

Mujer Ngöbe: Salud y Enfermedad

*Claude Vergés de López
Noemí D. Farinoni*



Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá

OPS/OMS



Mujer Ngöbe: Salud y Enfermedad



Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá
OPS/OMS



**AUTORIDADES
DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**

Dr. Gustavo García de Paredes
Rector

Dr. Rolando Murgas Torraza
Vice-Rector Académico

Dr. Julio Vallarino
Vice-Rector de Investigación y Postgrado

Dr. Justo Medrano
Vice-Rector de Extensión

Prof. Osman Robles
Vice-Rector de Asuntos Estudiantiles

Mgtr. Gloriela de Rengifo
Vice-Rectora Administrativa

Prof. Egbert Wetherborne
Secretario General

Arq. Santiago Dam Lau
Director General de Planificación Universitaria

**INSTITUTO DE LA MUJER
UNIVERSIDAD DE PANAMA**

Aracelly De León de Bernal
Directora

Judith Martínez
Secretaria Administrativa

Lic. Idalia Loré C.
Secretaria Ejecutiva

Lic. Anabel Chen
Trabajadora Social

0571 Vergés de López, Claude; Farinoni, D. Noemí.
PA Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá;
Organización Panamericana de la Salud.
Mujer Indígena Ngöbe: Salud y Enfermedad. 1ª ed.
Panamá: IMUP, junio de 1998. p. 203.
Graf., tbs., maps., incl. Ref.
1998. Imprenta Universitaria.
⇒ Solicitar a / por: IMUP: 0363
1. MUJER. 2. GÉNERO. 3. INDIGENAS. 4.
CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS. 5.
SALUD. 6. ENFERMEDADES. PA.

Primera edición: Junio de 1998.
Editoras: Juana Camargo y Germaine Illescas
Levantado de Textos: Idalia Loré Caicedo
Portada: Felipe Ibarra Martínez
Impresión: Universidad de Panamá.

PROLOGO

Rigoberta Menchú Tum

Hace poco tiempo señalaba ante el 49 Congreso Internacional de Americanistas, celebrado en Quito, Ecuador, del 7 al 11 de julio de 1997, una de las preocupaciones de la mayoría de las investigaciones realizadas en nuestra América, sobre los pueblos culturales y las razones que han determinado la sobrevivencia y la resistencia a perecer de culturas sometidas a todo tipo de presiones y amenazas.

Investigadores de diversas disciplinas de las ciencias sociales, sobre todo antropólogos, se han interesado por conocer, entender e interpretar diversos aspectos de nuestra cultura. En ese sentido, los pueblos indígenas hemos constituido campo fértil de estudio e investigaciones. Hemos sido vistos como objetos de investigación.

Sin embargo, conocer los aportes que los pueblos milenarios, hemos dado a la ciencia, la tecnología y la cultura universal; comprender y reconocer el papel y los aportes de nuestros pueblos a la economía, al desarrollo y a la historia de nuestros países y abordar la realidad americana desde la perspectiva de la diversidad cultural y la interculturalidad; casi nunca han figurado en los grandes ejes investigativos de la realidad de nuestra América. En la mayoría de los casos de pueblos indígenas no hemos sido considerados como sujetos sociales portadores de cambio y forjadores de historia. Tal vez esa sea una de las críticas que los indígenas tenemos que hacer al mundo intelectual y académico de nuestra América y de otras partes del mundo que se interesan en nuestro continente.

Por su contenido, este libro es un aporte valioso en dirección de lo señalado. Revela, por un lado, la compleja problemática de la Mujer Ngöbe en cuanto a la variable salud-enfermedad y al rol que se le asigna dentro de su sociedad; a su aporte como reproductora de la vida, de su cultura. Por el otro, refleja cómo la medicina tradicional (aspecto importante en la cultura Ngöbe), juega un papel fundamental en la relación salud-enfermedad de los Ngöbe.

A lo largo de sus páginas, el lector descubrirá aspectos esenciales de las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales de los Ngöbes. Descubrirá, asimismo, algunas pautas de su relación y comportamiento hacia afuera.

Pero también podrá advertir cómo el proceso de aculturación, o desculturación (como le llaman las autoras), ha influido en sus relaciones y comportamiento tanto al interior como hacia el exterior.

Igualmente, el lector descubrirá las precarias condiciones de la existencia del pueblo Ngöbe, particularmente las que afectan a la mujer, que por esa condición, aunada a la de ser indígena, sufre doblemente las consecuencias que derivan en un Estado excluyente, que margina y discrimina a los indígenas.

Es un estudio de sumo interés por sus datos revelados, y porque implícitamente deja planteadas interrogantes en cuanto al futuro de un pueblo y de las adversidades que deberá enfrentar para mejorar sus condiciones materiales y espirituales, particularmente, de las mujeres que, como he señalado en alguna ocasión, son las más explotadas de los explotados; las más discriminadas de los discriminados; las más marginadas de los marginados, y, sin embargo, productoras de vida, de conocimiento, de expresión y de riqueza.

PRESENTACIÓN

Por: Raúl Leis

Sociólogo y escritor.

La vida no es fácil para el campesino y en especial para los pueblos indígenas, pues la pobreza campea en las áreas rurales y ellos son los más pobres entre los pobres. En un país de una fuerte tradición política centralista, económicamente transitista, el subdesarrollo pinta con sus más crudos colores las regiones periféricas. Los costos sociales de la situación agraria son enormes y caen como un fardo sobre la población indígena, producto de condiciones de género que reparte los riesgos de la enfermedad y muerte entre los sexos, de manera particular sobre la mujer Ngöbe. Así ella trabaja más horas promedio que el varón pero con ingreso menor, ellas poseen 53% de niveles de instrucción en comparación al 37.3% del hombre, el estado de maternidad ocupa gran parte de sus años de vida pero no tiene acceso a controles prenatales, inmunizaciones y asistencia profesional al parto, su participación en la vida religiosa socio-política ha sido baja aunque tiende a crecer.

La tendencia actual de privilegiar la economía de mercado y reducir las políticas sociales, apuntan hacia la población campesina e indígena que parece condenada a la marginalidad permanente. Frente a esto los/as indígenas panameños/as han presentado públicamente a través de los representantes de los Congresos indígenas Ngöbe-buglé, Kuna, Emberá-wounaan-drua y Madugandí al gobierno panameño -teniendo como garantía al sistema de Naciones Unidas- el documento **PLAN DE DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**.

Los pueblos indígenas reclaman el derecho al uso, administración y usufructo de los recursos naturales terrestres (suelo y subsuelo) y acuáticos (fluviales, marítimos, lagos y lagunas) enmarcados en su territorio. El estudio, exploración y explotación de recursos naturales (minería, flora, fauna, genéticos o de paisaje) que se quieran realizar en los territorios, deben contar no solo con la aprobación sino también con la participación de los Congresos indígenas. Entre las acciones que recomiendan está la prioridad de programas de seguridad alimentaria, pues el gobierno en conjunto con ellos debe permitir el acceso de los productores indígenas a la comercialización y tecnología apropiada. Los proyectos de cooperación internacional y nacional deben coordinarse con las autoridades indígenas, y generar la participación real y efectiva de los pueblos indígenas desde la concepción teórica hasta la ejecución en el terreno de los diversos proyectos de desarrollo económico, político y social.

Entienden por participación como “un proceso de transferencia de recursos, capacitación de los usuarios/beneficiarios indígenas para su uso adecuado, de modo que éstos puedan devenir autónomos en el uso de tales recursos a beneficio de sus comunidades”.

El Estado debe garantizar que los pueblos indígenas tengan acceso a los programas de salud, situando equipos adecuados y transporte necesario para mover pacientes a otros centros u hospitales. Igualmente, claman por capacitación de personal de salud y salubridad comunitaria. Ahora bien todos estos componentes debe articularse con la salud tradicional, promoviendo armónicamente la medicina autóctona.

La educación debe incrementarse a través de diversos programas pero en forma bilingüe incluyendo textos escolares que incluyan la visión histórica e identidad indígena. Piden al Estado

promover el proceso de comercialización del arte indígena (artesanía) pero coordinando con las autoridades indígenas. La creación de mecanismos legales que aseguren la propiedad intelectual de los indígenas sobre sus obras, por medio de patentes para la defensa de los conocimientos comunitarios. Instan a la creación de un Fondo de Inversión Comunal examinado por una comisión mixta que propicie el desarrollo social y económico.

