahorra una nueva categoría de personas morales – mixtas –, cuya puesta en práctica, por lo demás, habría suscitado todavía más problemas que la antigua distinción dualista entre personas públicas y personas privadas⁹⁰.”

(El subrayado es nuestro)

⁸⁹ Ídem.

⁹⁰ VEDEL, George. Derecho administrativo. Madrid, España. Aguilar, S.A. de ediciones. Traducción de la 6ta edición francesa por Juan Rincón Jurado. 1980, p. 644.

Dado que se ha mencionado la expresión servicios públicos, debemos indicar que esta noción se puede definir como: *“las actividades, entidades u órganos públicos o privados con personalidad jurídica creados por Constitución o por ley, para dar satisfacción en forma regular y continua a cierta categoría de necesidades de interés general, bien en forma directa, mediante concesionario o a través de cualquier otro medio legal con sujeción a un régimen de Derecho Público o Privado, según corresponda.”*⁹¹

Siguiendo con Vedel, debemos indicar que las implicaciones de encomendar misiones de servicios públicos a personas privadas acarrearán diferentes efectos según los casos planteados, así por ejemplo en *“los actos unilaterales realizados por la persona privada en la misión de su servicio público tienen carácter administrativo y, por tanto, dependen del control del juez del exceso de poder.”*⁹² Mientras que lo relativo a sus trabajadores o agentes, estatuto o régimen de sus bienes y lo relativo a la responsabilidad legal, entre otros detalles, responderán a otras reglas según los casos y las complejidades de cada caso.

También es importante indicar que cuando la persona privada no administra un servicio público, pero tiene una misión de interés general o que colaboran con la Administración, *“es un régimen íntegro de derecho privado y no supone, en particular actos administrativos. Solo son justiciables según el derecho administrativo en las mismas condiciones en que los administrados en general, p. ej., como destinatarios de decisiones ejecutorias o partes en un contrato administrativo. Sus vínculos con la administración hacen simplemente más frecuente, en lo que les concierne, la aplicación del derecho administrativo.”*⁹³

Cuando una misión de servicio público se encomienda a una persona privada, ello se hace mediante una concesión administrativa de servicio público o por medio de contratos innominados, que no son una concesión ya que el usuario no paga por

⁹¹ CAICEDO C., Luis A. Derecho administrativo. Caracas, Venezuela. 11ª edición. 2003, p. 494.

⁹² VEDEL, George. Op. cit., p. 645.

⁹³ Ídem, p. 645.

el servicio; ni es un contrato de función pública, debido a que no se confiere al particular la calidad de agente público; pero en uno u otro caso el objetivo es conferir al particular la ejecución de un servicio público.

Ahora bien, según la doctrina francesa el régimen jurídico aplicable a estos casos será en términos generales el derecho privado a todo lo que se refiere a la propia persona jurídica y las normas de derecho público a todo lo atinente a la misión de servicio público que debe realizar. Así pues, los actos unilaterales relativos a la misión de servicio público o su organización (reglamentos) se someten a la competencia del juez administrativo, mientras que las normas que se dicte para su propio funcionamiento se regirán por el derecho privado; por otra parte las personas jurídicas que prestan servicios públicos no pueden celebrar contratos administrativos con otras personas privadas; su personal, aun cuando ejecute acciones directas referentes al servicio público no se entienden como servidores públicos, ya que su contratación es con un ente privado y no con la Administración y finalmente el régimen de responsabilidad que tiene sus complejidades.

Sobre la responsabilidad se debe indicar que la jurisdicción administrativa es incompetente, pero admite excepciones ante algunos textos legislativos especiales u otras vinculadas a una obra pública. Otro aspecto relevante es determinar si el Estado o la persona pública pueden ser llamados a responder de daños causados por organismos privados que realizan misiones públicas, lo que para la doctrina en principio es negativo, pero también admite excepciones.

Por otra parte, las personas jurídicas públicas o de derecho público, como las denomina la doctrina francesa, son las que representan a la autoridad en sus funciones administrativas tales como el Estado, las provincias o estados federados, las municipalidades, las entidades autárquicas o autónomas, entre otras, cabe añadir que legislaciones como la argentina y la francesa incluyen en esta lista a la Iglesia Católica o los colegios profesionales, respectivamente, por el hecho de que estas últimas tienen un tipo de regulación en la ley.

Como puede verse si el Estado, las provincias, la Iglesia Católica o los colegios profesionales son, en algunas legislaciones, entes públicos, es evidente que no pueden pertenecer a la misma categoría o rango, de allí que existan entes públicos estatales y entes públicos no estatales. De estos últimos, habrá que ocuparse más adelante.

Como característica de los primeros, los entes públicos estatales, señalaremos que son creados por la constitución o la ley y estos textos jurídicos les atribuyen el ejercicio de funciones públicas, de allí que la característica esencial de las personas estatales es que se rigen prioritariamente por el derecho público y el derecho administrativo que son los ordenamientos que regulan la atribución y el ejercicio de las potestades o funciones de la Administración Pública con fines de interés público, sin perjuicio de los casos excepcionales en que pueda aplicarse el derecho común. De más, no está decir, que los entes públicos estatales siempre cumplen algún fin público, y nunca persiguen fines de lucro; su patrimonio es estatal, necesitan la entrega o atribución de recursos para sus operaciones y el Estado las somete a su tutela administrativa.

Como se ha dicho, existen diferentes clasificaciones de las personas públicas, hay una que hace referencia a las entidades territoriales, consideradas como: *“estructuras administrativas separadas de la administración del Estado, que deben encargarse de los intereses de la población de un territorio determinado”*⁹⁴. Éstas, según la legislación que las crea, pueden tener las siguientes características:

- Posee una personalidad jurídica.
- Goza de competencias específicas conferidas por la Constitución o la ley.
- Posee un poder de decisión que se ejerce por deliberación en un consejo de representantes electos.

⁹⁴ <http://www.ambafrance-co.org/spip.php?article795>.

Existen diversos tipos de entidades territoriales, algunas son coincidentes en los distintos tipos de legislación, otros son característicos de determinados países, así en Francia son los municipios, los departamentos y las regiones de ultramar⁹⁵; mientras que en España son: los municipios, provincias y las comunidades autónomas⁹⁶.

En la legislación panameña, como hemos dicho líneas arriba, no encontramos una clasificación similar a la hasta ahora vista, en el artículo 64 del Código Civil panameño aparece un listado de lo que se considera personas jurídicas en nuestra legislación que para mayor ilustración reproducimos el artículo en las siguientes líneas:

Art. 64. Son personas jurídicas:

- 1) las entidades públicas creadas por la Constitución y la ley;*
- 2) las iglesias, congregaciones, comunidades o asociaciones religiosas;*
- 3) las corporaciones y fundaciones de interés público creadas o reconocidas por ley especial;*
- 4) las asociaciones de interés público reconocidas por el Poder Ejecutivo;*
- 5) las asociaciones de interés privado sin fines lucrativos que sean reconocidas por el Poder Ejecutivo; y*
- 6) las asociaciones civiles o comerciales a que la ley conceda personalidad propia independiente de la de cada uno de sus asociados.*

Como se puede observar, existen diferentes categorías de personas jurídicas que pueden ajustarse o no a las clasificaciones aportadas por la doctrina administrativa,

⁹⁵ Constitución francesa de 1958, con enmiendas del año 2000. Artículo 72. Las entidades territoriales de la República serán los municipios, los departamentos, los territorios de ultramar. Cualquier otra entidad territorial será creada por ley.

⁹⁶ Constitución española de 1978. Artículo 137. El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses.

pero la legislación panameña no entra en mayores detalles como lo hacen leyes de otros países, de allí que no aparezca en nuestra legislación la noción de ente público no estatal.

3. Los entes públicos no estatales

Los denominados entes públicos no estatales o personas públicas no estatales (PPnE), *“son sujetos de derecho, creados mediante una ley, que sin integrar el Estado en sentido amplio, se rigen parcialmente por el Derecho Público y por el Derecho privado, poseen patrimonio e ingresos propios y están sometidas a control del Estado central”*.⁹⁷

En la legislación uruguaya y su doctrina legal se ha adoptado la figura de los entes o personas públicas no estatales (PPnE), para explicar el fenómeno de instituciones que atienden asuntos de interés público, pero que no son regidas por el Estado; uno de los tratadistas que se ha ocupado con gran interés del tema es Enrique Sayagués Lasso, que en su obra Derecho Administrativo, expone lo relativo a las personas públicas no estatales indicando que: *“esas personas públicas no integran la estructura estatal, no son administraciones públicas en el significado preciso que atribuimos a esa expresión”*.⁹⁸

Entre las características comunes que menciona el citado autor, para estas figuras están la de su creación realizada mediante ley, su organización supone cierto elemento coactivo, en cierta medida las autoridades del estado intervienen en la dirección y administración de esas personas, el control que ejerce el estado sobre estas personas es mayor que el que se realiza por personas privadas y su cometido es de interés público.

⁹⁷ BIASCO, Emilio. Las personas jurídicas no estatales y paraestatales. <http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catderpu/material/paraesta.PDF>, p.6.

⁹⁸ SAYAGUEZ LASSO, Enrique. Tratado de derecho administrativo. Montevideo, Uruguay. 1959, p. 233.

Otro autor uruguayo, Emilio Biasco, siguiendo a Sayagués Lasso, plantea que:

“Originariamente, las PPnE creadas en nuestro país desde mediados de la década de 1920, tenían una serie de caracteres...:

- 1) Creación mediante ley:** *se trata de figuras jurídicas subjetivas, generalmente creadas o autorizadas su creación o regulado su funcionamiento mediante una ley; la que -simultáneamente suele reconocerle, en forma expresa o implícita, la personalidad jurídica.*
- 2) Persecución de fines públicos:** *atento a que las PPnE persiguen fines de interés público, por lo que se les atribuyen potestades jurídicas propias del Derecho público, aunque con menor intensidad, que a las entidades estatales.*
- 3) Cometidos que cumplen:** *se trata de instituciones que desarrollan cometidos variados: industriales y comerciales, de seguridad social, de asesoramiento, etc.; pero distintos de los típicos y exclusivos cometidos estatales.*
- 4) Régimen jurídico mixto:** *por definición las PPnE se regulan parte por el Derecho público como consecuencia del otorgamiento de potestades públicas, parte por el Derecho privado...*
- 5) Potestades jurídicas:** *para el cumplimiento de sus cometidos, a las PPnE se le atribuyen prerrogativas más o menos importantes de poder público (adopción de decisiones unilaterales, autotutela administrativa, poderes de: inspección, aplicación de recargos por mora y sanciones, etc.).*
- 6) Afiliaciones coactivas y colectivas:** *tradicionalmente, algunas PPnE de base colectiva, estaban sometidas a regímenes de afiliación*

coactiva y colectiva de los integrantes del universo o grupo social al que se dirigen; calidad sine qua non, y determinante de su existencia.

7) Origen y pertenencia del patrimonio: *como constituyen sujetos de derecho independientes del Estado, deben poseer patrimonio propio distinto y ajeno al patrimonio del Estado, formado principalmente con aportes del sector interesado en su funcionamiento, y afectado a un fin especial; o proveniente de legados, donaciones, etc..-*

8) Origen y naturaleza de los ingresos: *Los ingresos patrimoniales, provenían de su propia actividad; y sólo excepcionalmente, recibían fondos del Estado.*

Naturaleza de los ingresos percibidos por las PPnE: Se ha calificado de parafiscalidad a las contribuciones en favor de ciertas PPnE, impuestas por las leyes, en tanto que no figuran en el presupuesto.

En el ámbito doctrinario existen diversas posiciones; sosteniéndose que se trata de ingresos:

- a) similares a la tributación estatal;*
- b) con heterogéneo contenido;*
- c) establecidos por el Estado mediante actos legislativos;*
- d) son contribuciones especiales y obligatorias.*

Pero difieren de los tributos estatales, tanto por el sujeto activo, como por el destino de los ingresos, que en ambos casos es una PPnE.

9) Estructura orgánica colegiada: *En general, la estructura orgánica refleja el origen y los fines de estas instituciones, es decir:*

- a) *Poseen órganos jerarcas colegiados; y excepcionalmente, unipersonales.*
- b) *Con representación mayoritaria de los interesados en el funcionamiento de la entidad.*
- c) *Los soportes de los órganos de dirección, son incorporados mediante designación o elección del núcleo básico de beneficiarios.*
- d) *Se admite la participación del Estado, pero de carácter testimonial, y como forma de realizar un control directo e inmediato, desde la propia dirección del Ente.*

10) Régimen jurídico de los empleados: *En cuanto a la caracterización del vínculo laboral, la doctrina nacional no ha sido pacífica, habiéndose sostenido concepciones afines o contradictorias:*

- A) *Son empleados públicos (Suprema Corte de Justicia).*
- B) *Son empleados públicos, no estatales.*
- C) *Son trabajadores privados regidos por el Derecho laboral (posición sustentada por Francisco De Ferrari) o asimilables a los trabajadores privados (Carlos Sacchi).*
- D) *En el caso, no existe relación de trabajo privada; toda vez que:*
 - a) *no son nombrados libremente, sino mediante regímenes especiales;*
 - b) *tienen estabilidad en el cargo;*
 - c) *no pueden ser separados arbitrariamente;*
 - d) *no se les aplican los Consejos de Salarios;*

e) no se les aplica la indemnización por despido;

f) están sujetos a un régimen estatutario legal (Real).

E) No son funcionarios públicos, pero se encuentran en una relación público-administrativa.

F) No son funcionarios públicos, ni tampoco trabajadores privados; se trata de una relación sui generis⁹⁹ o de tercium genus¹⁰⁰: ni pública ni privada.

G) Como no son funcionarios públicos, se rigen por el Derecho laboral, sin perjuicio de las disposiciones expresas

H) La relación entre la PPnE y el personal, es privada; y esos trabajadores son funcionarios privados (1972 y 1975)

Al no encontrarse incorporados a una entidad estatal, sus trabajadores no se consideran funcionarios públicos; regulándose por el Derecho laboral.

No obstante la aparente equiparación en cuanto a la aplicación del derecho laboral, se encuentran sometidos a regímenes jubilatorios variados.

En definitiva corresponde concluir que, en la Constitución uruguaya, existe una correspondencia biunívoca entre la naturaleza de la Persona Jurídica y el carácter de la relación de empleo, por lo que los denominados funcionarios públicos, sólo son los funcionarios estatales.

⁹⁹ Loc. lat.; literalmente, 'de su género', 'de su especie'. loc. adj. Dicho de una cosa: De un género o especie muy singular y excepcional. Diccionario de la Real Academia Española, en línea.

¹⁰⁰ Tercium genus: Locución latina que significa "a mitad camino entre dos cosas".

A los funcionarios de las PPnE originarias, sólo se les podía considerar funcionarios públicos en sentido amplio, en virtud de ejercer actividades reguladas aunque ilegítimamente por el Derecho público.

Mientras que, a los funcionarios de las actuales PPnE, que sólo se les aplique el Derecho laboral, debe considerárseles trabajadores que desempeñan ciertas funciones públicas, pero que son asimilados a los trabajadores privados: aplicándoseles el Derecho laboral, sin perjuicio de las normas especiales que los regulan; como ocurre de última con la responsabilidad penal.

11) Responsabilidad penal: *En principio, y al no tratarse de empleados estatales, los trabajadores de las PPnE no eran sujetos activos de los delitos previstos en los arts. 153 a 166¹⁰¹ del Código Penal.*

Además, la conducta de los particulares frente a sus empleados, no podía encuadrarse en los arts 159, y 171 a 174 del Código Penal.

En consecuencia, a todos los efectos penales, sus empleados, se consideraban "particulares".

12) Garantía de alquileres: *Recientemente se dispuso que el Servicio de Garantía de Alquileres de la Contaduría General de la Nación, se extendió a los empleados y obreros de las PPnE.*

13) Controles del Estado: *Diversas disposiciones normativas, establecieron al respecto que:*

a) Las PPnE y los organismos privados que manejan fondos públicos o administran bienes del Estado, deben presentar sus estados

¹⁰¹ Los artículos 153 hasta el 176 integran el Título IV del Código Penal uruguayo relativos a los delitos contra la administración pública.

contables con dictamen de auditoría externa ante el Poder Ejecutivo y el Tribunal de Cuentas...

b) Deben presentar una copia de dichos estados contables, dentro de los noventa días del cierre del ejercicio, ante la Auditoría Interna de la Nación.

c) Dicha Auditoría efectuará los controles selectivos sobre los estados contables, de acuerdo a las conclusiones que se obtengan de la información proporcionada.

d) Anualmente deben publicar estados contables que reflejen su situación financiera, los cuales deberán estar visados por el Tribunal de Cuentas.

La práctica nacional en la materia indica que son de muy poco valor los denominados "controles populares".

e) Las Cajas Paraestatales de Seguridad Social, estarán sometidas exclusivamente al régimen dispuesto por sus respectivas leyes orgánicas...

14)Privilegios y exenciones: *Las PPnE gozaron de diversos privilegios, exenciones tributarias, y franquicias postales; prescripciones prolongadas de sus créditos; abreviación de los plazos de caducidad de los créditos contra dichos organismos; etc.*

15)Responsabilidad patrimonial: *Las PPnE están sometidas a un régimen de responsabilidad civil propia; pero además, se establece a texto expreso la irresponsabilidad del Estado respecto de los daños causados a terceros.¹⁰²*

¹⁰² BIASCO, Emilio. Op. cit. pp. 22 a 31.

Sobre estas características se volverá más adelante, en la sección correspondiente a los Comités de Salud, para exponer como varias de estas características se reflejan en la legislación panameña que regula los Comités de Salud.

Agustín Gordillo, autor argentino, expresa que: *“si bien es frecuente en el lenguaje común hablar indistintamente de -entes públicos- y -entes estatales- como sinónimos, tales conceptos no son intercambiables entre sí.”*¹⁰³ Continúa diciendo el autor, citando a Sayagués Lasso, que:

*“La doctrina clásica sostenía que las personas públicas eran del Estado, creadas por el Estado y para el Estado. Ello llevaba a una perfecta coincidencia de los conceptos de persona pública y entidad estatal. En otras palabras, toda entidad estatal era pública y toda persona pública era necesariamente estatal. Como corolario, si una entidad no era estatal, forzosamente se regulaba por el derecho privado, no podía ser pública. En definitiva: público y estatal venían a ser la misma cosa...ahora... existen entidades no estatales reguladas indudablemente por el derecho público, -son- personas colectivas que indudablemente no son estatales, que no pertenecen a la colectividad ni integran la administración pública, sea porque el legislador las creó con este carácter, sea porque su propia naturaleza resulta incompatible con la calidad estatal. No obstante dichas instituciones en todo o en parte se regulan por normas de derecho público. El ejemplo más típico de esa clase de instituciones lo constituyen los Colegios de Abogados y otras órdenes profesionales, cuando han sido creados y organizados por ley”*¹⁰⁴.

