

14

Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe-Buglé de Panamá

Dra. Enriqueta Davis Villalba y autoridades y líderes Ngöbe-Buglé
Sección Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud de Panamá

Noviembre de 2001
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
RESUMEN EJECUTIVO.....	3
1. INTRODUCCIÓN	11
2. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	13
3. SITUACIÓN EDUCATIVA.....	21
4. LA ORGANIZACIÓN PARA EL TRABAJO	23
5. HISTORIA Y ORGANIZACIÓN SOCIAL	27
6. SALUD EN LAS COMUNIDADES NGÖBE-BUGLÉ	31
7. SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	39
8. LA COSMOVISIÓN NGÖBE-BUGLÉ EN MATERIA DE SALUD	41
9. EXISTENCIA Y UTILIZACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL	43
10. SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER INDÍGENA.....	47
11. PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD	51
12. PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD EN LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ	55
13. PERSPECTIVAS DE USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL NGÖBE-BUGLÉ	59
14. CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXO.....	69

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas¹, está promoviendo un proceso que contribuirá al mejor conocimiento de los factores condicionantes y estrategias comunitarias que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud de la población indígena de las Américas. Esto se hace en cumplimiento del numeral 2, inciso D de la Resolución CD37.R5² que recomienda “instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad” y de los enunciados de la Resolución CD40.R6³ que, entre otros puntos, resuelve “exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas”.

La serie Salud de los Pueblos Indígenas se ve enriquecida con los estudios de caso que en esta ocasión se presentan como publicaciones individuales. Su utilidad es obvia pues nos obliga a afinar nuestros instrumentos de análisis al tener que confrontar la teoría y perspectiva generales con las condiciones particulares de un pueblo indígena y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades.

Los estudios se realizaron según el proyecto “Marcos de Referencia para la Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud”, que se formuló en 1999 respondiendo a las recomendaciones de los participantes en el Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, realizado en Washington, D.C, EUA, del 15 al 16 de noviembre de 1999. Los estudios se tuvieron que ajustar a términos de referencia comunes para obtener resultados comparables, (ver anexo).

Estos estudios se hicieron con el pueblo Nahuat Pipil en El Salvador; con el pueblo Mapuche en Chile; con el pueblo Maya en Guatemala; con el pueblo Garífuna en Honduras; con el pueblo Ngöbe-Buglé en Panamá y con el pueblo Quechua en el Perú.

En el anexo se describen los términos de referencia enviados a las representaciones de la OPS/OMS para ser entregados a los investigadores responsables de la elaboración de los estudios de

¹ Las recomendaciones del I Taller Hemisférico sobre Pueblos Indígenas y Salud llevado a cabo en Winnipeg, Canadá en 1993, se agruparon en una propuesta que dio lugar a la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas cuyos principios son el abordaje integral de la salud, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.

² La Resolución CD37.R5 aprobada el 28 de septiembre de 1993 por los Gobiernos Miembros de la OPS representa el compromiso político de los mismos y de la Organización para priorizar la atención integral de los pueblos indígenas de la Región.

³ La Resolución CD37.R5 fue ratificada por medio de la Resolución CD40.R6 aprobada el 25 de septiembre de 1997 por los Gobiernos Miembros de la OPS.

caso. La información que se presenta en los documentos preparados, responde a los procesos seguidos en cada país, a la disponibilidad de documentación y datos, y al criterio profesional de los autores.

La muestra de las comunidades estudiadas es representativa ya que los estudios analizan situaciones tanto de Mesoamérica como del sur del continente. Tanto los pueblos descendientes de las antiguas y centralizadas sociedades incaicas, mayas o aztecas, como otros pueblos menos estudiados y más localizados como los Ngöbe-Buglé y los Garífunas se encuentran en la muestra que se presenta en estas publicaciones.

Particularmente interesantes son los pueblos garífunas. Ellos representan el importante componente de origen africano que contribuyó a la base sobre la cual se edificaría la identidad étnica de las Américas y el carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de la población de la Región.

Aunque los procesos son diferentes, se observa en los estudios de caso una cosmovisión común que fundamentalmente entiende la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio. Sin embargo, como los pueblos no se sienten aislados, junto a las enfermedades de etiología de filiación cultural, están aquellos desequilibrios producidos por las causas que son entendidas desde los paradigmas convencionales como son las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con las sociedades envolventes. En la restauración de los equilibrios perdidos, buena parte de los estudios, precisamente, apunta a poner de relieve la complementariedad necesaria entre las perspectivas, conocimientos y estrategias de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

Comentario [PLU1]: Este sin embargo no lo entiendo Rocío

RESUMEN EJECUTIVO

Antes de pasar a la descripción de los Ngöbe-Buglé, es necesario señalar que en Panamá, la legislación consigna la existencia de áreas geográficas especiales para la población indígena. Dichas áreas se denominan **comarcas**. Las comarcas tienen sus antecedentes en las encomiendas, resguardos, circunscripciones y reservas indígenas de la época de la colonización española. A partir de la Ley 2 de 1938 –mediante la que se crean las comarcas de San Blas y Barú– se han utilizado oficialmente los términos reserva y comarca indistintamente. En la actualidad existen cinco comarcas indígenas legalmente constituidas, a saber: la **comarca de Kuna Yala** organizada mediante Ley 16 del 16 de febrero de 1953; la **comarca Emberá** de Darién creada mediante Ley 22 del 8 de noviembre de 1983; la **comarca Kuna de Madungandí** creada mediante Ley 24 del 12 de enero de 1996; la **comarca Ngöbe-Buglé** creada mediante Ley 10 del 7 de marzo de 1997 y que fue ratificada por la Ley 5 del 19 de enero de 1998 y la Ley 69 del 31 de octubre de 1998, y la **comarca Kuna de Wargandi** creada mediante Ley 34 del 25 de julio de 2000. El desarrollo de estas leyes obedece a lo preceptuado en la Constitución Política de la república de Panamá.

La **comarca**, como figura político-administrativa, garantiza la propiedad colectiva de las tierras. La Constitución Política del Estado panameño, prohíbe la apropiación privada de las tierras comarcales, por lo que éstas son inadjudicables e inembargables. El espíritu de la ley es el de garantizar las tierras para que la población indígena, cuya actividad económica fundamental es la agropecuaria, cuente con el recurso “tierra” para lograr su *bienestar económico y social*. No obstante, en el caso de los Ngöbe-Buglé, la delimitación de la comarca, ha dejado fuera a una parte de la población indígena lo que significa que ésta no cuenta con la protección que las leyes brindan a aquellos que habitan en el interior de las áreas comarcales.

Aspectos sociodemográficos. La población Ngöbe-Buglé sigue siendo, para 1997, la más numerosa entre los grupos indígenas (6 de cada 10 indígenas pertenecen a esta etnia). El patrón de población tradicional es disperso, son las comunidades pequeñas, integradas por pocas viviendas, en donde los habitantes tienen lazos de parentesco entre sí. La Encuesta de Niveles de Vida (ENV) de 1997, determinó que el promedio de personas por hogar es de 6.8, siendo más alto que el promedio nacional y que el de todos los grupos estudiados. Las comunidades datan, en su mayoría (98%) de más de 20 años de existencia y los cambios de las poblaciones se deben fundamentalmente al crecimiento demográfico. Las tasas de fecundidad de las mujeres Ngöbe-Buglé son las más altas en el país: 3,6, en tanto que el promedio indígena es de 3,5 y el promedio de las mujeres no indígenas es de 2,9. La distribución por sexo, según datos del Censo de Población y Vivienda de 1990, así como de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997, dan cuenta de una mayor cantidad de hombres que de mujeres, presentándose algunas variaciones en los tramos de edad. Esta información amerita estudios especiales para determinar las causas de tal comportamiento poblacional. El hecho que más de la mitad de la población sea menor de 15 años de edad, indica la fuerte carga de dependencia económica de los hogares: 3,8 entre los Ngöbe-Buglé contra un promedio nacional de 2,9.

Situación educativa. La etnia Ngöbe-Buglé presenta un nivel de analfabetismo superior al del promedio nacional (8%) y al del promedio indígena (30%). Un 36% de los miembros de esta etnia son analfabetos: 25% de los varones y casi el 50% de las mujeres, según datos de la ENV de 1997. La participación en la matrícula escolar es también más baja entre los Ngöbe-Buglé, presentando tasa de matrícula neta de 82% en la educación primaria y de 19% en la educación secundaria.

Mientras que las tasas nacionales alcanzan porcentajes de 92% y 62% respectivamente y los promedios indígenas, por su parte, son de 83% y 18%. El nivel de instrucción alcanzado entre la población total del país, mayor de 12 años de edad era de 8,1, siendo el de las mujeres 8,3 más alto que el de los hombres 7,9. Entre los indígenas, las cifras son de 4,5 para el total, 5,1 para los hombres y 3,9 para las mujeres. Nuevamente los Ngöbe-Buglé presentan una situación de desventaja, pues cuentan con un promedio de años aprobados de 2,8, siendo el de los hombres de 3,2 y el de las mujeres de 2,8. Si bien los Ngöbe-Buglé son el grupo indígena que más ha conservado sus lenguas autóctonas, esto se ha convertido en una desventaja, según los datos arrojados por la ENV de 1997, que relaciona la situación de pobreza con el monolingüismo en lenguas aborígenes, como se verá más adelante en este informe.

Organización para el trabajo y situación de pobreza. Al igual que la mayoría de la población indígena del país, esta etnia se dedica fundamentalmente a la agricultura, con el agravante de las limitaciones de las tierras que ocupan para la actividad agrícola. De acuerdo a los datos de la ENV, 48% de los Ngöbe-Buglé residentes en tierras de la comarca, se declararon “económicamente activos”, siendo prácticamente iguales los porcentajes masculino 51% y femenino 49%. Estas cifras son inferiores a las del resto de la población indígena y, parecen estar asociadas con la pobreza de las tierras y la fuerte presión demográfica sobre la misma, además de la falta de recursos técnicos y financieros para el desarrollo de la actividad agropecuaria. La ENV de 1997, también señala que en el interior de la comarca, 77% de los jefes de hogar poseían fincas y, otros datos de la misma fuente, evidencian que hay más pobreza en los hogares con tierras que entre los que no la tienen: 81% de los hogares pobres de la comarca cuentan con tierras, en tanto que, entre los no pobres, la cifra alcanzada es de 19%. Existen limitaciones para lograr el sustento mediante la actividad agrícola, ya que dicha actividad genera tan solo el 30% del ingreso per cápita de los Ngöbe-Buglé y ello representa 77% de la producción propia, y de ésta, el 92% se dedica al consumo familiar. El nivel de ingreso anual per cápita de esta etnia es sensiblemente inferior a la línea de pobreza extrema, pues solo alcanza un promedio de \$395.00. Los datos anteriormente citados y otros que se han estudiado más en la ENV evidencian que esta etnia es la más pobre entre los pobres de Panamá. Así, en tanto que del total de la población un 37,3% se ubicaba bajo la línea de pobreza y 18,8% en pobreza extrema, la población indígena presenta un índice de pobreza del 83,8% y 69,6% de pobreza extrema. Entre los Ngöbe-Buglé residentes en las áreas comarcales, la pobreza alcanza al 95,4% del total y la pobreza extrema al 86,1%.

Organización social. La organización social tradicional de los Ngöbe-Buglé está basada en los lazos de parentesco. Las pequeñas comunidades están integradas por miembros de un mismo grupo familiar y, la pertenencia a dicho grupo guarda estrecha relación con habitar en la comunidad y trabajar las tierras familiares. Dicha organización está presentando fuertes cambios debido fundamentalmente a la escasez de tierras, a la pobreza de las mismas, a las fuertes limitaciones para la producción, y a los nuevos límites impuestos a la comarca a partir de la Ley 10 de 1997, lo cual explica que cada vez más haya mayor presencia de miembros de esta etnia en áreas exteriores a las tierras tradicionalmente por ellos habitadas. Esta situación incide en el debilitamiento de los lazos de parentesco entre los grupos familiares. Los litigios por la tierra y la discriminación contra las mujeres, en materia de usufructo de las tierras familiares, son hechos que han tenido inicio hace algún tiempo, pero que en la actualidad parecen reforzarse. La compleja estructura político-administrativa creada por las leyes que regulan el funcionamiento de la comarca, pueden también incidir en los cambios en la organización social de esta etnia.

Situación de la salud. Un análisis elaborado por la OPS sobre información proveniente de la ENV de 1997, evidencia que existen fuertes disparidades en la atención a la salud entre los sectores no pobres y los pobres de Panamá. Por su parte, el Informe del Director de la OPS para el año 2000, señala desigualdades en la salud para la población indígena, relacionadas con el menor acceso de éstos a los servicios de salud, tasas de mortalidad más elevadas, muertes por enfermedades prevenibles, etc. *El Programa Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, elaborado por el Ministerio de Salud de la República de Panamá en el año 2000, presenta datos que confirman la desventajosa situación de salud de los pueblos indígenas del país. En lo que atañe específicamente a los Ngöbe-Buglé, todos los datos recabados por la ENV los ubican como los más pobres entre los pobres de Panamá, lo cual incide en mayor desnutrición, precarias condiciones de vivienda y escasa utilización de servicios básicos. La morbilidad, en todos los grupos de edad, está fundamentalmente asociada a la situación de pobreza y marginación geográfica y cultural. La mortalidad de la población infantil tiene un fuerte componente de enfermedades prevenibles, lo que se relaciona con la baja tasa de vacunación. Son también los Ngöbe-Buglé los que presentan el menor índice de utilización de los servicios de salud entre toda la población del país. La situación de salud es más grave aún entre los miembros de esta etnia que habitan en el interior de las tierras comarcales.

Servicios de salud pública. En enero de 1999, el Gobierno de Panamá creó en el Departamento de Conducta Humana y Salud del Ministerio de Salud, la Sección Salud de Pueblos Indígenas y, en el *Programa Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, estableció la incorporación del *Enfoque Intercultural de la Salud* en atención a una serie de resoluciones emanadas de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Panamericana de la Salud. Si bien se observa un esfuerzo por mejorar la atención a la salud de los Ngöbe-Buglé mediante la creación de una región de salud para atender el área comarcal, el presupuesto asignado de \$265,000.00, resulta escaso ya que solo cubre el funcionamiento de la sede. Igualmente el número de instalaciones: ocho centros de salud, un subcentro de salud y 71 puestos de salud y el personal médico y paramédico en la región de salud Ngöbe-Buglé es evidentemente insuficiente. En 1998, Panamá contaba con un médico por cada 795 habitantes; un odontólogo por cada 3.507 habitantes y una enfermera por cada 868 habitantes. En tanto que si se toma en consideración el personal que labora en la Región de Salud Ngöbe-Buglé y la población calculada por la ENV de 1997 en el interior de la comarca, se cuenta con un médico por cada 49.459 habitantes, un odontólogo por cada 74.189 habitantes y una enfermera por cada 37.095 habitantes.

La cosmovisión Ngöbe-Buglé en materia de salud. El concepto salud-enfermedad entre los miembros de esta etnia, tiene mucho en común con la población autóctona americana de otros países, en el sentido en que consideran a la salud como un producto de una relación armónica con la naturaleza, el medio ambiente, los seres humanos y lo sobrenatural. Si este equilibrio se rompe, se producirá la enfermedad que puede tener *origen natural* u *origen espiritual*. El sueño juega un papel importante en la enfermedad y la muerte, pues ellos piensan que por la intervención de un espíritu o por medio de la brujería, el alma puede separarse del cuerpo durante el sueño y emprender un viaje al mundo de los muertos. El **Sukia** es el médico tradicional que, aparte de sus conocimientos de botánica, tiene la capacidad de comunicarse con los espíritus y también tiene facultades adivinatorias. Éste es el encargado de realizar exorcismos para neutralizar los efectos de sueños malignos. El **Nicorare**, es la personificación de lo maligno y su función es la de neutralizar los efectos positivos de las curaciones que realiza el Sukia. Otros interventores en la atención a la salud son el curandero y las parteras tradicionales. La atención a problemas de salud se inicia en la casa y

está fundamentalmente a cargo de las mujeres. Las prácticas para el cuidado de la salud incluyen una serie de actividades fundamentadas en la relación entre la salud con lo sobrenatural y también con las prácticas socioculturales.

Existencia y utilización de la medicina tradicional. La existencia de la medicina tradicional que utilizan los Ngöbe-Buglé en su vida diaria, se avala mediante la Carta Orgánica Administrativa de la comarca⁴ en cuyo artículo 258 se clasifican los servicios médicos tradicionales que incluyen a los Sukias de acuerdo a diversas especialidades, tomando en cuenta su capacidad de pronosticar, diagnosticar y recetar. Este mismo artículo oficializa la actuación de estos médicos tradicionales al señalar, expresamente, que interactuarán con los profesionales de la medicina occidental. Las parteras empíricas también se incluyen en este artículo, en reconocimiento a la importancia de la labor que éstas realizan y que se refleja en que la mayoría de los nacimientos de la Comarca, son atendidos por ellas.

Promoción de la salud. En lo que respecta a la promoción de la salud, muchas son las dificultades encontradas. Así, la alta tasa de desnutrición está relacionada, por un lado, con los hábitos alimentarios, la escasez y pobreza de la tierra y la falta de recursos económicos; pero, las prácticas culturales también inciden en el patrón de consumo de alimentos. Los usos culturales también influyen en el derecho al descanso y son las mujeres las que disponen de muy poco o ningún tiempo libre. Las actividades recreativas son también limitadas. Las menores tasas de vacunación de los niños menores de 5 años, es otro de los aspectos que coloca a este grupo humano en condiciones de inferioridad con respecto al resto de la población panameña.

Salud de la mujer Ngöbe-Buglé. Si bien las mujeres Ngöbe-Buglé comparten con el resto de su etnia una situación de marginación y pobreza, con los consabidos efectos sobre su salud, son, por razón de su género, particularmente vulnerables pues en su cultura ocupan un papel secundario. Ellas inician su vida marital prácticamente desde el momento de la menarquia; las prácticas matrimoniales incluyen la poligamia, con sus modalidades de *levirato* y *sororato*; habiendo también alguna práctica de relaciones incestuosas. Estudios realizados apuntan a que tanto la poligamia como el incesto parecen relacionarse con la búsqueda, por parte del hombre, de una o varias mujeres más jóvenes que las consortes que tenga; y ello incide negativamente sobre la autoestima de las féminas afectando su salud mental. La cantidad de embarazos y partos es generalmente elevada y es el hombre quien decide el número de hijos a tener. El exceso de trabajo y las condiciones en que éste se realiza, afecta también la salud de las mujeres. La violencia familiar contra las mujeres es otra de las prácticas que inciden negativamente en la salud de éstas.

Programas y Proyectos que se ejecutan en la región Ngöbe-Buglé. Si bien diferentes entidades estatales adelantan programas y proyectos que suman varios millones de dólares, en las áreas comarcales la situación de pobreza y marginalidad de la etnia Ngöbe-Buglé es evidente. Entre las razones señaladas por algunas personas entrevistadas para este informe, se señala la falta de coordinación institucional, por lo que algunas acciones no logran alcanzar sus objetivos.

Perspectivas de la Medicina Tradicional. En lo que respecta a las perspectivas de uso de la medicina tradicional Ngöbe-Buglé, obviamente hay una aceptación de la utilización de la misma por los miembros de esta etnia. Por su parte, las acciones gubernamentales en materia legislativa y de

⁴ Decreto Ejecutivo No. 194 de 25 de agosto de 1999.

salud, intentan normar el funcionamiento de ésta. No obstante, es necesario realizar más estudios para que la medicina tradicional pueda, en efecto, “armonizar y fusionarse con la medicina moderna”, tal y como lo señala el artículo 257 de la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca.