En otras palabras territorio y desarrollo son palabras claves para cambiar su destino. Necesitan la tierra con autonomía para sobrevivir como etnia y como pueblo con identidad propia, necesitan un espacio común y necesitan del desarrollo para satisfacer las necesidades básicas negadas por siglos.

Por ello en su lucha por la creación y sostenimiento de las comarcas ellos no niegan la necesidad del desarrollo integral, pues viven en carne viva la laceración de la alta mortalidad y morbilidad, la desnutrición y el abandono, por ello claman por el desarrollo productivo pero armonizado con la identidad y la experiencia histórica indígenas.

La población indígena vive la correspondencia entre clase y etnia, entre discriminación y subordinación político-económica. También viven intensamente la disputa entre dos formas de organizar la vida social y la vida cotidiana. Por un lado la competencia que es el principio rector de la acumulación económica y sostén de la modernización, y por otro, la reciprocidad de que son formas comunitarias profundas de solidaridad. Es decir, por un lado la sobreexplotación y el sobretrabajo familiar, la informalización y el individualismo que impone la economía imperante; y por otro la propiedad comunal, la ayuda mutua, la cooperación social de las formas de vida autóctonas. Este debate de formas no se da solo en el campo sino también en la ciudad, donde miles de inmigrantes campesinos e

indígenas se desenvuelven también entre estas dos lógicas, en la medida que parte de ellos logra adquirir visibilidad y agrupación en las aglomeraciones urbanas.

Para los movimientos étnicos, la legislación y protección de sus territorios, la preservación de la comunidad y los estilos de organización y producción, el acceso pleno a los derechos de ciudadanía, a mantener su lengua, costumbres y creencias son reivindicaciones fundamentales, que deben acompañar y armonizarse con políticas sociales nacionales, cogestión en los proyectos económicos que les afectan sumadas a la necesidad de delinear los estados nacionales como multiétnicos y plurinacionales, pues existen nacionalidades que deben expresarse con derechos definidos en el Estado Nacional.

Aunque en la mitología Ngöbe la mujer es una de las tres fuentes fundamentales de vida junto al poder celestial y el planeta, Nguebe (Dios) resolvió a favor del varón un ancestral conflicto de autoridad, relegando a la mujer subordinadamente a las tareas domésticas. Pese a esto surgieron liderazgos como *MAMA CHI* que lograron unificar política y religiosamente al pueblo Ngöbe y el desarrollo de otras figuras femeninas. Sería interesante rescatar de las tradiciones Ngöbe otras mujeres que lucharon por la equidad, como es el caso de las kumas Olokoduale, Kikadiryai y Olowaili. Ningún proyecto de comarca y desarrollo, es viable ni correcto sino se favorece la participación de la mujer Ngöbe pues a sus roles tradicionales de productora de economía, reproductora de la etnia y transmisora de valores hay que agregar participar en todos los órdenes y acompañar al hombre en los liderazgos. De seguro que Nguebe no quería que la mujer viviera peor que el varón, y por ello es necesario tejer desde la cultura tradicional formas crecientes de participación y mejora a todos los niveles posibles.

El libro **“MUJER NGÖBE: SALUD Y ENFERMEDAD”** es un excelente aporte para comprender mejor la situación y perspectiva de la mujer Ngöbe, y través de ella de la cultura indígena, en cuanto a la producción de salud. El desafío presente es como sin astillar la identidad es posible conjugarla con una mejor atención de salud, sobre todo cuando la tendencia es una disolución progresiva de cultura producto de la economía monetaria, las migraciones y los cambios en las relaciones sociales. También, invita a pensar cómo aportar para que la comarca se convierta en un polo de desarrollo socioeconómico que de mano con el fortalecimiento de identidad étnica, eleve la equidad y la calidad de vida de los/as Ngöbe. Esto debe ser, no sólo responsabilidad de los gobiernos o empresas, sino de la sociedad civil que debe asumir como parte de su compromiso la realidad indígena.

PRESENTACIÓN

Por: Silvia Salinas

**Partera, promotora de salud
y dirigente Ngöbe.**

Este estudio recoge lo principal de la vida real de la mujer Ngöbe. Las autoras no son Ngöbe ni indígenas, pero no importa quién escriba sobre los Ngöbe si se escribe de manera objetiva y con respeto; y este libro es objetivo y respetuoso de los Ngöbe, aún si señala los errores que se cometen en esta sociedad.

Es importante hablar de la que es más responsable. Las mujeres tienen problemas parecidos, no importa de donde sean, pero los problemas de las mujeres indígenas de América Latina son tan similares que ellas se sienten hermanadas por la historia pasada y presente. Por ello es importante compartir y discutir los valores que se deben realizar.

Muchos errores vienen de la misma mujer porque no tiene la capacidad de manejarse ella misma, pero los hombres deben capacitarse también para comprender los problemas de las mujeres, así las dificultades de las mujeres en los hospitales son reales y los hombres se aprovechan de esta debilidad.

Siempre han habido mujeres que han participado en las grandes decisiones del pueblo Ngöbe; así se cuenta la vida de Ana Kaona, Jefa de un importante grupo que encabezó la resistencia armada a la colonización. Más recientemente, encontramos a Mama Chi y ahora hay varias dirigentes. Pero no es fácil porque los machistas se agarran de los errores de las mujeres dirigentes para desacreditar a las mujeres en general en la vida social.

La presencia de las escuelas, a partir de los años setenta ha mejorado la situación de la mujer porque su participación escolar

ha disminuido el machismo. Sin embargo, las niñas no tienen suficiente apoyo de sus padres para completar la secundaria. Las madres sólo brindan advertencias pero no explican el porqué de estas recomendaciones y el desconocimiento de la vida real de la mujer hace de estas niñas presas fáciles de los hombres. Las madres deben educar a sus hijas desde la casa para que estas puedan ir a la secundaria. También deben educar a los varones para comportarse en el colegio, elegir buenos amigos y respetar a las niñas. Otro aspecto importante de la educación familiar es la conservación de la identidad para que los jóvenes que van a la universidad regresen a la Comarca sin vanidad ni materialismo del dinero.

La vida de la mujer en el campo esta a la par de su esposo porque la vida del campo es dura. El hombre debe dejar preparados los sembrados antes de migrar en busca de trabajo remunerado en plata, y la mujer debe ayudar para asegurar la cosecha. Pero desgraciadamente la mayoría de los hombres que migran se olvidan de la familia que han dejado y se gasta toda la plata que ganan.

La pareja necesita comprensión y aceptar las razones de la otra parte. El alcoholismo de los hombres que se expresa en las borracheras es el resultado de las frustraciones personales y sociales, de un sentimiento de rechazo, de la ignorancia y del cambio de la sociedad Ngöbe que se ve a veces en una libertad de la mujer mal entendida. Pero estas borracheras traen para las mujeres palabras duras y ofensivas, golpes y ella debe mantenerse firme, sin violencia ni discusión porque no se discute con un borracho, pero haciéndose respetar, inclusive, saliéndose de la casa sin que por ello buscar otra pareja. Las mujeres y los hombres deben aprovechar los cursos educativos de las organizaciones Ngöbe sobre los derechos humanos y los derechos de las mujeres para entenderse mejor y ayudarse mutuamente.

La creación de la Comarca será positiva si los Ngöbe se identifican como raza y se unen dejando de lado la política partidista que provoca divisiones y daño a la Comarca; si se escogen dirigentes hombres y mujeres preocupados por su pueblo y formados para la organización y la administración de la Comarca; y si se permite al pueblo Ngöbe elegir sus propias leyes.

En el campo educativo ya hay bastantes escuelas, pero están muy distantes para los niños pequeños y sería importante aumentar y descentralizar las escuelas del primer al tercer grado para eliminar esta dificultad peligrosa; a partir del cuarto grado las escuelas pueden quedar centralizadas como actualmente porque los niños pueden caminar distancias más largas. Así no sería necesario crear internados que son costosos para la comunidad. Los internados para alumnos de segundo ciclo deben ser divididos por sexo para evitar problemas y conflictos.

En el campo de la salud, el personal femenino bilingüe es una ventaja para las mujeres. Pero debe haber mayor coordinación del personal del Ministerio de Salud con las organizaciones locales de la comunidad para aumentar la eficacia y la eficiencia de las acciones, y mayor compromiso de este personal para residir en la misma comunidad y estar disponible cuando esta lo necesita y no solo según el horario oficial. Además es necesario aumentar los recursos en equipo y medicamentos en las comunidades. En efecto, la geografía y el clima de la región no permite mejorar los caminos ya que su mantenimiento en invierno sería sumamente costoso por lo que las comunidades deben tener acceso a soluciones dentro de su propio nivel. Las organizaciones locales siempre están disponibles para apoyar el transporte de los enfermos graves a los hospitales de San Félix, Soloy o David.