¹⁰³ GORDILLO, Agustín. Tratado de derecho administrativo. Tomo 1, Parte General. Buenos Aires, Argentina. 8va edición, 2003. <http://www.gordillo.com/Tomo1.htm>, p. XIV – 6.

¹⁰⁴ Ídem.

Según Gordillo, para determinar si un ente es estatal o no se puede atender a los siguientes criterios:

*"a nuestro juicio la participación de titulares privados de capital, dentro de una entidad en la cual también es titular el Estado, no permite normalmente a éste otorgarle a ella un régimen demasiado especial de privilegios y prerrogativas; en cambio, cuando el Estado es el único titular del capital de una entidad, el tratamiento de ésta por el orden jurídico y administrativo es netamente diferenciado a los efectos de su régimen económico, presupuestario, impositivo, aduanero, cambiario, bancario, crediticio, etc. También podría, quizás, atenderse a dichas y otras normas del régimen jurídico- económico de la entidad para estipular si ella debe considerarse estatal o no: pero pensamos que en tal caso desaparecería la distinción entre público y estatal, como conceptos diferenciados y además estaría destacando las consecuencias de distinguir y no los fundamentos por los cuales la distinción se origina en el orden positivo. Hay otra consecuencia adicional que se produce en el régimen de las entidades estatales, que no es común a todas las entidades públicas y ella es el destino que puede darse a sus fondos: siendo el Estado el único titular de capital, él puede disponer libremente la utilización de su capital en caso de extinción, o incluso quitarle todo o parte del capital sin extinguirla; si el Estado no es el único titular del capital de la entidad, no tiene lógicamente tal facultad, en cuanto puede disponer a título de propietario solamente en aquella parte del capital que le corresponde como tal entidad. Estimamos que este conjunto de razones justifica suficientemente el estipular que denominaremos entidad estatal a aquélla cuyo patrimonio pertenece exclusivamente al Estado."*¹⁰⁵

¹⁰⁵ Ídem, p. XVI – 10.

Se observa, que determinar la titularidad del patrimonio es un rasgo distintivo e importante para entender esta figura, ya se vera cómo en el caso de los Comités de Salud su patrimonio está sujeto a cierta vigilancia o tutela del Estado, pero por virtud de la norma constitutiva del organismo ese patrimonio pertenece a la propia organización y su disposición corresponde a los directivos, y no al Estado o a algún servidor público, siguiendo los parámetros fijados en la ley.

4. Los Comités de Salud en Panamá

En Panamá, son dos los mecanismos que prevé la ley para organizar a la comunidad en materia de salud, el primero y por excelencia es el Comité de Salud, el segundo, y no menos importante, es la Junta Administradora de Acueducto Rural (JAAR), que como se desprende de su nombre busca organizar a la comunidad para la provisión de agua potable en las comunidades, ocupándose de un aspecto muy puntual de la salud de una comunidad; mientras que, el primero puede ocuparse, tanto de ese tema, como de otros aspectos de salud de la comunidad, tales como: prestación de servicios de salud, organización de la comunidad en materia de salud, identificación de problemas sanitarios en la comunidad, etc.

Lo anterior, no implica que no existan otros mecanismos de participación en materia de salud, como puede ser la representación de determinados sectores sociales (sindicatos, jubilados y pensionados, clubes cívicos) en la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social (CSS) o en los patronatos de hospitales nacionales y regionales; o también, en la constitución y funcionamiento de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) o fundaciones de interés privado, como lo son la Fundación Pro bienestar y Dignidad de las personas afectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (PROBIDSIDA) y Fundación de Amigos del Niño con Leucemia y Cáncer (FANLYC), entre otras valiosas instituciones privadas, que canalizan la participación ciudadana desde dentro o desde fuera de los organismos públicos responsables de la salud pública.

El caso de los Comités de Salud es un tipo de participación en la que se colabora con el Estado, pero a la vez este último mantiene una tutela especial sobre ciertos aspectos de la organización, como es el que se ejerce sobre los fondos, el lugar donde deben depositarse esos dineros y su patrimonio; algo que no sucede con una fundación o una ONG que no tienen tutela estatal; lo que provoca que mientras los Comités de Salud parecen estar en un estatus mixto entre el derecho público y el derecho privado, las ONG y las fundaciones se regulan por el derecho privado.

Mientras en la ONG's, por ejemplo, en que las personas se agrupan conforme sus propios objetivos e intereses y no necesariamente los miembros deben permanecer a un ámbito territorial definido, en un Comité de Salud según su norma constitutiva, la membrecía, tanto para su formación e inscripción inicial como para su desarrollo posterior, se integra por personas que residen en un territorio definido, en Panamá usualmente son por barrios o corregimientos e incluso permite la participación de menores de edad.

Adicionalmente, debe destacarse que se observa el cumplimiento de una de las características de los entes públicos no estatales, ya que los Comités de Salud se crean mediante ley, el Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, y esta le concede en forma explícita la personería jurídica, como se desprende de la lectura de la primera parte del artículo 4, que reza:

Artículo 4. Los Comités de Salud que se constituyan, legalmente, serán personas jurídicas, capaces de ejercer derechos y contraer obligaciones.

4.1. Aproximación a un concepto de Comité de Salud.

No existe una definición expresa en el DG 401, ni en los dos documentos que la han reglamentado, sobre lo que es un Comité de Salud, sin embargo, tomando elementos de la parte motiva del DG 401 se puede sugerir que un Comité de Salud es un: *“Organismo cuya constitución legal es de interés público, concebido como un instrumento de organización popular con capacidad de plantear las necesidades de*

la comunidad donde se organiza; participar en la planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud; y servir de medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud”.

Otro concepto, expuesto por Guevara, nos indica que *“los Comités de Salud, son organismos de interés público creados para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de los miembros de la comunidad”¹⁰⁶.*

Esta última definición se deriva de la parte motiva del DE 389; sin embargo parece hacer mayor alusión a aspectos más propios de la Administración Pública, ya que la Constitución Política en el artículo 109 establece que los conceptos de promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud, son un derecho del individuo exigible al Estado; mientras que el individuo tiene el deber de conservar su propia salud.

Artículo 109. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Ese deber de conservar su propia salud y la realidad de que el ser humano vive en comunidad concede entonces a la comunidad el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud, en los términos que lo plante el artículo 116 de la Carta Fundamental panameña.

Artículo 116. Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

La Constitución Política panameña coloca a las comunidades en pie de igualdad frente a las autoridades de salud frente a la solución de los problemas de salud y la consecución de las soluciones a los problemas de salud, aunque las autoridades

¹⁰⁶ GUEVARA GONZÁLEZ, Linda. La naturaleza jurídica de los Comités de Salud y su ubicación en el derecho público o privado, p. 1.

públicas no lo admiten. Debe hacerse la salvedad aquí, que la autoridad sigue estando en manos de los funcionarios, y esta autoridad implica coerción al momento de ejecutar determinadas acciones o políticas, traducidas en leyes y reglamentos; en ese ámbito exclusivo del Estado no intervienen los Comités de Salud, sino solo en una fase de denuncia y colaboración ya sea como comunidad o como individuos.

La primera definición implica que en todo el país donde se formule, ejecute y evalúe una política de salud (verbi gracia: políticas públicas de salud en la lucha contra el tabaco, la prevención de la obesidad, infecciones de transmisión sexual, salud sexual y reproductiva, salud de la niñez y la adolescencia, saneamiento del medio, dotación de agua potable, etc.) debería haber una representación de las comunidades. Ello por su puesto no implica que por otras vías de participación no se involucren gremio, sindicatos, ONG's, etc.

Otro aspecto a destacar es que las tareas de restitución y rehabilitación de salud implican la fase curativa del binomio salud-enfermedad, y es esta área precisamente el dominio de los médicos y personal de apoyo en la salud y donde la participación de la comunidad o el individuo es mínima, por falta de conocimientos en áreas muy técnicas, falta de idoneidad o simplemente por estar más distantes de su función principal, prevenir que la comunidad se enferme.

Una coincidencia en ambos conceptos es que encontramos la expresión interés público entendida como: *“el conjunto de pretensiones relacionadas con las necesidades colectivas de los miembros de una comunidad y protegidas mediante la intervención directa y permanente del Estado”*¹⁰⁷, con esa expresión quiere significarse que al Estado panameño le interesa la constitución de estos organismos y que sus actividades revisten especial significado para el Estado y la sociedad.

Ejemplo de ello lo podemos ver en los sindicatos (de empleados, obreros, profesionales y empleadores), cuya constitución reviste interés público, pero nadie

¹⁰⁷ HUERTA OCHOA, Carla. El concepto de interés público y su función en materia de seguridad nacional. <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2375/8.pdf>, p. 133.

los entiende como una entidad dependiente del gobierno, pese a gozar de ciertos derechos y recibir una tutela especial por parte del Estado consignada en la legislación laboral de sus respectivos países. El Código de trabajo panameño, en razón de la constitución de los sindicatos indica:

“Artículo 334. Se declara de interés público la constitución de sindicatos, como medio eficaz de contribuir al sostenimiento y desarrollo económico y social del país, la cultura popular y la democracia panameña.”

Como se puede observar, al Estado le interesa que se constituyan, pero no se ocupa en teorizar en que régimen jurídico se encuentra. En el caso de los sindicatos, se sabe su naturaleza jurídica y se entiende claramente, porque las normas laborales que lo regulan son claras en cuanto a muchos de sus aspectos de funcionamiento e incluso existe toda una jurisdicción especial para atender los conflictos que surgen entre las partes del ámbito laboral; algo que no queda muy claro en las disposiciones muy básicas del DG 401 y que se enredan más en muchas disposiciones reglamentarias, del extinto DE 708 y el vigente DE 389.

Otro aspecto a resaltar es la parte final de la primera definición planteada, que indica que los Comités de Salud deben *servir de medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud*; consideramos esto de importancia, porque puede generar conflictos con las autoridades públicas, especialmente las de salud, ya que si el Comité de Salud debe proteger los derechos de salud de su comunidad y las autoridades sanitarias por buena fe, error, desconocimiento, autoritarismo o interés político toma decisiones, que pueden ser acertadas o no, que sean percibidas por la comunidad como negativas o insuficientes, la concepción que tenga el funcionario de salud de este organismo, lo mismo que la que tengan los propios Comités de Salud les permitirían ubicarse en su ámbitos de competencia y resolver los conflictos para mejor beneficio de la comunidad, ya que como sucede frecuentemente en la realidad de la participación comunitaria, la participación de la comunidad a veces se percibe como un problema, desde la perspectiva del

funcionariado o las propias comunidades no tienen conciencia del alcance de sus derechos y deberes.

Por otra parte, tomando como correcta la primera definición propuesta de Comité de Salud, que indica que este es un *Organismo cuya constitución legal es de interés público concebido como instrumento de organización popular con capacidad de plantear las necesidades de la comunidad donde se organiza; participar en la planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud; y servir de medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud*; podemos observar que se cumplen dos características más de los entes públicos no estatales, a saber: la persecución de fines públicos y los cometidos que cumplen.

Ello es así debido a que, además de que su propia constitución es de interés público o lo que es lo mismo, a la sociedad y el Estado les interesa que estos organismos se constituyan y colaboren en acciones en pro de la salud comunitaria, estos organismos deben entre otras cosas velar por el cumplimiento de los programas de salud en sus comunidades, participar en las acciones asociadas a la ejecución de los programas de salud y velar por que cada comunidad ejerza sus derechos en salud, la forma en que estos organismos realizan estos fines es a través de la participación en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, como se ha dicho antes, en unos momentos coadyuvan con las autoridades de salud y en otros momentos supervisan esa labor, como parte de esa labor conjunta que gobierno y comunidad deben desarrollar en los asuntos de índole social.

En relación a los cometidos que cumplen, los Comités de Salud intervienen en las acciones de salud pública de sus comunidades, incluyendo sin limitarse a: la gestión de los servicios de salud a nivel de atención primaria, provisión de agua potable, cumplimiento de los programas de salud.

4.2. Formación de los Comités de Salud

Los Comités de Salud se integran por personas mayores de 15 años, residentes en la respectiva comunidad, que enuncien su interés de pertenecer al Comité de Salud y que se registren en el libro de inscripción del Comité de Salud.

Como se desprende de lo anterior la participación en estos organismos está restringida a un área o territorio definido, la comunidad, que puede ser, en el caso panameño, uno o varios barrios o uno o varios corregimientos; también se permite la participación de menores de edad, algo que no es común en otros esquemas participativos, donde solo se participa si eres ciudadano (persona mayor de 18 años).

El estatuto modelo de los Comités de Salud indica que los menores deben estar en rango de 15 a 17 años y tendrán derecho a voz y voto cuando lo disponga la junta directiva de la organización. En materia de sindicatos de trabajadores, se les permite incorporarse a un sindicato desde los 14 años (artículo 337 del Código de Trabajo de Panamá).

En relación a la inscripción de los miembros, la totalidad de los inscritos en el Libro de Registro del Comité de Salud constituyen la Asamblea General, quienes decidirán la creación del Comité, para efectos de su constitución, posterior a ello serán la máxima autoridad del organismo; la decisión favorable del Ministerio de Salud en aceptar la constitución del Comité de Salud, se registrará en los Libros que para tal fin lleve esa entidad y esta inscripción determinará la Personería Jurídica del organismo comunitario; una vez reconocido, el Comité, es una persona capaz de ejercer derecho y contraer obligaciones.

Para mayor ilustración de esta sección pueden verse en el anexo los artículos 1, 3, 4 y 5 del DG 401, artículo 2 del DE 389 y artículo 4 del estatuto modelo.¹⁰⁸

La afiliación colectiva, otra característica de las PPnE, no se ve tan nítida en el DG. 401, ello es así debido a que al crearse un ente público no estatal se obliga a los miembros de un grupo social determinado a ser parte de ese colectivo, es el caso de lo que sucede en algunos países en los llamados colegios profesionales, como un colegio de abogados, colegio de enfermeras, colegio médico, etc., sin embargo, en los Comités de Salud no hay coacción a pertenecer al organismo, sería contradictorio con su finalidad, pero la participación, que vendría a ser voluntaria, está constreñida a las personas de una determinada comunidad, impidiendo que personas de otras comunidades participen en ese organismo y forzándolas, de manera indirecta a organizarse en sus núcleos comunitarios.

Se puede estimar que dada la naturaleza de la organización, sus objetivos y la gran cantidad de personas que se pueden encontrar en una comunidad, la participación sin coacción podría resultar más fácil, mientras que en otras PPnE, donde el objetivo es el control o supervigilancia de una actividad específica, como la ética en el ejercicio de una profesión, implica la coacción para que los individuos pertenecientes al colectivo, que no puedan sustraerse de las potestades reguladoras o sancionatorias de la entidad; esas facultades y funciones no son necesarias en el caso de los Comités de Salud y si en entidades como los colegios profesionales, donde se agremian obligatoriamente a los abogados, los médicos, los ingenieros, entre otros profesionales, para garantizar la ética en esas profesiones.

¹⁰⁸ El Ministerio de Salud adoptó un modelo de estatuto de Comité de Salud, como guía o modelo, no es un texto legal en sí, sino hasta que lo adopta un Comité de Salud para sí mismo. En la mayoría de los casos es adoptado sin modificaciones sustanciales por los Comités de Salud que solicitan su reconocimiento, salvo algunos aspectos que puedan variar dadas las particularidades propias de cada área donde se organizan los Comités; por tal razón cada vez que se requiera mencionar algo relativo a los estatutos del Comité de Salud, se aludirá el estatuto modelo ya que resulta más práctico referirse a él que a cada estatuto de manera individual.

4.3. Fines u objetivos de los Comités de Salud

Los objetivos y funciones de los Comités de Salud se pueden agrupar en:

4.3.1. Organizar

Los Comités de Salud deben servir como instrumentos de organización popular en sus comunidades, para:

- aumentar los esfuerzos que se realizan para superar o mejorar sus condiciones de vida.
- asegurar los medios necesarios para que los derechos en salud sean ejercidos por todos los miembros de la comunidad; y
- compartir responsabilidades con el grupo técnico del Ministerio de Salud (a nivel Local), en la organización de la comunidad, para que la misma pueda ejercer sus deberes y derechos y así cumplir a cabalidad lo establecido en el Código Sanitario y demás leyes vigentes sobre salubridad nacional.

Se observa, que la primera serie de tareas a cumplir constituyen la organización de la comunidad para poder desarrollar todos sus objetivos, esta participación en las tareas de salud implica; pues, un alto nivel organizativo, un empoderamiento de la comunidad y el conocimiento de sus deberes y derechos en salud, algo que, además de, la propia iniciativa de la comunidad y el interés que muestren se debe lograr también con el apoyo de las autoridades sanitarias.

4.3.2. Proponer y Ejecutar Planes

Los Comités de Salud podrán:

- proponer, realizar y participar en todas las acciones asociadas a los programas del Ministerio de Salud, en coordinación directa con las autoridades locales de salud;
- participaran activamente en las acciones asociadas a los programas de salud;
- velarán por el estricto cumplimiento de los programas de salud, orientados a la atención óptima de la salud de la población;
- vigilar el cumplimiento correcto de las disposiciones legales consagradas en el Código Sanitario y sus reglamentos; y
- propondrán y realizarán actividades de investigación para identificar necesidades de salud.

En este segundo grupo observamos aspectos importantes como velar por el cumplimiento de los programas de salud, ya que los ejecutores de estos programas son las autoridades de salud, y si la comunidad organizada debe velar por su buen cumplimiento, ello implica algún nivel de supervisión en la gestión de las autoridades, algo que se canalizará a través de los canales de comunicación, formales e informales que se tenga con las autoridades locales de salud.