CONCLUSIONES

- 1) Los Ngöbe-Buglé son los pobres más pobres de la República de Panamá.
- 2) Los Ngöbe-Buglé que habitan en el interior de la comarca son aún más pobres que los miembros de la misma etnia ubicados al exterior de ésta, lo que está relacionado con la fuerte presión demográfica sobre la tierra al haberse limitado el territorio de la comarca, con la baja calidad de los suelos, la dispersión poblacional, la marginación geográfica y cultural, etc.
- 3) Los Ngöbe-Buglé que no hablan español presentan mayor nivel de pobreza y son éstos precisamente los que habitan en el interior de la comarca.
- 4) Las estimaciones de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENV,1997) arrojan una cifra superior de hombres en casi todos los tramos de edad, incluyendo la población infantil, lo que pudiera aludir a un trato diferenciado en detrimento de las mujeres. Ya en el Censo de Población y Vivienda de 1990, la población femenina era menor que la masculina.
- 5) El trato discriminatorio contra las mujeres parece evidenciarse en los datos de la ENV respecto a las vacunas recibidas por los niños menores de 5 años de edad: los varones presentan porcentajes superiores a las niñas.
- 6) Las prácticas culturales discriminatorias contra la mujer y que inciden sobre el estado de salud de éstas, incluye: la formación de pareja a muy temprana edad (a partir de los 13 años); un elevado número de embarazos y partos, siendo el hombre quien determina la cantidad de hijos que desea tener; la violencia intrafamiliar sobre la mujer; la fuerte carga de trabajo que incluso las priva de tiempo para dedicar al descanso.
- 7) Entre la morbilidad femenina destacan lumbalgias, dolores pélvicos y abortos por el exceso de trabajo y las condiciones en que éste se realiza.
- 8) Las mujeres tienen muy poca atención al parto, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna.
- 9) Las prácticas culturales también inciden en la escasa higiene personal de los niños, los que a partir de los 5 años de edad, deben encargarse de su propio aseo personal. Pero los niños más pequeños también padecen de falta de higiene.
- 10) La morbi-mortalidad infantil está asociada a enfermedades prevenibles por vacunas y a la falta de higiene.
- 11) Más de la mitad de la población infantil sufre de algún grado de desnutrición.

- 12) La escasez de agua potable y la casi inexistente práctica de tratar el agua para consumo humano, aunado a la costumbre de utilizar ríos y quebradas para depositar las excretas, son un foco permanente de enfermedades.
- 13) La escasez de letrinas y el poco uso de las mismas por las limitaciones presupuestarias (“no hay dinero para comprar papel higiénico”), y por las concepciones culturales (“se sienten sucios al utilizar la letrina y limpiarse con papel higiénico”), hacen que las excretas se continúen depositando en ríos, quebradas y el monte.
- 14) Los materiales para construir las viviendas, el piso de tierra, el hacinamiento en los cuartos utilizados para dormir, el uso del fogón en la vivienda, etc. también dan cuenta de la elevada morbi-mortalidad general.
- 15) Las prácticas culturales colocan en manos de las mujeres las primeras acciones para restaurar la salud a través de la medicina casera; en segundo lugar se acude a los botánicos y Sukias, para tratar enfermedades más serias y, por lo general, la atención médica se busca después, si no hay mejoría en el enfermo.
- 16) Son escasos los servicios de salud y el personal calificado de la comarca. Ello, aunado a las grandes distancias que hay que recorrer desde las comunidades hasta el centro o puesto de salud, explican la poca concurrencia a los mismos. No hay hospitales en las áreas comarcales.
- 17) En la búsqueda de la atención a la salud, destaca el hecho de que mayormente son las mujeres las que al estar enfermas, “no hacen nada” y continúan con sus labores habituales, en tanto que los hombres interrumpen su trabajo y otras actividades.
- 18) Los programas tanto de salud como de desarrollo social y económico que se ejecutan en la comarca adolecen de falta de coordinación, por lo que en lugar de complementarse resultan acciones aisladas que no parecen lograr los objetivos propuestos, esto es mejorar la situación de pobreza de los indígenas.
- 19) La delimitación de la comarca, si bien ha sido un sueño largamente acariciado por los Ngöbe-Buglé no debe constituirse en una forma de aislar a los mismos del desarrollo nacional. Si bien se ha creado la Región de Salud Ngöbe-Buglé ésta no cuenta con los recursos necesarios para garantizar la salud de los indígenas. Por otra parte, aún no se pone en ejecución todo lo señalado en la Ley 10, en materia de educación y programas de desarrollo.
- 20) La medicina tradicional aún no ha sido objeto de suficientes estudios como para ponerse en práctica junto a la medicina moderna. Estos estudios deben realizarse de tal forma que se refuerce la identidad cultural sin poner en peligro la atención a la salud.

COMENTARIOS GENERALES

- 1) La *Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, incluye objetivos, estrategias y lineamientos generales de utilidad para la formulación de un programa de salud para la población de la comarca Ngöbe-Buglé. A partir de allí, se puede elaborar un programa, fundamentalmente basado en la “producción de salud” por parte de las mismas comunidades.

- 2) La alarmante situación de salud actual obliga a la definición de objetivos específicos a corto plazo como:
 - a) Crear conciencia tanto en los profesionales de la medicina como en la misma comunidad de que la principal fuente de creación de salud es el hogar, la comunidad y cada individuo de ésta. En este sentido se debe destacar el valioso papel tradicional de la mujer en la conservación de la salud de su familia.
 - b) Promover la medicina comunitaria como sistema de protección del hombre.
 - c) Ejecutar programas de capacitación que permitan a los indígenas conocer las medidas elementales de prevención de enfermedades y por ende, de conservación de la salud. Estos programas deben acompañarse de una masiva letrínación, construcción de acueductos rurales, campañas de vacunación, control prenatal, control de neonatos. En otras palabras, la atención a la salud debe estar perfectamente integrada y además de ello, debe complementarse con programas productivos que permitan a las familias el nivel de ingesta diaria necesario.
 - d) Ejecutar acciones concretas para garantizar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud. La guía y orientación en salud para las comunidades, debe partir de los servicios de salud estatales que incluyan a indígenas formados como asistentes y técnicos, parteras etc., para garantizar la adecuada comunicación con los miembros de la comunidad y el logro de los objetivos propuestos.
 - e) Desarrollar lo consignado en la Carta Orgánica respecto al rescate de la medicina tradicional. Para ello es necesario realizar los estudios pertinentes, incluyendo investigaciones que ya se han realizado en las universidades sobre las propiedades curativas de plantas. A la par de ello, es necesario capacitar y adiestrar a médicos tradicionales y botánicos en el uso de medicamentos occidentales para el tratamiento de las enfermedades. De lo que se trata es lograr un trabajo perfectamente coordinado entre quienes ejercen la medicina tradicional y el personal del ministerio de salud.
 - f) Enfatizar en la situación de desventaja cultural de la mujer Ngöbe-Buglé y diseñar programas específicos para hacer frente a tal problema. (Davis, 1991).
- 3) A más largo plazo, previa la realización de los estudios necesarios, se debe programar la incorporación de la etnomedicina a los servicios de salud.

1. INTRODUCCIÓN

Las comarcas indígenas. Antes de pasar a la descripción de los Ngöbe-Buglé, es necesario señalar que en Panamá, la legislación consigna la existencia de áreas geográficas especiales para la población indígena. Dichas áreas se denominan **comarcas**. La comarca tiene sus antecedentes en las encomiendas, resguardos, circunscripciones y reservas indígenas de la época de la colonización española. A partir de la Ley 2 de 1938 -mediante la que se crean las comarcas de San Blas y Barú- se han utilizado oficialmente los términos reserva y comarca indistintamente. En la actualidad existen cinco comarcas Indígenas legalmente constituidas, a saber: La **comarca de Kuna Yala** organizada mediante Ley 16 del 16 de febrero de 1953; la **comarca Emberá** de Darién creada mediante Ley 22 del 8 de noviembre de 1983; la **comarca Kuna de Madungandí** creada mediante ley 24 del 12 de enero de 1996; la **comarca Ngöbe-Buglé** creada mediante Ley 10 del 7 de marzo del 1997; complementada por la Ley 5 del 19 de enero de 1998 y la Ley 69 del 31 de octubre de 1998 y la **comarca Kuna de Wargandi** creada mediante Ley 34 del 25 de julio de 2000. El desarrollo de estas Leyes obedece a lo preceptuado en la Constitución Política de la República de Panamá.

Tratamiento constitucional de las comunidades indígenas. El Artículo 123 de la Constitución Política vigente señala que:

“El Estado garantiza a las comunidades indígenas la reserva de las tierras necesarias y la propiedad colectiva de las mismas para el logro de su bienestar económico y social. La ley regulará los procedimientos que deban seguirse para lograr esta Ngöbe-Buglé finalidad y las delimitaciones correspondientes dentro de las cuales se prohíbe la apropiación privada de las tierras”.

Significado de comarca para los pueblos indígenas. Para los indígenas la institución Comarca no solo es una forma de garantía de sus tierras, sino que además, es un mecanismo para la conservación de prácticas culturales tradicionales y el ejercicio de un gobierno a cargo de los propios indígenas. Por muchos años los Ngöbe-Buglé lucharon por la definición de sus tierras comarcales, lo que se logra mediante la **Ley No. 10 del 7 de marzo de 1997 “Por la cual se crea la comarca Ngöbe-Buglé y se toman otras medidas”**⁵, la que en su artículo 1 señala que:

“Se crea la comarca Ngöbe-Buglé como una división política especial en el territorio de la República de Panamá, conformada por tres grandes regiones extendidas sobre la parte de la porción continental e insular de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, y su organización y funcionamiento están sujetos a la Constitución Política, a la ley y a la Carta Orgánica.”

En la práctica, los efectos de dicha ley han sido los de segregar territorios de las tres provincias citadas para incluirlos en la comarca. Lo anterior ha ocasionado cambios en la configuración político-administrativa de dichas provincias y se han creado nuevos distritos y corregimientos. También ha afectado la ubicación y distribución de la población indígena, pues con los nuevos límites, parte de la población indígena ha quedado fuera de las áreas comarcales, de igual forma, en el interior de las tierras de la comarca ha quedado ubicada población no indígena.

⁵ Gaceta Oficial 23242 de 11 de Marzo de 1997.

Dos leyes posteriores a la Ley 10 que crea la comarca Ngöbe-Buglé, precisan con detalles la nueva configuración político-administrativa de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas. Estas son la **Ley No. 5, del 19 de enero de 1998**, que crea nuevos corregimientos en varios distritos de la provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Panamá. Lo contenido en el Capítulo I de esta ley, incluye algunas comunidades Ngöbe-Buglé de la provincia de Bocas del Toro y la **Ley No. 69 del 31 de octubre de 1998**, introduce otras modificaciones y configura la división político-administrativa de la comarca.

El **Decreto Ejecutivo No. 194 de 25 de Agosto de 1999** “Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la comarca Ngöbe-Buglé”, en su Artículo 4 divide a ésta en tres regiones: Ño Dribo, Nidrini y Kädriiri. La extensión de la comarca abarca 694.406.00 hectáreas.

RESUMEN. La comarca, como figura político-administrativa, garantiza la propiedad colectiva de la tierra. La constitución política del Estado panameño prohíbe la apropiación privada de las tierras comarcales, por lo que éstas son inadjudicables e inembargables. El espíritu de la ley es el de garantizar las tierras para que la población indígena, cuya actividad económica fundamental es la agropecuaria, cuente con el recurso “tierra” para lograr su *bienestar económico y social*. No obstante, en el caso de los Ngöbe-Buglé, la delimitación de la comarca, ha dejado fuera a una parte de la población indígena lo que significa que ésta no cuenta con la protección que las leyes brindan a aquellos que habitan las áreas comarcales.

2. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CENSO DE 1990⁶

A partir del Censo de Población y Vivienda de 1990 se cambia la metodología de recolección de datos respecto a la medición de la población indígena utilizada en censos anteriores. En dichos censos la población indígena se definía por área geográfica, de manera que solo se consideraban como indígenas a los que habitaban en las áreas previamente definidas como áreas de ubicación indígena. En 1990 y en el 2000 se consideró como indígena a todo aquel informante que declarara pertenecer a algún grupo aborigen, independientemente de la localidad donde fue empadronado. Tal cambio en la metodología, por supuesto, arrojó una cifra mucho mayor, superior al crecimiento natural de la población indígena. Así ésta, pasó de 93.091 en 1980 a 194.269 en 1990. Se registró, además, la presencia de población indígena en todas las provincias del país, nueve en total y en las dos comarcas que para la fecha existían (la de Kuna Yala y la Emberá) representando el 8.3% del total de la población del país. Los Ngöbe-Buglé representan el grupo indígena más numeroso, y si bien en 1990 se encontraban distribuidos en todas las provincias del país, la mayor concentración de los mismos se da en las provincias en donde tradicionalmente vivían como se observa en el siguiente cuadro.

**Cuadro 1: Distribución de la población Ngöbe-Buglé según provincia
Censo de población y vivienda 1990**

PROVINCIAS	TOTAL POBLACIÓN INDÍGENA	POBLACIÓN NGÖBE-BUGLÉ	PORCENTAJE
TOTAL	194.269	123.626	64
BOCAS DEL TORO	55.405	51.086	92,3
COCLE	221	148	67
COLÓN	2.684	214	8
CHIRIQUÍ	63.377	62.825	99
DARIÉN	15.168	379	2,5
HERRERA	179	122	7
LOS SANTOS	38	18	47,3
PANAMÁ	16.840	1.840	11
VERAGUAS	8.555	6.971	81,5
COMARCA SAN BLAS	31.802	23	0,07

En el cuadro 1 se observa que para 1990, en la provincia de Bocas del Toro, la mayoría (92%) de los indígenas son Ngöbe-Buglé. El resto son miembros de las etnias Teribe y Bokota de tradicional habitat en esta provincia, así como también se registró población kuna, en gran medida relacionada con la actividad bananera de dicha provincia. En la provincia de Chiriquí el 99% de los indígenas son Ngöbe-Buglé, con presencia de teribes y bokotas. La provincia de Veraguas cuenta con 81% de Ngöbe-Buglé y 17% de bokotas. De manera que los Ngöbe-Buglé continuaban en 1990,

⁶ Tomado de Davis 1997.

mayoritariamente ubicados en las provincias de su tradicional habitat, al igual que los bokotas y teribes.

Los Ngöbe-Buglé representaban en 1990, el 64% del total de la población indígena del país y habitaban, mayoritariamente, en los distritos de Bocas del Toro y Chiriquí Grande (provincia de Bocas del Toro); los distritos de Remedios, San Félix, San Lorenzo y Tolé (provincia de Chiriquí) y en los distritos de Cañazas, Las Palmas y Santa Fé (provincia de Veraguas).

Su hábitat incluía desde el confinamiento montañoso hasta el litoral de las costas del Atlántico en las provincias de Bocas del Toro y Veraguas, además de los nacimientos y orillas de los ríos. En Bocas del Toro y Chiriquí ocupaban la Cordillera del Tabasará. En Bocas del Toro también se ubicaban en parte de las riberas de los ríos Cricamola y Changuinola e islas de la Laguna de Chiriquí. En Veraguas ocupaban tierras fronterizas con las provincias de Chiriquí y Bocas del Toro.

2.2 DISTRIBUCIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN

Dado que las cifras preliminares de los Censos de Población y Vivienda de 2000, incluyen solo la población Ngöbe-Buglé ubicada en la comarca que se creó en 1997, no es posible establecer comparaciones con el Censo de 1990, pues aún no hay datos disponibles de la distribución de la población por lugar poblado o comunidad. La mayor dificultad estriba en que cuando varios distritos y corregimientos de tradicional hábitat Ngöbe-Buglé fueron divididos para crear los distritos y corregimientos de la comarca, dentro de la misma quedó incluida población campesina no indígena y fuera de la comarca quedó una cantidad de miembros de esta etnia, cuyo número no se conoce con exactitud.

Por lo anterior, en este informe, se utilizarán los datos correspondientes a la muestra ampliada procedente de la **Encuesta de Niveles de Vida (ENV) de 1997**. Es necesario aclarar que el indicador que permitió la clasificación de la muestra por grupo étnico fue el uso de lenguas indígenas, de la siguiente manera:

Definición 1: Idioma materno. Se clasifica a una persona dentro de un grupo étnico determinado de acuerdo a su idioma materno (primer idioma);

Definición 2: Cualquier idioma indígena. Se clasifica a una persona como indígena si habla cualquier idioma ya sea como idioma materno (o primer idioma) o como otro idioma (secundario);

Definición 3. Cualquier idioma indígena en el hogar. Se clasifica a una persona como indígena si esta persona o cualquier otra en el hogar habla cualquier idioma indígena, ya sea como idioma materno (primer idioma) o como otro idioma (secundario), (Banco Mundial, 2000, anexo 6).

De acuerdo a lo anterior, al utilizar la Definición 3 –que incluye a menores de 6 años– la ENV captó una población étnicamente indígena de 271.000 personas en todo el país (10% de la población total) de las que 206.000 residían en áreas indígenas.⁷ Los Ngöbe-Buglé representan 59% de la

⁷ Se refiere a áreas de tradicional habitat indígena.

población indígena total, (Ibid, cuadro A6.2) y alrededor del 90% de los mismos viven en áreas comarcales.

Los *tabulados especiales* solicitados para este informe a la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas, señalan que la población indígena ubicada en las áreas indígenas de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, alcanza a 148.378 personas de las que 79.661 (54%) son hombres y 68.717 (46%) mujeres, lo que produce un índice de masculinidad de 1,16. En las áreas Ngöbe-Buglé de la provincia de Bocas del Toro el índice de masculinidad es de 1,18; en la provincia de Chiriquí 1,13 y en la de Veraguas 1,18, ver cuadro 2.

Cuadro 2: Población Ngöbe-Buglé en áreas indígenas de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, por sexo según provincia

PROVINCIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	INDICE MASCULINIDAD
TOTAL	148.378	79.661	68.717	1,16
BOCAS DEL TORO	58.398	31.656	26.741	1,18
CHIRIQUÍ	73.571	39.127	34.443	1,13
VERAGUAS	16.410	8.877	7.533	1,8

Fuente: Tabulados Especiales, Encuesta de Niveles de Vida, 1997. Elaborado en la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas, 2000.

Lo anterior pone en evidencia una mayor cantidad de hombres que de mujeres en las comunidades. Es interesante comparar este dato con las cifras censales de 1980 y 1990. Según el Censo de 1980 la población indígena que habitaba en los distritos tradicionalmente indígenas de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas presentaba una ligera supremacía femenina (105 mujeres por cada 100 hombres). Para 1990 el índice de masculinidad es de 108 hombres por cada 100 mujeres, y, para 1997 es de 116 hombres por cada 100 mujeres.⁸ En el cuadro 3 y en el gráfico 1 se presenta la distribución de la población por grupos de edad en los años 1980, 1990 y 1997.

Cuadro 3: Índice de masculinidad de la población Ngöbe-Buglé de las áreas indígenas de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, por años, según grupos de edad Censos de 1980, 1990 y en 1997

GRUPOS DE EDAD	1980	1990	1997
TOTAL	95	108	116
0-4	96	106	138
5-9	109	106	128
10-14	108	110	114
15-19	78	99	141
20-24	68	100	85

⁸ Debe recordarse que en 1980 el Censo de Población y Vivienda utilizó el criterio de “área de residencia” para determinar la cantidad de indígenas en el país. De esta forma, el número de mujeres y de hombres Ngöbe-Buglé registrados en dicho censo, corresponde a las personas que el día del censo estaban ubicadas en áreas de tradicional hábitat de esta etnia. Ello puede ser una de las causas del mayor número de mujeres.

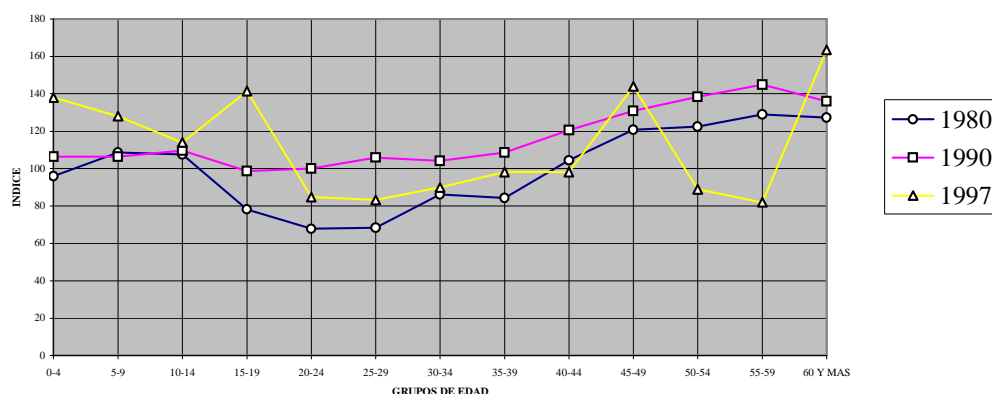
25-29	68	106	83
30-34	86	104	90
35-39	84	109	98
40-44	104	121	98
45-49	121	131	144
50-54	122	138	89
55-59	129	145	82
60 y más	127	136	163

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1980 y 1990, Tabulados Especiales de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997 elaborados por la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas, 2000.