En el campo de la economía la situación es muy difícil por la mala calidad de los suelos y la falta de organización para la producción y la comercialización de los productos. La mina, si bien debe traer más trabajo, también va a traer corrupción, división y daño del ambiente. Lo más grave es la corrupción porque la plata crea ambiciones y quién más gana, más quiere, olvidándose de los valores de su pueblo.

Finalmente, en el campo de la cultura es importante mantener el idioma, los vestidos y la artesanía, abandonando lo malo como el machismo. Además se debe recuperar la historia. A este respecto los libros que recogen la cultura Ngöbe, como éstos pueden reemplazar a la tradición oral transmitida por los ancianos porque los jóvenes, desgraciadamente, no escuchan más a los ancianos, no parece interesarles la historia, sin entender que es importante para el futuro.

Para mí, este estudio es importante y yo sugiero que se traduzca en dibujos para que se pueda presentar para discusión con las personas que no saben leer en las comunidades y que necesitan educarse y participar también.

INTRODUCCIÓN

1. *OBJETIVO DEL DOCUMENTO Y MARCO CONCEPTUAL UTILIZADO:*

Este trabajo intenta abrir un espacio para la comprensión de una realidad poco conocida y que oculta la situación de muchas mujeres panameñas, como es la de las mujeres indígenas Ngöbe, quienes constituyen, indudablemente, una matriz cultural que ha contribuido a la construcción de la identidad femenina en este país.

El objetivo principal del trabajo consistió en *elaborar un perfil de salud-enfermedad de las mujeres Ngöbe*, desde una perspectiva de género, en el contexto general de su sociedad tradicional y de sus relaciones con la sociedad moderna.

Por esta razón el trabajo recoge, en su primera parte, algunos aspectos históricos de la mujer Ngöbe, de su cosmovisión; de la dinámica de su población; de la participación en la economía, en el trabajo, en la religión, en la educación y en la política. En la segunda parte, se hace una presentación del concepto de salud-enfermedad en la sociedad Ngöbe. También se hace una exposición del censo de los recursos de salud disponibles en el ámbito local, los cuales permiten comprender el papel preponderante que juega la mujer en el cuidado de la salud de la familia.

La investigación hace una reconstrucción del ciclo vital de la mujer Ngöbe - desde el nacimiento hasta la muerte -, con base en sus concepciones, opiniones, actitudes y prácticas. Ade-

más, identifica los principales problemas de salud encontrados en dicho ciclo.

Esperamos que este trabajo contribuya a la reflexión y comprensión de las necesidades, así como de la ampliación y consolidación de los ámbitos de poder de la mujer Ngöbe dentro de su propia cultura. Coadyuva también, a mejorar la articulación de los sistemas de salud: oficial y tradicional. De tal forma que se instrumenten programas y proyectos que respondan, realmente, a sus necesidades de salud-enfermedad.

Este estudio fue realizado en 1993 para el Instituto de Estudios Nacionales de la Universidad de Panamá (IDEN) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, revisado en 1996, para su publicación por el Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá. Finalmente, para la retroalimentación se presentará a las mujeres que participaron en él.

Es un estudio exploratorio descriptivo que para lograr los objetivos planteados a continuación, utilizó el enfoque de género en la medida en que la información disponible así lo permitió.

Objetivos:

- Identificar algunas características económicas, políticas, sociales y culturales del grupo de mujeres Ngöbe.
- Reconocer algunas percepciones y creencias frente a los problemas de salud-enfermedad relacionados con su ciclo vital.
- Distinguir algunas prácticas frente a los problemas de salud-enfermedad relacionados con su ciclo vital.

- Identificar actitudes hacia la atención médica oficial y/o tradicional ante los problemas de salud-enfermedad relacionados con su ciclo vital.
- Elaborar un perfil de salud-enfermedad de las mujeres indígenas Ngöbe.

El enfoque de género:

Acercarse a la realidad desde una perspectiva de género es una forma nueva de analizar las relaciones sociales actuales, e identificar aquellas irregularidades que tratan de forma discriminatoria y, por lo tanto, injusta a la mujer, al mismo tiempo este enfoque permite construir nuevas relaciones de igualdad y de oportunidades entre los sexos.

Stoller, sostiene que el género es una categoría donde se articulan tres instancias básicas: a) la asignación de género, desde el momento del nacimiento, por la apariencia de los genitales; b) la identidad de género, que es la que estructura la experiencia vital, sentimientos, actitudes, comportamientos, juegos, etc., c) el papel o rol de género, que se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Si bien, las diferencias sexuales son la base sobre las cuales se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no se desprende naturalmente de la biología, sino que es un hecho social (Lamas, 1986).

La estructuración del género llega a convertirse en un hecho social de tanta fuerza que inclusive se piensa como natural; lo mismo pasa con ciertas capacidades y habilidades, supuestamente, biológicas que son construidas y promovidas social y culturalmente.

La categoría género aporta una manera diferente de plantearse los problemas, de entender o comprender aspectos fundamentales de la organización social, económica y política. Permite delimitar con mayor claridad cómo las diferencias entre sexos se convierten en desigualdades en diferentes áreas, como las del parentesco, en lo simbólico, en las estructuras de prestigio, etc. Es importante determinar el grado en que las culturas tienen nociones formales, a veces muy elaboradas de género y sexualidad; muy complejas y específicas que definen y organizan áreas de la vida, tales como el trabajo, la actividad religiosa, la educación, la salud, etc.

Los patrones de género, según Henríquez, se determinan a raíz de lo siguiente (Henríquez, 1991):

Factores culturales y sociales: Incluyen las imágenes sociales, las normas, las tradiciones, las creencias religiosas, los valores, la organización social y las instituciones. El condicionamiento social para ser hombre o mujer, no solo es a referido al sexo, sino que existe un conjunto de elementos, a través de los cuales se socializan dichos patrones, como son: los valores, las expectativas, el comportamiento prescriptivo asignados a los niños de ambos géneros, la vida familiar; los sistemas de control, la distribución de las tareas domésticas, los mensajes generados por la familia y el sistema escolar, entre otros.

Factores económicos: Dentro de estos factores se destacan la estructura organizativa para la producción de bienes y servicios, la producción doméstica, los niveles y la distribución de los ingresos, los niveles de empleo, la crisis económica, etc. El análisis de las tareas domésticas es importante, debido, generalmente, a la asignación diferente que se hace al hombre y a la mujer. Las actividades en que predominan las mujeres, son subestimadas, desvalorizando su

trabajo en el hogar. Es importante también, la identificación de los recursos básicos y los patrones que presenta la utilización de los mismos por parte de hombres y mujeres, ya que lleva al conocimiento de quienes los utilizan, cómo los utilizan y quiénes y cómo los controlan.

Factores políticos: Los aspectos más relevantes a considerar aquí son las relaciones de poder, la estructura jurídica, los sistemas de representación, la presencia del sexo masculino y femenino en los movimientos comunitarios y el contexto en el cual las mujeres presentan sus demandas.

Factores demográficos: Se hace imprescindible la identificación de los patrones migratorios, los niveles de mortalidad adulta e infantil, los niveles de fecundidad y los patrones de unión. El área de salud se ve así afectada por las definiciones de género que originan diferentes riesgos de enfermar y morir entre los sexos, condicionados por las expectativas y las condiciones que rigen sus vidas.

Por último, el análisis de género constituye una guía para el diseño y ejecución de las políticas, programas y proyectos, ya que constituye una herramienta para comprender los obstáculos generados en el sistema de salud y así, conjuntamente con las y los interesados, poder proponer actividades de intervención que tomen en cuenta sus necesidades.

2. *Metodología Utilizada:*

El estudio se limita principalmente a la provincia de Chiriquí, los distritos de Oriente: Tolé, San Félix, Remedios y San Lorenzo. El material cualitativo se elaboró en el distrito de San Lorenzo, en las comunidades de Soloy y Boca de Balsa.

Fuente de datos:

Se realizaron entrevistas a diversos funcionarios de salud, especialmente responsables del trabajo en el área sanitaria de Oriente (Director médico, médicos, epidemiólogo, nutricionista, educadora para la salud, asistentes de salud, enfermera) para ahondar en la problemática de salud y en las experiencias empíricas con la población indígena.