Debemos advertir en este punto, antes de seguir profundizando que las potestades otorgadas por la ley, para realizar y proponer actividades en las áreas de salud, no implican el acatamiento estricto de esos dictámenes por parte de las autoridades de salud, pero estas, conforme el mandato de la ley deberán ser receptivos de estas ideas, sugerencias e incluso injerencias en los asuntos que les atañen y apoyarlas, rechazarlas, postergarlas o enriquecerlas cuando sea el caso, lo que no se puede admitir es la desestimación de tales aportes por no provenir de técnicos o especialistas; por tanto, se podrá observar que se le ha conferido a los Comités de Salud algunas potestades jurídicas (otra característica de las PPnE),

muy diluidas probablemente, en relación a la teoría, pero que se pueden observar en aspectos enunciados.

4.3.3. Captación de Recursos

Los Comités de Salud, a través de sus juntas directivas, promoverán actividades a fin de recolectar fondos dentro de sus respectivas comunidades para el mejor desarrollo de los programas de salud, y ello es así ya que costear los gastos que debe afrontar el Estado en temas de salud pueden ser enormes, por un lado, y por otro, no siempre el Estado cuenta con la disponibilidad de los fondos para atender cada gasto, grande o pequeño, que requiere una comunidad en materia sanitaria. De allí que el apoyo comunitario para la obtención de fondos resulte vital para el apoyo de las autoridades de salud y llevar los programas sanitarios a los confines de cada comunidad.

Lo relativo a los fines y objetivos de los Comités de Salud está regulado en el artículo 6 del DG. 401 y los artículos 9, 11 y 12 del DE. 389, que pueden verse en el anexo de este trabajo.

4.4. La naturaleza jurídica de los Comités de Salud

La naturaleza jurídica tiene que ver con la esencia propia de determinado concepto o institución.

La importancia de determinar la naturaleza jurídica de una institución jurídica es importante, ya que según el jurista Javier Ernesto Sheffer: *“la ubicación de una figura o institución creada por el Derecho dentro de una determinada esfera del ordenamiento jurídico depara, además de otros efectos, precisión sobre el régimen jurídico aplicable, lo cual conduce a resultados prácticos importantes”* (1997, p. 109); estos efectos pueden ser saber el ordenamiento jurídico que rige sus relaciones laborales, como es el caso de los Comités de Salud, que al existir dudas

en ese aspecto, ninguna autoridad pública o tribunal de justicia atendían los contenciosos surgidos entre los Comités de Salud y sus ex empleados.

Según Sheffer, la naturaleza jurídica de los Comités de Salud se encuentra en el artículo 1 del DG. 401 al disponer:

“Artículo 1. Declárese de interés público la constitución legal de los Comités de Salud de las comunidades, para promover su iniciativa en la orientación, planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud¹⁰⁹.”

Se puede conceptuar aquí que en artículo anteriormente citado, en realidad declara de interés público la constitución legal de los Comités, no así el organismo en sí. Sin embargo, ello no significa que el organismo no sea de interés público, se puede estimar que ello es así, pero con fundamento no solo en el artículo 1 del DG 401, sino también en el desarrollo del articulado de la ley.

La Procuraduría de la Administración de Panamá, en nota 213 de 19 de octubre de 1993, citada por Sheffer, opinó al respecto de este tema que:

“la naturaleza de interés público que anima a las entidades que participan en los programas de salubridad comunal, la función en miras de ese noble fin, sin obviar la iniciativa de los particulares, nos hace colegir que esta cierta conformación híbrida de los Comités de Salud es necesaria y de la buena voluntad de las partes y del denodado esfuerzo por construir un país con salud se verán reflejados los mejores beneficios que se tuvieron en mientes al promover la mayor participación de los ciudadanos en los problemas de toda sociedad que como la nuestra se encuentra en vías de desarrollo.”¹¹⁰

¹⁰⁹ SHEFFER, Javier Ernesto. Los comités de salud: opiniones y aspectos jurídicos relevantes. Revista Lotería No. 413 julio – agosto de 1997. Año MCMXCVII, p. 109.

¹¹⁰ Ídem, p. 110.

La naturaleza jurídica, también hace relación con el régimen jurídico del organismo, y éste viene a ser de naturaleza jurídica mixta, igual que otras PPnE, ya que la tutela o regulación que recibe el Comité de Salud en materia de sus finanzas, por ejemplo, indica que hay un fuerte componente de Derecho público, que no es total, pero existe,

También el hecho de que mientras una fundación, una ONG u otros organismos de participación ciudadana se constituyen en un marco legal de exiguas injerencias públicas, donde se dan líneas generales para canalizar y desarrollar adecuadamente su gestión, apegada a la ley y sus objetivos; en el caso de los Comités de Salud es la ley la que los crea, los organiza, fija sus deberes y derechos, le concede algunas prerrogativas, entre otras cosas, se observará entonces que el marco de regulación es más amplio, sin embargo en temas como el régimen legal de sus empleados, el DG 401 no dice cual sería éste, pero eso puede deducirse de una adecuada interpretación de la legislación (constitucional y legal) aplicable al caso.

La Corte Suprema de Justicia – Pleno- , en fallo de 26 de abril de 2006, indica sobre este tema que:

“(...) ¿qué posición dentro del engranaje del Derecho Administrativo ocupan los Comités de Salud? La explicación a este interrogante es de tipo doctrinario porque el instrumento creador de los Comités no es claro. Como se ha visto, describe un organismo que nace a iniciativa de los particulares para la promoción de la participación ciudadana en los temas de salud comunitaria; pero, al mismo tiempo, prevé unos controles propios de las instituciones públicas, en materia de sus estatutos, manejo de fondos y regulación de sus políticas que responden a las que globalmente haya trazado el Estado con relación a la salud comunitaria.

*A esta guisa, el **hibridismo** que salta a la vista de los Comités de Salud, inclina a considerar que se trata de **un ente público no estatal o corporación pública no estatal** (...)*

Más claramente puede expresarse que los Comités de Salud son entidades públicas no estatales (o no ubicadas dentro de la estructura de un Ministerio o dependencia oficial), lo que les otorga una calidad sui generis (...).¹¹¹

4.5. Régimen legal de las finanzas de los Comités de Salud.

Este aparte lo dividiremos en dos partes, lo relativo a los recursos económicos y lo referente al patrimonio de los Comités de Salud.

4.5.1. Recursos Económicos:

- Cuidar de los fondos con la honestidad y cuidados de un buen padre de familia.
- Depositar los Fondos del Comité en una cuenta en el Banco Nacional más cercano.
- Llevar registros de Contabilidad conforme las directrices de Contraloría General de la Nación.
- La Administración Financiera se regirá por las Normas y Procedimientos de Contraloría General.
- Acatar disposiciones del Ministerio de Salud y Contraloría para el control de bienes públicos.
- Conocer la Justificación de Gastos.

¹¹¹ Corte Suprema de Justicia – Pleno - .amparo de Garantías Constitucionales, Fallo de 26 de abril de 2006, pp. 6-7.

- No impedir la Compra de insumos básicos.
- Los documentos de manejo financiero son responsabilidad del Tesorero.
- Parte de los Fondos podrán usarse para actividades de vigilancia y prevención de riesgos a la salud.

4.5.2. Patrimonio del Comité de Salud:

- Las colaboraciones y aportaciones voluntarias de los miembros de la comunidad.
- Los provenientes de actividades para obtener fondos.
- Los provenientes de donaciones.
- De las cuotas que se fijan los miembros del Comité de Salud.
- Se prohíbe la Venta de bienes muebles o inmuebles, salvo autorización de la mayoría del comité en Asamblea General.

Los artículos 10 Numeral 4, 12, 13, 14, 15 del DG 401 y los artículos 14, 15, 16, 17, 21, 31, 32 del DE. 389, pueden verse en el anexo para mayor ilustración sobre este aparte.

Habiendo visto los puntos anteriores, se podrá observar que se le ha conferido a los Comités de Salud algunas potestades jurídicas (otra característica de las PPnE), muy diluidas probablemente si se las compara con la teoría, pero que se pueden observar en aspectos como incorporar en su patrimonio dineros provenientes del trabajo en salud que realiza el Estado. Otra característica de los PPnE que comparte el Comité de Salud es los privilegios y exenciones, como los es la exención a los Comités de Salud del pago de impuestos, contribuciones, tasas,

gravámenes o derechos de cualquier clase o denominación (Segunda parte del artículo 4 del DG. 401).

También se puede comentar que las características de las PPnE que involucran el origen y pertenencia del patrimonio y el origen y naturaleza de los ingresos de las PPnE, se cumplen en estos organismo; el artículo 13 del DG. 401 resulta muy ilustrativo, al decir que:

Artículo 13. Constituirán el patrimonio de los Comités de Salud, los fondos provenientes y aportes voluntarios de los miembros de la comunidad que acuden al Centro de Salud a solicitar y recibir algún servicio de salud, y de los que proceden de las actividades que promueva para su consecución.

Queda claro, que el patrimonio y los ingreso del Comité de Salud proviene de los aportes voluntarios que entreguen los miembros de la comunidad por recibir atención en los centros de salud, esto no es otra cosa que decir que a nivel primario de atención de salud, el Estado no cobra (no existe una tasa) por las diferentes servicios de salud que brinda a la comunidad y que los beneficiarios de estos servicios pueden brindar aportaciones, pero no al Estado, sino al Comité de Salud para que gestionen las actividades necesarias para la consecución de sus fines. Cabe anotar que si la realidad está alejada de esta observación, discutirlo no es el objeto de este trabajo.

A consecuencia de este aspecto, eminentemente financiero, observamos que el régimen jurídico del Comité de Salud es mixto (otra característica de las PPnE), debido a que al revisar las disposiciones financieras puede notarse que el Estado obliga a esta organización a depositar sus fondos en una entidad bancaria determinada (Banco Nacional de Panamá), esos fondos están sujetos a audits de las autoridades públicas (Ministerio de Salud y Contraloría General de la República), las normas para la administración de fondos se rigen por lo dispuesto por Contraloría General, ese régimen de control indica normas de derecho público, sin embargo, el manejo de los fondos es responsabilidad de dos de los directivos de la

organización, el presidente y el tesorero, que no son funcionarios o servidores públicos, dentro del ámbito de salud, tienen amplia iniciativa para gestionar las actividades que resulten necesarias para conseguir sus fines y muy particularmente estos fondos no están sometidos a control previo de la Contraloría, y el DG. 401 no contempla sometimiento de los directivos responsables de los gastos a una autoridad local de salud, para decidir en que se gasta o no el dinero, lo que la ley mandata es que exista coordinación, entre el Comité de Salud y las autoridades del Ministerio de Salud.

En la doctrina lo relativo a como se obtienen los fondos del Comité de Salud se conocen como contribuciones parafiscales, que se definen como *“las exacciones recabadas por ciertos entes públicos para asegurar su financiamiento autónomo. Este tipo de exacciones ha adquirido modernamente gran importancia, y bajo la denominación de -parafiscales- han aparecido contribuciones destinadas a la previsión social, a cámaras agrícolas, a fondos forestales, centros de cinematografía, bolsas de comercio, centros de estudios, colegios profesionales, etc., o sea, a entidades de tipo social o de regulación económica. Se dan generalmente las siguientes características en cuanto a estas exacciones: a) no se incluye su producto en los presupuestos estatales (de la Nación, provincias o municipios); b) no son recaudadas por los organismos específicamente fiscales del Estado (Dirección General Impositiva, Direcciones Generales de Rentas); c) no ingresan en las tesorerías estatales, sino directamente en los entes recaudadores y administradores de los fondos.”*¹¹²

Para terminar, se puede indicar que la coordinación es posible entre organizaciones o individuos en igualdad legal, si la ley concibiera a los Comités de Salud como organismos apéndice o dependientes del Ministerio de Salud, la relación sería de autoridad (Ministerio de Salud) y subordinación (Comité de Salud) y no habría razón jurídica o práctica para coordinar con un organismo dependiente.

¹¹² VILLEGAS, Héctor B. Curso de finanzas, derecho financiero y tributaria. Tomo único. Buenos Aires, Argentina. Ediciones de Palma. Séptima edición. 2001, p. 114.

4.6. Régimen legal de las relaciones laborales de los Comités de Salud.

El DG. 401 no se ocupa de la contratación de personal, pero tampoco lo prohíbe, ello es una evidencia más de que estamos frente a un organismo de naturaleza legal mixta, ya que si fuera solo de naturaleza pública no debería admitir la contratación de personal, dado el principio jurídico de que en el sector público sólo se hace lo que la ley dice, mientras que en los regímenes de derecho privado, se puede hacer todo lo que la ley no prohíbe.

En algún momento de su historia en Panamá, los Comités de Salud iniciaron la contratación de personal, no tenemos evidencia clara de en que momento se comenzó con esta práctica, pero evidentemente ello dio problemas entre los funcionarios de salud y los directivos del Comité, por el control y dirección de este recurso humano, ello se deduce de las innumerables consultas sobre el tema, a la Procuraduría de la Administración y fallos en los tribunales de trabajo, algunas de las cuales aparecen en el anexo de este trabajo.

En 1992, se dictó el Decreto Ejecutivo 708 de 7 de septiembre, que en su artículo 19 planteaba lo relativo a la contratación de personal:

Artículo 19. La Junta Directiva, bajo ninguna circunstancia podrá impedir la adquisición de insumos, medicamentos, y contratación de personal especializado en materia de salud para el desarrollo de los programas de salud. Todo lo relacionado a nombramiento, remoción o traslado de personal al servicio del Centro de Salud, deberá canalizarse en coordinación con las autoridades de salud correspondientes, quien procederá en concordancia a lo establecido en el Código Administrativo y reglamento Interno de Personal del Ministerio de Salud.

Puede observarse una clara colisión con normas constitucionales relativas a los regímenes laborales de los trabajadores y los servidores públicos, ello es así porque la misma norma constitutiva, el DG 401 no se ocupa del tema, ese Decreto de Gabinete no dice que los Comités de Salud pueden contratar personal, y mucho

menos se refiere al régimen jurídico de contratación. Por tanto, es un exceso de la reglamentación indicar cual es el régimen jurídico aplicable al personal, más aun, los temas sujetos a tutela jurídica del Estado son de derecho público, mientras que, los no sujetos a esa tutela, se rigen por el derecho común.

La Constitución Política reserva a la ley (en sentido formal-material) el establecimiento de los regímenes jurídicos de los trabajadores y los servidores públicos, así podemos ver los artículos 77 y 302, que rezan:

“ARTÍCULO 78. La Ley regulará las relaciones entre el capital y el trabajo, colocándolas sobre una base de justicia social y fijando una especial protección estatal en beneficio de los trabajadores.”

“ARTÍCULO 302. Los deberes y derechos de los servidores públicos, así como los principios para los nombramientos, ascensos, suspensiones, traslados, destituciones, cesantía y jubilaciones serán determinados por la Ley.

Los nombramientos que recaigan en el personal de carrera se harán con base en el sistema de mérito.

Los servidores públicos están obligados a desempeñar personalmente sus funciones a las que dedicarán el máximo de sus capacidades y percibirán por las mismas una remuneración justa.”

Podemos observar que en el artículo 78 es la ley (en sentido formal - material) la que regula la relación entre el capital y el trabajo, no un Decreto Ejecutivo u otro tipo de documento que contenga normas jurídicas. Lo mismo ocurre en relación al artículo 302 que establece incluso figuras mencionadas en el artículo 19 del DE 708, al establecer que el nombramiento, traslado y remoción de personal se rige por medio de la ley (en sentido formal - material).

Algunos podrán alegar que el artículo 19 no establece un régimen legal en sí, solo dice cual es el aplicable, sin embargo, debe advertirse que el sistema de manejo del recurso humano de los Comités de Salud cae en un ámbito de cooperación entre el Comité de Salud (o más bien su Junta Directiva) y la autoridad de salud. No es necesario recalcar que la Administración Pública en uso de sus

potestades legales, no coordina con nadie el nombramiento de un servidor público, simplemente se limita a cumplir la ley.

De allí, que el Ejecutivo al aprobar el DE 708 de 1992 se excedía en sus potestades reglamentarias al decir en un reglamento que el Código Administrativo era la norma jurídica aplicable a los asuntos del personal pagado con fondos del Comité de Salud.

Otro aspecto curioso a resaltar es que mientras duró vigente el DE 708 y hasta un pronunciamiento de la Corte en 2006, jamás las autoridades del Ministerio de Salud, ni los propios Comités hicieron gestiones concretas para incorporar a los empleados de los Comités de Salud, supuestamente servidores públicos, en el régimen de carrera administrativa, sucesora natural de las disposiciones del Código Administrativo sobre personal al servicio del estado, adoptadas en 1994.

En 1997, el Ministerio de Salud dicta el DE 389 y en este documento amplía a dos las disposiciones relativas al manejo de personal, pero omitiendo toda referencia al Código Administrativo o la ley de Carrera Administrativa vigente en esa época y en contradicción a las normas constitucionales ya enunciadas y al DG 401. Los artículos 18 y 19 indican:

“Artículo. 18. El Comité de Salud tiene la facultad de proponer nombramientos o remoción de personal pagado con sus fondos, siempre y cuando la Dirección del Centro de Salud lo estime necesario. Dicho personal se someterá a la disciplina administrativa del Centro de Salud respectivo.

Dichas iniciativas deberán hacerse en coordinación con las autoridades del Centro de Salud, quienes procederán en concordancia a lo establecido en la legislación vigente.

Artículo 19. Los nombramientos de personal con fondos del Comité de Salud, se realizarán mediante contrato de la Junta Directiva firmado entre el contratista, el Presidente de la Junta Directiva y el Director del Centro de Salud. Si faltare la firma ya sea del Presidente del Comité o del Director del Centro, dicho contrato no tendrá valor alguno y en consecuencia es nulo.

Estos nombramientos por contrato, podrán afectar periodos de vigencia de otras Juntas Directiva, lo cual aceptará el Director del Centro si lo considera necesario.

En caso que sea necesario dar por terminada la relación contractual sin causa justificada el contratista tiene derecho al pago de sus derechos.”