La menor cantidad de mujeres indígenas en el Censo de 1990 y en la Encuesta de Niveles de Vida de 1997 en los tramos de 0-4 años de edad, pudiera explicarse, por una sobremortalidad infantil general, neonatal y postpartum. En los tramos 5-9 y 10-14, el índice de masculinidad pudiera tener relación con una práctica discriminatoria hacia las mujeres. En 1990 hay prácticamente la misma cantidad de mujeres que de hombres en los tramos 15-19 y 20-24 y, de allí en adelante, la cantidad de hombres es superior a la de mujeres. Ello pudiera estar asociado, a una sobremortalidad femenina relacionada con el exceso de trabajo de la mujer Ngöbe-Buglé y la gran cantidad de partos, además del poco tiempo entre los mismos. Lo anterior no puede verificarse con los datos estadísticos disponibles, pues existe un subregistro en lo que a la variable mortalidad respecta, sobre todo en las áreas indígenas. En la ENV de 1997, los datos citados se refieren a la población del área comarcal, y se observa una mayor cantidad de hombres en los grupos de edad 15-19, en tanto que entre las edades de 20 años y más hay fluctuaciones en la relación hombre/mujer, en el grupo de 60 años y más, la cantidad de hombres es considerablemente mayor que la de mujeres. Estos datos ameritan un estudio a profundidad, para determinar las causas reales de estas disparidades, ver cuadro 3 y gráfico 1.

Gráfico 1:

INDICE DE MASCULINIDAD NGOBE BUGLE. AÑOS 1980, 1990, 1997



2.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

El patrón de población. El patrón de población tradicional es disperso, las comunidades son pequeñas e integradas por pocas viviendas (6 a 8 en promedio) y sus habitantes tienen relaciones de parentesco entre sí.

Hacinamiento. Por otro lado, es común la presencia de gran cantidad de personas en las viviendas (promedio de 7 y 9 personas por vivienda). La ENV (1997) corrobora dicha información al detectar un promedio de 6,8 personas por vivienda, con un promedio de 1,5 niños entre 0 y 5 años; 1,3 niños entre 6 y 11 años; 1,2 personas entre 12 y 17 años; un promedio de 2,6 adultos entre 18 y 59 años y 0,2 adultos mayores de 60 años, por hogar. La alta tasa de adultos guarda relación con la práctica de los hogares ampliados,⁹ (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.10).

Algunas de las características de las comunidades indígenas. En la encuesta de la comunidad que se desarrolló como parte de la ENV se captó que un 97,5% de las comunidades indígenas tenían más de 20 años de existencia y que, en un 92,5% de las mismas, el tamaño de la población había aumentado, presentando el crecimiento más alto, tanto del total de las comunidades estudiadas, como del de las comunidades urbanas, de las rurales y de las de difícil acceso. La primera razón del aumento poblacional entre las comunidades indígenas fue el crecimiento demográfico (73%); constituyendo el matrimonio la razón de mayor incidencia, seguido de la falta de planificación familiar y la reproducción. Como segunda y tercera razón de importancia siguen los movimientos migratorios (16%) y la búsqueda de mejores condiciones de vida (8%), (MEF, 2000).

⁹ Si bien la poligamia es una práctica cultural en esta etnia, la ENV no investigó este dato.

Jefatura del hogar. Según datos de la ENV (1997) un 85% de los hogares Ngöbe- Buglé estaban encabezados por hombres; la edad promedio del jefe de hogar era de 44 años, en tanto que la del cónyuge era de 37 años. El jefe de hogar presentaba un promedio de años de educación de 2,69 y la cónyuge 1,82. En lo que respecta al estado conyugal de los jefes de hogar, el 71% de los mismos se declararon “unidos”; 15% “casados”; 6% “separados”, 0,6% “divorciados”; 3,5% “viudos” y 4,3% “solteros”, (Dirección de Políticas Sociales, Tabulados Especiales de la Encuesta de Niveles de Vida, 1997).

Estructura de la población por sexo y edad. De acuerdo al anexo 6 del Informe del Banco Mundial antes citado, los Ngöbe-Buglé presentan el mayor promedio de personas por hogar (6,8) de todos los grupos encuestados (indígenas y no indígenas). Lo mismo ocurre con la población infantil, declarándose un promedio de 1,5 menores de 5 años de edad, por hogar; entre los menores de 5 a 9 años de edad, el promedio por hogar es de 1,3; y entre las personas comprendidas entre 12 y 17 años de edad, el promedio por hogar es de 1,2. En tanto que el promedio de personas mayores de 60 años es el más bajo de todos los grupos y solo comparable con el de la etnia Emberá-Wounan: 0,2 personas por hogar, (Ibid, cuadro A6.10). En el cuadro 4 se aprecia que un 51% de la población tiene 14 años o menos de edad.

Fecundidad. “Las altas tasas de fecundidad entre las mujeres indígenas son una de las razones que explican el mayor número de personal en los hogares. Estas tasas¹⁰ son de 3,5 nacidos vivos entre las mujeres indígenas, contra 2,9 entre las mujeres no indígenas. La mayor tasa de fecundidad es la de los Ngöbe-Buglé 3,6”, (Banco Mundial, 2000). Esta cifra pudiera en la práctica ser más alta si la medición se ampliara a mujeres con menos de 15 años de edad.

Migración. De todos los grupos indígenas el Ngöbe-Buglé es el que mayormente se ubica en áreas tradicionalmente indígenas. El porcentaje de migración de esta etnia (8%) es más bajo que el promedio nacional (11%); más bajo que el promedio de la población no indígena (10%) y más bajo que el promedio de la población indígena (12%). Es más bajo que la migración Kuna (15%) y la Emberá-Wounan (18%). La mayor razón por la que migran los indígenas son los “motivos familiares” (41%) y en segundo lugar los “estudios/educación” (17%), seguido de “matrimonio” (16%). Entre los Ngöbe-Buglé, los “motivos familiares” alcanzan el 37%, el segundo lugar lo ocupa el “matrimonio” (31%) y los “estudios/educación” apenas alcanzan un 8% contra un 40% de los Kuna, (Ibid).

Relación de Dependencia.¹¹ La estructura del hogar Ngöbe-Buglé caracterizada por una importante cantidad de menores por hogar, incide en que esta etnia presenta los mayores promedios de relación de dependencia entre todos los grupos estudiados por la ENV de 1997. Así, cuando el promedio nacional era de 2,9% y del total de la población indígena 3,2%; el de los Ngöbe-Buglé alcanzó la cifra de 3,8%; en tanto que entre los Kunas dicha cifra es de 2,6% y entre los Emberá 2,3%, (cuadro A6.10, anexo 6, Banco Mundial, 2000).

¹⁰ Las tasas de fecundidad son específicas por edad (número de nacidos vivos por mujeres entre 15 y 49 años).

¹¹ Relación de Dependencia = el número de miembros que no trabajan/número de miembros que trabajan.

**Cuadro 4: Población Ngöbe-Buglé en áreas indígenas de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, por sexo, según grupos de edad
Encuesta de niveles de vida 1997**

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
TOTAL	148.378	79.661	68.717
MENORES DE 5 AÑOS	26.613	15.429	11.184
5 – 9	26.078	14.638	11.440
10-14	23.071	12.293	10.778
15-19	15.913	9.321	6.592
20-24	11.585	5.313	6.272
25-29	8.750	3.973	4.777
30-34	7.253	3.432	3.821
35-39	7.703	3.817	3.886
40-44	4.162	2.456	1.706
45-49	4.637	2.450	2.187
50-54	4.985	2.346	2.639
55-59	2.826	1.273	1.553
60 Y MÁS	4.597	2.852	1.745
NO RESPUESTA	205	68	137

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida, 1997. Tabulados Especiales, elaborados por la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio y Finanzas, 2000.

El cuadro 4 presenta la distribución poblacional por edad y sexo con datos del ENV, 1997.

RESUMEN. La población Ngöbe-Buglé sigue siendo según la encuesta de niveles de vida de 1997 la más numerosa entre los grupos indígenas (6 de cada 10 indígenas pertenecen a esta etnia). El patrón de población tradicional es disperso en las comunidades pequeñas, integradas por pocas viviendas en donde los habitantes tienen lazos de parentesco entre sí. La ENV determinó que el promedio de personas por hogar es de 6,8%, siendo más alto que el promedio nacional y que el de todos los grupos estudiados. Las comunidades datan, en su mayoría (98%) de más de 20 años de existencia y los cambios poblacionales se deben fundamentalmente al crecimiento demográfico. Las tasas de fecundidad de las mujeres Ngöbe-Buglé son las más altas en el país: 3,6%, en tanto que el promedio indígena es de 3,5% y el promedio de las mujeres no indígenas es de 2,9%. La distribución por sexo, según datos del Censo de Población y Vivienda de 1990, así como de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997, dan cuenta de una mayor cantidad de hombres que de mujeres, presentándose algunas variaciones según los grupos de edad. Dicha información amerita estudios especiales para determinar las causas de tal comportamiento poblacional. El que más de la mitad de la población sea menor de 15 años de edad, indica la fuerte carga de dependencia económica que tienen los hogares: 3,8% contra un promedio nacional de 2,9%.

3. SITUACIÓN EDUCATIVA

Los indicadores que se analizan a continuación, dan cuenta del atraso educativo que presenta la población Ngöbe-Buglé.

Alfabetización. Según datos de la ENV de 1997, un 92% de la población total del país de 10 años y más de edad, sabía leer y escribir. La población indígena alcanzó un 70% de alfabetismo, en tanto que entre los Ngöbe-Buglé un 36% es analfabeto: 25% de los hombres y casi el 50% de las mujeres, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.19).

Tasa de matrícula neta.¹² En 1997, a nivel nacional la tasa de matrícula neta primaria era de 92% y la de educación secundaria de 62%. Entre la población indígena esos porcentajes son: 83% y 18% respectivamente. Entre la etnia Ngöbe-Buglé las cifras correspondientes son: 82% y 19%, (Ibid), lo que evidencia una mayor desventaja de esta etnia en el aspecto educativo.

Nivel de instrucción. La misma fuente en análisis señala que entre la población total del país, mayor de 12 años de edad, los años promedios de educación eran de 8,1; siendo de 7,9 para los hombres y de 8,3 para las mujeres. Entre los indígenas las cifras alcanzadas son 4,5 para el total: 5,1 para hombres y 3,9 para mujeres. Los Ngöbe-Buglé son los que están en peor situación 3,0 años promedio para el total: 3,2 para los hombres y 2,8 para las mujeres, (Ibid).

Conservación de las lenguas aborígenes. Tradicionalmente se hablan dos lenguas entre los integrantes de los Ngöbe-Buglé: el ngöbere y el buglere (o guaymí sabanero). Los resultados de la ENV (1997) señalan que un 67% de los Ngöbe-Buglé encuestados eran bilingües (alguna de las lenguas indígenas y el español); un 25% es monolingüe indígena y un 8% monolingüe español. Esta etnia es la que más ha conservado sus lenguas aborígenes en comparación con los otros grupos indígenas. Entre los que viven en áreas indígenas el porcentaje de bilingüismo es de 69% y el de monolingüismo indígena de 28%. El monolingüismo en español es más elevado, 34% entre quienes habitan fuera de las áreas indígenas, lo que relaciona la migración con la pérdida de la lengua. De otro lado, un 75% de los varones son bilingües y 18% monolingües contra un 59% de mujeres bilingües y 33% monolingües. En todos los tramos de edad la población Ngöbe-Buglé ha conservado más sus idiomas que el resto de las etnias indígenas: así tan solo el 9% de la población entre 6 y 18 años de edad no habla ninguna de las lenguas aborígenes, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.4).

RESUMEN. La etnia Ngöbe-Buglé presenta un nivel de analfabetismo superior al 8% del promedio nacional y al 30% del promedio indígena. Un 36% de los miembros de dicha etnia son analfabetos: 25% de los varones y casi el 50% de las mujeres según los datos de la ENV de 1997. La participación en la matrícula escolar es también más baja entre los Ngöbe-Buglé, que presentan una tasa de matrícula neta de 82% en la educación primaria y de 19% en la educación secundaria. En tanto que las tasas nacionales alcanzan las cifras de 92% y 62%, respectivamente y los promedios indígenas por su parte son de 83% y 18%. El nivel de instrucción alcanzado entre la población total del país, mayor de 12 años de edad, era de 8,1, siendo el de las mujeres 8,3 más alto que el de los

¹² Tasa de matrícula neta = estudiantes matriculados en un nivel educativo con edad para recibir la educación de dicho nivel/matricula del nivel educativo.

hombres 7,9. Entre los indígenas, las cifras son de 4,5 para el total: 5,1 para los hombres y 3,9 para las mujeres. Nuevamente los Ngöbe-Buglé presentan una situación de desventaja, pues cuentan con un promedio de 3 años aprobados, siendo el de los hombres de 3,2 y el de las mujeres de 2,8. Si bien los Ngöbe-Buglé son el grupo indígena que más ha conservado sus lenguas autóctonas, ésto se ha convertido en una desventaja según los datos arrojados por la ENV de 1997, que relaciona la situación de pobreza con el monolingüismo en lenguas aborígenes, como se verá más adelante en este informe.

4. LA ORGANIZACIÓN PARA EL TRABAJO

La división del trabajo. En todos los grupos indígenas de Panamá, la división del trabajo es sexo y edad y el trabajo se organiza bajo formas fundamentalmente cooperativas -ya sea con los miembros de uno o de varios grupos familiares- sobre las bases del intercambio —trabajo por trabajo—, o de ayuda mutua, trabajo para la comunidad, etc. No se ha generalizado, aunque existe, trabajo asalariado dentro de las comunidades. Se presentan algunas especializaciones, aunque no a tiempo completo y las mismas llenan una función más social que económica. Si bien hay división del trabajo, ésta no es tan rígida, sobre todo para las mujeres y los niños que han de hacer muchas de las tareas que realizan los hombres adultos, sobre todo cuando éstos salen a **salariar**¹³ y las mujeres y niños se quedan en la comunidad.

Lo anterior no significa que los indígenas trabajen la tierra de manera colectiva. En el caso de los Ngöbe-Buglé, el trabajo en el predio familiar diario puede desarrollarse por cada uno de los miembros del grupo independientemente (su esposa e hijos contribuirán). En épocas de limpieza, cosecha o construcción de algún local (ya sea para vivienda o para guardar cosas) se hace una “junta” a la que se invitan a los parientes y amigos, y el grupo familiar anfitrión ofrece comida y “la chicha” (hecha de maíz que se pone a fermentar) para consumo de los que acuden. Después de ello, el anfitrión “le debe un peón” a cada uno de los que participaron. Es decir, él deberá trabajar de igual manera y, en la misma medida, para los demás cuando ellos lo soliciten, (Davis, 1997).

Población económicamente activa. De acuerdo a datos de la ENV (1997) más de la mitad de los indígenas participa en la fuerza laboral. Entre los Ngöbe-Buglé se aprecia una participación más baja, que alcanza un 48% entre los residentes en áreas indígenas y 44% entre los ubicados fuera de dichas áreas. En el interior de la comarca la población económicamente activa (PEA) está integrada por 51% de hombres y 49% de mujeres. Entre los primeros la tasa de desocupación es de 35% y entre las mujeres de 36%, Dirección de Políticas Sociales, Tabulados Especiales, 2000. En todos los grupos étnicos la participación laboral Ngöbe- Buglé es inferior a la del resto de las etnias indígenas, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.12).

Participación laboral y educación. Entre el total de indígenas sin educación –con 15 años y más de edad– un 45% participaban en la fuerza laboral (40% entre los Ngöbe-Buglé); entre los que tenían algún nivel de estudios primarios un 57% participaba en el mercado laboral (51% entre los Ngöbe-Buglé) y 62% del total de indígenas con estudios secundarios trabajaban contra un 51% de los Ngöbe-Buglé en la misma condición, (Ibid, cuadro A6.12).

Actividad económica. La principal actividad económica de esta etnia es la agricultura (alcanzó un 65% de participación laboral en la ENV), seguida del comercio (19%), (Ibid, cuadro A6.14). Las tierras que trabajan los Ngöbe-Buglé, en general, presentan fuertes limitaciones para **la producción agrícola, que es la actividad fundamental de este grupo.**¹⁴ Ello, unido a la escasez de

¹³ Salariar: es el término que utilizan los Ngöbe – Buglé cuando salen de sus comunidades a vender su fuerza de trabajo.

¹⁴ En estudios basados en información del Atlas Nacional de Panamá, elaborado por el Instituto Tommy Guardia, las características agrológicas de los suelos definen la mayor parte de los corregimientos con mayoría de población indígena **Ngöbe-Buglé**: en Bocas del Toro como **no arable en su mayoría**; en Changuinola los terrenos son

conocimientos técnicos y, a la casi nula utilización de fertilizantes, además del aumento considerable de la población, hace que se presente una fuerte presión sobre la tierra, lo que conlleva a una muy escasa producción. De allí que este sector de la población se involucre cada vez más en el mercado de la fuerza de trabajo, casi siempre de manera temporal (lo que ellos mismos denominan **salarial**), esto es trabajar por tarea en la cosecha de café en las tierras altas de la provincia de Chiriquí, en la zafra de caña o, en los potreros como peones. Aún así, los ingresos devengados son muy bajos. Según un informe del MIPPE de 1990 se calculaban los ingresos per cápita anuales de los distritos con mayor población Ngöbe-Buglé entre \$63.00 y \$143.00.¹⁵

Acceso a la tierra. En 1997, 48% de la población indígena no poseía tierras. Entre los Ngöbe-Buglé 39% no poseían tierras; 9% poseía entre ¼ a 0,99 ha.; 13% entre 1 y 1,99 has.; 24% entre 2 y 4,99 has.; 9% entre 5 y 15 has. y 7% más de 15 hectáreas. (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.25). Este dato hay que analizarlo de acuerdo a la calidad de la tierra que, como se ha señalado, es muy pobre.

Existencia de negocios y fincas. Según datos de la ENV, en el interior de la comarca un 89% de los jefes de hogar no tiene negocios y un 77% poseen fincas. No obstante, los resultados del estudio en análisis evidencian que **hay más pobreza entre los hogares con tierras, que entre aquellos que no la poseen**: así entre todos los grupos indígenas, el 75% de los pobres tienen tierras (Dirección de Políticas Sociales, 1997). Por su parte, un 81% de los hogares pobres en la comarca cuentan con tierras, en tanto que entre los no pobres la cifra alcanzada es de 19%, (Dirección de Políticas Sociales, Tabulados Especiales, 2000).

Productos agropecuarios. Los productos tradicionalmente más cultivados en las áreas Ngöbe-Buglé son arroz, maíz y frijol. También banano, plátano, café (en algunas áreas) y naranjas. Durante los tres últimos censos agropecuarios se aprecia la existencia de tierras dedicadas a la crianza de ganado vacuno, caballar y porcino. La mayoría de dichas tierras se ubican en la provincia de Chiriquí. También se registraron gallinas, patos, gansos y pavos. En la ENV de 1997 se registra que el 47% de la producción agropecuaria Ngöbe-Buglé lo alcanza el ñame; 9% banano-guineo; 8% frijol de bejuco; 7% vacas, toros, terneros; 6% mazorca; 4% arroz (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.1.2).

Artesanías. Esta población también realiza algunas pocas artesanías, fundamentalmente las chaquiras (collares que usan tanto mujeres como hombres), así como las nagueas (vestido tradicional de las mujeres). También elaboran chácaras (especies de bolsas tejidas para cargar los productos). La producción artesanal está fundamentalmente a cargo de las mujeres y, es poco el ingreso que devengan por esta actividad, entre otras razones, por la poca variedad de la misma, el alto costo de los materiales, la distancia de las comunidades a los mercados, etc.

mayormente no arables y en Chiriquí Grande, las tierras presentan variaciones aún cuando, en general, se clasifican **con limitaciones severas**. En lo que se refiere a Chiriquí y Veraguas, los terrenos son **mayormente aptos para pastoreo y bosques, así como para tierras de reserva**. (Davis, 1997).