Por otra parte, se formaron grupos de exploración de mujeres Ngöbe en las comunidades de Soloy y Boca de Balsa, distrito de San Lorenzo, con quienes se trabajó una guía de temas y de observación sobre los puntos contemplados en el estudio y, posteriormente, se procedió a la profundización de los mismos, para ello se contó con una traductora Ngöbe-Español.

Además se revisaron trabajos de investigación realizados sobre la sociedad Ngöbe, especialmente en el área de la Provincia de Chiriquí. Se utilizaron datos provenientes de estadísticas vitales correspondientes a los Certificados de Nacimiento y de Defunción (preliminares) del año 1991, de 1992 y 1993; registrados en la Contraloría General de la República, pertenecientes a los Distritos de Oriente, (Tolé, San Félix, Remedios, San Lorenzo).

Se consideraron los registros de morbilidad y una muestra al azar del 30.0% de los expedientes clínicos de las madres Ngöbe que dieron a luz en el Hospital J.D. Obaldía, de la ciudad de David, provincia de Chiriquí, que residían en los distritos de Oriente, para lograr el perfil de morbilidad de los niños y las madres Ngöbe (año 1991). Para la descripción de la morbilidad de la población Ngöbe, mayor de 15 años y de aquellas mujeres que consultaron otra patología no asociada a la reproducción, se tomó una muestra al azar del 15 % de los egresos hospitalarios

de pacientes Ngöbe del Hospital Rafael Hernández de la ciudad de David, provincia de Chiriquí (año 1991).

3. *Dificultades Encontradas:*

Las limitaciones encontradas en el trabajo se refieren a la casi inexistencia de información desglosada para la población indígena atendida en las diferentes instituciones, inclusive las de salud, excepto en el caso del Hospital J. D. Obaldía. También se presentaron los inconvenientes relativos a los subregistros de estadísticas vitales, sobre todo de las defunciones. Por lo tanto, fue necesario utilizar la información disponible, aunque en algunos casos no haya sido la más adecuada por esta razón los cuadros presentan datos de 1991 y 1992. Los datos de años posteriores eran muy incompletos para incluirlos en los cuadros. Se incluyen algunos datos de 1992 y 1994 a partir de estudios parciales realizados localmente por grupos de salud. Por otra parte, la población estudiada vive en áreas de difícil acceso y dispersa.

4. *Antecedentes Históricos:*

Los Ngöbe representan el grupo indígena de mayor población dentro de la sociedad panameña, (123.626). En el Censo de 1990 representaron el 63.6% de la población indígena total del país. Se ubican, sobre todo, en las Provincias de Bocas del Toro (41.3%), Chiriquí (50.8%) y Veraguas (5.6%) y sólo un 2.2% se ubica en el resto de la República de Panamá.

La identificación de sus orígenes y su ubicación en el panorama etnográfico de América ha encontrado escollos, y no hay acuerdos. Al respecto, existen varias hipótesis, pero, según algunos autores los Ngöbe pertenecen al ramo lingüístico Macro- chibcha (Boloco, 1963). Su idioma es el Ngöbere con tres variantes dialectales (Valiente, Occidental y Oriental).

De estudios antropológicos y arqueológicos se desprende que Panamá hizo las veces de lazo o puente imponiendo un panorama integrador de residuos culturales, tanto por su lengua, por su cultura material como por los restos arqueológicos encontrados (Boloco, 1963).

La historia muestra que durante un largo período los hombres se dedicaron a la guerra, mientras que las mujeres permanecieron reproduciendo lo cotidiano, la familia, el cultivo de la tierra, la confección de sus vestidos, la crianza de los niños, etc.

La estructura social Ngöbe fue una ligadura de linajes patrilineales que se vincularon a través del intercambio de mujeres (Young, 1983), sin embargo, algunos autores han identificado clanes matrilineales entre los Ngöbe de Bocas del Toro, en la Costa del Caribe y en algunos que migraron a Costa Rica (Sinclair, 1988).

Las mujeres han constituido un nexo de unión, en las alianzas parentales, en las políticas, en el incremento de los bienes y en el aporte de niños y niñas que engrandecieron el linaje tanto del hombre como el de su propia familia. La mujer ha contribuido así, a la cohesión social de la sociedad Ngöbe.

El aislamiento geográfico y voluntario en el cual viven, a pesar de posteriores contactos, fue uno de los elementos que contribuyó a que muchos/chas preservaran sus creencias y prácticas tradicionales y se mantuvieran relativamente alejados/das de la sociedad y de la economía de la República, hasta casi el siglo XX.

La apertura se produce, mayormente, a partir de la década de los años 30, cuando el trabajo asalariado y la carretera Panamericana, entre otros elementos, facilitaron el contacto con la economía de mercado, con el dinero, con otros conocimientos, experiencias y con sistemas modernos de educación, etc. (Sinclair, 1988). Es evidente que estos contactos han causado grandes cambios que se reflejan en la estructura de la sociedad Ngöbe, en sus relaciones sociales en general, y en las de género en particular.

Desconocemos el papel de la mujer Ngöbe en las *reducciones* y en la *resistencia* de antaño, porque esa historia no se ha escrito, pero pensamos que su papel principal, además de los mencionados, se ha asociado, fundamentalmente, con su rol trabajo productivo en la economía, reproductora de la etnia y como transmisora de valores. La mujer como transmisora de una memoria histórica y cultural, relata a sus hijos, en su lengua, las imágenes principales de su cultura y lo que le enseñaron sus antepasados. Esto, la coloca dentro de un lugar estratégico en la resistencia social, política y cultural del pueblo Ngöbe, con lo cual niega, impugna y se defiende de las agresiones de otras formas culturales; incluso de la propia sociedad nacional. Sin embargo éste, también puede ser un lugar estratégico para la introducción de cambios positivos que favorezcan sus intereses y necesidades.

1.1 Lo Femenino en la Sociedad Ngöbe

Las categorías de lo masculino y lo femenino en la sociedad Ngöbe no han sido suficientemente abordadas. Sin embargo, pensamos que la concepción de una dualidad armónica en la pareja, hombre - mujer pertenece a la cosmovisión indígena general de nuestros pueblos latinoamericanos. Esta cosmovisión indígena plantea que el mundo se concibe como

una unidad, bajo opuestos complementarios que tienen necesariamente que armonizar. (Flores, 1988).

Esta relación es entonces complementaria y contradictoria. Complementaria porque la armonización de un elemento con su contrario es la condición necesaria para la existencia y el progreso de cada uno de los elementos. Contradictoria porque una vez armonizados, el uno no se reduce al otro, es necesario que cada uno guarde su propia especificidad. Esto es, también, una condición para la existencia y para el desarrollo. La realidad es la armonía de contrarios que genera una realidad nueva y superior. No existe jerarquía arriba-abajo, sino izquierda derecha como fuerzas en constante tensión (Young, 1983). Sin embargo, el proceso de desculturación ha sufrido, ha determinado la modificación de esta cosmovisión, expresándose en la pérdida de algunos derechos y, por lo tanto, en la modificación del valor asignado a su rol.

En la cosmovisión Ngöbe, los dos elementos, el masculino y el femenino son necesarios para que el universo accione. Las fuentes de energía están contenidas en esta dicotomía:

Mujer: Tierra, vegetación, pez, agua.

Hombre: Cielo - sol.

En la mitología Ngöbe (Young, 1983) se identifican tres fuentes fundamentales de vida:

El poder celestial: El sol mantiene la vida por el calor de sus rayos.

El planeta: La tierra, el agua, las plantas y los animales son parte de la vida humana, fuente de alimentación.

***La Mujer:* Es la portadora potencial de un hijo y por extensión de la humanidad.**

Como vemos, hay una visión cósmica de la vida, las posiciones que asume cada persona se vivencian como parte de un cierto orden del cosmos, la existencia de lo masculino y lo femenino está determinada por fuerzas sobrenaturales. La familia, la economía, la vida social y las relaciones con otros (as), pasan por las fuerzas divinas y humanas.

Dentro de la estructura social, la vigencia de la patrilinealidad y patrifocalidad hacen aparecer a la mujer sujeta al linaje del marido o del padre. Hombres y mujeres tienen espacios propios de acción y decisión. El espacio de la mujer está ligado fundamentalmente, al hogar, al ámbito privado, mientras que el hombre tiene un papel más amplio y externo: público.