Si separamos los elementos de este articulado podemos obtener los siguientes puntos relevantes:

- El Comité de Salud puede proponer nombramientos o remoción de personal pagado con sus fondos.
- El Personal contratado por el Comité está sometido a la disciplina administrativa del Centro de Salud.
- El Personal se nombrará mediante contrato firmado por el Presidente del Comité y el director Médico del Centro de Salud.
- Si la relación contractual es terminada sin causa justificada, se cancelarán todas las prestaciones.
- El manejo de personal se realizará en concordancia a la legislación vigente.

En esta redacción observamos muchos puntos de conflicto con la legislación laboral, sea pública, sea privada. Por ejemplo, el articulado sugiere la contratación de personal, pero no habla de que ese personal pueda llegar a ser nombrado y conservar estabilidad o que la contratación sea por tiempo indefinido. El último párrafo parece sugerir como aceptable la terminación del contrato de trabajo por causa injustificada, dando derecho al pago de sus derechos, pero no indica cuáles son esos derechos, tendría que recurrirse a la legislación pública o a la privada.

Estos artículos rompen con ambos sistemas jurídicos de manejo del recurso humano; ya que en el sector privado contrata el empresario o quien este designe

para esas labores, en el sector público es la entidad nominadora, que puede ser un servidor público o un organismo colectivo; pero aquí parecen contratar dos personas de ámbitos de acción distinto, una el Presidente de la junta directiva del Comité, que es miembro de la organización contratante y representante legal de ella, con calidad de particular, no vinculado a la administración; y otro, el Director del Centro de Salud que no es parte de la organización y no tiene injerencia sobre ese organismo y sus decisiones y que es un servidor público.

Se puede comprender la razón de estas normas, ya que el Comité de Salud no debería contratar personal para un Centro sin saber si lo necesita o no, pero resulta que esos problemas se dan por la incapacidad del Ministerio de Salud de contratar personal para laborar en los Centros de Salud u otros problemas que la entidad debe conocer, ello es así porque debe recordarse que los Comités de Salud se constituyen en Comunidades, que pueden o no tener Centros de Salud en su área de trabajo.

Otro detalle es que el personal, si es contratado, no debería estar a órdenes de autoridades públicas de salud, si no al servicio de los planes y programas que emprenda el propio Comité de Salud para lograr sus objetivos.

Es oportuno recordar, la noción de función pública, que no es más que como dice André De Laubadère, citado por Libardo Rodríguez: *“el conjunto de regímenes aplicables a la generalidad de personal de la administración”*¹¹³; según Araúz, *“para que exista esa función pública son necesarios, además del vínculo jurídico del nombramiento, los caracteres virtuales que él genera: la relación de subordinación jerárquica; el sueldo pagado por el Estado, si bien no es elemento decisivo, es de regla, pues puede haber excepciones cuando la ley lo dispone”*¹¹⁴; es evidente en este punto que en la relación trabajador de Comité de Salud (contratista) y Comité de Salud no se habla de nombramiento o posibilidad de él, ni tampoco se paga con

¹¹³ Citado por Heriberto Araúz, Régimen laboral del servidor público. Panamá. Universal Books. 2004, p. 27.

¹¹⁴ ARAÚZ, Heriberto. Op. cit., p. 29.

fondos estatales; y visto lo anterior la propia legislación (artículos 18 y 19 del DE 389) la plantea más en el ámbito de las relaciones laborales (relación entre el capital y el trabajo) que en las de función pública.

La Procuraduría de la Administración, absolviendo queja No. 33 del 22 de mayo de 1998, conceptúa que *“los empleados contratados por los Comités de Salud, se rigen por el derecho privado, en este caso, por normas laborales y bajo la jurisdicción especial del Trabajo, salvo las normas contrarias definidas en los Estatutos del Comité de Salud”*¹¹⁵

No se puede compartir lo relativo a las normas establecidas en los estatutos, ya que debe quedar en mente lo que indica la Constitución en cuanto al tema laboral y que no es otra cosa que solo la ley fija ese régimen, por lo que debe reiterarse que solo el DG. 401 es el que podía contener normas relativas a esa materia y no el documento reglamentario que, valga la redundancia y el aparente absurdo, reglamentó un tema no contenido en la ley.

Otro aspecto que fortalece la noción de que el personal pagado con fondos de Comités de Salud se rige por el derecho privado y no por el derecho público es que la propia Constitución Política define lo que es un servidor público, en los siguientes términos:

ARTÍCULO 299. Son servidores públicos las personas nombradas temporal o permanentemente en cargos del Órgano Ejecutivo, Legislativo y Judicial, de los Municipios, entidades autónomas o semiautónomas; y en general, las que perciban remuneración del Estado.

Se advierte, que el personal pagado con fondos de Comité de Salud no se ajusta a esa definición, dado que el Comité de Salud no es una dependencia del Estado, en los términos definidos en la Constitución, ni sus fondos son públicos, si se puede

¹¹⁵ Queja No. 33 de 22 de mayo de 1998. Presidenta del Comité de Salud de Cerro Batea a la Procuraduría de la Administración, p. 7.

admitir que están sujetos a tutela estatal, pero ello no indica que sean fondos públicos, tampoco los hacen públicos el hecho de que provengan de la atención en salud que se brindan; ya que el marco legal dice que las personas que se atienden allí pueden hacer contribuciones voluntarias que recibirá el Comité. Si manejar esos fondos fuera de interés para el Estado, las normas en las cuales el Estado renuncia a esos fondos no existirían y en consecuencia habría una norma sobre el cobro de tasas por esos servicios, así como, las debe haber en los hospitales públicos que son administrados por patronatos y que contienen en sus normas constitutivas las normas que autorizan al cobro de los servicios que prestan.

Contrario a estas opiniones, la jurisdicción laboral estuvo dividida o en dudas respecto al tema del régimen jurídico de los empleados de Comités de Salud, sin embargo debido a la labor integradora de la jurisprudencia, los tribunales de trabajo adoptaron la postura dominante, surgida antes y durante la vigencia del DE 708, el cual era que los empleados pagados con fondos de los Comités de Salud eran servidores públicos.

Visto ello podemos citar la sentencia del 29 de noviembre de 2000, dictada por el Tribunal Superior de Trabajo del Primer Distrito Judicial, en el caso de Concepción Gobeia vs el Comité de Salud de Cerro Batea en que el trabajador demanda el pago de sus prestaciones y reintegro por despido injustificado, el tribunal resolvió *“revocar la sentencia PJ-3-47-98 de 13 de noviembre de 1998 de la Junta de Conciliación y Decisión No. 3, en el proceso instaurado... y DECLARA probada la excepción de Falta de Competencia.”*¹¹⁶

Ello lo hizo en base a que el tribunal considera que los Comités de Salud en Panamá:

“(...) constituyen instrumentos de organización popular con capacidad para ser participes en la planificación y ejecución de los programas de

¹¹⁶ Sentencia de 29 de noviembre de 2000, Tribunal Superior de Trabajo, Primer Distrito Judicial. Caso Concepción Govea vs Comité de Salud de Cerro Batea., pp. 7 – 8.

salud de dicho ministerio y adoptan la forma de organismo de interés público funcionando donde existen los centros de salud, dependientes del Ministerio de Salud directamente...

En consecuencia, la Junta no debió atribuirse la competencia de este proceso por ser el ente demandado un ente público a quien no le es aplicable el Código de Trabajo... No debió el juzgador, A quo¹¹⁷ fijar el conocimiento del proceso tomando como referencia la opinión emitida por un alto funcionario del Ministerio Público como lo es, la Procuradora de la Administración pues no se trata de opinión sino de ley y es la que fija su competencia de materia.

Esta superioridad, ya se ha pronunciado sobre procesos en los cuales se han demandado a los comités de salud, como lo hizo bajo la ponencia del Magistrado Carlos E. Icaza M. el 15 de enero de 1990; en esa ocasión esta superioridad manifestó que las Juntas no tenían competencia para conocer de los procesos cuando aparece demandado un comité de salud.¹¹⁸

(El subrayado es nuestro).

Hay que disentir del aspecto enunciado por el Tribunal Superior de Trabajo y que es la raíz de la confusión de esa superioridad, el cual es la convicción de que el Comité de Salud está subordinado al Ministerio de Salud, cuando la realidad es que es un organismo autónomo que funciona por iniciativa de la comunidad para coadyuvar con la labor de las autoridades de salud y no para seguir sus instrucciones. Si fuera así, simplemente el Comité de Salud no podría ser un

¹¹⁷ Según la Enciclopedia Jurídica Omeba, 2008: **a quo**: “en el lenguaje forense, la expresión a quo designa al juez o tribunal de cuya resolución se recurre ante el superior (ad quem).” Y **ad quem**: “en el Derecho procesal la expresión se utiliza comúnmente en el lenguaje forense, para indicar el juez o tribunal de alzada, ante quien se interpone un recurso, de la resolución dictada por un juez inferior y distinto (a quo).”

¹¹⁸ Ídem, pp. 5 – 7.

organismo de participación, sino solo una entidad estatal más, determinada a cumplir ciega y estrictamente el dictado de la ley.

Se debe indicar que los Comités de Salud, conforme estadísticas del Ministerio de Salud son muchos más que las instalaciones sanitarias del primer nivel de atención en salud, lo que se denomina centros de salud y donde creen, erróneamente algunas autoridades públicas, tienen los Comités de Salud su domicilio. Incluso los Comités de Salud son más que todas las instalaciones de salud del país. Es cierto que algunos Comités de Salud tienen su domicilio en centros de salud u otras instalaciones, pero hay otros que desarrollan su labor comunitaria sin contacto directo con la gestión de un centro de salud. Ello se puede evidenciar en el siguiente cuadro, elaborado con información proveniente del sitio de internet del Ministerio de Salud de Panamá donde no solo se incluye el total de instalaciones del nivel primario, sino de todas las instalaciones sanitarias del Ministerio de Salud.

Cuadro comparativo No. 1
Cantidad de Comités de Salud frente a cantidad de
instalaciones sanitarias del Ministerio de Salud

Cantidad de Comités de Salud en Panamá al año 2006	Cantidad de instalaciones sanitarias del Ministerio de Salud al año 2007 – 2008.
1,665	918

Confrontando las cifras anteriores resulta evidente que los Comités de Salud funcionan en algunas instalaciones de salud, de las 918 indicadas, ya que otras de ese total incluyen instalaciones administradas por patronatos o manejadas directamente por la autoridad de salud, pero existen otros muchos Comités de Salud que no dependen de un centro de salud para obtener sus fondos, el personal que pueden contratar no trabaja en un centro o instalación de salud y por tanto, a

pesar de estar sometidos a la misma tutela estatal que dicta el DG401, no hay nexos directos con el centro de salud en los términos ideados por los tribunales laborales, lo que hace falsa la expresión de que estos organismos solo están *“funcionando donde existen los centros de salud, dependientes del Ministerio de Salud directamente”*.

Con motivo de las decisiones de los tribunales laborales, rechazando su competencia sobre éstos temas, las personas pagadas con fondos de Comité de Salud no podían acudir a la justicia laboral, ni a las instancias que estableció la ley de carrera administrativa, los destituidos estaban en indefensión. En virtud de ello, la Corte Suprema de Justicia – Pleno – resolviendo un Amparo de Garantías Constitucionales, ante tal indefensión resolvió en sentencia del 26 de abril de 2006 que Miguelina Palacios (demandante) tenía derecho a que su caso fuera atendido por los tribunales de trabajo y revocó la Resolución de 5 de julio de 2005, expedida por el Tribunal Superior de Trabajo del Primer Distrito Judicial y ordena se prosiga con el trámite regular del proceso laboral en la instancia competente.¹¹⁹

Entre las consideraciones del Tribunal del Amparo están que:

“(...) la actora parte de la premisa de que las personas que prestan servicio a los Comités de Salud son trabajadores a quienes se les aplica el Código que regula las relaciones obrero patronales, y no las normas legales atinentes a los servidores o funcionarios público, porque tales personas no tienen la condición de servidores estatales, según la definición que de estos brinda la Constitución de las (sic) República en su artículo 299, fundamento jurídico de la presente

¹¹⁹ Cfr. fallo de 26 de abril de 2006. Corte Suprema de Justicia – Pleno – Acción de Amparo de Garantías Constitucionales. Miguelina Palacios vs Tribunal Superior de Trabajo del Primer Distrito Judicial de Panamá, p. 10.

demanda de derechos fundamentales. La corte coincide con este parecer.¹²⁰

La Corte también indica que ninguno de los miembros del Comité son servidores públicos, puesto que no cumplen con ninguno de los elementos constitucionalmente previstos para estimar como servidor público a una persona natural.¹²¹

La Ley constitutiva les garantiza a los Comités de Salud su autonomía y patrimonio propio, entiéndase, un patrimonio distinto del patrimonio Estatal.¹²²

Para terminar esta sección la Corte indicó, en el fallo que venimos citando, lo siguiente:

“Como persona jurídica, el Comité de Salud puede recibir la prestación de servicios personales en condición de subordinación jurídica y dependencia económica, supuesto ante el que dicha relación ha de regirse no por las normas civiles sino por las del Código de Trabajo...

Los Comités de Salud son personas jurídicas distintas a cualquier ente público o privado, al poseer una fisionomía jurídica propia y autónoma; sus miembros (término que incluye a las Comisiones, Asamblea General y Junta Directiva) y planta de trabajo contratada – por carecer de la calidad de servidor público -, no les es aplicable las normas sobre el estatuto de carrera administrativa u otra carrera pública existente. Esto es sin perjuicio de la asesoría técnica y funcional que está obligado a prestarles el Ministerio de Salud, según lo tiene previsto el artículo 12 de la Ley creadora de los Comités, cuyos ejecutores es posible que sí lo sean.

¹²⁰ Ídem, p.3.

¹²¹ Cfr. Ídem, p. 4.

¹²² Cfr. Ídem, p. 5.

En cuanto a la planta se trabajo contratada bajo subordinación jurídica y dependencia económica, es de derecho que se le reconozcan sus prestaciones laborales, de conformidad con la Ley laboral, si es el caso, máxime si como tiene previsto la reglamentación de los Comités, es posible que una contratación de personal al servicio del mismo pueda afectar períodos de regencia de distintas juntas directivas (cuya duración es de un año).

Debe concederse el amparo por infracción del artículo 299 de la Constitución¹²³”

4.7. Relación entre el Comité de Salud y el Ministerio de Salud.

Se ha dividido esta sección en dos (2) partes, a saber:

4.7.1. Deberes del Ministerio de Salud:

- Procurar la formación de Comités de Salud.
- La autoridad de salud y su equipo profesional formaran un Comité Técnico, para asesorar al Comité de Salud.
- Anunciar (en coordinación con el Comité) la fecha de las próximas elecciones.
- Manejar la documentación para la formación de Comités o cambios de firmas.
- Brindar las facilidades necesarias a las Juntas Directivas de los Comités.
- Coordinar y determinar las necesidades, urgencias y gastos para el mejor desarrollo de programas de salud.

¹²³ Ídem, p. 9.

- Fiscalizar la documentación de los manejos financieros del Comité.

4.7.2. Derechos del Ministerio de Salud:

- Hacer el llamado de elecciones cuando el Presidente del Comité de Salud se negare a ello.
- El Director Médico podrá girar contra la cuenta del Comité.

Para ampliar la comprensión de este aparte se pueden leer en el anexo de este trabajo los artículos 3 y 11 del DG. 401 y en los artículos 4, 7, 13, 14, 15, 20, 22 y 24 del DE. 389.

Al respecto de este último punto, ubicado en el segundo párrafo del artículo 15 del DE 389, se evidencia que hay una injerencia indebida, podría conceptuarse que hasta ilegal, del Director Médico del Centro de Salud en los fondos del Comité de Salud; ya que contraviene la disposición que pretende reglamentar. Para ilustrar lo que venimos indicando Veamos el siguiente cuadro comparativo:

Cuadro comparativo No. 2
Personas autorizadas a girar contra la cuenta del Comité de Salud.

DG. 401	DE. 389
Artículo 12. Los fondos de los Comités de Salud deberán estar depositados en el Banco Nacional de Panamá o en la sucursal más cercana. <u>Podrán girar sobre la cuenta bancaria, el Presidente, quien es su representante legal y el tesorero, conjuntamente.</u>	Artículo 15. La Junta Directiva del Comité de Salud tiene la obligación de manejar los fondos y bienes que tratan los artículos 12, 13 y 14 del Decreto de Gabinete No. 401 y acatar otras disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud y la Contraloría General de la República para el control de los bienes públicos, por ejemplo, cualquier medio de transporte. Cuando se trate de Comités de Salud, con domicilio en los Centros de Salud, <u>podrán girar contra la cuenta bancaria además del presidente y el tesorero del</u>

	<u>Comité, el Director/a del Centro de Salud.</u>
--	---

(El subrayado es nuestro)

Resulta evidente la colisión de la norma inferior con la superior, el exceso cometido por la norma reglamentaria en otorgar una prerrogativa a una autoridad pública que no la tiene, violando no solo la ley, sino la propia Constitución Política que obliga al Ejecutivo a reglamentar las leyes sin apartarse de su texto, ni de su espíritu.

“Artículo 184. Son atribuciones que ejerce el Presidente de la República con la participación del Ministro respectivo:

...14. Reglamentar las Leyes que lo requieran para su mejor cumplimiento, sin apartarse en ningún caso de su texto ni de su espíritu.”

4.7.3. La Junta Interventora (Artículos 20 y 24 del D. 389.)

La Junta Interventora es una figura, que se introdujo en el DE 708 y se mantuvo en el DE 389, para remover la Junta Directiva del Comité de Salud cuando esta no cumpla con sus objetivos, puede estimarse que ésta es otra violación a disposiciones superiores a estos reglamentos, ya que nuevamente el Ejecutivo rebasando su potestad reglamentaria incluye en el reglamento un tema que no se contempla en la ley; además de constituir un elemento extraño al DG 401, permite al Ministerio de Salud rebasar la decisión de la Comunidad, porque remueve a los representantes elegidos libre y democráticamente por ellos y permite al ministerio designar representantes del seno comunitario que no son elegidos por los miembros de la organización, véase pues que los objetivos de esta figura son:

- Cumplir y hacer cumplir los objetivos de los Comités de Salud.
- Propiciar la elección de una nueva Junta Directiva que pueda cumplir y hacer cumplir los objetivos del Comité de Salud.