¹⁵ Ver Informe Nacional Cumbre Mundial de Desarrollo Social, elaborado por la Dra. Enriqueta Davis Villalba, Panamá 1995.

Empleo. En 1997, el 50% de los indígenas estaba empleado en el sector agrícola; un 20% en el comercio y un 12% en servicios comunitarios.¹⁶ El 91% de ellos trabaja en el sector privado, de éstos un 33% son empleados independientes y 27% trabajadores no remunerados. Entre los Ngöbe-Buglé, 35% son empleados independientes y 30% trabajadores no remunerados; 68% se declaran en el sector informal, éstos incluyen a 12% de los ubicados en empresas, 40% de los jornaleros, 100% de los empleados domésticos, 97% de los empleados independientes y 90% de los trabajadores no remunerados, (Ibid, cuadros A6.15 y A6.16).

Fuentes de ingreso. Según la ENV, 59% del ingreso de los indígenas proviene del trabajo. El empleo independiente genera 40% de las rentas del trabajo indígena y 24% entre la población no indígena. A pesar de que la mayor actividad económica de los indígenas es la agricultura, la misma genera un porcentaje muy bajo del ingreso indígena, solo 33% del ingreso per cápita. Entre los Ngöbe-Buglé el trabajo agrícola genera un 30% del ingreso per cápita, esto representa un 23% del ingreso por salario y 77% por producción propia. En esta etnia la mayor parte de la producción agrícola (92%) se dedica al consumo y solo el 8% va al mercado de productos, (Ibid, cuadros A6.17 y A6.18).

Ingresos. La ENV de 1997 calcula la línea de pobreza general en \$905.00¹⁷ anuales per cápita y la línea de pobreza extrema se ubica por debajo de \$519.00. El ingreso per cápita anual para la población no indígena se calculó en \$2.407.00; para la población indígena \$693.00 y para los Buglé \$395.00, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.18).

RESUMEN. Al igual que la mayoría de la población indígena del país, esta etnia se dedica fundamentalmente a la agricultura. De acuerdo a los datos de la ENV, un 48% de los Ngöbe-Buglé residentes en tierras de la comarca, se declararon “económicamente activos”, siendo prácticamente iguales los porcentajes masculino (51%) y femenino (49%). Estas cifras son inferiores a las del resto de la población indígena y parecen estar asociadas con la pobreza de las tierras y la fuerte presión demográfica sobre la misma, además de la falta de recursos técnicos y financieros para el desarrollo de la actividad agropecuaria. Según la ENV de 1997, en el interior de la comarca, un 77% de los jefes de hogar poseían fincas y otros datos de la misma fuente, evidencian que hay más pobreza en los hogares con tierras que entre los que no la tienen: un 81% de los hogares pobres de la comarca cuentan con tierras, en tanto que entre los no pobres, la cifra alcanzada es de 19%. Las limitaciones para lograr el sustento mediante la actividad agrícola, se refleja en que dicha actividad genera tan solo el 30% del ingreso per cápita de los Ngöbe-Buglé y, ello representa el 77% de la producción propia, y de ésta, el 92% se dedica al consumo familiar. El nivel de ingreso anual per cápita de esta etnia es sensiblemente inferior a la línea de pobreza extrema, pues solo alcanza un promedio de \$395.00. Los datos anteriormente citados y otros más estudiados en la ENV evidencian que esta etnia es la más pobre entre los pobres de Panamá. Así, en tanto que del total de la población el 37,3% se ubicaba bajo la línea de pobreza y 18,8% en pobreza extrema, la población indígena presenta un índice de pobreza del 83,8% y 69,6% de pobreza extrema. Entre los Ngöbe-Buglé residentes en las áreas comarcales, la pobreza alcanza al 95,4% del total y la pobreza extrema al 86,1%, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.5). Aunque la ENV concluye en que vivir en la comarca, poseer tierras para trabajarlas y hablar mayoritariamente las lenguas autóctonas, son

¹⁶ Servicios comunitarios: administración pública, defensa, asociaciones deportivas, ONG, servicios domésticos.

¹⁷ Se refiere a dólares americanos.

condicionantes de la pobreza para esta etnia, existen factores adicionales que deben ser considerados, entre ellos la marginación, la falta de oportunidades y la ausencia de soluciones adaptadas a la dinámica de vida de estos pueblos.

5. HISTORIA Y ORGANIZACIÓN SOCIAL

Historia. Los Ngöbe-Buglé son producto de una amalgama de tribus emparentadas lingüística y culturalmente. No obstante, por estar ubicados en una amplia expansión geográfica y política, además de estar en nichos ecológicos diferentes, y el contacto permanente con grupos no Ngöbe-Buglé les ha hecho presentar algunas variantes. Así, por ejemplo, los que habitan en la empobrecida región de las sabanas veragüenses, se encuentran en pleno proceso de “ladinización”, esto es, perdiendo cada vez más sus características indígenas, lo que contrasta con grupos más conservadores de las tierras altas de Chiriquí y Bocas del Toro. En esta última provincia también se encuentran variantes entre los Ngöbe-Buglé que habitan la zona costera, algunos de los que han participado de un mestizaje con la población afro antillana ubicada en áreas cercanas. Otro de los elementos que ha introducido cambios importantes entre los Ngöbe-Buglé es la actividad laboral en empresas bananeras, cafetales, ingenios, potreros, etc. (Araúz en Davis, 1997).

Organización social. Entre los cambios culturales se aprecia la crianza de ganado vacuno y equino, lo que ha influido no solo en la economía del grupo chiricano especialmente, si no que además está ejerciendo influencias en el concepto de propiedad de la tierra. Tradicionalmente los Ngöbe-Buglé han definido su derecho de acceso a la tierra, a través de la herencia, del trabajo del predio y por vivir en la comunidad. Los predios pertenecían al **grupo familiar** y, tanto mujeres como hombres tenían derecho a heredarlos. Los derechos de usufructo de la tierra no podían ser revocados. Cuando un hombre cultivaba la tierra de los parientes de su esposa, era ella quién estaba ejerciendo sus derechos de usufructo, su marido no adquiría tales derechos con el matrimonio. Los niños de la pareja, sin embargo, tenían derechos de usufructo en cuanto nacían, tanto para las tierras de los grupos familiares de su madre, como de su padre. Había también alguna extensión de derechos de usufructo de abuelos a nietos. Si los derechos de usufructo se extendieran al máximo, una persona tendría derechos de uso sobre la tierra de ocho grupos familiares: los grupos familiares de la abuela (dos), los grupos familiares del abuelo (dos); los grupos familiares de la madre (dos) y los grupos familiares del padre (dos). No obstante, dos factores limitan la extensión de dichos derechos y son la continuidad generacional de residencia y si los abuelos viven o no. De forma que, entre los Ngöbe-Buglé existe tradicionalmente una fuerte relación entre la tierra y el parentesco, a tal punto que pueden perderse las relaciones de parentesco si la persona habita permanentemente fuera de la comunidad.

Patrón de residencia tradicional. El patrón de residencia post-marital tradicional es **virilocal**, lo que se relacionaba con el hecho de que la guerra era una actividad importante entre las tribus, sobre todo por la defensa de sus terrenos de cultivo. Como eran agricultores con técnicas muy básicas (recordar que nunca utilizaron la rueda), era menester dejar las tierras en barbechos y trasladarse a otros terrenos para cultivar. Tenían además tribus amigas y tribus enemigas, y, una de las formas de establecer relaciones de amistad con alguna tribu era el **matrimonio de alianza cruzada**: un hombre de una tribu se casaba con una mujer de otra y, el hermano de aquella se casaba con la hermana de éste. De no haber hermanas o hermanos disponibles, con un pariente cercano. La **virilocalidad** aseguraba la presencia de hombres en las aldeas para participar de las actividades bélicas en su momento, o para trabajar los predios familiares. Aún se observa que muchos de los caseríos de más reciente formación, responden a las interrelaciones familiares y de trabajo de los núcleos familiares emparentados.

La **uxorilocalidad** que es cuando la pareja ubica su residencia en las tierras del grupo familiar de la esposa y la **neolocalidad** que es cuando la pareja ubica su residencia en otras tierras que no son de ninguno de los dos grupos familiares, son otras posibilidades de asentamiento post marital y guarda relación con la escasez de la tierra y/o con cambios en los patrones culturales tradicionales, (Davis, 1987).

Matrimonio y relaciones de parentesco. Otro aspecto a destacar es que el matrimonio no unía exclusivamente a la pareja, sino y sobre todo, establecía una relación entre los grupos de parientes de ambos. La práctica de la poligamia, en sus modalidades de **poliginia sororal** (matrimonio de un hombre con dos hermanas), y **poliginia propiamente dicha**, tenían un significado social: la poliginia sororal aseguraba que alguna de las dos hermanas pudiera procrear; esta práctica y la poliginia, además garantizaban a los hombres un mayor acceso a la tierra, de manera que era un signo de prestigio tener varias esposas ya que ello señalaba que el hombre era trabajador y rico, pues tenía diferentes predios para cultivar. También se practicaba el **sororato** (casarse con la hermana de la esposa difunta) y el **levirato** (casarse con la esposa del hermano difunto), ambas prácticas aseguraban la continuidad de las relaciones de parentesco entre los grupos familiares.

El sistema social Ngöbe-Buglé consiste pues de una red de relaciones de parentesco real y ritual que le confieren una fuerte solidez interna: la integración de caseríos por grupos de parientes relacionados entre sí por línea paterna, sustenta la importancia político-social de un *pater familia* diferenciado conocido entre los Ngöbe-Buglé como *jefe inmediato*. En este sentido se expresa la organización Ngöbe-Buglé desde la temprana época de las Crónicas de Indias, Araúz en Davis, 1997.

Organización Política. Con una organización social como ésta -aldeas, personas emparentadas entre sí en las comunidades, un jefe inmediato en cada una, etc.- es obvio que no existía un sistema político centralizado. En 1969 se realizó el Primer Congreso Nacional Indígena, organizado por el Gobierno, con el objeto de que los indígenas Ngöbe-Buglé, chocoes, teribes y bokotás, se organizaran a imagen y semejanza de los kunas. Las figuras de Congresos Generales, Regionales, etc. no existen en la tradición de ninguno de esos grupos. (Davis, 1997).

La Carta Orgánica. Mediante el Decreto Ejecutivo No. 194 del 25 de agosto de 1999, "Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la comarca Ngöbe-Buglé" en su **Título III Gobierno y Administración Comarcal, crea los Organos Normativos y de Expresión Comarcal**, así: El Congreso General, los Congresos Regionales, los Congresos Locales, el Consejo Comarcal de Coordinación, los Consejos Municipales y los Encuentros Interregionales de Dirigentes Comarcales. Por su parte el **Capítulo III de las autoridades oficiales de la comarca**, reconoce como tales a: el gobernador comarcal, los alcaldes municipales comarcales, los corregidores y regidores (art. 138). También reconoce las autoridades tradicionales, a saber: cacique general (art. 139), caciques regionales (art. 140), caciques locales (art. 143), jefes inmediatos (art. 147), voceros (art. 151).

RESUMEN. La organización social tradicional de los Ngöbe-Buglé basada en los lazos de parentesco está presentando fuertes cambios, debido fundamentalmente, a la escasez de tierras, a la pobreza de las mismas y a las fuertes limitaciones para la producción, además de los nuevos límites impuestos a la comarca a partir de la Ley 10 de 1997, lo cual explica la presencia cada vez mayor de miembros de esta etnia en áreas exteriores a las tierras tradicionalmente por ellos habitadas. Esta situación incide en el debilitamiento de los lazos de parentesco entre los grupos familiares. Los litigios por la tierra y la discriminación contra las mujeres, en materia de usufructo de las tierras familiares, son hechos que han tenido inicio hace algún tiempo, pero que en la actualidad parecen

reforzarse. La compleja estructura político-administrativa creada por las leyes que regulan el funcionamiento de la comarca, pueden también incidir en los cambios en la organización social de esta etnia.

6. SALUD EN LAS COMUNIDADES NGÖBE-BUGLÉ

Situación de la salud en Panamá. Un análisis de la ENV de 1997, hecho por la OPS en marzo de 2000¹⁸, al discutir la información relativa al acceso a la atención de salud, en la muestra nacional utilizada por la ENV en los tres grupos de edad considerados: 5 a 14 años; 15 a 64 años y 65 años y más en ambos sexos encontró:

- Que mientras hay más pobreza hay menor atención a la salud.
- Que entre los grupos de menores consumos, las personas declaran enfermedad o accidente solo en los casos más graves.
- Que en lo que respecta a la atención institucional del parto, si bien es cierto que el porcentaje de partos institucionales es superior al 95% del total para todos los grupos de edad, para el 5% de las mujeres en el estrato más bajo de consumo, el porcentaje de partos atendidos en instituciones está entre 16% y 30% del total de este grupo dependiendo del grupo de edad (23% para las mujeres entre 15-24 años, 30% para las que tenían entre 25 y 34 años y 16% para las comprendidas entre 35 a 49 años).
- Que en el grupo de menor nivel de consumo el porcentaje de personas que buscan atención por un problema declarado es cerca de tres veces menor que aquellos que interrumpieron actividades por el mismo problema (22% comparado con 63%).
- Que en el grupo de mayor nivel ocurre a la inversa (61% han buscado atención pero solamente 33% han interrumpido actividades).
- Que estas diferencias, además de ser una evidencia muy fuerte de inequidad en el acceso y utilización de los servicios de atención a la salud, podrían ser ocasionadas porque las personas en los grupos en peores condiciones materiales solamente declaran problemas de salud graves.
- Que la diferencia entre hombres y mujeres muestra que éstas posiblemente deben continuar con sus actividades en forma ininterrumpida, muchas veces, en el propio hogar, mientras que los segundos interrumpen el trabajo y otras actividades, OPS, 2000.

Desigualdades en la salud indígena. Por su parte, el Informe del Director de la OPS, para el año 2000, anota que:

“En América las poblaciones indígenas están concentradas en comunidades rurales geográficamente aisladas, son más jóvenes y tienen tasas de natalidad y fecundidad más altas que los promedios nacionales. En la mayoría de los grupos de edad de las poblaciones indígenas, las tasas de mortalidad son más altas que las

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Políticas Públicas y Salud, Serie de Hojas resumen sobre desigualdades en salud, Panamá, 26 de marzo de 2000.

del total de la población. Las causas de muerte se deben, en su mayor parte, a enfermedades tan evitables como las infecciones gastrointestinales, las deficiencias nutricionales y las enfermedades prevenibles por vacunación. En general, las poblaciones indígenas no tienen acceso a los servicios básicos de salud debido a barreras geográficas, económicas y culturales “, (OPS, 2000).

Salud entre los indígenas panameños. En las áreas indígenas panameñas, la situación no es diferente a la reseñada en el párrafo anterior: *El Programa Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, elaborado por el Ministerio de Salud, identifica los siguientes elementos que evidencian la precaria condición de salud de los pueblos indígenas.

- En 18 de los 68 distritos con que cuenta el país, se concentra el 75% de la población bajo la **línea de pobreza** y en 15 de ellos vive el 75% del total de la población indígena.
- En Panamá, **la tasa de mortalidad infantil** registrada es de 17,6 por 1.000 nacimientos vivos. En las áreas indígenas esta tasa se estima en 60 por 1.000 nacidos vivos, aunque hay lugares con cifras superiores a 84,1.
- **Las inmunizaciones** en la población infantil menor de un año en algunos distritos no alcanza el 80% y las estadísticas muestran que 7 de cada 10 muertes en niños menores de 5 años se deben a enfermedades prevenibles por vacunación o asociadas a la falta de higiene, principalmente parásitos.
- En 1997, **la tasa de mortalidad materna** a nivel nacional se estimó en 6 por 10.000 nacidos vivos, en tanto que para regiones de población indígena, incluidos los Ngöbe-Buglé fue de 15 por 10.000. La alta incidencia de mortalidad materna en las poblaciones indígenas, es en parte, el resultado de la baja cobertura en la atención del parto. Mientras que en el ámbito nacional, el 89,5% de las mujeres reciben atención médica durante el parto, solo el 58% de las indígenas recibe algún tipo de atención médica.
- **Las enfermedades transmitidas por vectores**, tales como la malaria y leishmaniasis presentan las tasas más elevadas en las poblaciones con mayor población indígena.
- **El acceso a los servicios de salud** para los grupos indígenas es insuficiente y difícil debido a factores geográficos, a la falta de vías y transportes públicos, y a factores económicos. A esta realidad hay que agregarle el factor cultural y la escasa presencia de servicios y personal de salud en las comarcas, (MINSAL, 2000b).

Desnutrición entre los niños Ngöbe–Buglé. La desnutrición es otro de los graves problemas que afectan a la población indígena. Mientras la desnutrición afectaba al 18% de la población panameña en 1997, la población indígena afectada era de un 68%. Uno de cada dos niños indígenas presenta algún grado de desnutrición, a diferencia de uno de cada 10 en el resto de la población. Las niñas indígenas presentan mayor índice de desnutrición (48%) que los niños (43%). La desnutrición indígena es mayor entre los residentes de las áreas indígenas (51%) que entre los que habitan fuera de tales áreas (24%), (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.9). Entre los indígenas la mayor frecuencia de desnutrición se da entre los Ngöbe-Buglé: entre éstos, 49% de los niños sufre de alguna forma de desnutrición (48% desnutrición crónica) en comparación con 35% de los niños kuna (32% desnutrición crónica), y 36% de los niños emberá-wounan (33% desnutrición crónica). Este

patrón corresponde a la mayor incidencia de pobreza entre los Ngöbe-Buglé, al menor acceso a los servicios básicos de salud y a sus prácticas culturales y alimentarias, (Ibid).

Condiciones de la vivienda. El 74% de la población Ngöbe-Buglé vive en chozas, con techo de paja (51%), más de la mitad de las viviendas tienen paredes de materiales perecederos (quincha, paja, adobe), 5% no tienen paredes y 91% tienen piso de tierra. El 39% de las viviendas cuenta con un solo cuarto y 50% con dos y tres cuartos. Un 38% de las viviendas no cuenta con dormitorio y 53% tiene entre uno y dos dormitorios. Para preparar los alimentos un 46% de las viviendas cuenta con una cocina fuera de la casa y 48% cocinan ya sea en el dormitorio, o en otro lugar de la vivienda. Un 2% declaró no cocinar, lo que alude a la práctica de compartir los alimentos preparados por miembros del grupo de parentesco en la vivienda de aquellos, ver cuadro 5. Las viviendas cuentan con un promedio de 2,2 habitaciones y 3,9 personas por habitación, (Ibid, cuadro A6.24).

Acceso al agua. El 89% del total de la población contaba con agua potable suministrada por tuberías, (Banco Mundial, 2000, cuadro A.6.24). Por su parte, un 56% de la población indígena se aprovisiona de agua mediante acueducto; 3% mediante pozos; 45% de ríos o quebradas. Entre los Ngöbe-Buglé un 29% cuenta con acueducto, 2% con agua de pozos y 69% con agua de ríos o quebradas. Además, un 94% no le da ningún tipo de tratamiento al agua, ver cuadro 5.

Disposición de excretas. El 55% de la población total cuenta con servicio de alcantarillado y 38% con letrinas, (Banco Mundial, 2000, cuadro Aü6.24), en tanto que un 25% de la población indígena cuenta con servicios de alcantarillado; 31% con letrinas; 44% no cuenta ni con letrina ni con alcantarillado. Los métodos alternativos para la disposición de excretas incluyen: terrenos (monte) 50,0%, quebradas, ríos, mar 42,1%, (MEF, 2000). Entre los Ngöbe-Buglé esas cifras son: 34% con letrina y 65% sin alcantarillado ni letrinas, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.24).