De esta forma, la identidad de género se forma desde la cosmovisión de su cultura en la dinámica de las oposiciones y los complementos lo cual se expresa y socializa a través de sus tradiciones orales.

1.2 Tradiciones Orales

La tradición oral es un pilar fundamental que se utiliza como un recurso del sistema educativo tradicional, explica el funcionamiento del universo y expresa el código moral. Strauss L. expresa que los mitos se refieren siempre a acontecimientos pasados pero forman una estructura permanente que se refiere tanto al pasado, como al presente y al futuro (Strauss, 1975).

En el mito de los orígenes, aparece claramente el papel de la mujer como portadora de la humanidad, sin embargo, es afirmado a través del castigo y de la culpa. En la leyenda de la

Tulivieja se castiga la transgresión de los papeles asignados a la mujer, por ejemplo, cuenta de una mujer, quien por no haber cumplido con sus deberes en la crianza de los hijos y de aquellos asociados al ámbito del hogar es sancionada. Ella "arrojó su hijo corriente abajo en un río porque le impedía asistir a las fiestas", el castigo la convirtió en un ser espiritual maligno a pesar de su arrepentimiento.

En otra tradición oral, el Krung, se relata claramente la distribución de las funciones que NGUEBE (Dios) tenía en el mundo, manifiestas cuando surgió un problema en la determinación de la autoridad. Para solucionarlo, NGUEBE, puso a prueba a los hombres y a las mujeres, y el hombre Ngöbe resultó ser el más apto. "Cumplió y demostró ser capaz de garantizar la continuidad de todas las cosas sobre la tierra, ser el denominador común de todas las fuerzas de la naturaleza, garantizando la existencia del mundo y vigilando las distintas especies sobre la tierra". La mujer tuvo que asumir las otras funciones que fueron mal desempeñadas por el hombre: "tenía que quedarse en casa y cumplir con los deberes hogareños: cocinar, lavar la ropa, moler el maíz, preparar la chicha, cargar agua para cocinar, atender a los niños, etc." Las mujeres perdieron la oportunidad de tener autoridad porque mostraron duda, debilidad y temor, para poder dominar las fuerzas sobrenaturales. Su reacción frente a la prueba de NGUEBE fue salir a refugiarse, precipitadamente, en sus casas.

Queda claro entonces, que la tradición oral ha reforzado el rol de la mujer en el espacio hogareño por su biología, (portadora de humanidad) y por las aptitudes y comportamientos demostrados en el principio del mundo; también ha quedado claro el castigo por la transgresión a estas normas, mientras que el rol del hombre es amplio, dinámico, no sólo abarca el

/dominio de la tierra y lo que contiene, sino que es capaz de dominar también las fuerzas sobrenaturales.

Strauss L., ha demostrado cómo las sociedades tienden a pensar sus propias divisiones internas, mediante el esquema conceptual que separa la naturaleza de la cultura, y las oposiciones son pensadas globalmente. Por lo tanto, la mujer ocupa el espacio de lo natural (por su función de reproductora) y el hombre de lo cultural. (Strauss, 1975).

Lamas M., dice que esto significa entre otras cosas, que cuando una mujer se quiere salir de la esfera natural, o sea, que no quiere ser madre ni ocuparse de la casa, es tachada por lo tanto de antinatural (es castigada y se vuelve un espíritu maligno). Esta diferencia marca, así, el destino de la persona con una moral diferenciada. Pero esta diferencia puede convertirse también en desigualdad. (Boloco, 1963).

Primera parte: Generalidades**2. LA ECONOMÍA NGÖBE Y LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER**

La sociedad Ngöbe permaneció aislada hasta finales del siglo XIX, cuando comienza a participar muy lentamente en la economía nacional; en ese momento empieza un período de transición y de desculturización que da como resultado el paso de una economía autárquica a una dependiente. Por lo tanto, se producen grandes cambios a lo interno de la sociedad tradicional.

El medio principal de producción de las/los Ngöbe es la tierra. Ésta, además de la función de producción tiene un carácter sagrado y juega un papel determinante en la identidad. Perder parte de la tierra o de la propiedad familiar es una experiencia social y cultural negativa (MIPPE, 1987).

El lugar donde residen las/los Ngöbe en el Oriente de la Provincia de Chiriquí, se caracteriza por tener bosques húmedos y muy húmedos tropicales, ya que se ubica cerca de la Cordillera Central, en especial, en los distritos de San Lorenzo y Tolé. Sin embargo, existe una subregión de sabanas que es más seca.

El clima suele ser muy caluroso en la estación seca, que transcurre en los meses de diciembre a mayo, y muy lluvioso en los meses de junio a octubre, dificultando aún más el acceso al área.

La información sobre la superficie de la cobertura vegetal, sus variedades y la superficie cultivable, indican que las

áreas de cultivo son reducidas. La capacidad agrológica de los suelos de los distritos indígenas ha sido clasificada dentro de los tipos de suelos VI, VII y VIII. Estos tipos de suelos se caracterizan por ser no arables y, por lo tanto, presentan limitaciones para la explotación agrícola, a ello se agrega el declive de las montañas que junto a la lluvia y al viento provocan una gran erosión.

La agricultura de subsistencia, es decir, aquella que se realiza para el consumo del hogar es la principal actividad agropecuaria. La alimentación de base son las raíces y tubérculos: yuca, ñame; los granos: maíz, frijoles y arroz (este último implantado a finales del siglo XIX), también, plátano, banano, pixbae, café, aguacate y cacao; alimentos que se completan con productos obtenidos de la caza, la pesca y la recolección. La ganadería, hoy, no es una actividad importante.

Hay familias que producen más allá de las necesidades del autoconsumo y venden sus productos, o lo canjean en el área, pero esta venta es mínima en relación con lo que se consume.

La actividad agrícola Ngöbe es producto del esfuerzo familiar. La agricultura de roza es la mayormente utilizada, esta producción se desarrolla en dos ciclos anuales: Uno mayor que comprende los meses de enero a agosto y el siguiente de septiembre a diciembre, aproximadamente (Sinclair, 1995). En general no utilizan herbicidas, fertilizantes, químicos, insecticidas, etc. y sus herramientas fundamentales son el machete, la coa y el hacha.

La asistencia técnica y económica a las y los horticultores/ras es mínima y los proyectos de apoyo se han iniciado apenas en el año 1993.

Cuando se realizan comparaciones nacionales, la producción por hectárea de los productos de primera necesidad en la Comarca Ngöbe es muy inferior al promedio.

La comparación de los índices de desarrollo relativo entre los años 1970, 1980 y 1990 (Sinclair, 1995; Herrera, 1984) muestra una variación positiva mínima debido al porcentaje de dispersión de la población - todavía importante -, al estancamiento del desarrollo entre 1980 y 1990, y a la pobre incorporación de la población a la economía activa no agrícola (Cuadro No.1).

2.1 El Uso de la Tierra:

La explotación de la tierra, en la sociedad tradicional, tiene una relación fundamental con la organización social de la comunidad de base que es el caserío. Este agrupamiento se ha ido modificando en su composición, y hoy lo encontramos generalmente, conformado por miembros de varios grupos de parentesco, los cuales disputan el derecho al uso de la tierra, es por ello que cuando un caserío está superpoblado, una parte emigra.

La tierra pertenece al grupo y cada miembro/a puede hacer uso de la misma, pero depende de la aceptación y del apoyo de los y las integrantes del grupo. Este es un mecanismo de control que crea dependencia con respecto a los/las individuos que lo conforman, pero previene la estabilidad y la seguridad alimentaria del grupo. Si alguien no aceptara estas condiciones debe migrar.

Las mujeres y los hombres Ngöbe ejercen el derecho al usufructo de las tierras, por igual, tanto las del grupo de parentesco por parte del padre, como las de la madre. Sin

Cuadro N°1
POBLACIÓN NGÖBE OCUPADA DE 10 AÑOS Y MÁS
DE EDAD, POR SEXO, SEGÚN OCUPACIÓN.
REPÚBLICA DE PANAMÁ, 1990.