El Ministerio de Salud para establecer una Junta Interventora a la Junta Directiva del Comité de Salud deberá sustentarlo en los siguientes supuestos:

- Que la Junta Directiva del Comité renuncie en masa.
- Que la Junta Directiva del Comité de Salud se negare a cooperar o cumplir a cabalidad los fines y objetivos.
- Impedir el desenvolvimiento de las acciones de salud.

En el texto legal la Junta Interventora deberá cumplir con sus objetivos en un período de noventa (90) días, transcurridos los cuales deberá haber cumplido con propiciar la elección de la nueva Junta Directiva.

Se debe indicar que si el Comité de Salud, por ley y por definición, es un organismo autónomo, cómo se puede sustentar la creación de una Junta Interventora, en que por encima de la decisión comunitaria de escoger sus representantes; y al margen de las discusiones sobre su conveniencia o no, se introduzca una figura que desconoce la libre elección de los representantes de la comunidad en materia de salud.

El DG 401 no contempla ese tema y por tanto no podía pretender reglamentarse algo que no estaba en la ley; basta recordar el mandato constitucional en relación a las atribuciones del Presidente de la República con el Ministro respectivo para la reglamentación de las leyes, contenida en el artículo 184 numeral 14.

Artículo 184...

14. Reglamentar las Leyes que lo requieran para su mejor cumplimiento, sin apartarse en ningún caso de su texto ni de su espíritu.”

Se puede preguntar si la injerencia en los asuntos del Comité de Salud, que implica la intervención de esta junta, responde al texto y al espíritu del DG 401, salvo mejor criterio, se debe concluir que los artículos relativos a la Junta

interventora no responden al texto ni al espíritu del DG 401, ya que si se acepta como válido que el Comité de Salud es un organismo independiente del Ministerio de Salud, no puede admitirse tal grado de injerencia; en todo caso, los supuestos en que se basa la Junta interventora, están previstas en el DG 401 y en el Estatuto de la organización; se verá lo alegado en el siguiente cuadro comparativo.

Cuadro comparativo No. 3
Reemplazo extraordinario y sanciones a los miembros de la
Junta Directiva del Comité de Salud.

DG. 401	ESTATUTO MODELO	DE 389
<p>Artículo 9. Los estatutos de los Comités de Salud contendrán:</p> <p>c) Las obligaciones y derechos de sus miembros¹²⁴.</p> <p>j) Las demás estipulaciones legales que se crea necesario hacer¹²⁵.</p>	<p>Artículo 6. Son derechos de los miembros Comité de Salud:</p> <p>c) Podrán elegir y ser electos para cargos de dirección.</p> <p>Artículo 27. Los miembros de la Junta Directiva, así como cualquier miembro de una comisión de trabajo, serán destituidos de sus cargos en una Asamblea General cuando se compruebe debidamente que ha cometido alguna de las siguientes irregularidades:</p> <p>a) Que la gestión administrativa que realiza resulte deficiente por su manifiesta negligencia, mala fe o falta de entusiasmo en el desempeño de sus</p>	

¹²⁴ Debe admitirse que los deberes y derechos de los miembros implica también los deberes y derechos de los miembros que integran la Junta Directiva.

¹²⁵ Ejemplo de esto puede ser el régimen disciplinario de la organización.

	<p>responsabilidades.</p> <p>b) Cuando se abuse de la autoridad que no corresponden con la finalidad de obtener beneficios personales.</p> <p>c) Cuando usurpe funciones que no le corresponden con la finalidad de obtener beneficios personales.</p> <p>d) Cuando celebre arreglos privados con terceras personas con desconocimiento del resto de la Junta Directiva y de la Comunidad, para obtener prebendas personales o familiares bien en cualquier forma perjudiquen la buena marcha del Comité de Salud.</p> <p>e) Cuando en forma abierta o solapada introduzca divisiones entre la comunidad.</p> <p>f) Cuando disponga o gaste indebidamente los fondos del Comité de Salud.</p> <p>g) Cuando no acate los acuerdos aprobados por la mayoría de la Asamblea General del Comité de Salud.</p> <p>h) Cuando sea sancionado por la comisión de algún delito</p>	
--	---	--

	contra la propiedad, vida u honra de las personas o familias.	
<p>Artículo 10. Son atribuciones de la Asamblea General:</p> <p>1) Nombrar cada año a la Junta Directiva...y cuyos miembros serán responsables civil y penalmente por los malos manejos de fondos y sobre los que recaiga esta responsabilidad quedarán separados automáticamente de sus cargos.</p> <p>5) Reunirse extraordinariamente para nombrar las personas que sustituyan los miembros directivos que renuncien a sus cargos.</p> <p>6) Reunirse extraordinariamente para promover la elección de una junta directiva en caso de que ésta renuncie colectivamente y someter a discusión el plan de trabajo y hacer su evaluación.</p>	<p>Artículo 12. Son atribuciones de la Asamblea General las siguientes:</p> <p>f) Reunirse extraordinariamente para elegir a las personas que sustituyan a los miembros de la Junta Directiva que renuncien a su cargo que estén impedidos de actuar en determinado momento o actividades.</p> <p>g) Reunirse extraordinariamente para promover la elección de una nueva Junta Directiva en caso de que ésta renuncie colectivamente y someter a discusión el plan de trabajo y hacer su evaluación.</p>	<p>Artículo 20. Cuando lo miembros de la Junta Directiva del Comité de Salud renunciaran en masa, o se negaran a cooperar para cumplir a cabalidad, con los fines y objetivos a los cuales están destinados, o de algún modo impidan el desenvolvimiento de las acciones de salud, el Ministerio de Salud podrá crear una Junta Interventora mediante Resolución, por noventa (90) días, tiempo en que debe haberse escogido una nueva Junta Directiva del Comité de Salud.</p> <p>Artículo 24. Cuando la Junta Directiva renuncie, colectivamente, se convocará a Asamblea General para analizar su renuncia y luego promover elecciones para nueva Junta Directiva.</p> <p>Cuando esto no sea posible, con la urgencia requerida, el Ministerio de Salud creará una Junta Interventora cuya duración no debe ser mayor de noventa (90) días.</p>

Se puede observar ampliamente las contradicciones entre el DE 389 y el DG 401, en fin, el tema del remplazo de una junta directiva de la que renuncian algunos de sus miembros, renuncian en masa o incurren en incumplimiento de deberes y son removidos como sanción está desarrollado en el DG 401 y en el Estatuto.

Es de notar que el propio DE 389 mantiene contradicciones en su articulado, ya que el artículo 20 y el 24 plantan dos métodos para remplazar una directiva que renuncia en masa o colectivamente, ya que el artículo 20 prevé el nombramiento directo por parte del Ministerio de Salud de una Junta Interventora, mientras que el artículo 24 somete la renuncia a consideración de la Asamblea General y en caso de no poder reunirla, entonces, procede la designación de esa junta por parte del Ministerio de Salud.

Alguien podría objetar todo lo anterior diciendo que algunos Comités de Salud no cuentan con algunas de estas disposiciones en su Estatuto, dado que el Modelo es posterior a la adopción de muchos de los primeros Comités de Salud de los años setenta (70); sin embargo cabe decir que las normas del DG 401 permiten la modificación, por parte de la propia organización, del Estatuto; siendo ello así, el Ministerio de Salud pudo haber fomentado la modificación de los estatutos que no se ajustaran al modelo, en vez de aprobar un reglamento con disposiciones espurias.

4.8. Relación entre el Comité de Salud y las Juntas Comunales.

Los Comités de Salud, además, de tener relaciones estrechas con el Ministerio de Salud, deben coordinar sus acciones con las Juntas Comunales, conforme se estableció en el artículo 29 de la Ley No. 105 del 8 de octubre de 1973 al exigirles a los Comités la presentación de un informe de actividades y de sus estados financieros.

En un principio pudiera parecer que exige una injerencia indebida, de hecho, el mismo artículo preceptúa, más adelante, que los organismos que se creen con

posterioridad a la entrada en vigencia de la ley, deberán requerir la aprobación de la Junta Comunal para obtener su personería jurídica y presentar los informes; la sanción por no cumplir con uno u otro compromiso es la cancelación de la personería jurídica; sin embargo si echamos manos de lo visto sobre desarrollo comunitario, no podemos colegir otra cosa que la figura de la Junta Comunal responde a una visión integral del desarrollo comunitario en Panamá, ya que no ven solo problemas de salud sino en todas las áreas que implica el desarrollo de la comunidad, por tanto es razonable entender que los organismos comunitarios que se ocupan de uno o varios temas de la comunidad, deberán responder a un criterio de coordinación que permita coordinar acciones en el bien de la comunidad y evitar la pérdida de recursos debido a la duplicidad de funciones.

El artículo 29 de la Ley 105 de 1973 reza así:

“Artículo 29. Los Comités de Asistencia Social, ayuda mutua, Club de Padres de Familia, Pro mejoras de Salud y otros Comités similares existentes en los Corregimientos y que reciban aportes financieros de las comunidades, tendrán autonomía para manejar sus fondos propios. No obstante, deberán remitir un informe trimestral sobre sus actividades y estado financiero a la junta Comunal y atender todas las citaciones que la Junta realice para armonizar actividades dentro del Corregimiento.

Las organizaciones comunales de la naturaleza de las que se menciona en el párrafo anterior y que se creen con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia de esta Ley, deberán cumplir las mismas obligaciones y requerirán para la obtención de su personalidad jurídica, la aprobación previa de la Junta Comunal respectiva.

La falta de cumplimiento de alguna de estas obligaciones será causal de cancelación de la Personalidad Jurídica o disposición correspondiente.”

Obsérvese, que la supervisión y coordinación adicional que brinda la Junta Comunal se extiende a los organismos que reciben aportes comunitarios, no aportes estatales derivados del presupuesto de la nación; y esta labor que se

encomienda a la Junta Comunal, tiene el objetivo primordial de armonizar labores en la comunidad.

4.9. Otros Temas

Otros aspectos relevantes de los Comités de Salud, por los que pasaremos rápidamente, para completar la idea sobre ellos son:

1. La Asamblea General, cuenta entre sus atribuciones:

- Nombrar a la Junta Directiva.
- Aprobar y reformar el Estatuto.
- Conocer, evaluar y aprobar o no los informes de las Comisiones.
- Ordenar la Publicación del informe Anual.
- Aprobar o improbar proyecto de Plan de Trabajo.
- Aprobar o Improbar Proyecto de Plan de Presupuesto.
- Nombrar los funcionarios vacantes en la Junta Directiva.
- Reunirse dos (2) veces al año.
- Las convocatorias las hará la Junta Directiva en coordinación con la Autoridad de Salud, (se hará con ocho días de anticipación a la reunión).
- El quórum reglamentario será la mitad más uno de los inscritos.
- De no existir quórum, se realizará un nuevo llamado que no será menor de tres días ni mayor de ocho.
- La reunión será válida con los que asistan y las decisiones obligatorias para todos los miembros.

- Siempre debe haber constancia o testigos de la divulgación.

2. La Junta Directiva.

2.1. Deberes.

- Llevar libro de actas.
- Mantener el Libro de Inscripción.
- Informarse sobre las necesidades y gastos del Centro.

2.2. Derechos.

- Prorrogarse por dos periodos más, en sus cargos.
- Recibir apoyo de las autoridades de Salud (Nivel Local, Regional y Nacional).
- Convocar a la Asamblea General.

2.3. Prohibiciones:

- No devengar salarios, dietas, honorarios o prebendas económicas por sus funciones como Directivo del Comité.
- Impedir la compra de insumos necesarios o la Contratación de personal indispensable.

3. Las Comisiones de Trabajo:

- Cada Comité podrá crear las comisiones que a bien tenga, sin embargo la Institución les recomienda tres comisiones permanentes; que son: Salud Familiar, Salud Ambiental y Salud Comunitaria.

Pueden verse los artículos 10 del DG. 401; artículos 23, 24, 25, 25 y 27 del DE. 389. y 12 del Estatuto Modelo; en lo relativo a la Asamblea General; los artículos 10, 12, 14 del DG. 401 y los artículos 2, 16, 20 y 25 del DE. 389 y artículos 14, 15, 16 del Estatuto Modelo para lo relativo a la Junta Directiva.

Si nos referimos a la Junta Directiva y su proceso de integración, se recomienda la lectura de los artículos 10 No. 1 del DG. 401 y los artículos 4, 5, 6, 7, 8, 22 y 28 del DE. 389, el proceso se desarrolla de la siguiente manera:

1. Actividades Previas.

- Los Comités de Salud en coordinación con las Autoridades de Salud anunciarán por los medios más apropiados la celebración de una Asamblea General, constituida por la totalidad de los miembros inscritos que asistieron a la reunión ordinaria en la que se escogió la Junta Directiva.
- En esta Asamblea General se decidirá si se prorroga por un periodo más la vigencia de la Junta Directiva.
- De no ser extendido el periodo de la Junta Directiva (por falta de quórum para la reunión, negativa de la Asamblea General o por tener la Directiva tres periodos consecutivos), se hará convocatoria a nuevas elecciones.

En relación a las características de las PPnE, aquí cabe mencionar la relacionada a la estructura orgánica colegida, y que en los términos en que se plantea la legislación panameña se ajusta a tres de los cuatro puntos señalados, ya que los Comités de Salud tienen órganos jerarcas colegiados (Asamblea General, Junta Directiva y Comisiones de Trabajo), representación mayoritaria de los interesados en el funcionamiento de la entidad (la comunidad), los soportes de los órganos de

dirección, son incorporados mediante elección del núcleo básico de beneficiarios, esto es que la Junta Directiva es electa por la Asamblea General.

2. Formas de realizar la elección

- Habrá dos formas:
 - Por Nominas.
 - Por votación a cargos.
- Deben concurrir a la elección la mitad más uno de los miembros inscritos en el libro de registro.

3. Requisitos de Validez.

- La convocatoria debe ser con por lo menos cinco (5) días de anticipación.
- Cuando no concurren la mitad más uno se realizará una segunda elección, con los que asistan, al término de ocho (8) días.
- Deberá existir constancia de los llamados públicos a elecciones.

4. Trámite y Toma de Posesión.

- El Centro de Salud hará los trámites de primera instancia.
- El nivel Regional avalará el acto y lo enviará a la Dirección de Asesoría Legal Nacional del Ministerio de Salud, para los trámites de inscripción de personería o la renovación de la junta directiva.

5. Resolución de Controversias.

- Están legitimados para objetar las elecciones:
 - El representante de la nómina perdedora.

- Tres miembros de la nómina perdedora.
- El recurso de reconsideración se interpondrá en los tres días hábiles siguientes a la elección.
- La apelación se interpondrá ante el Ministro de Salud dentro de los ocho días hábiles siguientes a la notificación.

En lo que respecta a los deberes, derechos y prohibiciones de los miembros de los Comités de Salud, vea el artículos 10 No. 1 del D. 401 y el artículo 32 DE. 389; a continuación se presenta un resumen de lo que contienen los referidos artículos.

1. Deberes de los Miembros:

- Cumplir las estipulaciones de los Decretos 401, 389 y el Estatuto.
- Cumplir las labores que se les asignen a través de las comisiones.
- Asistir con puntualidad a las reuniones de la Asamblea General.
- Cumplir y respaldar las actividades programadas.

2. Derechos de los Miembros:

- Participar con voz y voto en las sesiones de la Asamblea General.
- Elegir y ser elegidos para Cargos directivos. (Los Menores no pueden ser elegidos).
- Solicitar el apoyo de las autoridades de salud para lograr los objetivos del Comité.
- Solicitar (a través de la Asamblea General) los informes de la Junta Directiva.

3. Prohibiciones:

- Utilizar las reuniones y los fondos del Comité con fines políticos, bajo pena de expulsión.
- Ningún funcionario de Salud, que sea miembro del Comité de salud de su comunidad, podrá ser directivo de un Comité de Salud.

Los Comités de Salud pueden agruparse en federaciones y confederaciones, según los artículos 16, 17, 18 y 19 del DG 401 y el artículo 29 del DE. 389 de 1997. Estas federaciones se constituyen por Comités de la misma área sanitaria, ya sea a nivel distrital, de corregimiento o espacio territorial que por sus características lo amerite, podemos agregar que:

- La federación no implica pérdida de autonomía.
- Las Federaciones las integran los presidentes de los Comités de Salud.
- Su organización será de acuerdo a la de un Comité de Salud.
- Las Federaciones de Comités se podrán Confederar.
- Las Federaciones y Confederaciones se regirán por el 401 y lo que establezcan sus reglamentos.

5. Marco conceptual.

1. **Atención Primaria en Salud:** *“es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo*

*con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria*¹²⁶”.

2. **Comité:** *“conjunto de personas que se reúnen para deliberar, decidir o ejecutar en común determinados asuntos de índole política, social, económica, judicial, administrativa, etc. Personas encargadas por su corporación o autoridad para entenderse de algún asunto.*¹²⁷”
3. **Comunidad:** *“se trata de uno de los términos más usados en ciencias sociales y, al mismo tiempo, de aplicaciones más diversas: desde la “comunidad” religiosa que vive aislada en un convento, pasando por el barrio, la localidad, el municipio, la provincia, la nación, el continente, hasta llegar a la “comunidad internacional”. El concepto se usa para designar esas realidades, tan extremadamente diferentes. Si se comparan las diferentes circunstancias en las que se utiliza este concepto, puede constatarse que, según los caso, se enfatiza uno u otro aspecto. A veces, cuando se habla de comunidad, el término designa una localidad o área geográfica: se trata de todas las definiciones que tiene primordialmente en cuenta los límites geográficos o la influencia de factores físicos sobre las relaciones sociales. También se habla de comunidad para designar la estructura social de un grupo, estudiándose las instituciones del mismo y las y los problemas de los roles, status y clases sociales que se dan en su interior; en este caso, la comunidad es considerada, fundamentalmente, como un conjunto de*

¹²⁶ Declaración de Alma Ata, 1978, punto VI.

¹²⁷ ANDER EGG, Ezequiel. 1995. Op. cit., p.62.

relaciones sociales. Otras conceptualizaciones destacan el aspecto psicológico, considerando a la comunidad como sentimiento o conciencia de pertenencia. Por último –y este es el uso más frecuente, se emplea el término como equivalente o sinónimo de sociedad.