Morbilidad en menores de 6 años. En la Encuesta de la Comunidad de la ENV las principales enfermedades que afectaban al total de los niños y niñas menores de 6 años fueron entre las respiratorias (asma, resfriado, tos, gripe) 62,1%; diarrea y parásitos 25,1% y desnutrición 5,0%. Entre la población indígena la frecuencia alcanzada por estas enfermedades son 42,5% respiratorias; 40% diarrea y parásitos y transmisibles (malaria, dengue, conjuntivitis) 15% y la desnutrición aparece en cuarto lugar 2,5%, (MEF, 2000).

Morbilidad en adultos mayores. Por su parte, las encuestas aplicadas a los hogares (ENV), señalan que en este grupo etario 55% había sufrido alguna enfermedad durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta: 37% diarrea y 35% enfermedades respiratorias, (Banco Mundial, 2000, anexo 15, cuadro 3).¹⁹

Morbilidad en hombres adultos. Según la percepción de los informantes comunitarios, las principales enfermedades de los hombres adultos son: resfriado 31%; hipertensión 21,0%; reumatismo y dolores musculares 15%. Entre la población indígena el resfriado alcanza 40%; el reumatismo y dolores musculares 18%, y el tercer lugar es ocupado por enfermedades del pulmón,

¹⁹ No se cuenta con datos disponibles sobre la población Ngöbe-Buglé.

hígado y otros órganos 13%. La hipertensión no fue reportada por ninguno de los entrevistados indígenas, (MEF, 2000).²⁰

Morbilidad en mujeres adultas. Éstas presentaron como principal enfermedad resfriados 23%; hipertensión 21%, y enfermedades del aparato reproductivo 12%. Entre las mujeres indígenas el resfriado alcanzó 28%; las enfermedades del aparato reproductivo y dolor de cabeza 15%; la artritis 10%,²¹ (Ibid).

Uso de los servicios de salud en niños menores de 5 años. Entre los niños que habían padecido alguna enfermedad en las cuatro semanas anteriores a la encuesta (ENV) 58% acudieron al médico; 35% fueron atendidos por algún familiar; 5% por una enfermera o asistente de salud y 2% por un hierbero o curandero. De igual forma, 38% fueron tratado en el hogar; 26% asistieron a centros, subcentros y puestos de salud; 24% fueron atendido en hospitales públicos; 11% en hospitales privados y 1% en consulta privada. Entre la población indígena, 54% fueron atendido por algún familiar; 21% acudieron al médico; 17% recibieron atención de enfermeras o asistentes de salud y 7% fueron tratado por hierberos o curanderos. Igualmente, 62% recibieron el tratamiento en el hogar; 31% en los centros, subcentros o puestos de salud; 7% en hospitales públicos, (Banco Mundial, anexo 15, cuadro 4).²²

Uso de los servicios de salud. Del total de la población que declaró alguna enfermedad o accidente en las cuatro semanas anteriores a la ENV, 67% tuvo atención médica. Entre los indígenas esa cifra es de 42% y entre los Ngöbe-Buglé de 38%. Las tasas de consultas²³ fueron de 1,1 para el total de la población y entre la población indígena y 0,7 entre los Ngöbe-Buglé. Las tasas de cobertura fueron de 0,6 entre la población total y entre la población indígena y de 0,3 entre los Ngöbe-Buglé. La mayoría de la población indígena accedió a lugares de tratamiento público (79%) y básicamente a centros, subcentros o puestos de salud (46%). La distancia desde el hogar hasta el lugar de tratamiento es más alta entre los Ngöbe-Buglé (55 minutos) que entre el total de los indígenas (41 minutos), (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.23).

Atención a la salud entre los habitantes de las áreas comarcales. En el cuadro 6 se presenta información sobre lo declarado por los Ngöbe-Buglé residentes en las área comarcales, respecto a la atención que habían buscado en caso de enfermedad o accidente. Se observa que 30% del total consultaron con algún pariente o vecino; 18% acudieron al médico; 16% no hicieron nada; 15% se automedicaron, en tanto que 11% acudieron al hierbero o curandero. Destaca el hecho de que un número mayor de mujeres “no hizo nada”. De los que buscaron atención profesional, la mayoría, 37%, recibió atención en centros de salud y 24% en clínicas u hospitales públicos. Un poco más del 25% se atendió en la casa, o sea que, o se automedicó, o no hizo nada, o consultó a parientes, hierberos o curanderos.

²⁰ No se cuenta con datos disponibles sobre la población Ngöbe-Buglé.

²¹ No se cuenta con datos disponibles sobre la población Ngöbe-Buglé.

²² No se cuenta con datos disponibles sobre la población Ngöbe-Buglé.

²³ Tasa de consulta = número de visitas promedio por individuo que informa alguna enfermedad; tasa de cobertura = porcentaje de las personas que informan alguna enfermedad y que acudieron al menos a una visita médica; tasa de concentración = número de visitas/número de personas con al menos una visita.

**Cuadro 5: Población del área indígena de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, según algunas características relacionadas con la salud
Encuesta de niveles de vida, 1997**

POBLACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	148.378	100
POBRE TOTAL	141.578	95,4
EXTREMA POBREZA	127.775	86,1
POBRE NO EXTREMO	13.803	9,3
NO POBRE	6.800	4,6
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		
CHOZA		74
MATERIALES DE LA PARED		
MADERA		18
QUINCHA/ADOBE		6
CAÑA/PAJA		51
SIN PAREDES		6
MATERIALES DEL TECHO		
METAL		44
PAJA/PENCA		50
MATERIALES DEL PISO		
TIERRA		91
PROMEDIO DE CUARTOS		
UN CUARTO		39
DOS Y TRES		50
PROMEDIO DE DORMITORIOS		
NINGUNO		38
UNO Y DOS		54
SITIO DONDE COCINAN		
CUARTO DE COCINA		46
DORMITORIO		21
OTRO SITIO DE LA CASA		28
NO COCINAN		2
TIPO DE SERVICIO SANITARIO		
DE HUECO O LETRINA		26
NO TIENE		60
UBICACIÓN DEL SANITARIO		
EN EL PATIO		47
FUERA DE LA VIVIENDA Y DEL PATIO		24
USO DEL SANITARIO		
SOLO DEL HOGAR		74
COMPARTIDO CON OTROS		26
NÚMERO DE SANITARIOS		
NINGUNO		14
UN SANITARIO		86
ABASTECIMIENTO DE AGUA		
ACUEDUCTO COMUNAL		29
POZO, LLAVE PÚBLICA		2
RIO, QUEBRADA		69
PAGO DEL AGUA		
MENOS DE \$5.00		17

ENTRE \$20.00 Y MÁS		83
TRATAMIENTO DEL AGUA		
NINGUNO		94
LA HIERVE		3
DISPONE DE REGADERA		
NO		84.00

Fuente: Dirección de Políticas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas, Tabulados Especiales de la Base de Datos de la Encuesta de Niveles de Vida, 1997

Cuadro 6: Atención a la salud entre los residentes en las áreas comarcales de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas por sexo, según a quien consulto (en porcentajes)

¿A QUIEN CONSULTÓ?	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	100	100	100
MÉDICO, ODONTOLOGO, GINECÓLOGO	18	18	17
ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA	3	4	3
AYUDANTE O ASISTENTE DE SALUD	7	8	6
CURANDERO O HIERBERO	11	12	9
FAMILIARES, VECINOS	30	29	31
SE AUTOMEDICÓ	15	15	14
NO HIZO NADA	16	13	20
OTRO	1	1	0
¿DÓNDE LO ATENDIERON?			
TOTAL	100	100	100
CLÍNICA U HOSPITAL PÚBLICO	24	26	21
CLÍNICA U HOSPITAL PRIVADO	1	0	2
CENTRO DE SALUD	37	36	39
SUB-CENTRO O PUESTO DE SALUD	10	10	9
CONSULTORIO PRIVADO	1	1	0
EN LA CASA	27	27	27
OTRO	1	0	1

Fuente: Dirección de Políticas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas, Tabulados Especiales de la ENV, 2000.

Atención de salud materna. Los datos de la ENV indican que de todas las mujeres entre 15 y 49 años de edad que estuvieron embarazadas durante los 5 años anteriores a la encuesta, el 44% acudió a controles médicos durante el embarazo. Entre las mujeres indígenas los controles prenatales alcanzan el 32%. Mientras que el 82% del total de los partos fueron atendidos por médicos (81% en áreas rurales), solo la cuarta parte de los partos en las áreas indígenas fueron atendidos por médicos, (Banco Mundial, 2000, cuadro 8, anexo 15). Si bien no se cuentan con datos específicos para los Ngöbe-Buglé, es de esperar que la situación entre los mismos sea aún más grave que para el resto de los grupos indígenas, toda vez que, es precisamente, dicha etnia, la que según la ENV, hace menos uso de los servicios de salud.

RESUMEN. El análisis elaborado por la OPS sobre información proveniente de la ENV, evidencia que existen fuertes disparidades en la atención a la salud entre los sectores no pobres y los pobres de Panamá. Por su parte, el Informe del Director de la OPS del año 2000, señala desigualdades en la salud para la población indígena, que se relacionan con el menor acceso de éstos

a los servicios de salud, a tasas de mortalidad más elevadas, a muertes por enfermedades etc. *El Programa Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, elaborado por el Ministerio de Salud de la República de Panamá, presenta datos que confirman la desventajosa situación de salud de los pueblos indígenas del país. En lo que atañe específicamente a los Ngöbe-Buglé, todos los datos recabados por la ENV los ubican como los más pobres entre los pobres de Panamá, lo cual incide en su mayor situación de desnutrición, sus precarias condiciones de vivienda y escasa utilización de servicios básicos. La morbilidad, en todos los grupos de edad está fundamentalmente asociada a la situación de pobreza y marginación geográfica y cultural. La mortalidad de la población infantil tiene un fuerte componente de enfermedades prevenibles, lo que se relaciona con la baja tasa de vacunación. Son también los Ngöbe-Buglé los que presentan el menor índice de utilización de los servicios de salud entre toda la población del país. La situación de salud es más grave aún entre los miembros de esta etnia que habitan en el interior de las tierras comarcales.

7. SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Región de salud Ngöbe–Buglé. Ésta se crea en noviembre de 1998 e inicia operaciones en enero de 1999. No obstante, en la actualidad sigue dependiendo de las regiones de salud de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas tanto para la provisión de servicios como en algunas acciones administrativas. Para el año 2000 se le asigna un presupuesto de \$265.000.00 que solo cubre el funcionamiento de la sede, (Ministerio de Salud, 2000).

Instalaciones de salud. La región de salud Ngöbe-Buglé cuenta con 80 instalaciones, ver cuadro 7. Para la atención hospitalaria es necesario acudir a establecimientos ubicados al exterior de la comarca: el Hospital de San Félix o el Hospital de David, en la provincia de Chiriquí; el Hospital de Almirante o el Hospital de Changuinola en la provincia de Bocas del Toro y en Veraguas el Hospital de Cañazas o el Hospital de Santiago, son los mayormente utilizados.

Distancia a los centros de atención a la salud. Según la ENV el tiempo de desplazamiento en busca de atención médica, desde el hogar hasta el lugar de tratamiento médico, es más alto entre los Ngöbe-Buglé (55 minutos) que entre el total de los indígenas (41 minutos), (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.23). Con respecto a la atención hospitalaria, el tiempo puede fluctuar entre horas y días, dependiendo de la ubicación de la comunidad de residencia del paciente, el medio de transporte y las condiciones meteorológicas.

Recursos humanos de salud. En 1998, Panamá contaba con un médico por cada 795 habitantes; un odontólogo por cada 3.507 habitantes y una enfermera por cada 868 habitantes. En el cuadro 8 se presenta la distribución del personal médico y paramédico que brinda servicios en la comarca Ngöbe- Buglé. Tomando en consideración la población calculada por la ENV de 1997 en el interior de la comarca Ngöbe-Buglé, se cuenta con un médico por cada 49.459 habitantes, un odontólogo por cada 74.189 habitantes y una enfermera por cada 37.095 habitantes.

Cuadro 7: Instalaciones de salud

TIPO DE INSTALACIÓN	TOTAL	REGIÓN ÑO KRIBO	REGIÓN NIDRINI	REGIÓN KADRIRI
TOTAL	80	37	26	17
CENTROS DE SALUD	8	5	2	1
SUBCENTROS DE SALUD	1	0	1	0
PUESTOS DE SALUD	71	32	23	16

Fuente: Ministerio de Salud, Región de Salud comarca Ngöbe–Buglé, 2000.

Cuadro 8: Recursos humanos en la región de salud Ngöbe-Buglé por regiones comarcales. Año 2000

PERSONAL	TOTAL	ÑO KRIBO	NIDRINI	KADRIRI
MÉDICOS	3	2	1	0
ODONTÓLOGOS	2	1	1	0
ENFERMERAS	4	1	3	0
AUXILIARES DE ENFERMERIA	6	2 CSS	3	1
ASISTENTES DE SALUD	92	39 (5CSS)	43	10
ASISTENTE DE FARMACIA	1	1	0	0
TÉCNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL	7	3	3	1
AUXILIAR DE NUTRICIÓN	2	1	1	0

Fuente: Ministerio de Salud, Análisis Prospectivo de la Red de Servicios del Ministerio de Salud, 2000.

RESUMEN. Si bien se observa un esfuerzo por mejorar la atención a la salud de los Ngöbe-Buglé, mediante la creación de una región de salud para atender el área comarcal, aún así el presupuesto resulta escaso. Así mismo, el número de instalaciones y el personal médico y paramédico en la región de salud Ngöbe-Buglé, es evidentemente insuficiente.

8. LA COSMOVISIÓN NGÖBE–BUGLÉ EN MATERIA DE SALUD

El concepto de salud–enfermedad. Para esta etnia, la salud “es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses. Al romperse esta armonía, se produce la enfermedad, que se expresa en un individuo y afecta a toda su familia”, (Vergés y Farinoni, 1998). Se reconocen dos tipos de enfermedad: *la proveniente de causas naturales*, cuyas manifestaciones son físicas y *la espiritual*, originada por maleficios o sortilegios. Esta última solo puede ser curada por los **Sukias**, (Ministerio de Salud, 1998).

Significado del sueño. “El sueño es la antesala de la enfermedad y la muerte, esto significa que por la brujería o la intervención de algún espíritu, el alma se separó del cuerpo durante el sueño y emprendió un viaje al mundo de los muertos. Esta es la etiología principal”, (Sinclair 1990 en Vergés y Farinoni, 1998). Es común que al saludo de los “buenos días” (Ñatore), se agregue un “¿qué soñó?”.

El Sukia. Es el médico tradicional que además de poseer conocimientos de medicina botánica tiene el poder de entrar en comunicación con los espíritus e incluso posee facultades adivinatorias. Los exorcismos para neutralizar los efectos de sueños malignos, son realizados por un tipo especial de Sukia llamado “*Donkin*”. Este, escucha la versión del sueño, deduce la clase de hierba, planta o corteza que habrá de usar para la curación y convoca la ceremonia de curación en casa del enfermo. Ésta dura cinco noches, durante las cuales el enfermo recibe la medicina preparada por el Sukia. Durante la ceremonia llamada *Gotó*, los invitados son alimentados por los dueños de la casa. (Torres de Araúz, 1980). Durante los cinco días que dura la ceremonia, el Sukia guarda ayuno y solo se alimentará de una preparación a base de cacao. Durante este tiempo, el mantiene a los parientes del enfermo despiertos, echándoles en los ojos una infusión de hierbas. Al finalizar el quinto día, el espíritu que ha ocasionado la enfermedad, es atrapado en una de las trampas previamente colocadas para tal fin en las puertas del cuarto donde yace el enfermo. El Sukia interroga al espíritu respecto al tipo de enfermedad de que se trata. Si ésta puede curarse con plantas, el Sukia se las administrará al enfermo. Si es una enfermedad que implica la pérdida del alma, fija un plazo para que el enfermo sane o muera, si las fuerzas sobrenaturales no desean liberarlo, (Sinclair 1990 en Vergés y Farinoni 1998).

El Nicorare. Este es un personaje antagónico al Sukia y representa en la tierra al poder maligno de *G’nguboan* y que trata de neutralizar el efecto benéfico de las curaciones de éste. Sus actividades se reducen a hacerle daño a las demás personas, en especial a los Sukias. Tiene la capacidad de transformarse en animal para atraer y matar a sus víctimas, (Ibid). Otros espíritus malignos que pueden intervenir en los sueños y robar el alma, produciendo así la enfermedad son: *Jobú* (demonio de la casa); *Cribu* (demonio del Bosque); *Ngubuoan Cricude* (mono de la mano larga); *Cruzonta* (demonio de la cruz), entre otros, (Torres de Araúz, 1980).

Los recursos terapéuticos. La terapéutica shamánica del Sukia concentra su acción en expulsar las fuerzas del mal y restablecer las del bien, es decir, recobrar la armonía en la relación cuerpo–alma. Los recursos terapéuticos empleados incluyen entre otros: cantos, dietas especiales, aislamiento, pócimas a base de plantas, sahumeros y vigiliat; combinando así aspectos empíricos con recursos mágico-religiosos, (Vergés y Farinoni, 1998).

Algunas prácticas en el cuidado de la salud. Entre las medidas curativas y preventivas utilizadas por la población Ngöbe-Buglé está la de comer una gallina que haya matado un animal silvestre (gato platanero). Luego guardan el hueso en un envase de lata y lo utilizan para curar a los niños y a los señores mayores *cuando enferman por comer productos enlatados*. También se les practican sahumeros o se vuelve a cocinar el hueso. Para evitar enfermedades causadas por *Chogaly* (personaje mitológico similar a un duende) y para evitar el *mal de ojo*, se le amarra una tira de color rojo y también se le da *medicina casera*. Además evitan comer con utensilios de otros que están enfermos. Cuando desean detectar una enfermedad en un recién nacido:

“Se lleva su orín al curandero. Este, a través de un examen, diagnostica su estado de salud. Cuando los niños son brujeados, se atiende con medicina tradicional; no se le lleva al hospital, porque allí nunca se curan y no le encuentran enfermedad alguna”, (Ministerio de Salud, 1999).

Métodos anticonceptivos tradicionales. Entre éstos se utilizan plantas como tomar la raíz del café, utilizar la hoja y la raíz de la guanábana.²⁴ También se utiliza el método natural del entierro de la placenta a uno o dos metros de profundidad, (Ministerio de Salud, 1999).

Patrón de fecundidad tradicional. El número cuatro y sus múltiplos es una constante sociocultural reflejada en la mitología Ngöbe-Buglé, así como en las descripciones de rituales y ceremonias que prescriben cuatro días para su realización, cuatro participantes, *después del cuarto día de nacido*. Por lo tanto, etnológicamente este número cuatro y sus múltiplos puede influir en el número de hijos que se desea tener, (Ibid).

RESUMEN. El concepto salud–enfermedad entre los miembros de esta etnia, tiene mucho en común con población autóctona americana de otros países, en el sentido que consideran a la salud como producto de una relación armónica con la naturaleza, el medio ambiente, los seres humanos y lo sobrenatural. Si este equilibrio se rompe, se producirá la enfermedad que puede tener *origen natural o espiritual*. Para ellos, el sueño juega un papel importante en la enfermedad y la muerte, ya que mediante la intervención de un espíritu o por medio de la brujería, el alma puede separarse del cuerpo durante el sueño y emprender un viaje al mundo de los muertos. El Sukia es el médico tradicional que además de sus conocimientos de botánica, tiene la capacidad de comunicarse con los espíritus y también tiene facultades adivinatorias. Este es el encargado de realizar exorcismos para neutralizar los efectos de sueños malignos. El nicorare, es la personificación de lo maligno y su función es la de neutralizar los efectos positivos de las curaciones que realiza el Sukia. Otros interventores en la atención a la salud, son el curandero y las parteras tradicionales. La atención a problemas de salud inicia en la casa y está fundamentalmente a cargo de las mujeres. Las prácticas para el cuidado de la salud incluyen una serie de actividades fundamentadas en la relación entre la salud con lo sobrenatural.

²⁴ Si bien se señalaron estas plantas, los entrevistados no aclararon si se usaban como abortifacientes o como anticonceptivos.