Ocupación	Población indígena ocupada de 10 años y más de edad					
	Total	%	Mujer	%	Hombre	%
Total	30.109	100	5353	100	24756	100
Profesionales técnicos y ocupaciones afines.	540	1.8	98	1.8	442	1.8
Gerente, administradores y funcionarios de categoría directiva.	104	0.3	5	0.4	99	0.0
Empleados de oficina y ocupaciones afines.	129	0.4	26	0.4	103	0.5
Vendedores y ocupaciones afines.	342	1.2	56	1.2	286	1.1
Agricultores, ganaderos, pescadores, cazadores, madereros y ocup. afines.	25.807	85.7	4331	86.7	21476	80.9
Conductores de medios de transporte y ocup. afines.	108	0.3	-	0.4	108	-
Artesanos y operarios en ocup. Relacionadas con la hilandería, vestuario, calzado y otras.	895	3.0	38	2.5	587	5.7
Obreros y jornaleros.	1032	3.4	27	4.0	1005	0.5
Trabajadores en servicios personales y ocup. afines.	981	3.3	465	2.0	516	8.7
Trabajadores en ocup. no identificables o no declaradas y otros trabajadores.	171	0.6	37	0.6	134	0.8

Fuente: Censo Nacional, 1990.

embargo, está condicionado por la continuidad del uso de la tierra y/o residencia y por el reclamo de este derecho. Si las tierras en ambos grupos de parentesco están ocupadas, se solicitan tierras de otros grupos para no poner en peligro a sus consanguíneos.

Una finca es sembrada, generalmente, por dos años, y luego de acuerdo a su sistema cultural, es abandonada para barbecho por doce años. Las/los agricultores Ngöbe, debido al crecimiento de la población que crea presión sobre la tierra, y a su relación particular con la misma -agregándose además la influencia de otros factores externos-, han tenido que reorganizar su producción y distribución, (Tristán, 1993). Generalmente, los/las horticultoras disponen de dos terrenos, uno que se ubica cerca de su lugar de residencia y el otro más lejos, este último pertenece a su grupo de parentesco.

2.2 Estructura y División del Trabajo:

La unidad básica de producción, distribución y consumo es la familia organizada alrededor del lazo conyugal, aunque existen diferentes composiciones familiares (familia nuclear, compuesta y amplia). La familia trabaja la tierra, pero existe una clara división de género en estas actividades.

El hombre, tradicionalmente es el que organiza el trabajo agrícola, asume parte de la responsabilidad del mantenimiento de la familia, la caza, la pesca y la recolección. También elabora instrumentos para trabajar la tierra, construye pipas, morteros, pilones y curte la piel. En el trabajo artesanal, elabora sombreros.

La mujer Ngöbe también participa activamente, su labor se destaca en la economía como trabajadora y administradora del hogar.

A las mujeres les corresponde encender el fuego, cocinar, limpiar la casa, ocuparse de los niños, dar de comer a los animales de corral; ir al campo a buscar las raíces que serán consumidas, y buscar el agua y la leña en la estación seca. Participa en la limpieza de la tierra y en la siembra igual que el hombre, pero la cosecha es su responsabilidad, aunque el hombre puede ayudarla. También es ella quien se encarga de la separación de las semillas para la nueva siembra, del almacenamiento y/o intercambio y a veces de la venta del producto. Otra responsabilidad es la de administrar los alimentos durante los rituales.

Existe otra subdivisión en el grupo de mujeres cuando el esposo es polígamo y sus esposas viven juntas con él. En este caso se distribuyen las tareas domésticas y agrícolas como la limpieza de la casa, el cuidado de los niños, la cocina, el procesamiento de los granos y tubérculos, la recolección y otros trabajos agrícolas; (Young, 1978).

Un día en la vida cotidiana de la mujer Ngöbe fue relatado así:

"Nos levantamos generalmente a las seis o siete 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".

Los Ngöbe utilizan, en casos de urgencia, otra modalidad de trabajo: *la junta*. Ésta es una especie de trabajo colectivo que consiste en solicitar ayuda a otros miembros de su grupo o del grupo de aliados. En este caso las mujeres suplen las necesidades alimenticias.

La organización y la duración de las actividades dependen no sólo de la división sexual del trabajo sino también de la época del año. Algunas observaciones sobre las horas dedicadas a ciertas actividades, indican que la mujer trabaja más horas promedio que el hombre de manera general, pero sobre todo, en el área rural. (Flores, 1988).

2.3 Algunas Características del Trabajo de la Mujer Ngöbe

En la sociedad tradicional el ingreso principal es en especie: verduras, granos, animales de corral, etc. Además de los productos mencionados, los/las Ngöbe combinan estos ingresos con la moneda de intercambio que les permite obtener otros bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades.

La incorporación al trabajo asalariado, desde 1930, en las fincas y plantaciones aledañas, ha sido principalmente del hombre, pero la mujer Ngöbe también se ha ido incorporando a la economía moderna, aunque en menor proporción y muchas veces sin recibir salario, ayudando al compañero.

En el Censo de 1990, la Mujer Ngöbe representó el 71% de la PNEA (población no económicamente activa). Sin embargo, las definiciones culturales, sociales y económicas de la sociedad tradicional Ngöbe, donde el trabajo doméstico y el trabajo productivo no se separan ni se dividen sino que se complementan, no coinciden con las definiciones técnicas

efectuadas en el Censo. Esto es un claro ejemplo de la necesidad de reestructurar los instrumentos censales.

En el año 1990, la información indica que la tasa de actividad de los hombres Ngõbe era muy superior a la de las mujeres (68.3% y 15.9% respectivamente) reflejándose en la población no económicamente activa, que fue de 2.4 veces mayor en las mujeres (ver Cuadro 2). La rama de actividad económica principal entre los/las Ngõbe es la agricultura, ganadería, caza y silvicultura (90.0% y 81.4% respectivamente), luego los hombres se dedican más a la industria manufacturera y al comercio y las mujeres, en los hogares privados, al servicio doméstico y a la industria manufacturera.

La agricultura, caza, silvicultura y pesca es la ocupación principal, tanto de hombres como de mujeres (87% y 81% respectivamente). Ellas también se ubican en actividades como los servicios personales y en las artesanías (8.7% y 5.7%), mientras que los hombres lo hacen como obreros y jornaleros, y también como artesanos (4.0% y 2.4%) (Ver Anexo 1).

En la categoría de profesionales y técnicos se encuentra el 1.8%, tanto de hombres como de mujeres Ngõbe, sin embargo al relacionar los números absolutos, la diferencia a favor de los primeros es de 4.5%. Esto indica el mayor nivel educativo del hombre Ngõbe en comparación con la mujer y que se expresa en la fuerza de trabajo.

Cuadro No. 2
POBLACIÓN NGÖBE DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD, POR
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD SEGÚN SEXO,
REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 1990

Sexo	<i>Población Ngöbe de 10 años y más de edad por condición de actividad</i>				
	<i>Total</i>	<i>Económicamente activa</i>		<i>N.E. Activa</i>	<i>Tasa de Actividad (x 100)</i>
		<i>Ocupada</i>	<i>Desocupada</i>		
Total	78,613	30,109	43.4	44,516	43.4
Hombres	41,207	24,756	68.3	13,059	68.3
Mujeres	37,406	5,353	15.9	31,457	15.9

Fuente: Censos Nacionales de 1990.

Al observar los diferenciales entre hombres y mujeres por categoría de ocupación se destaca que ambos, en igual proporción, se dedican al trabajo por cuenta propia (47.6% y 47% respectivamente), pero las mujeres Ngöbe se declaran mayormente trabajadoras familiares que los hombres (39.6% y 13.4% respectivamente). Esta diferencia se refleja en las categorías de empleados donde la mujer sólo representa el 13.2%. De este porcentaje un 65% trabaja como empleada permanente, en casa de familia un 45.5%, en el gobierno un 27.9% y en la Empresa Privada un 24.2%.

Dentro de la categoría de empleadas eventuales las mujeres se ubican más en la empresa privada (5.9%) y luego se ocupan en casa de familia (2.7%), (Ver Anexo 1).

Las mujeres Ngöbe sin instrucción representaron el 53% de la población económicamente activa, mientras que este porcentaje en los hombres fue de 37.3%. En los siguientes niveles de educación formal (primario, secundario y universitario) el hombre siempre presenta una mayor ventaja (ver Anexo 2).

Es importante subrayar que la casi inexistente tecnificación de la agricultura se relaciona con el bajo nivel de instrucción presentado por la mayoría de las mujeres Ngöbe ocupadas (80%).

2.4 El Ingreso y Manejo del Dinero por la Mujer Ngöbe

La comparación del índice de nivel de vida entre 1980 y 1990 (Herrera, 1994), muestra un retroceso en todos los corregimientos, esencialmente, reflejado en la disminución importante del ingreso familiar mensual y en el aumento del porcentaje de desnutrición en los menores de cinco años. Aún

así, se observa una disminución de la tasa de mortalidad infantil y una mejoría del nivel educativo.