A pesar del sentido analógico con que se usa y la variada gama de contenidos que se le asignan al término, en general la palabra sirve para designar una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local.¹²⁸

- 4. Desarrollo:** *“el desarrollo, en cuanto acción, preocupación y responsabilidad de los Estados y de otras organizaciones, para mejorar y acrecentar la situación de los países, regiones, comarcas y pueblos, es una problemática que aparece a fines de los años cuarenta. La expresión “desarrollo” empezó a utilizarse en 1947, por la escuela económica austriaca, y luego se incorporó al uso internacional y a las ciencias sociales. Se ha afirmado que El desarrollo como práctica y como ideología constituye el desafío por excelencia del hombre latinoamericano”.*

“Antes que la problemática se formulase en los términos actuales, fue planteada en diversas formas: se habló de riqueza, evolución, progreso, crecimiento, hasta llegar a la cuestión del desarrollo económico. Luego, poco a poco, fue formulándose con un alcance más global e integral. Separada la concepción restringida del desarrollo como crecimiento económico y del “otro desarrollo”, propuesta formulada en el informe Hammarskjöld a la Asamblea de las Naciones Unidas en 1975. El “otro desarrollo” es visto como un proceso integral que tiene cinco notas características: a) orientado según

¹²⁸ Ídem, pp. 65 – 66.

necesidades; b) endógeno; c) autosuficiente; d) ecológicamente solvente y e) basado en transformaciones estructurales. Esta propuesta aparece como modelo alternativo de desarrollo, que pretende asegurar la satisfacción de las necesidades fundamentales y la autorrealización de las sociedades y de las personas, introduciendo la dimensión y la preocupación ideológica. Esto supone y exige cambios estructurales e institucionales. El nuevo desarrollo se concibe como creación individual y colectiva de todo un pueblo.^{129,}

5. **Desarrollo de la comunidad:** *“la práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad, mediante la ayuda mutua y la acción conjunta, son, en algunos aspectos, casi tan viejos como la misma humanidad. La historia nos muestra continuos intentos que, por vías diferentes, procuran lograr el bien común por el esfuerzo comunitario. En sociedades no industrializadas, se mantiene, aún hoy, una clara tradición de cooperación y ayuda mutua. Los países sub desarrollados muestran muchos y diversos ejemplos de acción conjunta, mientras que la evolución de la sociedad bajo el modelo liberal-capitalista no los introduce y las relaciones interhumanas se hacen de tipo competitivo. Sin embargo, en las mismas sociedades desarrolladas, y aun en las sociedades de consumo, existen acciones de tipo comunitario que buscan alcanzar metas que trascienden los intereses individuales.*

Con la aparición de acciones denominadas “programas de desarrollo de la comunidad” ha quedado consagrada en el campo de las ciencias sociales y del trabajo social, imponiéndose y remplazando a otros conceptos similares que se han venido utilizando para designar, de un modo u otro, una serie de acciones para el desarrollo mediante la participación de las comunidades de base.

En el marco de los diferentes alcances que se ha dado a esta expresión, puede constatarse que el desarrollo de la comunidad ha sido considerado

¹²⁹ Ídem, pp. 85 – 86.

*como método y como programa; en algunos casos, también como proceso y como movimiento. Como método, es una forma de intervención social cuyo propósito es la promoción y movilización de recursos humanos e institucionales, mediante la participación activa y democrática de la población. En cuanto programa, está constituido por un conjunto de proyectos y actividades específicas que, mediante un enfoque sistémico, trata de producir un efecto de “sinergia”, capaz de potenciar las acciones puntuales de las diferentes personas y grupos implicados.*¹³⁰”

6. **Función Pública:** Según el André De Laubadère en su *Traité de droit administratif*, citado por Libardo Rodríguez en *Derecho administrativo*, “es el conjunto de regímenes aplicables a la generalidad de personal de la administración.”¹³¹
7. **Funcionario:** Según el Diccionario de la Real Academia Española es la “persona que desempeña un empleo público.”¹³²
8. **Intervención Comunitaria en Salud (ICS):** “es un proceso en virtud del cual el gobierno y las comunidades locales entablan relaciones de colaboración en la planificación, realización y utilización de actividades sanitarias a fin de aprovecharse de una mayor auto responsabilidad local y un mayor control social sobre la infraestructura y la tecnología de la atención primaria de salud.”¹³³
9. **Interés Público:** “la utilidad, conveniencia o bien de los más ante los menos, de la sociedad ante los particulares, del Estado sobre los súbditos”¹³⁴.

¹³⁰ Ídem, pp. 86 – 87.

¹³¹ Citado por Heriberto Araúz, Op. cit., p. 27.

¹³² Ídem, p. 41.

¹³³ OAKLEY, Peter. Op. cit., p. 13.

¹³⁴ CABANELLAS DE TORRES, Guillermo. Op. cit. p. 210.

“El conjunto de pretensiones relacionadas con las necesidades colectivas de los miembros de una comunidad y protegidas mediante la intervención directa y permanente del Estado.”¹³⁵

“Es la traducción jurídico administrativa del concepto jurídico político de bien común, que integra gran parte de la teoría de los fines del Estado.

El interés público, como concepto genérico, se concreta y especifica cuando la Administración actúa en el campo sus potestades, de manera que toda su actuación administrativa tiene un fin, como uno de sus elementos objetivos que supone la concreción del interés público o general.”¹³⁶

10. **Ley:** *“es una norma que regula determinada materia, aprobada por los mecanismos establecidos en la Constitución y el Reglamento Interno de la Cámara Legislativa.”¹³⁷*

“Según el Dr. César Quintero, la ley ha sido definida como una norma dictada por una autoridad pública que a todos ordena, prohíbe o permite, y a la cual todos deben obediencia.”¹³⁸

11. **Ley en sentido formal** (según la teoría dualista): *son las dictadas por el Órgano Legislativo según el procedimiento establecido, pero que carecen de contenido de verdaderas leyes, p.e., ley de honores.”¹³⁹*

12. **Ley en sentido formal – material** (según la teoría dualista): *“son las que dicta el Órgano Legislativo y reúnen las características propias y contenidos de verdaderas leyes, v. gr., ley de reforma agraria.”¹⁴⁰*

¹³⁵ HUERTA OCHOA, Carla. Op. cit., p. 133.

¹³⁶ Diccionario Jurídico Espasa (formato electrónico). Madrid, España. Editorial Espasa Calpe, S.A. 2001.

¹³⁷ MITCHELL D., Harley J. Introducción al estudio de la ley. Panamá. Primera edición. 1999, p. 42.

¹³⁸ Citado por Mitchell, Harley. Op. cit., p. 43.

¹³⁹ MITCHELL, Harley. Op. cit., p. 44.

¹⁴⁰ Ídem, p. 44.

13. **Modelo biomédico:** *“la educación sanitaria utiliza estrategias clínicas y se basa en la prescripción del «tratamiento educativo» necesario. El personal sanitario se sitúa en el papel de experto en el diagnóstico de las necesidades individuales y/o comunitarias, y el usuario en el de informado, con capacidad de decidir en relación con su salud. La población diana es exclusivamente la demandante y, por tanto, la comunidad continúa delegando en el sistema sanitario la responsabilidad del cuidado de su salud. La información es básicamente unidireccional, ya que los sanitarios deciden unilateralmente las pautas a seguir y el usuario acepta un papel pasivo, de paciente.¹⁴¹”*
14. **Modelo biopsicosocial:** *“desarrollado principalmente por el médico psiquiatra George Engel en 1977, fue una reacción contra la visión reduccionista de la medicina biológica que se aplicaba desde la época de Descartes. Toma como fundamento la necesidad de comprender los fenómenos relativos a la enfermedad humana desde tres registros distintos: el de lo biológico, el de lo psíquico y el de lo social. Y este modelo muestra un mayor rendimiento explicativo que el modelo biomédico, que opera en el único registro de lo biológico, y que el psicossomático, que lo hace con los dos registros de lo psíquico y de lo biológico¹⁴².”*
15. **Organización de la Comunidad:** *“Expresión equivalente a desarrollo de la comunidad que, a veces, se utiliza en lugar de ésta, o de manera combinada: “organización y desarrollo de la comunidad.¹⁴³”*
16. **Relaciones laborales:** *“son aquellas que se establecen entre el trabajo y el capital en el proceso productivo. En esa relación, la persona que aporta el trabajo se denomina trabajador, en tanto que la que aporta el capital se denomina empleador, patronal, empresario o capitalista. El trabajador*

¹⁴¹ <http://www.peraltalorca.com/aps/Zurro/3/Parte3/CAPITULO-28-02.htm>.

¹⁴² <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/38984/>

¹⁴³ ANDER EGG, Ezequiel. 1995. Op. cit., p. 212.

siempre es una persona física, en tanto que el empleador puede ser tanto una persona física como una persona jurídica. En las sociedades modernas la relación laboral se regula por un contrato de trabajo en el cual ambas partes son formalmente libres. Sin embargo un trabajador aislado se encuentra en una situación de hecho de debilidad frente al empleador que le impide establecer una relación libre, por lo que se entiende que una relación laboral para que sea realmente libre debe realizarse en forma colectiva, entre los trabajadores organizados sindicalmente y el empleador¹⁴⁴.”

17. Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.”¹⁴⁵

18. Salud Pública: “es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad y el desarrollo de un mecanismo que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud¹⁴⁶”.

19. Servidor público: “son servidores públicos las personas nombradas temporal o permanentemente en cargos del Órgano Ejecutivo, Legislativo y Judicial, de los Municipios, entidades autónomas o semiautónomas; y en general, las que perciban remuneración del Estado.”¹⁴⁷

¹⁴⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Relaciones_laborales.

¹⁴⁵ El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es esta definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por el yugoeslavo Andreas Stampar en 1945.

¹⁴⁶ LÓPEZ LUNA, María Concepción. Salud pública. México. Mc Graw Hill. 1ª edición. 1993, p. 13.

¹⁴⁷ Constitución Política de Panamá, artículo 299.

El Diccionario Jurídico de Derecho Burocrático lo define como *“persona física que realiza función pública de cualquier naturaleza.”*¹⁴⁸

El Diccionario de la Administración Pública Colombiana lo define como *“La persona natural vinculada a un organismo público por un procedimiento electoral, reglamentario o contractual, en cargos previamente creados, para el ejercicio de funciones y deberes señalados por autoridad competente, relacionados con los fines y las actividades del Estado.”*¹⁴⁹

20. **Tasa:** *“tradicionalmente los tributos se han clasificado en impuesto, tasa y contribución de mejoras. Tienen todos una característica común, son obligaciones de Derecho público en razón de que el sujeto activo es el Estado. La mayor parte de los autores define la tasa como una relación de cambio, en virtud de la cual se pagaría una suma de dinero contra un determinado servicio público.”*¹⁵⁰

¹⁴⁸ Citado por Heriberto Araúz. Op. cit., p. 44.

¹⁴⁹ Ídem, 57.

¹⁵⁰ Diccionario Jurídico Omeba, 2008. Formato en PDF.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación

1.1. Definición

Consideramos que esta investigación contiene elementos de distintos tipos de estudios ya que contiene elementos del tipo exploratorio, debido a que como los *“estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que ha sido abordado antes. Es decir cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio”*¹⁵¹ y es precisamente este hecho el que caracteriza el tema investigado, donde no se ha encontrado bibliografía suficiente que hable sobre la naturaleza de los Comités de Salud en Panamá.

Por otra parte, podemos considerar esta investigación de tipo pura o básica *“entendiendo como tal la que obedece al interés puramente intelectual o teórico del investigador, se realiza por un interés en el estudio, profundización y conocimiento de un tema, para satisfacer una inclinación particular.”*¹⁵²

La investigación también contiene elementos del tipo dogmático, ya que en este tipo de investigación jurídica *“se busca conocer cuál es la ley aplicable”*¹⁵³ a un problema en particular. Este tipo de investigación se denomina así por el manejo de fuentes bibliográficas.

Así mismo hay elementos de las investigaciones de tipo descriptivo, Davis Villalba, citando a Best, *indica que “la investigación descriptiva traza lo que es. Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de las condiciones*

¹⁵¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, et al. Op. cit., p. 58.

¹⁵² Manual de técnica de investigación jurídica. Centro de Investigación Jurídica. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Panamá. Segunda Edición, P. 9.

¹⁵³ Ibid, p. 21.

*existentes y puede intentar descubrir relaciones causa-efecto presentes entre variables no manipuladas pero reales.*¹⁵⁴

Indica la referida autora que “*el enfoque Descriptivo también puede ser usado en Derecho por ejemplo al describir la naturaleza de la hipoteca, la configuración fáctica de los contratos, los valores y normas de las subculturas tales como la cárcel, la gran industria, etc., (...) se pretende contemplar como realmente se manifiesta el Derecho vivo en posición al Derecho escrito*¹⁵⁵ (...)”.

1.2. Justificación

Habiendo definido el tipo de investigación se puede indicar que en primer lugar la investigación es de tipo básica, porque responde al interés del investigador en profundizar sus conocimientos sobre la naturaleza jurídica de los Comités de Salud y de ser posible compartir el resultado de esos conocimientos adquiridos para ayudar que la mejor comprensión de ese organismo.

También se le califica de tipo dogmático porque la información para la investigación es de tipo bibliográfico exclusivamente, se acude principalmente a la revisión de la ley, fallos judiciales y textos de derecho administrativo que explican la naturaleza jurídica de los Comités de Salud.

2. Definición conceptual y operacional de variables

Las variables a definir son la variable independiente que es estar en la categoría de derecho público o derecho privado y la variable dependiente que son los Comités de Salud.

Según Hernández Sampieri y otros: “*al formular una hipótesis, es indispensable definir los términos o variables que están siendo incluidos en ellas...Una definición*

¹⁵⁴ DAVIS VILLALBA, Enriqueta. Metodología de investigación en ciencias jurídicas. Panamá. Centro de Investigación Jurídica, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Panamá. 1994., p. 29.

¹⁵⁵ Ídem, p. 34.

*conceptual define el término o variable con otros términos (...) son definiciones de libros o de diccionarios.*¹⁵⁶”

Agrega el mismo autor, que la definición operacional “*constituye el conjunto de procedimiento que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado. En otras palabras, especifica qué actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable*”¹⁵⁷.

2.1. Definición conceptual de variables.

- Derecho público: “*es el conjunto de normas reguladoras del orden jurídico relativo al Estado en sí, en sus relaciones con los particulares y con otros Estados.*”¹⁵⁸”
- Derecho privado: “*rige los actos de los particulares cumplidos en su propio nombre. Predomina el interés individual, frente al general del Derecho público.*”¹⁵⁹ (Ídem, p.123).
- Comité de Salud: *Organismo cuya constitución legal es de interés público, concebido como un instrumento de organización popular con capacidad de plantear las necesidades de la comunidad donde se organiza y participar en la planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud; y servir de medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud.*¹⁶⁰

¹⁵⁶ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto et. al. Op. cit., pp. 98 - 99.

¹⁵⁷ Ídem, p. 99

¹⁵⁸ CABANELLAS DE TORRES, Guillermo. Op. cit., p. 123.

¹⁵⁹ Ídem, p. 123.

¹⁶⁰ Decreto de Gabinete Número 401 de 29 de diciembre de 1970. Gaceta Oficial No. 16769 del martes 26 de enero de 1971.

2.2. Definición operacional de las variables.

- Derecho público: si se entiende como derecho público el conjunto de normas jurídicas que regulan la relación del estado con los particulares, se tendría que determinar:
 - ¿qué normas de derecho público, según la doctrina y la jurisprudencia, rigen a los comités de salud en Panamá?
- Derecho privado: si se entiende por derecho privado el conjunto de normas jurídicas que regulan las relaciones entre particulares, se tendría que determinar:
 - ¿qué normas de derecho privado, según la doctrina y la jurisprudencia, rigen a los comités de salud en Panamá?
- Comité de Salud: en términos muy generales, un comité de salud en Panamá es un organismo de participación comunitaria en materia de salud pública, creado por el Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, pero:
 - ¿cómo definen, la doctrina y la jurisprudencia, a los Comités de Salud?

3. POBLACIÓN

Según Hernández Sampieri y otros, población es: “*el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.*”¹⁶¹ La población de este estudio es la persona jurídica denominada Comité de Salud. Considerando que se trata de una organización de tipo comunitario y que el trabajo versa sobre su naturaleza jurídica se revisaran las fuentes de derecho pertinentes, tales como las leyes, la doctrina y la jurisprudencia existente.

¹⁶¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; et. al. 2006. Op. cit., p.236.

Como no se estudiarán Comités en particular, dado que todos se tutelan por la misma ley, de allí que se estima que en lo relativo a la muestra, entendida esta como “*un subgrupo de la población*,”¹⁶² serán las leyes, doctrina y fallos que se refieren al tema.

4. INSTRUMENTACIÓN.

- Métodos y técnicas de recolección de datos: Se limitará a realizar una revisión bibliográfica y documental del tema, tomaremos información de textos de derecho administrativo y textos relativos al desarrollo comunitario; tesis sobre comités de salud y revistas y folletos también servirán a nuestro objetivo para nutrir el trabajo de investigación. La documentación revisada proviene de las Bibliotecas de Derecho y Simón Bolívar de la Universidad de Panamá. También revisaremos material obtenido de la “internet”, ya sean libros, revistas o artículos de fuentes digitales.
- Para el desarrollo de la investigación requeriremos alrededor de tres meses para recopilar la información y organizarla de modo que en un cuarto o quinto mes podamos presentar nuestros resultados.

¹⁶² Ídem, p. 240.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Presentación de resultados obtenidos.

Los datos que hemos obtenido sobre el tema que nos ocupa los podemos agrupar en cuatro áreas, los relativos a sus antecedentes históricos, los que se relacionan con la teoría participativa, los que se relacionan con su ubicación en el derecho administrativo, y lo relativo a su desarrollo legal en Panamá.

1.1. Antecedentes históricos.

Los antecedentes remotos de los Comités de Salud se pueden encontrar en la noción de desarrollo comunitario, expresión que tuvo sus orígenes en el siglo XIX con la labor de la Colonial Office británica, una agencia de la Corona para procurar el desarrollo de sus colonias y prepararlas para su emancipación, aunque algunos autores lo consideran como el preludio de la subordinación económica de esta con la metrópoli, a pesar de lograda la independencia.

Con el devenir del tiempo este concepto fue ampliado y desarrollado, incluso adoptado e impulsado por Naciones Unidas, para propiciar el progreso de los pueblos del Tercer Mundo, principalmente en los países de Asia y África, en que se reconoce la importancia de la participación de la gente en la gestión de su propio desarrollo local.