9. EXISTENCIA Y UTILIZACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Agentes de medicina indígena y su papel en la comunidad. El sukia es el primer agente al que se acude en caso de enfermedad. La importancia del mismo en la comunidad está demostrada en los diversos estudios citados en este informe. Además está consignada en el artículo 258 de la Carta Orgánica Administrativa de la comarca Ngöbe-Buglé que también se refiere a curanderos y parteras y que a la letra dice:

Artículo 258. Para los efectos de los servicios médicos tradicionales se clasifica la profesión de la siguiente manera:

- El sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades y receta medicina.
- El sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades receta y es fármaco.
- El sukia médico que pronostica, diagnostica enfermedades, receta medicina en mordedura de ofidios y es fármaco.
- El curandero, analiza, diagnostica enfermedades, receta medicina y es fármaco.
- Partera empírica.

Estos profesionales interactuarán con los profesionales de la medicina occidental en los centros de salud establecidos en la comarca, previa certificación de la comisión técnica especializada y del médico comarcal. En la medicina tradicional los médicos trabajarán de acuerdo con su conocimiento en las distintas ramas de dicho campo.

Diferencia entre sukias y curanderos. La calidad de Sukia proviene desde el mismo momento del nacimiento y se evidencia por sus posibilidades de dominar las fuerzas sobrenaturales. Es considerado un enviado de los dioses para proteger a la humanidad y desde pequeño es entrenado por un maestro. Dicho entrenamiento puede durar 15 o 20 años. Durante su entrenamiento debe aprender a combinar conocimientos botánicos con las técnicas de dominio sobrenatural. Los curanderos, por su parte, se reducen al conocimiento botánico, incluyendo cantos, sahumeros, baños, etc., pero no están en capacidad de “pronosticar” las enfermedades cuyo origen es espiritual.

Las parteras tradicionales. La misión básica de éstas es preparar a la mujer gestante al momento del parto, proporcionándole tratamientos tradicionales que le ayuden durante ese proceso, (Ministerio de Salud, 1999). Una partera ngöbe narra así su función en un parto:

“Cuando la mamá va a dar a luz, le ofrezco bebida de cacao, le sobo la barriga con un preparado de huevo reventado en agua, esto hace que el niño nazca más rápido, tengo siempre a mano agua tibia, la madre da a luz agachada. La placenta sale sola, naturalmente, corto el ombligo y lo entierro en la tierra, corto con un machete o un cuchillo que fue pasado en agua muy caliente. Después que nació el niño o la niña, se lo pongo inmediatamente al pecho, y luego se lo baña con agua tibia. La mamá descansa cuatro días, se le da sopa de gallina, arroz, guineo y chilate de maíz.

Todas las mamás dan pecho, si alguna no tiene leche se le pone hoja de yuca y de ñame, si el niño no mama cuando nace se le da cacao, y si son mellizos uno mama y el otro toma cacao...”(Vergés y Farinoni, 1998).

La utilización de las parteras se evidencia con las cifras proporcionadas para 1991 por la Región Sanitaria de Salud del Oriente Chiricano. De un total de 687 nacimientos solo el 19% tuvieron atención profesional al parto. No se observó diferencia significativa con las cifras de los años 1992, 1993 y 1994. El profesional de salud que mayoritariamente atendió los partos fue la enfermera (60%). Parece haber alguna relación entre el nivel educativo de la madre y la búsqueda de atención profesional al parto, así en el año 1991 más de la mitad de las mujeres que habían cursado algún año de educación secundaria, tuvieron atención profesional al parto; esta cifra se reduce a menos de la mitad entre las mujeres con algún grado de educación primaria y a un 12% entre las mujeres sin instrucción. (Vergés y Farinoni, 1998). En 1998, en los cuatro distritos del oriente chiricano (Remedios, San Félix, San Lorenzo y Tolé) se contaba con 134 parteras que habían sido entrenadas por el Ministerio de Salud. De éstas, 104 estaban ubicadas en áreas de la comarca Ngöbe-Buglé, ver cuadro 9.

Cuadro 9: Parteras empíricas por distrito y corregimiento de la comarca Ngöbe-Buglé(1) que antiguamente pertenecían al oriente chiricano. Año 1998

DISTRITO Y CORREGIMIENTO	PARTERAS
BESIKO	45
CERRO BANCO	9
CERRO DE PATENA	14
BOCA DE Balsa	11
EMPLANADA DE CORCHA	7
CAMARON ARRIBA	3
SOLOY	1
NOLE DUIMA	19
LAJERO	7
CERRO IGLESIA	1
HATO CHAMI	11
MIRONO	34
QUEBRADA DE LORO	1
HATO PILON	8
HATO CULANTRO	3
HATO JULÍ	14
HATO JOBO	3
CASCABEL	3
SALTO DUPI	2
HATO COROTU	1
MÚNA	6
ALTO CABALLERO	3
MARACA	2
CERRO PUERCO	1

(1) Los datos han sido tomados de Ministerio de Salud, 2000, cuadro 16, pág. 48. Se han ignorado datos de comunidades que según las Leyes vigentes, no pertenecen a la comarca Ngöbe- Buglé.

Promoción de la Salud. La salud se entiende como el conjunto de acciones que tienen que ver con el autocuidado y la preservación de la salud, siendo elementos importantes la recreación, el derecho al descanso, el ejercicio físico y la alimentación, (Restrepo en Ministerio de Salud, 1998).

- **Alimentación y nutrición.** Además de los altos índices de desnutrición detectados por la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) y reseñados en párrafos anteriores de este informe, los hábitos alimentarios, la escasez, la pobreza de la tierra y la falta de recursos económicos por parte de la población Ngöbe-Buglé, hace que el acceso a los alimentos se constituya en un serio problema de salud para esta etnia. Algunos alimentos propios de la dieta Ngöbe son: *jicara* y *ka* (cogollos tiernos de yuca, ñame y otros arbustos y bejucos); *boda o ñurum* (flor de la palma chamadorea tepejelote, rico en proteínas y fósforo); *membrillo* (gustavia superba, también rico en proteínas); frutales (guineo, mango, naranja, aguacate, corozo, pixbae, marañón y otros). Todos ellos dependen de la estación del año. Además de ello, el arroz, maíz, frijoles, café y tubérculos integran la dieta, (Ministerio de Salud, 1999). La producción agrícola de esta etnia, fundamentalmente dedica al consumo del hogar, según la ENV es muy pobre: el ñame ocupa el 47% del total de la producción, seguido de 9% banano; 8% frijol de bejuco; 4% arroz, 1% maíz. La producción pecuaria alcanzó las siguientes cifras: 7% ganado vacuno; 4% gallinas o pollos y 2% cerdos o puercos. La producción de leche alcanzó 0%, (Banco Mundial, 2000, anexo 6, cuadro A6.1.2.). Las prácticas culturales también inciden en el patrón de consumo de alimentos. Así durante la etapa de la adolescencia, a los hombres se les prohíbe consumir algunas partes del ganado vacuno, como el corazón, el ojo, la oreja, pues se considera que debilitan su cuerpo y lo hace más vulnerable a los peligros, (Ministerio de Salud, 1999). La lactancia materna puede prolongarse, precisamente por la falta de recursos. En un estudio nutricional realizado en el oriente chiricano en 1991 se determinó que casi la mitad de los niños toman pecho entre 13 y 24 meses y 40% entre 5 y 12 meses. A partir de los 6 meses se introduce, en la dieta del niño, alimentos como puré de maíz o de arroz y, al año de edad los niños tienen el mismo menú que el resto de la familia, (Vergés y Farinoni, 1998).
- **Derecho al descanso.** Este derecho está en función de la disponibilidad del tiempo libre. Las mujeres ngöbe-buglé disponen de muy poco, o ningún tiempo libre. Así fue relatado un día en la vida cotidiana de las mujeres de esta etnia:

“Nos levantamos generalmente a las 6 o 7 de la mañana, se hace el desayuno, se limpia la casa, vamos a lavar y a bañarnos al río. A veces vamos con el hombre a trabajar la tierra. Hacemos el almuerzo y la cena, en las horas de descanso se hacen artesanías, se cose, se hacen chaquiras, vestidos, mochilas, camisas para el señor, la ropa de los niños y cintas bordadas. También se cuidan los animales domésticos, el huerto y se trae el agua y la leña, (Vergés y Farinoni, 1998).

Otro estudio señala que las mujeres no tienen tiempo libre: “*en casa siempre hay algo que hacer; no salimos; todo siempre es igual*”, (Ministerio de Salud, 1999).

Los hombres tienen más posibilidades que las mujeres para el descanso. Así en tanto la mujer se levanta en la mañana y prepara el desayuno, el marido duerme. Después del trabajo en la finca, éste visita amigos y familiares, en tanto la mujer prepara la cena. Cuando él se acuesta a dormir, ella cose la ropa de la familia, (Ministerio de Salud, 1998).

- **Recreación.** Según la Encuesta de la Comunidad de la ENV un 52.5% de las comunidades indígenas no poseían campos de juegos y un 100% no tenía juegos infantiles. En el área Ngöbe-Buglé de la provincia de Chiriquí, 99% de los encuestados señalaron “no asistir a fiestas privadas”; 88% “no asisten a fiestas públicas”; 47% “no van a la Iglesia”; 79% “no van al parque”; 75% “no van a la playa”; 100% “no van al cine”; 99% “no van a espectáculos”; 94% “no van a estadios”; 64% “no van de paseo”. La mayor actividad de recreación es la “visita a amigos” que alcanzó el 62%. (Tabulados especiales de la ENV, 2000). Por otra parte, los niños realizan actividades recreativas en casa (88%); en la calle (14%); en el parque (29%) y en el patio de la casa (98%), (Ibid). La mayoría de estos parámetros corresponden a la región occidental de la recreación. Sería importante profundizar en el conocimiento de la dinámica de vida de los pueblos indígenas.
- **Higiene de los niños.** A partir de los 5 años, los pequeños inician su independencia relacionada a la higiene personal. Las madres bañan a los niños hasta los 5 años, luego ellos lo hacen solos. En la práctica, se observa que existe descuido en la higiene de los pequeños.
- **Vacunación.** Datos de la ENV de 1997, señalan que del total de niños Ngöbe-Buglé menores de 5 años que habitaban en área de la comarca (26.543) el 88% tenía tarjeta de vacunación (89% de los varones y 86% de las niñas); 84% había sido vacunado contra la difteria, tosferina y tétano (85% de los varones y 82% de las niñas); 61% habían recibido el refuerzo de la DPT (62% de varones y 58% de niñas); 79% habían sido vacunados contra el polio (83% de varones y 74% de niñas); 56% habían recibido el refuerzo contra el polio (59% de varones y 52% de niñas); 70% habían recibido la vacuna contra el sarampión (73% de varones y 67% de niñas), (MEF, Tabulados Especiales de la ENV 2000).

RESUMEN. La existencia de la medicina tradicional que utilizan los Ngöbe-Buglé en su vida diaria, se avala mediante la Carta Orgánica Administrativa de la comarca,²⁵ en cuyo artículo 258 se clasifican los servicios médicos tradicionales que toman en cuenta a los Sukias de acuerdo a diversas especialidades, pero incluyendo siempre su capacidad de pronosticar, diagnosticar y recetar medicinas. Este mismo artículo oficializa la actuación de estos médicos tradicionales al señalar, expresamente, que interactuarán con los profesionales de la medicina occidental. Las parteras empíricas también se incluyen en este artículo, probablemente en reconocimiento a la importancia de la labor que éstas realizan y que se refleja en que la mayoría de los nacimientos en el interior de la comarca, son atendidos por ellas. En lo que respecta a la promoción de la salud, muchas son las dificultades encontradas. Así, la alta tasa de desnutrición está relacionada, por un lado, con los hábitos alimentarios, la escasez, pobreza de la tierra y la falta de recursos económicos; pero, las prácticas culturales también inciden en el patrón de consumo de alimentos. Los usos culturales asimismo influyen en el derecho al descanso y son las mujeres las que disponen de muy poco o ningún tiempo libre. Las actividades recreativas son también limitadas. Las menores tasas de vacunación de los niños menores de 5 años es otro de los aspectos que coloca a este grupo humano en condiciones de inferioridad con respecto al resto de la población panameña.

²⁵ Decreto Ejecutivo No. 194 de 25 de agosto de 1999.

10. SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER INDÍGENA

En esta sección se incluye información que ilustra la marginación que sufre la mujer indígena. Sin embargo, cabe reconocer que existe la necesidad de profundizar en el conocimiento de las relaciones de género y del contexto de los determinantes que influyen en estas relaciones.

Sesgos de género (*gender bias*) en la cultura tradicional. Las mujeres Ngöbe- Buglé, comparten al igual que hombres y niños de esta etnia, la situación de pobreza y marginación antes reseñadas, con los consabidos efectos sobre la salud. Además de ello y por razón de su género, son particularmente vulnerables en el proceso de transición que vive la etnia entre lo tradicional y las innovaciones culturales. El mayor analfabetismo femenino, el menor nivel educativo, la menor capacitación para el trabajo y las prácticas culturales —matrimonios a edades tempranas, gran cantidad de hijos, exceso de trabajo, etc.— hacen de las mujeres sujetos de alto riesgo. Hombres y mujeres inician la vida en pareja durante la adolescencia: la mujer con 14 a 15 años y los hombres con 17 o 18, aunque la actividad sexual de éstos se inicia entre los 13 y 17 años de edad, (Ministerio de Salud, 1999).

La Menarquia. En el rito tradicional de la pubertad, la mujer es purificada mediante baños, se le aconseja, se le somete a pruebas de fortaleza física que demostrarán que su débil etapa de infante ha sido superada. En esta ceremonia también se incluyen aspectos mágico-religiosos, (Vergés y Farinoni, 1998) pero sobre todo, se subrayan los papeles de género que habrá de cumplir la mujer en adelante. Y dado que la menarquia se presenta por lo general a los 13 años de edad, y que a partir de ese momento la joven puede elegir o ser elegida para el matrimonio, se concluye en que las mujeres Ngöbe-Buglé pasan de la niñez a la adultez sin transitar por la adolescencia. Las referencias al rito de la pubertad, evidencian que éste fortalece el estereotipo femenino, cuya función principal es la de tener hijos, (Ministerio de Salud, 1998).

Práctica de la poligamia. Esta práctica, en la actualidad, ocurre por varias causas según señalan mujeres entrevistadas: *“por mutuo acuerdo de los interesados”, “para obtener estabilidad familiar”, “cuando han sido ignoradas por otros hombres y las abandonan, entonces sus hermanas pueden recogerlas para vivir juntas en el sororato”*. Otras razones fueron: *“existen hombres considerados merecedores de varias mujeres, tal es el caso de los que poseen algún talento en especial, que despierta la admiración de las mujeres. Entre éstos se encuentran: “hombres balseros, Sukias, curanderos, peleadores, cazadores, trabajadores, también los que poseen grandes extensiones de tierra”,* (Ministerio de Salud, 1999).

En otros estudios, las mujeres demuestran el malestar que les produce esta práctica cultural de la siguiente manera:

“A veces el hombre abandona a la mujer por una mujer más nueva y la deja con una carga de niños sin importarle. Esto a veces se da porque la mujer no quiere compartir el hombre con otra mujer, existen peleas y se vuelven enemigas, cuando el hombre adquiere otro compromiso, allí viene el abandono”. “A mí me han puesto otras mujeres por delante, he tenido enemigas, pero me he mantenido firme, no he querido perjudicar a la familia”, (Mujeres entre 30 y 40 años). *“Esto ha pasado todo el tiempo, ahora y antes”,* (Mujeres más viejas)“, (Vergés y Farinoni, 1998).

El papel secundario de la mujer. En esta cultura se considera jefe del hogar al hombre (*que es el que manda*). Las mujeres prácticamente no pueden opinar sobre ningún tema que afecte a la familia. El hombre, por lo general, decide sobre el uso de los ingresos del hogar, así como sobre el número de hijos de la pareja. A la mujer no solo corresponden las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, sino que también debe trabajar en el terreno familiar –a título de *ayuda al hombre*– independientemente de que esté embarazada, ya que entre los consejos que le dan desde su primer embarazo se incluye que “*no descanse tanto porque se queda con pereza para toda la vida*”. Por este motivo, debe mantenerse activa, (Ministerio de Salud, 1999). Después del parto *la mujer está delicada y puede quedar embarazada de nuevo; pero si el hombre insiste, ella no tiene otro remedio que complacerlo, porque de la contrario, él piensa que ella tiene otro hombre*, (Ibid).

El trabajo femenino y sus efectos sobre la salud. El acarreo de agua es trabajo femenino así como el lavado de la ropa que realiza en ríos y quebradas. Ello explica la frecuencia de morbilidad por problemas musculares acompañados de procesos reumáticos. Del mismo modo, las mujeres insisten que por el trabajo del campo, pasan mucho tiempo mojadas y por ello se van enfermando con “dolor de cintura, calambres, dolor de piernas”. El personal de salud de Kankintú refiere la existencia de lumbalgias, dolores pélvicos y abortos en las mujeres por el sobreesfuerzo. De igual manera anotan que en ocasiones las mujeres quieren planificar la familia y los hombres no las dejan, (Ministerio de Salud, 1998).

Violencia contra la mujer. Entre las causas principales de la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres ngöbe-buglé, éstas incluyeron:

- “El hombre es celoso; no quiere que hable con nadie, que no salga de la casa; y si sale, le pega”;
- “A veces viene borracho y bravo; cuando no hay comida le pega”;
- “El hombre le pega a la mujer cuando siente que ésta le falta el respeto”;
- “Hay gente que dice bochinchas sobre la mujer; después el hombre viene con unos tragos, se entera y le pega; pero si está sano, no le dice nada”;
- “Hay hombres que buscan problemas; no saben lo que hacen cuando toman”.

La mayoría de las mujeres soportan situaciones de esta clase durante muchos años, y muchas de ellas al abandonarlos se unirán a un segundo o tercer marido, dadas las escasas posibilidades que tiene la mujer ngöbe-buglé de hacer frente por sí sola a las responsabilidades de manutención de los hijos, (Ministerio de Salud, 1999).

Relaciones incestuosas. Respecto a éstas las y los informantes del estudio del Ministerio de Salud de 1999, señalaron que era cosa del pasado y que si se practicaba hoy en día era en la montaña. No obstante al cuestionárseles respecto al por qué del incesto padre-hija, respondieron:

- “Eso no debe ser, no es bueno. A veces se da porque viven tantos en una casa y entonces el papá se queda con la hija y también con la mamá”;

- “Esto ocurre porque un padre, al tener una niña, a medida que crece y se desarrolla, entonces va observando su hermosura; al final, llega tomándola como su mujer y la mamá es consciente de todo esto”;
- “Esto ocurre a veces porque hay un trato del padre con la hija, de no decir esto a nadie, o porque la madre le corre el gusto al padre que tenga la hija como mujer, obedeciendo a una amenaza de parte de su esposo”, (Ministerio de Salud, 1999).

Pero también son vistas como incestuosas las relaciones padrastro-hijastra. Al respecto opinaron así:

- “Muchas veces ocurre cuando la mujer se fuga con otro hombre, o cuando el hombre mantiene a la hija”;
- “Hay casos donde la madre acepta que su marido tome por esposa a su hijastra, por temor, amenazas y otras presiones”;
- “Cuando el marido de la mujer presiona a la hijastra, en ausencia de su mamá, a que sea su mujer, ella, atormentada, acepta lo que el padrastro exige por miedo de que su mamá sea abandonada; y esto se convierte en una rutina”;
- “Muchas veces hay madres que aceptan esta relación, ganando intereses o bienes materiales del marido; o porque no hay quien le cuide a la familia en caso de que ella acuse al marido”, (Ibid).

RESUMEN. Si bien las mujeres Ngöbe-Buglé comparten con el resto de su etnia una situación de marginación y pobreza, con los consabidos efectos sobre su salud, son por razón de su género, particularmente vulnerables ya que en su cultura ocupan un papel secundario. Ellas inician su vida marital prácticamente desde el momento de la menarquia; las prácticas matrimoniales incluyen la poligamia, con sus modalidades de levirato y sororato; hay también alguna práctica de relaciones incestuosas. La cantidad de embarazos y partos es generalmente elevada y es el hombre quien decide el número de hijos a tener. El exceso de trabajo y las condiciones en que éste se realiza, afectan también la salud de las mujeres. La violencia familiar contra las mujeres es otra de las prácticas que inciden negativamente en la salud de éstas.

11. PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD

11.1 ALGUNAS ACCIONES INTERNACIONALES

El derecho a la salud está reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el artículo 12 del Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La Convención No. 169 de la OIT, relativa a los pueblos indígenas, también incluye en su parte V provisiones relativas a la salud de éstos. La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su Resolución 48/163 proclama el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas, e identifica, como una de sus principales metas, el fortalecimiento de la cooperación internacional para la solución de los problemas con que se enfrentan las poblaciones indígenas en el área de la salud.

La Organización Mundial de la Salud, en su Asamblea de mayo de 1977, adoptó la Resolución WHA30.43 la que establece que la principal meta de la Organización y de los Estados Miembros debe ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. En 1979, la Resolución WHA32.30 endosa la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978) e invita a los Estados Miembros a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales basados en la atención a la salud primaria, como una de las metas para el año 2000.

Es también relevante la Conferencia Internacional de Nutrición organizada por la FAO y la Organización Mundial de la Salud en diciembre de 1992, de la que resultó la Declaración de un Plan de Acción para alcanzar la seguridad alimentaria de los hogares, un buen estado de nutrición y salud para todos, a través del desarrollo sustentable.

En 1981, la Estrategia Global de Salud para todos en el año 2000 fue adoptada por todos los Estados Miembros. Esta es la estructura de acción a nivel internacional y el objetivo presente de salud igual para todos que es la equidad y el acceso a los servicios de salud. La 47ava Asamblea Mundial de Salud (Ginebra, 1994) a través de la Resolución WHA47.27, insta al Director General a aumentar la cooperación entre la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones de las Naciones Unidas para ayudar a los Estados Miembros a identificar las necesidades de las poblaciones indígenas y proveerles soporte técnico y asistencia dirigidas a resolver las necesidades de salud de las poblaciones indígenas.

La 48ava Asamblea Mundial de Salud, a través de la Resolución WHA48.24, solicita al Director General reportar a la 49ava. Asamblea las medidas tomadas, incluidas aquellas de nivel regional sobre la implementación de la Resolución 47.27. En dicha Asamblea (49ava) el Director General, informó la designación del Dr. A. Kone-Diabi, Asistente del Director General, como punto focal del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo y hace recomendaciones que incluyen un comité para consolidar el trabajo y cooperación de la OMS con Gobiernos Nacionales y organizaciones indígenas. En dicha asamblea, la resolución adoptada solicita al Director General fortalecer los puntos focales y someter a la consideración de la 99 Sesión del Comité Ejecutivo un programa de acción para la década, desarrollado en consulta con Gobiernos Nacionales y organizaciones indígenas, con el objetivo de alcanzar los objetivos de salud de la década, (UN, 1996).

El Primer Taller sobre Pueblos Indígenas y Salud en las Américas, celebrado en Winnipeg, en Abril de 1993, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, frente a la alarmante situación de salud de los pueblos indígenas, recomendó a los Países Miembros a tomar acciones inmediatas para identificar las áreas prioritarias de intervención a fin de mejorar el perfil de salud de éstos. La Resolución V, adoptada, reconoce que las condiciones de vida y salud de unos 43 millones de personas indígenas en la Región de las Américas, eran deficientes, lo cual se reflejaba en el exceso de la mortalidad por causas evitables y en la reducida expectativa de vida. Esto demuestra la persistente brecha de desigualdad entre la población indígena en comparación con otros grupos sociales. La resolución también recomienda la promoción del acceso de los indígenas a la medicina y alude a la necesidad de desarrollar social y culturalmente sistemas locales de salud en los que el conocimiento indígena sea preservado. El taller también estableció que los indígenas deben tener control sobre sus propias vidas, en las que la salud, es uno de sus aspectos, y reconoce que es importante revalorar el conocimiento indígena y fortalecer elementos de las culturas aborígenes, reconociendo que un miembro de su propia cultura es quien mejor puede comprender a su gente, a su salud y a sus necesidades de desarrollo.

Las recomendaciones del taller se agruparon en la denominada *Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas*.

Los principios siguientes rigen el trabajo de la OPS y de los Estados Miembros en materia de salud indígena:

1. La necesidad de un abordaje integral a la salud.
2. El derecho a la auto determinación de los pueblos indígenas.
3. El derecho a la participación sistemática.
4. El respeto y la revitalización de las culturas indígenas.
5. La reciprocidad en las relaciones, (OPS, en Ministerio de Salud, 2000b).

En cuanto a la medicina indígena, son varios los países de la Región de las Américas que han dado inicio a acciones para la revalorización de la medicina tradicional indígena. Así, Perú crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional; Bolivia aprueba un decreto autorizando el ejercicio de la medicina tradicional (1984), igualmente se aprueban los estatutos de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, organismo que tiene como función el reconocimiento legal de la medicina tradicional; Brasil implanta la práctica de la fitoterapia en los servicios de salud y crea la Coordinación Nacional de Fitoterapia en Servicio Público (1988); Colombia, adopta las normas técnico-administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas y crea el Consejo Asesor para la Conservación y Desarrollo de las Mismas (1992) y, reglamenta el “Uso e Industrialización de la Flora Medicinal” (1993); México integra el Consejo de Médicos Indígenas Tradicionales y elabora el Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional.

11.2 ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN PANAMÁ

Por su parte, en enero de 1999, Panamá crea en el Ministerio de Salud, Departamento de Conducta Humana y Salud, la *Sección Salud de Pueblos Indígenas*. Igualmente en 1998 había sido

creada la Región de Salud Ngöbe-Buglé. El Gobierno vigente establece a las poblaciones indígenas como la tercera meta de la agenda social del mismo y crea la Sub-Comisión de Salud de la Comisión de Desarrollo Social para definir “Los Lineamientos de Políticas de Salud para los Pueblos Indígenas”, (Ministerio de Salud, 2000b).

El Programa *Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, establece la incorporación del enfoque intercultural de la salud, de acuerdo a las “Pautas para la Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos” de la OPS, lo que supone el cumplimiento de los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia.
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad.
- Democracia cultural.
- Participación que incorpora la representación, la consulta, el consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Estos objetivos se orientan a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminatorias.
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
- Construir la ideología, los valores, las actitudes y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

El trabajo en salud con el enfoque de “interculturalidad” implica reorientar las formas de práctica de las instancias de salud, los modelos de organismos y los programas a ser desarrollados, (Ibid).

Objetivo General. Contribuir a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población Ngöbe-Buglé, Emberá, Wounaan, Kuna, Naso y Bri-Bri, y de su medio ambiente, a través del desarrollo de políticas y estrategias dirigidas a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud con un enfoque intercultural.

RESUMEN. En enero de 1999, el Gobierno de Panamá crea, en el Departamento de Conducta Humana y Salud del Ministerio de Salud, la Sección Salud de Pueblos Indígenas y, en el Programa Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas, establece la incorporación del Enfoque Intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos, de la Organización Panamericana de la Salud, en atención a una serie de resoluciones emanadas de la

Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y la misma Organización Panamericana de la Salud.

12. PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD EN LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ

En este apartado se presentan algunos programas y proyectos en ejecución en la comarca Ngöbe-Buglé bajo la responsabilidad de diversas entidades gubernamentales y cuyos objetivos son, en general, mejorar las condiciones de vida de esta etnia. El documento de la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas, titulado: *Implementación de la Política y Estrategia de Desarrollo Social 2000-2004, Plan Operativo del Año 2000* (MEF, Agosto, 2000), incluye entre los programas en ejecución en la comarca Ngöbe-Buglé, los siguientes:

12.1 DESARROLLO RURAL DE LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ

Objetivos. Elevar las condiciones de vida de cerca de 5.000 familias en áreas de extrema pobreza a través de la promoción y organización de las comunidades, capacitación, asistencia técnica y creación de fondos comunitarios.

Metas. Rehabilitación de seis caminos (63 kilómetros); 15 senderos (150 Kilómetros); 5 zarzos. Mantenimiento de 20 caminos, construcción de 10 vados. 1.000 letrinas. Dos centros de salud; fortalecimiento de ocho cooperativas y 60 organizaciones; capacitación de 75 personas (técnicos, estudiantes, promotores comunitarios) y 28 grupos de base; asistencia técnica a artesanos, organizaciones y productores en uso de tecnología y crédito.

Entidad responsable. Fondo de Inversión Social (FIS) y Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM). Apoyo Financiero Internacional: FIDA

Recursos Programados. \$1.872.300.00.

12.2 DESARROLLO FORESTAL DE LA REGIÓN NGÖBE (CHIRIQUÍ)

Objetivos. Lograr que los productores de la zona Ngöbe apliquen técnicas mejoradas de manejo de los recursos naturales a través de actividades de reforestación, mejoras a sistemas de producción, incorporación de forestales, educación ambiental y fortalecimiento de productores.

Metas. Elaboración de 102 guías de evaluación, 120 visitas domiciliarias, 360 giras de asistencia técnica, 26 reuniones de orientación, 7 talleres y edición de 7 folletos.

Entidad Responsable. ANAM

Recursos Programados. \$454.700.00

12.3 PARQUE NACIONAL DE ISLA BASTIMENTO Y DE LA AMISTAD

Objetivos. Conservar los ecosistemas marinos y costeros y especies biológicas endémicas que permitan la investigación científica, la promoción del turismo y la protección de las cuencas hidrográficas de los ríos Teribe y Changuinola.

Metas. Realización de 888 patrullajes, 65 charlas, 2,000 boletines, 16 eventos de difusión y otros.

Entidad Responsable: ANAM.

Recursos Programados: \$264.000.00.

12.4 MOVILIZACIÓN Y CONCERTACIÓN DE ACCIONES GUBERNAMENTALES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA²⁶

Objetivo. Fortalecimiento de la familia y mejoramiento de la salud reproductiva del pueblo Ngöbe. Estos proyectos se proponen entre sus principales objetivos, regular la salud sexual y reproductiva a fin de garantizar una integralidad entre la sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, así como contribuir con el bienestar de la mujer y familia Ngöbe a través de acciones en esta materia. Estos proyectos tienen alcance a nivel nacional y, en particular, en la comarca Ngöbe-Buglé. Se han realizado talleres de capacitación a funcionarios de la comarca y se avanza en la elaboración del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Entidad Responsable: Ministerio de Salud, Apoyo Financiero Internacional: UNFPA, PNUD.

Recursos Programados: \$800.000.00.

12.5 PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA CUENCA DEL RÍO CRICAMOLA EN LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ²⁷

Objetivo. Fortalecer la red sanitaria en el área de Cricamola y dotar de agua a cuatro distritos de Chiriquí. Los proyectos consisten en construir dos puestos de salud, ofrecer capacitación a los asistentes y auxiliares de salud y construcción de cuatro acueductos rurales e instalación de nueve bombas de agua. Actualmente todas estas actividades están en ejecución.

Entidad responsable: Ministerio de Salud, Apoyo Financiero Internacional: UNICEF, Médicos sin Fronteras.

Recursos Programados: \$500.000.00.

²⁶ Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales, Principales Programas y Proyectos de Inversión Social en Ejecución, Trámite o Negociación y en Preparación, al 30 de junio de 1999, septiembre 1999.

²⁷ Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Políticas Sociales, Principales Programas y Proyectos de Inversión Social en Ejecución, Trámite o Negociación y en Preparación, al 30 de junio de 1999, septiembre 1999.

12.6 ENTIDADES GUBERNAMENTALES CON PROYECTOS DE SALUD EN EJECUCIÓN EN LA COMARCA

La más importante es el ministerio de salud, no obstante también desarrollan proyectos – básicamente de salud ambiental y nutricional– el Fondo de Inversión Social, el despacho de la Primera Dama y el Proyecto Ngöbe-Buglé. Según información proporcionada por el *cacique Camilo Ortega* y funcionarios de la región de salud Ngöbe-Buglé, parece existir muy poca coordinación entre estas instituciones para programar las acciones a desarrollar en la comarca. Los funcionarios de salud informaron de la existencia de tres granjas sostenibles organizadas por el Fondo de Inversión Social (FIS) en las comunidades de Salto Dupí, Olá y Cerro Gato (distrito Nedrini). Cada granja agrupa a unos 12 a 17 familias. Otras tres granjas proyectadas para el año 2000 en Besiko (comunidades de Boca Huso y Cerro Banco) y Munä (comunidad Cerro Algodón) a la fecha no se han concretado, comenzarán a funcionar en el año 2001.

12.7 PRESUPUESTO DE INVERSIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD PARA LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ, AÑO 2001

Para el año 2001, el presupuesto de inversiones públicas del sector salud para el área comarcal Ngöbe-Buglé, alcanza \$3.854.900.00, dividido de la siguiente manera:

Salud ambiental: construcción de acueductos: \$39.200.00.

Salud nutricional: adquisición de medicamentos: \$141.000.00.

Rehabilitación de la red hospitalaria: \$6.200.00.

Proyecto salud rural: \$3.668.500.00, de los que \$631.900.00 son fondos del Gobierno Central y \$1.601,100.00 son fondos del Banco Mundial.(MEF, Dirección de Inversiones Públicas, 2000). En el cuadro 10 se aprecia la ubicación de los acueductos a construir en el año 2001.

Cuadro 10: Programa salud ambiental, construcción de acueductos comarca Ngöbe-Buglé por distrito y corregimiento en presupuesto de inversiones públicas del sector salud. Año 2001

REGIÓN, DISTRITO Y CORREGIMIENTO	NÚMERO DE ACUEDUCTOS
TOTAL	212
ÑO KRIBO	12
KANKINTU	12
BAHIA AZUL	2
TOBOBE	10
NIDRINI	16
NOLE DUJIMA	16
CERRO IGLESIAS	16
KADRIRI	200
MÚNA	200
CHICHICA CABECERA	66
ALTO CABALLERO	18
CERRO PUERCO	16

MARACA	26
PEÑA BLANCA	24
SITIO PRADO	50

Fuente: Dirección de Inversiones Públicas, Ministerio de Economía y Finanzas, 2000.

RESUMEN. Si bien diferentes entidades estatales adelantan programas y proyectos que suman varios millones de dólares, en las áreas comarcales la situación de pobreza y marginalidad de la etnia Ngöbe-Buglé es evidente. Entre las razones señaladas por algunos entrevistados para este informe, señala la falta de coordinación institucional, por lo que algunas acciones no logran alcanzar sus objetivos.

13. PERSPECTIVAS DE USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL NGÖBE-BUGLÉ

En este apartado se presentan los lineamientos legales y políticos que sustentan **la nueva orientación de la política de salud dirigida a las poblaciones indígenas**, la misma que tiene como estrategia “*adecuar los programas de salud en las comarcas indígenas en función de los patrones culturales de las diversas etnias*” (Ministerio de Salud, Políticas y Estrategias de Salud, 2000-2004). Esta orientación incluye: “*Rescate de la medicina tradicional, vinculación con parteras y médicos*”, (MINSA, 2000b).

El Decreto Ejecutivo No. 194 de 26 de agosto de 1999, por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la comarca Ngöbe-Buglé, incluye lineamientos precisos respecto a la política de salud en la comarca y en especial, en lo concerniente a la medicina tradicional. Así el Artículo 256 incluye entre las áreas de la Dirección Médica Comarcal, la “Dirección de Medicina Tradicional”. El Artículo 257 crea la Comisión Técnica Especializada Médica Comarcal con el objeto de “armonizar y fusionar la medicina occidental con la medicina tradicional”.

Los artículos 261 y 262 se refieren a la “organización de huertos y jardines botánicos para la integración de un laboratorio científico y natural cuyas plantas deberán clasificarse según su especie y propósito, así como las medicinas de origen animal” y, tal clasificación se publicará en “textos y manuales de salud para su perpetuación”, artículo 263. Respecto a la **Comisión Técnica Especializada Médica**, el artículo 266 incluye entre las funciones de ésta:

- Coordinar con el sistema nacional de la salud.
- Certificar a los médicos Ngöbe-Buglé para el ejercicio de la medicina en el campo de la salud.
- Programar, organizar y preparar la metodología, para el estudio e investigación de todos los conocimientos relativos a la materia prima de la medicina tradicional.
- Preparar y educar las publicaciones relacionadas a las investigaciones técnicas y científicas, a métodos, uso y efecto de la medicina tradicional.
- Preparar el plan de infraestructura de salud en la comarca.
- Realizar investigaciones históricas de la medicina Ngöbe-Buglé.
- Organizar el sistema apropiado de acueductos.
- Organizar el sistema apropiado de letrínación.
- Organizar el sistema apropiado para los desechos.
- Realizar estudios en los mitos curativos del pueblo Ngöbe-Buglé.

- Otorgar permisos de investigaciones científicas a las instituciones que no pertenezcan a la comarca Ngöbe-Buglé, previo cumplimiento de requisitos que la comisión establezca.

Como se observa son múltiples las funciones de la comisión técnica, en las que se mezclan aspectos de conservación de las prácticas de salud tradicionales con actividades de saneamiento que, por la naturaleza de sus funciones están reguladas por el Ministerio de Salud.²⁸ Por otro lado el artículo 257 de la Carta Orgánica, no señala quienes la integrarán.

El Proyecto de Ley No. 36 del 3 de octubre de 2000, por medio del cual se crea el Instituto Autónomo de Medicina Tradicional Indígena y se adoptan otras disposiciones. Este Proyecto de Ley, tiene como objetivos:

- Reconocer la existencia, el aporte y la importancia de la medicina tradicional indígena en la atención preventiva y curativa de las enfermedades en las poblaciones indígenas.
- Reconocer el servicio de salud primario que imparten los médicos tradicionales.
- Reconocer, proteger y promover el conocimiento tradicional relacionado a las propiedades medicinales de las plantas, el acceso a los recursos genéticos de los territorios indígenas y el reparto y distribución de los beneficios sobre la aplicación comercial de los conocimientos.

El artículo 3 crea el Instituto Autónomo de medicina tradicional; el artículo 4 crea la junta directiva del mismo integrada por:

- a) Un representante por cada pueblo indígena.
- b) Un representante de los médicos tradicionales.
- c) El Ministro de Salud o quien él designe.
- d) Un representante del Colegio de Médicos.

El artículo 7 otorga entre las funciones del Instituto:

- a) Elaborar en conjunto con los congresos indígenas, la política de salud preventiva y curativa como patrimonio de los mismos pueblos de donde proceden los conocimientos tradicionales.
- b) Impulsar la conservación y promoción de la medicina tradicional en las áreas indígenas sin contravenir la medicina occidental.

Respecto a la medicina tradicional, el artículo 8 reconoce el sistema de salud de medicina tradicional de los pueblos indígenas; el artículo 10 señala que las autoridades indígenas en conjunto con el Instituto realizarán las campañas de protección, promoción y conservación de las prácticas de

²⁸ Así tanto la Resolución No. 288 del 31 de enero de 1994, como el Decreto Ejecutivo 40 del 18 de abril de 1994 reglamentan la administración, operación y mantenimiento de los acueductos rurales y ubican la responsabilidad de supervisión de los mismos en el ministerio de salud.

medicina tradicional y su uso en la medicina. El Artículo 12 ordena la incorporación “a la facultad de medicina y a la facultad de farmacia la materia de medicina tradicional indígena y su uso en el tratamiento de enfermedades. El resto de los títulos del proyecto de ley se refieren a la regulación al acceso del conocimiento y a los recursos, así como al reparto de beneficios, a la propiedad intelectual y a la comercialización de los productos medicinales.

Nuevamente se observa la mezcla en las funciones y actividades a desarrollar por la figura que pretende crear el proyecto de ley. Llama la atención que en la junta directiva figure solo un representante de los médicos tradicionales, toda vez que de aprobarse la ley, el instituto incluirá a todos los pueblos indígenas de Panamá, y los mismos tienen prácticas tradicionales de salud diferentes. Por otra parte, no queda claro cómo se incorporará la materia de medicina tradicional en la universidad, sin que previamente se hayan realizado las investigaciones pertinentes.

La percepción de la medicina tradicional entre el personal de salud que atiende a la población Ngöbe-Buglé es muy disímil, no obstante “la constante es que nadie en el personal de salud, refiere una experiencia o conocimiento concreto frente a la medicina tradicional”. Los testimonios son negativos y no se conoce un solo elemento que pueda ser útil para el proceso de curación de las personas, (MINSA,1998).