A pesar de que el ingreso en la sociedad Ngöbe es principalmente en especie, la economía no monetaria se está sustituyendo lentamente. La mano de obra es demandada en áreas no indígenas para actividades de poca remuneración.

Según una encuesta realizada en 1987 (Coria, 1992), el 56% del ingreso era agrícola y el 42% no agrícola, se autoconsumía un 28%, un 3% del ingreso provenía de transferencia de dinero enviado por familiares y de otras fuentes un 5%. Sólo el 2% anual era aportado a la seguridad social y 1% se destinó al impuesto sobre la renta personal.

Algunas estimaciones efectuadas han demostrado una distribución no uniforme del ingreso, introduciendo un elemento de deformación en las relaciones sociales de la población. Si observamos la mediana de ingreso de hombres y mujeres en los distritos del área de Oriente, en todos los casos favorece a los hombres, comportamiento que se encuentra en la mayoría de las sociedades. Pero es importante señalar que esta mediana no superó los 78 Balboas, siendo esta para la provincia de Chiriquí de 181 Balboas. (Ver Cuadro No.3).

Otro aspecto importante a considerar es que los hogares con menos de 100 Balboas representaron, en estos distritos, desde el 57.4% en San Félix al 71.8% en Tolé. En esta información se incluye, también, a la población no indígena mayormente establecida en San Félix, lo que significa que este porcentaje es mayor en los hogares Ngöbe, indicadores que confirman el nivel de extrema pobreza en estas comunidades.

Cuadro No. 3
JEFES DE HOGAR NGÖBES POR INGRESOS MENORES DE
100 BALBOAS, SEGÚN SEXO. PROVINCIA DE CHIRIQUÍ
Y DISTRITOS DE ORIENTE, AÑO 1990

<i>Provincia/ Distrito Sexo del Jefe(a) de Hogar</i>	<i>% de Mujeres Jefas de Hogar</i>	<i>% Hogares con Ingreso Menor de 100 balboas</i>	<i>Mediana de Ingreso</i>
Chiriquí		30.2	180.7
Hombres		27.6	196.6
Mujeres	21.3	40.0	128.9
Remedios		67.3	72.0
Hombres		65.1	74.5
Mujeres	21.2	75.5	64.4
San Félix		57.4	78.2
Hombres		55.3	80.7
Mujeres	21.2	65.1	70.4
San Lorenzo		61.5	73.2
Hombres		60.2	74.9
Mujeres	24.3	66.9	67.0
Tolé		71.8	62.5
Hombres		70.6	63.4
Mujeres	18.9	77.2	59.2

Fuente: Censo de 1990.

La diferencia se acentúa cuando se trata de hogares con mujeres jefas de hogar, en éstos los ingresos menores de 100 Balboas representan desde el 65.1% en San Félix, hasta el 77.2% en Tolé, mientras que a nivel provincial esta cifra fue del 40%.

El 21.4% de los hogares Ngöbe tienen como jefa a una mujer, sin embargo, en el caso Ngöbe, la cifra coincide con la provincial. En el distrito de San Lorenzo este problema es aún mayor; existen 24.3 mujeres jefas de hogar por cada cien. Esta situación se refleja en la agudización de los problemas de abandono expresados por el grupo de mujeres de Soloy. Cuando se observan estos indicadores a nivel de corregimiento (Soloy y Boca de Balsa) los diferenciales se acentúan.

***En Soloy se reportaron
31% de Mujeres jefas de hogar y
éstas presentaron una diferencia de salario
con el hombre casi tres veces menor
(27.71 y 81.51 Balboas respectivamente).***

Estos diferenciales entre hombres y mujeres no fueron tan acentuados en Boca de Balsa (ver cuadros 3 y 4), a pesar de que el promedio del ingreso general fue inferior y de que existe casi el mismo número de personas promedio en el hogar, que en el Corregimiento de Soloy (6.15).

Posiblemente, las influencias de la religión Mama Chi estén incidiendo en estos comportamientos diferentes: quizás el hombre migre menos a trabajar en los cultivos, abandone menos a las mujeres, y exista una mejor distribución de los ingresos entre los sexos.

Cuadro No. 4
SEGURIDAD ALIMENTARIA: COSECHA 1990 Y NECESIDADES FAMILIARES

Alimento	Cosecha en quintales ⁽¹⁾	cosecha en kilogramos ⁽²⁾	cosecha x persona x día en gramos ⁽³⁾	cosecha x familia x día en gramos ⁽⁴⁾	gramos de proteína x 100g de alimentos ⁽⁵⁾	necesidades de alimento x familia x día en gramos		necesidades de alimentos x familia cubiertas x cosecha	
						calculadas a	según minsu b	A	B
Maíz	24,954	1,122,930	64	383	10	3.000	---	12.76	---
Arroz	54,615	2,457,675	140	840	9 - 11	3.000	2.083	28.0	40.0
Frijol	4,897	220,365	12.5	75	22	1.400	1.000	5.36	7.5
Yuca	22,837	1,027,665	58.5	351	1	30.000	1.850	1.2	19

- (1) Censos Nacionales de Población y Vivienda. Prov. de Chiriquí de 1990. Contraloría General de la República de Panamá.
(2) 1 quintal = 45 kg.
(3) Población de Chiriquí Oriente (1990) menos niños menores de 1 año = 48,139 personas.
(4) Una familia = 2 adultos + 4 niños 1 - 10 años. Un adulto necesita 3g. Proteínas/kg/día y un niño 2g. Proteínas/kg/día promedio.
(5) P. Gerbouin - Perolle, H. Dupin.

Las mujeres Ngöbe relataron sus estrategias para conseguir ingresos monetarios:

"Vendo gallinas... hago artesanías... vendo café... coso ropa... vendo arroz, maíz, frijol, yuca"...

"Nosotras vendemos y lo invertimos en la familia"...

Si bien el dinero podría representar menos de la mitad del ingreso en el hogar, la sexucción del dinero genera condiciones relacionadas a la salud, sobre todo, relacionadas a la capacidad de tomar decisiones, hacer elecciones y asumir responsabilidades.

En este sentido, observamos cierta ambivalencia en las respuestas frente a las decisiones sobre el uso y administración del dinero obtenido por su trabajo o sus ventas. Ellas expresaron:

"El que vende es el que decide lo que hace con el dinero"...

"Algunos hombres consultan con nosotras los gastos, otros no lo hacen y toman las decisiones"...

El análisis de estos aspectos amerita una profundización ya que tienen que ver con el control que la mujer Ngöbe puede ejercer sobre sus recursos.

2.5 El Comercio en los Ngöbe

Debido a los problemas climáticos, a la calidad del suelo y a otros factores ya mencionados, el rendimiento agrícola en Oriente, área de la Comarca indígena, es aleatorio y varía cada año.

En la sociedad tradicional, el excedente producido en el año por las familias que forman el grupo de parentesco era distribuido entre los miembros menos afortunados (Young, 1978). En el caso de haber ocurrido una mala cosecha, el jefe de la familia podía recurrir a un préstamo entre sus grupos aliados, dependiendo de la situación de éstos, este mecanismo formaba y forma parte del sistema de circulación de los productos agrícolas. La donación y la reciprocidad eran elementos esenciales en este sistema. Era la mujer Ngöbe, la esposa, a la que le tocaba pedir al grupo de aliados la ayuda que necesitaran. Sin embargo, este mecanismo se ha ido perdiendo. Ya en la década de los años setenta, se identifica el comienzo de la creación de abarroterías en el distrito de San Félix que venden tanto productos del exterior como productos locales.

El intercambio ha desaparecido y es reemplazado por la venta y reventa del excedente. Pero esto se realizaba a través de dos mecanismos, uno que seguía el patrón basado en la ganancia individual y otro a través de un sistema cooperativo, organizado por los jefes tradicionales. En el área de Oriente funcionaba una sociedad de producción, dirigida por una mujer Ngöbe, la que contaba con 58 capítulos o pre cooperativas, distribuidas en los distritos de Tolé, Remedios y San Félix. Tenían como objetivo desarrollar programas de ayuda comunitaria para mejorar la producción, canalizar, principalmente, la venta del excedente agrícola y artesanal local buscando siempre mejores precios para sus miembros. (Rivera, 1991).