Esta noción, la de desarrollo comunitario, es absorbida por diferentes actividades sociales, entre ellas las del ámbito sanitario, y en 1978 en Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, se reconocen los principios importantes sobre la participación de la gente en la gestión de su propia salud, conceptos reforzados más adelante en Brioni, Yugoslavia, donde se desarrolla el concepto de Intervención Comunitaria en Salud (ICS).

También, se pudo observar que en países como Colombia y Ecuador, al margen de la participación institucionalizada que facilitan los estados, hay experiencias de fomento de estas iniciativas por parte de las propias comunidades, con independencia de lo que los estados legislen sobre el tema; así mismo se pudo

observar que los Comités de Salud en Panamá nacen por una mezcla de iniciativa comunitaria y fueron impulsados o fomentados por las autoridades de salud hacia los años de 1964 y 1965 para actividades de salud, que una vez cumplieron sus objetivos desaparecieron o disminuyó el interés participativo.

En 1970, a raíz del interés del gobierno militar por consolidarse en la base social, aparece la legislación que regula los Comités de Salud en Panamá, se fijan sus objetivos y responsabilidades con las comunidades y el Ministerio de Salud.

Finalmente en 1973, con la adopción de la Ley 105 de 8 de octubre de 1973, por la que se crean las Junta Comunales de Salud, Panamá consagra el concepto de desarrollo comunitario de manera integral en nuestro medio, forzando a los Comités de Salud, entre otras organizaciones de desarrollo comunitario (las que reciben aportes de las comunidades) a coordinar acciones con las Juntas Comunales, entregarles informes financieros y esperar aprobación de estos organismos para su constitución legal.

1.2. Teoría participativa.

La participación es un concepto antiguo y difuso, que se presta a confusión, pero en términos generales entraña la idea de tener parte en alguna cosa, también implica que no puede haber coerción y que debe existir un sentido de pertenencia, que permite la unión de los individuos en actividades que trascienden los intereses individuales.

La participación puede verse como meta o como fin en sí misma, esta última es la verdaderamente importante, ya que mira la participación como es, un proceso en que las comunidades se involucran con el o los proyectos realizados y logra sostenerse en el tiempo, más allá de la culminación de un proyecto o actividad específica.

La participación puede verse desde diferentes ángulos, según los sujetos que participan (quién participa), los fines (para qué participa) o los medios de la

participación (cómo participa). En el tema de los Comités de Salud en Panamá queda claro que la participación según el sujeto es de tipo colectiva, ya que se trata de participación a nivel comunitario, lo que requiere el esfuerzo colectivo de una comunidad; según los fines sería de decisiones o incidencia en políticas públicas, en este caso de salud; y en cuanto a las modalidades serían de control y vigilancia (veedurías comunitarias), aunque los textos sanitarios la ven como de tipo social (constreñida a los servicios públicos), pero puede considerarse que hay elementos de ambas

Si se aplican estos conceptos generales de participación a la participación comunitaria en salud en Panamá se puede decir que esta goza del más alto nivel de participación, concebida como autogestión, ya que los Comités de Salud mantienen su autonomía frente al Comité de Salud y las Juntas Comunales, sujetas solamente a algunas responsabilidades, que buscan la coordinación de acciones y evitar la duplicidad de funciones o actividades.

Pese a las dificultades que plantea la noción de participación comunitaria, ésta

“no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo financiero de un servicio de salud. Esta integración implica que la comunidad participa –en la planificación, la reorganización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles – [Declaración de Alma – Ata].¹⁶³

La anterior definición es clara y sencilla y sobre todo la que más se ajusta a la legislación de los Comités de Salud en Panamá.

No obstante, la definición anterior, el respaldo político y legal que tiene en diferentes sistemas legislativos, existen autores (basados en experiencias

¹⁶³ BRONFMAN, Mario y Gleizer, Marcela. Op. cit., p. 14.

negativas de participación) que niegan los beneficios o ventajas de la participación comunitaria, críticas que pueden tener sus sustentos válidos, pero que contrastan con las innumerables experiencias exitosas de la aplicación de este método en muchas comunidades, principalmente rurales en muchos países del mundo.

1.3. Ubicación en el Derecho administrativo:

Dado que el derecho administrativo se ocupa de la relación del Estado y los administrados y que dentro de esta rama del derecho público se ubica la legislación que regula a la Administración Pública, sus organismos dependientes y de los organismos mixtos, en general denominados , sujetos de la administración pública, estos últimos, los que pueden considerarse mixtos, son regulados por el derecho público y el derecho privado.

De esta amplia franja de organismos mixtos en su régimen jurídico, aparecen los entes públicos no estatales o personas públicas no estatales (PPnE), que son definidos como:

“sujetos de derecho, creados mediante una ley, que sin integrar el Estado en sentido amplio, se rigen parcialmente por el Derecho Público y por el Derecho privado, poseen patrimonio e ingresos propios y están sometidas a control del Estado central.”¹⁶⁴

Estas PPnE presentan diversas características, muchas de las cuales se cumplen en los Comités de Salud panameños, estas son: creación mediante ley, persecución de fines públicos, cometidos que cumplen, régimen jurídico mixto, potestades jurídicas, origen y pertenencia del patrimonio, origen y naturaleza de los ingresos, régimen jurídico de los empleados, controles del Estado y privilegios y exenciones.

¹⁶⁴ BIASCO, Emilio. Op. cit., p. 6.

1.4. Desarrollo legal de los Comités de Salud en Panamá:

El DG. 401 junto a su reglamento el DE 389 son los textos legales que regulan en términos generales a los Comités de Salud, adicionalmente, están la Ley 105 de 1973 y la propia Constitución Política de la República.

En el desarrollo legal del tema de participación comunitaria se puede observar que hay una apertura inicial en el DG 1 de 1969 que crea el Ministerio de Salud, para incorporar la participación comunitaria en los niveles regionales de la organización sanitaria, pero su reglamento, D 75 de 1969, suprimió esa apertura inicial que se restauró hasta la constitución de los Comités de Salud de las Comunidades en 1970. Con posterioridad de la Constitución política eleva el rango de la participación comunitaria al consagrarlo como un derecho social

El DG 401 plantea el interés que reviste para el Estado la constitución legal de los Comités de Salud, esto se puede entender como el interés del Estado de dejar en la informalidad la constitución de estas organizaciones, sus objetivos se establecen en tres propósitos básicos: organizar a la comunidad, proponer y ejecutar planes en materia de salud y captar fondos para cumplir sus objetivos sanitarios.

Sobre la naturaleza jurídica de la organización, no hay una definición expresa en el texto legal, se indica que es de interés público su constitución y ese tema, junto al manejo de los fondos responde una estricta tutela Estatal, en virtud de ellos se le concede algunos privilegios, como participar de la elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas de salud, tener exenciones fiscales, vigilar el cumplimiento de la normativa sanitaria por parte de las autoridades de salud; pero en relación al manejo de su recurso humano o las relaciones que pueda entablar con otras personas en el ejercicio de sus facultades como persona, la ley guarda silencio, son zonas no reguladas por el derecho público.

El DG 401 establece los mecanismos de constitución, pero no de disolución de la organización, que quedan a discreción de cada Comité cuando someten a

aprobación su estatuto, sin embargo, pende sobre ellos la cancelación de su personería, en virtud de la Ley 105 de 1973, si no remiten los informes financieros de manera trimestral a la Junta Comunal de sus respectiva comunidad.

Otro aspecto legal a resaltar, es lo relativo a la Junta interventora, en virtud de la cual el Ministerio de Salud puede remover a la junta Directiva electa por la Comunidad o ante una renuncia masiva, sustituirla por dos miembros de la comunidad para que mantengan el funcionamiento de la organización hasta que, en plazo no mayor de noventa (90) días se elija una nueva Junta Directiva.

En definitiva, los Comités de Salud en Panamá son un instrumento de participación comunitaria para el desarrollo sanitario de la comunidad donde se organizan y que gozan de la autonomía suficiente para desarrollar sus propias iniciativas, pero sujetos a una tutela estatal que quiere garantizar el estricto cumplimiento de esos objetivos.

2. Análisis de los resultados.

Ajustando este análisis de resultados a los objetivos planteados y respondiendo a las interrogantes establecidas en el planteamiento del problema, tenemos que la Constitución y la ley (DG 401) establecen una relación de colaboración estrecha entre los Comités de Salud y el Ministerio de Salud, principalmente en lo relativo a la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de salud. Esta relación debe ser armoniosa y respetuosa de los roles que corresponde desempeñar a cada institución, la del Ministerio de Salud como rector de la salud en Panamá, y la de los Comités de Salud como instrumentos de participación comunitaria que ejercen un deber y un derecho de tipo social.

El artículo 116 de la Constitución reza:

ARTÍCULO 116. Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Esta disposición, es desarrollada acertadamente en el DG 401, ya que dota a esas comunidades de un instrumento legal que permite su organización para cumplir con ese deber-derecho; de allí, la principal virtud o importancia de ese organismo, debido a que si antes las comunidades por sus propias iniciativas y necesidades se organizaban en comités o grupos para realizar tareas en pro de su desarrollo comunitario, a partir de los años 70 el Ministerio de Salud adquiere deberes en relación a las comunidades organizadas y éstas pueden de manera más estructurada trabajar en pro de su desarrollo, tareas que se verán mejor complementadas con la aparición de las Juntas Comunales que pretenden el desarrollo integral de la comunidad.

Por otra parte, explicar la naturaleza jurídica de los Comités de Salud, no parece algo sencillo, debido a que a pesar de las claras opiniones de la Procuraduría de la Administración en sostener que tienen naturaleza mixta y que sus personal se rige por normas de derecho privado, los tribunales laborales insistieron por años, algunas veces con sustento otras no, en que los Comités de Salud eran entidades públicas y sus empleados, en consecuencia, eran servidores públicos.

Esta naturaleza mixta se explica mejor en el entendimiento de lo que la doctrina administrativa de algunos países denomina entes o personas públicas no estatales (PPnE), cuyo concepto es el de: *“sujetos de derecho, creados mediante una ley, que sin integrar el Estado en sentido amplio, se rigen parcialmente por el Derecho Público y por el Derecho privado, poseen patrimonio e ingresos propios y están sometidas a control del Estado central.”*¹⁶⁵

Entender la naturaleza jurídica de una institución jurídica es importante dado que a través de esa comprensión se entiende cuáles son los efectos jurídicos que surgen en sus relaciones con otras instituciones de derecho, en el caso concreto del Comité de Salud es entender en qué tipo de normas legales se sustentan sus relaciones con el Ministerio de Salud y otras agencias del estado, sus empleados y

¹⁶⁵ BIASCO, Emilio. Op. cit., p. 6.

sus relaciones jurídicas con otras personas; así también como el régimen de sus finanzas, su patrimonio y su funcionamiento interno.

Así pues, ***la hipótesis de investigación (Hi) que es “Los Comités de Salud en Panamá están clasificados en una categoría intermedia entre el derecho público y el derecho privado” resulta probada***, ya que todo lo relativo a la constitución legal del Comité de Salud y buena parte del manejo de sus finanzas y su patrimonio, están sometidos a tutela estatal, sujeto a revisión del Ministerio de Salud y de la Contraloría General de la República, sin embargo lo relativo al manejo de sus recursos humanos y diversos aspectos generales sobre el manejo de la organización están sometidos a normas de derecho privado.

Sustentan lo anterior las diversas opiniones que ha emitido la Procuraduría de la Administración y el fallo de la Corte Suprema de Justicia – Pleno – que resolviendo un amparo de garantías constitucionales, reconoció la naturaleza de PPnE de los Comités de Salud, pese a lo extraño del término en la legislación panameña, indicando básicamente que los temas no sometidos a tutela o control estatal, responden a un régimen de derecho privado.

Finalmente, otra forma de acreditar la ubicación de los Comités de Salud en la categoría de PPnE es contrastando su ley orgánica con las características de las PPnE ofrecidas por Biasco, citando a Sayagués Lasso; obsérvese las siguientes características y su correspondencia con el DG 401:

- **Creación mediante ley:** En Panamá los Comités de Salud se crean mediante Decreto de Gabinete 401 de 1970, documento que en nuestro medio se equiparan a la ley, pero que eran emitidos por el gobierno militar de facto, ante la ausencia de la Asamblea Nacional.
- **Persecución de fines públicos:** su constitución en sí es de interés público (artículo 1) y llamado a trabajar por el desarrollo de la comunidad en materia

de salud pública (artículo 6), uno de los principales fines que persigue el estado, para lograr el bienestar general.

- **Cometidos que cumplen:** su cometido es coadyuvar en las labores de salud pública (artículo 6), realizando tareas que son más fáciles de desarrollar por los miembros de la comunidad ya que en la labor de identificar los problemas comunitarios, formas de resolverlos y estrategias para resolverlos, es difícil que personas extrañas, con todas las técnicas científicas a su alcance, puedan lograr mejores niveles de resultados que cuando los mismos interesados participan en resolver sus propios problemas. Ello sin restar responsabilidad a las agencias estatales que deben desarrollar esas tareas.
- **Régimen jurídico mixto:** ya se ha indicado y acreditado ampliamente que temas están sometidos a la tutela jurídica estatal, por tanto esas actividades se rigen por el derecho público , ejemplo de ello: las finanzas de la organización (artículo 12, 14)
- **Potestades jurídicas:** para el cumplimiento de sus cometidos, a las Comités de Salud se le atribuyen, por ley, prerrogativas más o menos importantes de poder público como puede ser velar por el cumplimiento de los programas de salud, algo que también corresponde al propio Ministerio de Salud (artículo 6, numeral 3).
- **Origen y pertenencia del patrimonio y de los ingresos:** los Comités de Salud constituyen sujetos de derecho independientes del Estado (artículo 4), deben poseer patrimonio propio distinto y ajeno al patrimonio del Estado formado principalmente con aportes del sector interesado en su funcionamiento (artículo 13), y afectado a un fin especial; o proveniente de legados, donaciones, etc..-

- **Estructura orgánica colegiada:** el artículo 8 plantea que los órganos de los Comités de Salud son la Asamblea General, la Junta Directiva y las Comisiones de Trabajo.
- **Régimen jurídico de los empleados:** No existe en la ley un régimen jurídico para los empleados, la Constitución Política define que debe entenderse por servidor público y visto que los empleados pagados con fondos de Comités de Salud no se ajustan a la definición de servidor público que da la constitución, el Comité es una persona jurídica autónoma, distinta del Estado, no se puede colegir otra cosa que el régimen jurídico de esos empleados está sometido al Código de Trabajo, Cabe advertir que si la ley no prevé nada sobre los empleados, es excesivo, salvo mejor criterio, permitir que un reglamento defina algo que el legislador omitió regular, sea porque no era de interés, sea porque no se concebía que contratar personal sería una labor importante de este organismo.
- **Controles del Estado:** Los principales controles establecidos en la ley pesan sobre el patrimonio y las finanzas de los Comités, en las que se les obliga a llevar registros contables y tener sometidos esos libros y documentos a áudios del Ministerio de Salud y de la Contraloría General.
- **Privilegios y exenciones:** Los Comités de Salud, como sus bienes, están exentos del pago de impuestos, contribuciones, tasas, gravámenes o derechos de cualquier clase o denominación (segunda parte del artículo 4).

Habiendo contrastado las características de los PPnE con la ley panameña queda claro que aplican varias de ellas a los Comités de Salud, esas características hacen inconfundiblemente a los Comités de Salud personas o entes públicos no estatales y por tanto personas distintas del Estado panameño.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los Comités de Salud constituyen personas jurídicas de importancia por los objetivos que debe cumplir en relación a las comunidades que reciben los beneficios de sus actividades.

Por el interés público que reviste su constitución legal y que se extiende a todos los aspectos de la organización, se entiende que siempre prevalece el beneficio de la comunidad frente al interés que puedan tener los individuos.

Los Comités de Salud, como personas jurídicas distintas del Estado, gozan de la autonomía suficiente para el desarrollo de sus objetivos; no obstante, existir un asesoramiento y fiscalización por parte de agencias públicas que velan porque el Comité cumpla con su misión.

La autonomía de los Comités de Salud está sometida a ciertas excepciones o condicionamientos, como son que su patrimonio proviene, principalmente, de los servicios que presta el Centro de Salud y de allí la razón de que la ley disponga una vigilancia cercana de esos fondos.

No todos los Comités de Salud se ubican en Centros de Salud, de hecho la ley autoriza a la constitución de estos en todas las comunidades del país.

La participación comunitaria es uno de sus aspectos más característicos, lo que permite a los miembros de cada comunidad, identificar y conocer sus propios problemas de salud, diseñar estrategias para resolverlos, ejecución de planes para resolverlos o palearlos y evaluar los resultados de esas acciones.

El DE 389 está en abierta contradicción en algunos aspectos con el DG 401, tales como lo relativo a la Junta Interventora, el permitir que el Director del Centro de Salud gire cheques contra la cuenta del Comité de Salud y el manejo del recurso humano.

El DE 389, repite artículos de la ley, incluye aspectos que riñen con la norma que dice reglamentar y se ocupa de temas estatutarios como lo es el desarrollo de los procesos electorales internos de la organización o la sustitución de miembros de la Junta Directiva.

RECOMENDACIONES

Se debe divulgar la importancia de los Comités de Salud para el desarrollo de las comunidades, como estrategia participativa de primer orden que contribuye a la solución de los principales problemas sanitarios que afectan las comunidades panameñas.

Se debe reformar el DG 401 en los siguientes aspectos:

- Adicionar un artículo que defina lo que es un Comité de Salud.
- Adicionar artículos relacionados con el régimen legal del recurso humano pagado con fondos del Comité de Salud.

Se debe derogar el DE 389.

1. Artículos propuestos:

Artículo 1. Se adiciona el artículo 1A al Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, así:

Artículo 1A. Defínase Comité de Salud como un organismo cuya constitución legal es de interés público, concebido como un instrumento de organización popular con capacidad de plantear las necesidades de la comunidad donde se organiza; participar en la planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud; y servir de medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud.

Artículo 2. Se adiciona el artículo 15 A al Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, así:

Artículo 15 A. El Comité de Salud podrá contratar personal pagado con sus fondos. Las relaciones laborales entre el Comité de Salud y sus trabajadores se regirán con las normas del Código de Trabajo.