La percepción de las comunidades respecto a la medicina tradicional es que “*si no hace bien tampoco hace mal*”. Las comunidades afirman que uno de los motivos de maltrato en los servicios de salud se da porque el personal de salud “no acepta la medicina botánica”. Con relación al costo, en general, hay un consenso de que cuesta \$1.00 atenderse con el curandero y que el servicio de salud resulta caro, porque las medicinas son caras, (MINSA, 1998).

RESUMEN. En lo que respecta a las perspectivas de uso de la medicina tradicional Ngöbe-Buglé, obviamente hay una aceptación por parte de los miembros de esta etnia de la utilización de la misma. Por su parte, las acciones gubernamentales señaladas en este apartado, intentan normar el funcionamiento de ésta. No obstante, es necesario hacer más estudios para que la medicina tradicional pueda, en efecto, “armonizar y fusionarse con la medicina moderna”, tal y como lo señala el artículo 257 de la Carta Orgánica Administrativa de la comarca.

14. CONCLUSIONES

14.1 LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS INDÍGENAS RESIDENTES EN LA COMARCA NGÖBE-BUGLÉ SE CARACTERIZA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1) Los Ngöbe-Buglé son los pobres más pobres de la república de Panamá.
- 2) Los Ngöbe-Buglé que habitan en el interior de la comarca son aún más pobres que los miembros de la misma etnia ubicados al exterior de ésta, lo que está relacionado con la fuerte presión sobre la tierra al haberse limitado el territorio de la comarca por la baja calidad de los suelos, la dispersión poblacional y por la marginación geográfica y cultural, etc.
- 3) Los Ngöbe-Buglé que no hablan español presentan mayor nivel de pobreza y son precisamente los que habitan al interior de la comarca, los que menos dominio del español poseen.
- 4) Se desconoce con precisión la cantidad de Ngöbe-Buglé al interior de la comarca, dado que los distritos, corregimientos y comunidades que integran la misma, se forman a partir de desagregaciones de los antiguos territorios de tradicional hábitat de esta etnia y que el Censo de Población y Vivienda del 2000 aún no procesa la información de los lugares poblados.
- 5) Las estimaciones de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENV,1997) arrojan una cifra superior de hombres en casi todos los tramos de edad, incluyendo la población infantil, lo que pudiera aludir a un trato diferenciado en detrimento de las mujeres. Ya en el Censo de Población y Vivienda de 1990, la población femenina era menor que la masculina.
- 6) El trato discriminatorio contra las mujeres parece evidenciarse en los datos de la ENV respecto a las vacunas recibidas por los niños menores de 5 años de edad: los varones presentan porcentajes superiores a las niñas.
- 7) Las prácticas culturales discriminatorias contra la mujer y que inciden sobre el estado de salud de éstas, incluye: la formación de pareja a muy temprana edad (a partir de los 13 años); un elevado número de embarazos y partos, siendo el hombre quien determina la cantidad de hijos que desea tener; la violencia intrafamiliar sobre la mujer; la fuerte carga de trabajo que incluso las priva de tiempo para dedicar al descanso.
- 8) Entre la morbilidad femenina destacan lumbalgias, dolores pélvicos y abortos por el exceso de trabajo y las condiciones en que éste se realiza.
- 9) Las mujeres tienen muy poca atención al parto, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna.
- 10) Las condiciones de pobreza y falta de acceso a los servicios de agua y saneamiento básico inciden en la escasa higiene personal de los niños.
- 11) La morbi-mortalidad infantil está asociada a enfermedades prevenibles por vacunas y a la falta de higiene.

- 12) Más de la mitad de la población infantil sufre de algún grado de desnutrición.
- 13) La escasez de agua potable y la casi inexistente práctica de tratar el agua para consumo humano, aunado a la costumbre de utilizar ríos y quebradas para depositar las excretas, son un foco permanente de enfermedades.
- 14) La escasez de letrinas y el poco uso de las mismas por las limitaciones presupuestarias (“no hay dinero para comprar papel higiénico”), y por las concepciones culturales (“se sienten sucios al utilizar la letrina y limpiarse con papel higiénico”), hacen que las excretas se continúen depositando en ríos, quebradas y el monte.
- 15) Los materiales para construir las viviendas, el piso de tierra, el hacinamiento en los cuartos utilizados para dormir, el uso del fogón al interior de la vivienda, etc. también dan cuenta de la elevada morbi-mortalidad general.
- 16) Las prácticas culturales colocan en manos de las mujeres las primeras acciones para restaurar la salud a través de la medicina casera; en segundo lugar se acude a los botánicos y sukías para tratar enfermedades más serias y, por lo general, se busca atención médica después, si no hay mejoría en el enfermo.
- 17) Son escasos los servicios de salud y el personal calificado en el interior de la comarca. Ello, aunado a las grandes distancias que hay que recorrer desde las comunidades hasta el centro o puesto de salud, explican la escasa concurrencia a los mismos. No hay hospitales en las áreas comarcales.
- 18) En la búsqueda de la atención a la salud, destaca el hecho de que mayormente son las mujeres las que al estar enfermas “no hacen nada” y continúan con sus labores habituales, en tanto que los hombres interrumpen su trabajo y otras actividades.
- 19) Los programas tanto de salud como de desarrollo social y económico que se ejecutan en la comarca adolecen de falta de coordinación, por lo que en lugar de complementarse resultan acciones aisladas que no parecen lograr los objetivos propuestos, esto es mejorar la situación de pobreza de los indígenas.
- 20) La delimitación de la comarca, si bien ha sido un sueño largamente acariciado por los Ngöbe-Buglé no debe constituirse en una forma de aislar a los mismos del desarrollo nacional. Si bien se ha creado la región de salud Ngöbe-Buglé ésta no cuenta con los recursos necesarios para garantizar la salud de los indígenas. Por otra parte, aún no se pone en ejecución todo lo señalado en la Ley 10, en materia de Educación y programas de desarrollo.
- 21) La medicina tradicional aún no ha sido objeto de suficientes estudios como para ponerse en práctica junto a la medicina moderna. Tales estudios deben realizarse de manera que se refuerce la identidad cultural sin poner en peligro la atención a la salud.

14.2 COMENTARIOS GENERALES

La *Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas*, incluye objetivos, estrategias y lineamientos generales de utilidad para la formulación de un programa de salud para la

población de la comarca Ngöbe-Buglé. A partir de allí, se puede elaborar un Programa, fundamentalmente basado en la “producción de salud” por parte de las mismas comunidades.

La alarmante situación de salud actual obliga a la definición de objetivos específicos a corto plazo como:

- a) Crear conciencia tanto en profesionales de la medicina como en la misma comunidad, que la principal fuente de creación de salud es el hogar, la comunidad y cada individuo. En este sentido, destaca el valioso papel tradicional de la mujer en la conservación de la salud de su familia.
- b) Promover la medicina comunitaria como sistema de protección del hombre.
- c) Ejecutar programas de capacitación que permitan a los indígenas conocer las medidas elementales de prevención de enfermedades y por ende, de conservación de la salud. Estos programas deben acompañarse de una masiva letración, construcción de acueductos rurales, campañas de vacunación, control prenatal, control de neonatos. Esto es que, la atención a la salud debe estar perfectamente integrada y además de ello, debe complementarse con programas productivos que permitan a las familias el nivel de ingesta diaria necesario.
- d) Ejecutar acciones concretas para garantizar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud. La guía y orientación en salud para las comunidades debe partir de los servicios de salud estatales que incluyan a indígenas formados como asistentes y técnicos, parteras etc., para garantizar la adecuada comunicación con los miembros de la comunidad y el logro de los objetivos propuestos.
- e) Desarrollar lo consignado en la Carta Orgánica respecto al rescate de la medicina tradicional. Para ello es necesario realizar los estudios pertinentes, incluyendo investigaciones que ya se han realizado en las universidades sobre las propiedades curativas de plantas. A la par de ello, es necesario capacitar y adiestrar a médicos tradicionales y botánicos en el uso de medicamentos occidentales para el tratamiento de las enfermedades. De lo que se trata es lograr un trabajo perfectamente coordinado entre quienes ejercen la medicina tradicional y el personal del ministerio de salud.
- f) Enfatizar en la situación de desventaja cultural de la mujer Ngöbe-Buglé y diseñar programas específicos para hacer frente a tal problema. (Davis, 1991).

A más largo plazo, previa la realización de los estudios necesarios, se puede pensar en la total incorporación de la etnomedicina a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial. Estudio sobre Pobreza. Prioridades y Estrategias para la Reducción de la Pobreza, Panamá, 2000.
2. Davis V. Enriqueta. Caracterización de la Pobreza Indígena y Propuestas de Acción para el Desarrollo de los Grupos Indígenas en Panamá, Proyecto PAN/86/002, PNUD-MIPPE, 1987.
“Aspectos Socioeconómicos y Organizacionales de la Población Beneficiaria en Informe Principal de la Misión de Formulación del Proyecto Ngöbe-Panamá”. Unidad de Asistencia Técnica Regional, FIDA. 1991.
“Informe sobre la Pobreza en Panamá: Componente de Capital Social, Consultoría para el Banco Mundial”. 1997
3. Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá - OPS/OMS. *Mujer Ngöbe: Salud y Enfermedad.* Consultoras: Claudia Vergés de López y Noemí Farinoni. 1998.
4. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Principales Programas y Proyectos de Inversión Social en Ejecución, Trámite o Negociación y en Preparación al 30 de junio de 1999. Panamá, 2000.
Implementación de la Política y Estrategia de Desarrollo Social 2000-2004. Plan Operativo del Año 2000. Panamá, 2000.
5. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Dirección de Políticas Sociales. Tabulados Especiales de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997. Panamá, 2000.
6. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) – UNICEF. *Percepciones Colectivas de la Comunidad,* Impresora Pacífico S.A., Panamá. 2000.
7. Ministerio de Salud de Panamá.
Informe de las Instalaciones de Salud de la Región de Salud Ngöbe-Buglé (enviado vía fax). Panamá, 2000 (a).
Análisis Prospectivo de la Red de Servicios del Ministerio de Salud. Panamá, 2000. (b)
Políticas y Estrategias de Salud 2000 – 2004. Panamá, 2000 (c).
Iniciativa para el Desarrollo de la Salud de las Poblaciones Indígenas. Panamá, 2000 (d).
8. Ministerio de Salud de Panamá–BID, Proyecto MINSA-BID: Programa de Rehabilitación de Los Servicios de Salud 803. Estudio epidemiológico sobre la situación de salud de la población Ngöbe-Buglé con énfasis en la mujer. Informe Final, consultoras: Zaida Betancourt y Daría Dawson, Panamá, julio, 1998.
9. Ministerio de Salud de Panamá–Asociación de Mujeres Ngöbe–Fondo de Población de las Naciones Unidas, Familia y Salud Reproductiva. Una aproximación sociodemográfica y diagnóstica del Pueblo Ngöbe en cuatro distritos de la región Nidriní, comarca Ngöbe-Buglé. Consultoría de la Fundación Barú Pro Desarrollo Socioeconómico de la Comunidad. Panamá, 1999.
10. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director, 2000,* Washington, 2000.
11. Hoja sobre desigualdades en salud”, en www.paho.org. 2000.
República de Panamá. Informe Nacional Cumbre Mundial de Desarrollo Social, consultora: Dra. Enriqueta Davis V.1997.
Censos Nacionales X de Población, VI de Vivienda, Cifras Preliminares. Panamá, 2000.
Proyecto de Ley No 36 Por medio del cual se crea el Instituto Autónomo de Medicina Tradicional Indígena y se adoptan otras disposiciones. Panamá, 2000.

12. Torres de Arauz, Reina, Instituto Nacional de Cultura. *Panamá Indígena*. Panamá. 1980.
United Nations. Doc 96-16751.TXT, Commission On Human Rights, Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities. Working Group on Indigenous Populations, 1996.
13. Vakis Renos, Kathy Lindert. Pobreza de la Población Indígena en Panamá, en *Estudio sobre Pobreza. Prioridades y Estrategias para la Reducción de la Pobreza*. Anexo 6 (Banco Mundial, 2000), 2000.

LEYES

1. Constitución Política de la República de Panamá.

Ley No. 10 del 7 de marzo de 1997, por la cual se crea la comarca Ngöbe-Buglé y se toman otras medidas.

Ley No. 5 del 19 de enero de 1998, por la cual se crean nuevos corregimientos en varios distritos de las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Panamá.

Ley No. 69, del 31 de octubre de 1998, por la cual se introducen modificaciones y se configura la división político-administrativa de la comarca Ngöbe-Buglé.

Decreto Ejecutivo No. 194 del 25 de agosto de 1999, por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé.

FUENTES DE PRIMERA MANO

1. Lic. Rosa Elena de De la Cruz, Sub Directora de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas.
2. Lic. Margarita Griffith, Jefa, Sección de Pueblos Indígenas, Departamento de Conducta Humana y Salud, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud.
3. Lic. José Mendoza, Asesor Legal, Dirección de Política Indigenista, Ministerio de Gobierno y Justicia.
4. Dra. Caridad de Herrera, Directora, Región de Salud Ngöbe-Buglé (vía telefónica).
5. Lic. César Castillo Pittí, Supervisor Regional de Aguas, Región de Salud Ngöbe-Buglé.
6. Ingeniero Eduardo Atencio, Jefe de Acueducto y Saneamiento, Región de Salud Ngöbe-Buglé.
7. Sr. Salomón Becker, Administrador del Proyecto Salud Rural, Región de Salud Ngöbe-Buglé.
8. Sr. Samuel Palacio, Coordinador de Granjas, Región de Salud Ngöbe-Buglé.
9. Lic. Kenia Aparicio, Directora de Estadística, Hospital General del Oriente Chiricano.
10. Sr. Camilo Ortega, Cacique Regional, Región Kadriri.

ANEXO

TÉRMINOS DE REFERENCIA

- 1) Preparar un estudio de caso: Análisis de la situación actual de la articulación de la medicina indígena con el sistema de salud institucional del área (del gobierno, ONGs, otros servicios) en una comunidad indígena específica. Ver anexo con posibles esquemas para el documento.
- 2) Revisar los documentos estudios de casos de las diferentes comunidades de la región, identificando los aspectos relevantes particulares y comunes en relación a tres de los siguientes puntos:
 - La cosmovisión indígena en materia de salud
 - Agentes de medicina indígena y su rol en la comunidad y su utilización
 - Servicios de salud disponibles en la comunidad y su utilización
 - Políticas nacionales sobre medicina tradicional y sus agentes
 - Articulación entre los dos sistemas, lecciones aprendidas
 - Otros aspectos importantes en la promoción de la medicina indígena en la atención primaria de la salud.
- 3) Discutir su análisis durante el Taller sobre Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud a realizarse en un país seleccionado.

ESQUEMA PARA LA PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO DEL ESTUDIO DE CASO

- 1) Introducción
 - Antecedentes históricos
 - Selección de las comunidades
 - Descripción de la comunidad
- 2) Marco conceptual
- 3) Condiciones de vida y salud
 - Aspectos sociales, culturales, y económicos: Perspectiva histórica
 - Principales problemas de salud
- 4) Sistemas y servicios de salud en la comunidad
 - Sistema de referencia: Nivel primario, secundario, terciario
 - Recursos humanos

- Población indígena y acceso a los servicios de salud institucionales
 - Factores socioculturales relacionados con la demanda de los servicios de salud por parte de la población indígena
 - Información, educación, y comunicación para la salud
 - Elementos para la evaluación de la provisión de servicios de salud en áreas indígenas: calidad, acceso, participación social, equidad
- 5) Diferencias en la interpretación de la salud y de la enfermedad en las culturas indígenas y en la medicina institucional
- 6) Sistemas de salud indígenas
- Concepto de salud y enfermedad
 - Orígenes de la enfermedad de acuerdo a la medicina indígena
 - Curación, prevención, promoción, rehabilitación: Perspectiva indígena
 - Procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina indígena para las enfermedades más comunes
 - Procesos de curación
 - Terapeutas tradicionales: Roles y tipos
 - Tipos de terapias tradicionales usadas en la medicina indígena
 - Espíritus principales y secundarios
 - Influencia Afro-Caribeña en la medicina indígena
 - Posición del Ministerio de Salud con respecto a la medicina indígena
 - Marco legal para la medicina indígena en el país
- 7) Resoluciones internacionales que involucran a la medicina indígena, intercambios a nivel internacional
- 8) Implicaciones para un nuevo modelo de salud en las comunidades indígenas
- Justificación y fundamentos
 - Principios
 - Objetivos
 - Desarrollo de estrategias
 - Modelos de sistema de referencia
 - Primer Nivel
 - Segundo Nivel
 - Tercer Nivel
 - Sistema de financiamiento

- Implementación del modelo
 - Población indígena y proveedores de salud: Una interacción hacia el bienestar de la población
 - Sensibilización: una aproximación entre las dos prácticas médicas
 - Promoción de la participación comunitaria
 - Introducción de las perspectivas culturales y de género
 - Capacitación
 - Características de los participantes
 - Dinámica en el desarrollo de los programas o actividades de capacitación
 - Contenido temático
 - Fase de fortalecimiento
 - Indicadores de proceso e impacto
 - Seguimiento y evaluación
- 9) Consideraciones finales
- 10) Anexos
- 11) Referencias bibliográficas

ESQUEMA PARA LA PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO DEL ESTUDIO DE CASO POR ÁREAS PROGRAMÁTICAS

Ejemplo: La salud de la mujer Ngöbe en Panamá

Prólogo

Presentación

Introducción

- 1) Objetivo del documento
- 2) Marco conceptual

Primera Parte: Contexto social y económico

- 3) La economía Ngöbe y la participación de la mujer
 - 3.1 El uso de la tierra
 - 3.2 Estructura y división del trabajo
 - 3.3 Algunas características del trabajo de la mujer Ngöbe
- 4) La mujer Ngöbe y la dinámica de la población
 - 4.1 Estructura de la población por edad, sexo y crecimiento
 - 4.2 Fertilidad
 - 4.3 Mortalidad
 - 4.4 Migraciones
- 5) La situación educativa de las mujeres Ngöbes

- 5.1 Analfabetismo
- 5.2 Nivel de instrucción
- 6) Participación sociopolítica y religiosa de la mujer Ngöbe
 - 6.1 Estructura social y ubicación de la mujer
 - 6.2 El movimiento de Mama Chi
 - 6.3 Una nueva organización política y la lucha por la comarca

Segunda Parte: mujer, salud y recursos comunitarios de salud

- 7) El concepto de salud y enfermedad
- 8) El sistema tradicional de salud
 - 8.1 Los agentes curativos
 - 8.2 Requisitos para ejercer la función de Sukia
 - 8.3 Sesión curativa
 - 8.4 El papel de la mujer Ngobe en el sistema de salud tradicional
- 9) Salud y medio ambiente
- 10) El sistema oficial de salud
 - 10.1 Recursos
- 11) Las relaciones entre el sistema de salud oficial y el sistema de salud tradicional
- 12) El ciclo vital
 - 12.1 La primera etapa
 - 12.2 Segunda etapa: Menarquia
 - 12.3 Tercera etapa: La formación de la pareja
 - 12.3.1 Poligamia
 - 12.3.2 Edad en la formación de la pareja
 - 12.3.3 Estado conyugal
 - 12.3.4 Separación – Divorcio - Abandono
 - 12.3.5 Actividad sexual
 - 12.5 La cuarta etapa: La mujer de edad avanzada
 - 12.6 La muerte

Tercera Parte: El proceso reproductivo

- 13) La atención del proceso reproductivo
- 14) El embarazo
 - 14.1 El control prenatal
 - 14.2 El parto y el puerperio: Atención profesional
- 15) Algunas características de los problemas de salud reproductiva
 - 15.1 Bajo Peso, anemia, desnutrición
 - 15.2 Aborto
- 16) Planificación familiar
- 17) Embarazo y edad de la madre

Cuarta Parte: Morbilidad y mortalidad de la mujer Ngöbe

- 18) Menores de un año

- 19) Grupo de 1-4 años
- 20) Grupo de 5-14 años
- 21) Grupo de 15-24 años
- 22) Grupo de 25-44 años
- 23) Grupo de 45-55 años
- 24) Grupo de mayores de 55 años

Quinta Parte: Conclusiones

Anexos

Referencias bibliográficas