Artículo 3. Se adiciona el artículo 15 B al Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, así:

Artículo 15 B. Los Comités de Salud con domicilio en un Centro de Salud podrán contratar personal pagado con sus fondos para laborar en el Centro de Salud u otra instalación sanitaria del Ministerio de Salud de su Comunidad siempre y cuando exista, previa a la contratación, una solicitud del Director Médico del Centro de Salud o de la autoridad de salud de esa instalación en que exponga esa necesidad. En caso contrario, el Comité de Salud no podrá contratar personal para destinarlo a servir en el Centro de Salud u otra instalación sanitaria.

Artículo 4. Se adiciona el artículo 15 C al Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970, así:

Artículo 15 C. El personal pagado con fondos del Comité de Salud que sea destinado a laborar en un Centro de Salud u otra instalación sanitaria del Ministerio de Salud deberá acatar las órdenes e instrucciones del personal sanitario o administrativo que coordine las labores de la unidad donde se le destine. De ser necesario aplicar sanciones disciplinarias estas las impondrá el Presidente del Comité de Salud en los términos que establezca la legislación laboral vigente.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía.

Libros:

1. **ANDER EGG**, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. ¿Qué es el desarrollo de la comunidad? Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen Hvmanitas. 33ª Edición corregida, ampliada y mejorada. 1998.
2. **ARAÚZ, HERIBERTO**. Régimen laboral del servidor público. Panamá. Universal Book. 2004.
3. **ARAÚZ-ROVIRA**, José N. Metodología de la investigación científica. Guía para desarrollar investigaciones científicas y trabajos de grado. Panamá, 1994.
4. **CAICEDO C.**, Luis A. Derecho Administrativo. Caracas, Venezuela. 11ª Edición. 2003.
5. **DAVIS VILLALBA**, Enriqueta. Metodología de investigación en ciencias jurídicas. Panamá. Centro de Investigación Jurídica, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Panamá. 1994.
6. **ESQUIVEL**, José Renán. La revolución de Panamá en el campo de la salud. En El desarrollo de las ciencias naturales y la medicina en Panamá. Estudio introductorio y antología. Novecindo Escobar, compilador. Universidad de Panamá, 1987.
7. **ENTRENA CUESTA**, Rafael. Curso de derecho administrativo. Madrid, España. Editorial Tecnos, S.A. 13ª edición, 1999.
8. **FERNÁNDEZ DEL VALLE**, Agustín Basave. Teoría de la democracia. Fundamentos de filosofía democrática. México, D.F., Editorial Jus, S.A. de C.V. Tercera Edición, 1988.
9. **GÓLCHER**, Ileana. Escriba y sustente su tesis. Metodología para la investigación social. Panamá, 1995.

10. **GUZMÁN**, Raymundo Amaro. Introducción a la administración pública. México, Editorial Mc Graw Gill, 1995.
11. **HERNÁNDEZ SAMPIERI**, Roberto; **Fernández Collado**, Carlos y **Baptista Lucio**, Pilar. Metodología de la investigación, México, Segunda edición, Mc Graw Hill, 1998.
12. **HERNÁNDEZ SAMPIERI**, Roberto; **Fernández Collado**, Carlos y **Baptista Lucio**, Pilar. Metodología de la investigación, México 2006, Cuarta edición, Mc Graw Hill.
13. Instalaciones de salud del primer nivel de atención – recursos necesarios -. Panamá. Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. Septiembre de 2001.
14. La participación social en el desarrollo de la Salud: experiencias latinoamericanas. HSP/SILOS-35, Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de salud. OPS/OMS, 1995.
15. **LÓPEZ LUNA**, María Concepción. Salud Pública. México, Interamericana McGraw Hill. Primera Edición. 1993.
16. **MACPHERSON**, Crawford Brough. La democracia liberal y su época. Madrid, España. Alianza Editorial, S.A. Tercera reimpresión, 1994.
17. Manual de técnica de investigación jurídica. Panamá. Centro de Investigación Jurídica, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Panamá. Segunda Edición, 1987.
18. **MEDINA**, Guillermo. Desarrollo de la comunidad. Segunda edición, 1973. Panamá, Panamá.
19. **MITCHELL D.**, Harley James. Introducción al estudio de la ley. Panamá. Primera edición, 1999.

20. **OAKLEY**, Peter. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. 1990.
21. **PALOMAR OLMEDA, Alberto**. Organización y empleo públicos. Cuadernos de Época, Serie Servicios Públicos 10. Buenos Aires, Argentina; Madrid, España. Primera Edición, 2005.
22. **PENAGOS**, Gustavo. Derecho administrativo. Parte General. Santafé de Bogotá, D.C. Colombia. Ediciones Librería del profesional. Edición 1994.
23. **PÉREZ CAJIAO**, Hugo. Tratado de administración pública. Panamá. Universidad de Panamá, Facultad de Administración Pública. 1996.
24. **PINILLA**, Héctor y **VERGARA**, Ada L. Legislación municipal comentada. Panamá. Primera Edición. B&B Impresiones.
25. **QUINTERO**, César A. Constitución y salud en Panamá. En Estudios de derecho constitucional panameño, Jorge Fábrega, compilador, Editora Jurídica Panameña. Panamá, 1997.
26. Revisión y desarrollo de los modelos de atención en salud. Proyecto subregional de consolidación e incremento de la capacidad gerencial de los servicios de salud en Centroamérica. OPS/OMS, mayo de 1995.
27. **REZSOHAZY**, Rudolf. El desarrollo comunitario: participar, programar, innovar. España. Narcea, S.A. Ediciones. Madrid, 1988.
28. **SAYAGUEZ LASO**, Enrique. Tratado de derecho administrativo. Montevideo, Uruguay, 1959.
29. Taller Centroamericano "En busca de una legislación que fortalezca la participación y acción de la sociedad civil".(1º 1994: Costa Rica: Fundación Arias para la paz y el progreso humano.) Memoria, Costa Rica, 1995.

- 30.** Taller Centroamericano “En busca de una legislación que fortalezca la participación y acción de la sociedad civil”.(2º 1996: El Salvador: Fundación Arias para la paz y el progreso humano.) Memoria, Costa Rica, 1996.
- 31. VIVAS TAFUR, Diego.** La participación ciudadana. Santafé de Bogotá, Colombia, Cámara de Representantes, Capitolio Nacional. 1996.
- 32. VILLEGAS, Héctor B.** Curso de finanzas, derecho financiero y tributaria. Tomo único, Buenos Aires Argentina, Séptima edición ampliada, Ediciones de Palma, 2001.
- 33. VEDEL, George.** Derecho administrativo. Traducción de la 6ta edición francesa por Juan Rincón Jurado. Madrid, España. Edición española, Aguilar S.A. de ediciones. 1980.

Tesis:

- 34. BOLAÑOS HERRERA, Andrés Ignacio.** Estudio de 44 Comités de Salud con problemática de asistencia y participación. Universidad de Panamá, Facultad de Administración Pública y Comercio. 1976.
- 35. BARAHONA ESPINO, Manuel.** Inventario de las actividades realizadas por los comités de salud de la Región Metropolitana de Salud durante 1986. Universidad de Panamá, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. 1988.
- 36. VILLARREAL, Eusebia y COSSINI, Joaquín Pablo.** Los Comités de Salud del Distrito Especial de San Miguelito en la provincia de Panamá y su aporte a las escuelas primarias. Universidad de Panamá, Facultad de Filosofía, Letras y Educación. 1975.

Leyes:

- 37.** Constitución Política de la República de Panamá de 1972. Ediciones Librería Cultural Panameña, 1973. Editora El Arte Tipográfico, S.A. Panamá, Panamá.

- 38.** Constitución Política de la República de Panamá de 1972, reformada por los Actos Reformatorios No. 1 y No. 2, de 5 y 25 de octubre de 1978, respectivamente; por el Acto Constitucional aprobado el 24 de abril de 1983; por los Actos Legislativos No. 1 de 1993 y No. 2 de 1994; y por el Acto Legislativo No. 1 de 2004. Sexta Edición, febrero de 2005. Editorial Mizrachi y Pujol, S.A. Panamá, Panamá.
- 39.** Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud. Publicado en Gaceta Oficial No. 16292 de 4 de febrero de 1969)
- 40.** Decreto de Gabinete No. 401 de 29 de diciembre de 1970, por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud. Publicado en Gaceta Oficial No. 16.779 de martes 26 de enero de 1971.
- 41.** Ley No. 5 de 8 de octubre de 1973, por la cual se desarrollan los artículos 224 y 225 de la Constitución Política de la República y se organizan las Juntas Comunales y señalan sus funciones. Publicada en Gaceta Oficial No. 17.458 de 24 de octubre de 1973.
- 42.** Decreto N° 75 de 27 de febrero de 1969, por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico de Ministerio de Salud en desarrollo del Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de enero de 1969. Publicada en Gaceta Oficial No. 16437 del 2 de septiembre de 1969.
- 43.** Decreto Ejecutivo 708 de 7 de septiembre de 1992, por medio del cual se reglamentan las funciones y obligaciones de los Comités de Salud para con el Ministerio de Salud y las comunidades. Publicado en Gaceta Oficial No. 22.129 de jueves 24 de septiembre de 1992.

44. Decreto Ejecutivo 389 de 9 de septiembre de 1997, por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete No. 401 de 29 de diciembre de 1970. Publicado en Gaceta Oficial No. 23.376 de 12 de septiembre de 1997.

45. FÁBREGA P., Jorge y **CASTILLERO,** Cecilio. Código Civil de la República de Panamá. Editora Jurídica Panameña. Panamá, 1987.

46. FÁBREGA P., Jorge. Código de Trabajo. 14 edición de septiembre de 1995.

Fallos judiciales:

47. Sentencia de 29 de noviembre de 2000, Tribunal Superior de Trabajo, Primer Distrito Judicial. Caso Concepción Govea vs Comité de Salud de Cerro Batea.

48. Sentencia No. 53 de 5 de septiembre de 2002. Juzgado Tercero de Trabajo, Primera Sección. Caso Encarnación González Martínez vs Comité de Salud de Juan Díaz.

49. Sentencia de 28 de junio de 2005, Tribunal Superior de Trabajo, Primer Distrito Judicial. Caso Albino Pérez Pascual vs Comité de Salud Emiliano Ponce y Centro de Salud Emiliano Ponce.

50. Fallo de 26 de abril de 2006. Corte Suprema de Justicia – Pleno – Acción de Amparo de Garantías Constitucionales. Miguelina Palacios vs Tribunal Superior de Trabajo del Primer Distrito Judicial de Panamá.

Diccionarios:

51. ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de trabajo social. 4ta reimpresión. Editorial Lumen, Buenos Aires Argentina. 1995.

52. CABANELLAS DE TORRES, Guillermo. Diccionario jurídico elemental. Editorial Heliasta S.R.L. Undécima edición, 1993.

53. Diccionario Jurídico Omeba 2008. Formato Pdf.

54. Diccionario Jurídico Espasa (formato electrónico). Madrid, España. Editorial Espasa Calpe, S.A. 2001.
55. Glosario de términos de Género. RUTA: Unidad Regional de Asistencia Técnica. Colaboración de Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. (fotocopia).
56. **RODRÍGUEZ MILORD**, Daniel y otros, Recopiladores. Glosario de términos en Salud Ambiental. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. OPS/OMS. Reimpresión. Metepec, Estado de México, México. 1995.

Folletos:

57. **CEDEÑO**, Francisco. 40 años de experiencia de trabajo con los Comités de Salud, 1955 – 1998. Panamá, Panamá. Ministerio de Salud. 1999.
58. Comités de Salud. Constitución, estatutos, derechos y deberes. Ministerio de Salud, Panamá, Panamá, 1997.
59. **GUEVARA GONZÁLEZ**, Linda. La Naturaleza jurídica de los Comités de Salud y su ubicación en el Derecho público o privado. Sin fecha.
60. **SANJUR**, Feliciano O. Folleto de Derecho Administrativo. Universidad Panamá. Sin fecha.

Revistas:

61. **SHEFFER**, Javier Ernesto. Los comités de salud: opiniones y aspectos jurídicos relevantes. Revista Cultural Lotería No. 413 julio – agosto de 1997. Año MCMXCVII. Pág. 107 a 114.
62. **MÁRQUEZ**, Patricio y **ENGLER**, Tomás. Crisis y salud: retos para la década de los 90. Revista Educación Médica y Salud. Volumen 24, No. 1, Enero/Marzo 1990. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 1990.

Consultas y opiniones:

- 63.** Queja No. 33 de 22 de mayo de 1998. Presidenta del Comité de Salud de Cerro Batea a la Procuraduría de la Administración.
- 64.** Consulta No. 212 de 27 de julio de 1998. Región Metropolitana de Salud a la Procuraduría de la Administración.
- 65.** Consulta No. 305 de 13 de noviembre de 1998. Junta de Conciliación y Decisión No. 3 del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral a la Procuraduría de la Administración.
- 66.** Nota No. 101/SG-99 de 6 de mayo de 1999. Dirigida por el Secretario General del Ministerio de Trabajo a la Región Metropolitana de Salud.
- 67.** Consulta No. 038 de 20 de febrero de 2004. Presidente del Comité de Salud Magally Ruiz a la Procuraduría de la Administración.

Documentos electrónicos:

- 68. AGUILAR IBÁÑES, MARÍA JOSÉ.** La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad? Editorial Díaz de Santos. http://books.google.com.pa/books?id=R9fHwssRXMQC&pg=PA141&lpg=PA141&dq=oms+brioni&source=web&ots=I-Hx1UD6_x&sig=4EgWD_q3m4H0kZaSc-VnkOcj5wM&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=5&ct=result#PPP1,M1. (Vista el 4 de noviembre de 2008).
- 69. ALEJANDRO, René.** Persona Jurídica. <http://www.gerencie.com/persona-juridica.html> (Vista el 14 de junio de 2009).
- 70. BIASCO, Emilio.** Las personas públicas no estatales y para estatales. <http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catderpu/material/paraesta.PDF> (Visto el 24 de junio de 2009).

- 71. BRICEÑO-LEÓN**, Roberto. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cadenos de Saúde Pública. V.14 supl. 2, Río de Janeiro. 1998. www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1333.pdf. (Vista el 27 de octubre de 2008).
- 72. BRONFMAN**, Mario y **GLEIZER**, Marcela. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100012. (Vista el 9 de julio de 2009).
- 73.** Constitución española de 1978. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html (Vista el 23 de junio de 2009).
- 74.** Constitución francesa de 1958, reformada en 2000. http://www.elysee.fr/elysee/espagnol/las_instituciones/los_textos_fundadores/la_constitucion_de_1958/la_constitucion_de_1958.21659.html (Vista el 23 de junio de 2009).
- 75.** Eje de participación comunitaria. www.bivapad.gov.ec/ops/Participaci%F3n-comunitaria.doc. (Visto 21 de junio de 2009).
- 76.** Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Participación Comunitaria (FADSP). Madrid, España, 2006. <http://www.fadsp.org/pdf/folletoPartCom.pdf> (visto el 23 de julio de 2009).
- 77. GORDILLO**, Agustín. Tratado de Derecho Administrativo. Tomo 1 Parte General. 8ª edición, Buenos Aires, Argentina. 2003. <http://www.gordillo.com/Tomo1.htm>. (Capítulo XIV). (Vista el 27 de octubre de 2008).
- 78. HUERTA OCHOA**, Carla. El concepto de interés público y su función en materia de seguridad nacional. Sin fecha. <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2375/8.pdf>. (Vista el 28 de julio de 2009).

- 79. HUERTA ROSALES, Moisés.** La hipótesis en la investigación <http://www.monografias.com/trabajos14/la-hipotesis/la-hipotesis.shtml>. (Vista el 23 de noviembre de 2008).
- 80. IVNISKY, Marina.** Derecho administrativo y Estado. <http://www.monografias.com/trabajos4/deradmi/deradmi.shtml>. (Vista el 14 de junio de 2009).
- 81. MOLINA, Yolanda.** La participación comunitaria en la prevención y combate de incendios forestales: estrategias que la promueven. Venezuela, 2006. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24143/2/articulo6.pdf> (Vista el 9 de julio de 2009).
- 82. OROZCO AFRICANO, Julio Mario.** Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia, 2006. <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm> (Visto el 28 de julio de 2009).
- 83.** Potenciación Comunitaria. <http://www.scn.org/mpfc/key/key-ps.htm>. (Visto el 9 de julio de 2009)
- 84. SANABRIA RAMOS, Gisela.** Participación social y comunitaria. Reflexiones. Revista Cubana de Salud Pública 2001; 27 (2): 89-95. Red ALyC. Hemeroteca científica en línea. <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/rcsp/v27n2/spu02201.pdf>. (Vista el 27 de octubre de 2008).
- 85. SÁNCHEZ, Celia.** Comités de salud. Entre la resistencia y la ausencia de Estado. 10 de junio de 2008. <http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1294><http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1294> (Visto el 21 de junio de 2009).
- 86. SÁNCHEZ, Celia.** Comités de salud. Entre la resistencia y la ausencia de Estado. 10 de junio de 2008.

<http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1294><http://www.prensarural.org/spip/spip.php?article1294> (Visto el 21 de junio de 2009).

87. TURABIAN, José Luis. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Ediciones Díaz de Santos, 1991. http://books.google.com/books?id=FEPbC9ttT94C&dq=participacion+comunitaria+en+salud&hl=es&source=gbs_navlink (Visto el 28 de julio de 2009).

88. VIDAL CÓRDOBA, Esther. La participación comunitaria en salud. Una experiencia en el Distrito de San Martín de Porres. Lima, Perú. 1999. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N3_1999/a11.pdf (Visto el 10 de julio de 2009).

89. <http://www.peraltalorca.com/aps/Zurro/3/Parte3/CAPITULO-28-02.htm> (Vista el 24 de julio de 2009).

90. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/38984/> (Vista el 24 de julio de 2009).

91. http://es.wikipedia.org/wiki/Relaciones_laborales (Vista el 3 de agosto de 2009).

92. http://www.minsa.gob.pa/minsa2008/final_newpage/listado.htm (Vista el 4 de agosto de 2008).

93. http://www.minsa.gob.pa/minsa2008/final_newpage/documents/informacion_de_salud/listado/cantidad.pdf (Vista el 4 de agosto de 2008).

ANEXO