Este mecanismo transcendía y reemplazaba así, la organización socioeconómica basada en el parentesco y en la cual la mujer Ngöbe parecía participar.

Sin embargo, hoy, en la década de los años noventa, es necesario evaluar el funcionamiento real y la problemática que presenta en la experiencia este tipo de organización. Esto no se ha reflejado en los datos censales ni en otras Instituciones que trabajan con cooperativas. El Instituto Panameño Autónomo Cooperativo, ha reportado que en el área de Oriente (año 1993) cuenta con el registro de tres cooperativas de servicios múltiples y de un grupo pre cooperativo, en los cuales participa la mujer Ngöbe, con su labor artesanal, en la confección de trajes, chaquiras, bolsos, brazaletes, etc. Pero, cuando observamos su participación real, ésta es mínima en comparación con la del hombre. De un total de 358 cooperativistas, sólo el 14 % (50) son mujeres, de ellas sólo 10 forman parte del cuerpo directivo.

Si bien, a través de esta información no podemos generalizar porque podrían existir muchas otras cooperativas no registradas, surgen algunos interrogantes a considerar:

¿Se adecua la organización cooperativa a la idiosincrasia Ngöbe? ¿Cómo ha influido en el desarrollo de la mujer? ¿Cuál es el papel real que ella desempeña? ¿Cuántas participan y cuáles son sus motivaciones? etc.

2.6 Seguridad Alimentaria de la Familia Ngöbe

Una encuesta realizada en el Oriente Chiricano (Rivera, 1991), en 1990, indicó que en esta área las familias producen vegetales y frutas (cítricos en su mayoría) de los cuales una parte es para la venta; (además, tienen que comprar carne ya que no se produce) y otra parte de las legumbres es para el consumo de

maíz, frijoles y arroz. Este hecho se debe probablemente al pobre rendimiento de los cultivos.

Si consideramos el costo diario de la canasta básica de una familia de cinco personas, calculada por el Ministerio de Salud, que es de 7.50 Balboas y lo comparamos con el escaso poder adquisitivo de la familia Ngöbe, cuyo ingreso monetario muchas veces es nulo o inferior a 120 Balboas mensuales, los alimentos que deben comprar se convierten en productos de lujo y en consumo ocasional.

Sinclair (Sinclair, 1995) reporta que hay consumo de la producción de arroz, solamente, ciento quince días al año (115/365 días) por la pobre capacidad de almacenaje del producto, el cual se deteriora por la humedad, los insectos y los roedores. Esto se comprueba al observar que los alimentos se conservan en lo alto de la casa de la familia, por lo que las condiciones de conservación no son adecuadas.

Suponiendo que toda la cosecha de maíz, arroz, frijol, yuca y banano, reportada en las áreas especiales,¹ de la Provincia de Chiriquí, en el Censo Agropecuario del año 1991, fue consumida por la población Ngöbe, tenemos que si se restan los niños menores de un año - y teniendo en cuenta que la familia tiene seis miembros como promedio -, *cada familia recibió: 75 gramos de frijoles y 840 gramos de arroz por día para su consumo (ver cuadro 4).*

Conociendo el valor proteínico de cada alimento (Gebovin, 1993) y las necesidades calculadas para una familia promedio compuesta de dos adultos y cuatro niños de 1

¹Se denominan así a las áreas de difícil acceso que presentan un alto costo y dificultades para la llegada del empadronador, en la mayoría de estas áreas se ubican los grupos del sector aborigen panameño.

a 15 años, la cosecha de cada producto en 1991 permitió cubrir solamente un pobre porcentaje de las necesidades diarias: maíz 12.76%, arroz 28%, frijol 5.36%, yuca 1.2%. Si tomamos las recomendaciones del Ministerio de Salud (1993) para la alimentación diaria de una familia de este tipo, el arroz sólo cubriría el 40% de estas, el frijol 7.5% y la yuca el 19%. En estas recomendaciones no se menciona el maíz, a pesar de ser el alimento que históricamente han consumido las sociedades indígenas.

Por otra parte, debemos considerar para estos cálculos que la superficie sembrada en las áreas especiales de la Provincia de Chiriquí fue de 8.500 Km² en 1991, y que la superficie de Chiriquí Oriente es de sólo 4.246 Km², o sea del 50% de la superficie sembrada. Si suponemos un rendimiento igual en todas estas áreas (aunque hemos descrito antes que es bajo), y que toda la superficie de Oriente ha sido sembrada, estos cálculos se reducirían a la mitad, por lo que la cobertura familiar estaría doblemente afectada.

Esta falta de seguridad alimentaria diaria para la familia y la sociedad Ngöbe explica ampliamente la malnutrición persistente a lo largo de los años. Por otra parte, no debemos olvidar el papel que le toca desempeñar a la mujer en cuanto a su responsabilidad al frente de las cosechas y la administración de los alimentos en el hogar, lo que indicaría otra vertiente de investigación en cuanto a la relación seguridad alimentaria y género en próximos estudios.

En 1985, se dio inicio al Programa Mundial de Alimentos, el que fue reconsiderado en el año 1992. Este contempla una ayuda alimentaria para 7.000 familias Ngöbe, con la cual se aseguraría la distribución de raciones de alimentos a un/una participante y cuatro dependientes.

La ración diaria familiar sólo integra el maíz en grano como producto cultivado por la sociedad Ngöbe e introduce harina de trigo en lugar de arroz, las lentejas en lugar de los frijoles y el pescado enlatado, además, no incentivan los cultivos ya existentes. Por otra parte, se incluyen otros aspectos como la reforestación, la construcción de caminos de penetración, la posibilidad de acceso a mercados crediticios, el acceso a los servicios de salud y educación, y la promoción de la organización de los campesinos.

El respeto hacia la población indígena y a sus valores, con respecto a los programas de desarrollo, implica la necesidad de que todo proyecto a corto, mediano o largo plazo, que se realice en la zona, debe considerar la organización comunitaria, la producción local y los aspectos culturales.

3. *LA MUJER NGÖBE Y LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN:*

Los tres factores más importantes que impactan la dinámica de la población son la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, lo que configura, además, el crecimiento y guardan una especificidad con la condición de la mujer.

3.1 *Estructura de la Población por Edad, Sexo y Crecimiento*

La edad se relaciona a través del ciclo vital con problemas específicos de salud, ya que la exposición a riesgos también varía. En efecto, la composición por edad de una población refleja el resultado de la fluctuación entre los niveles previos de mortalidad y fecundidad, y el de las migraciones.

La estructura por edades de la población Ngöbe en la Provincia de Chiriquí, nos muestra poca variación entre los años 1970 a 1990, casi la mitad es menor de 15 años, notándose una ligera disminución de un 1% en 1990. La proporción de población en edad de trabajar se ha mantenido relativamente estable, lo mismo que la proporción de mujeres en edad reproductiva, pero se ha reflejado en un aumento mínimo en la población mayor de 55 años (0.7%) (ver Cuadro No. 5).

Esta estructura por edad nos muestra una población joven, con una mediana de edad de 15 años (la más joven de todos los grupos indígenas), siendo de 21 años para la provincia de Chiriquí. Si consideramos la población dependiente con aquella en edad de trabajar, con respecto al total de la población de la provincia en 1990, se observan diferencias notables. Mientras que en la población Ngöbe, la dependiente representa el 54.7%, en la provincia es del 47.5%. Esta estructura de población joven, estable, podría indicar que si bien existe una fecundidad relativamente alta, también la mortalidad está compensando esta estabilidad proporcional, presente en los diferentes grupos de edad a través de las tres décadas.

En 1990, a nivel nacional, la relación hombre/mujer indicó la existencia de 102.5 hombres por cada 100 mujeres, esta relación fue mayor entre los indígenas Ngöbe presentando un índice de 109 hombres por cada cien mujeres. Las informaciones para años anteriores indicaron la existencia de una mayor cantidad de mujeres Ngöbe: en 1970 la relación fue de 98.6 y en 1980 esta relación fue aún mayor, con 94.8 hombres por cada cien mujeres.

Cuando observamos el índice de masculinidad a nivel nacional por grupos de edad, este es mayor en todas las edades excepto en el grupo de 15 a 24 años. En la provincia de

Cuadro no. 5
PORCENTAJE DE POBLACIÓN NGÖBE Y POBLACIÓN
TOTAL, SEGÚN GRUPO DE EDAD, EN LA
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑO 1990

<i>Edad</i>	<i>Población Ngöbe - Chiriquí</i>			<i>Población Total - Chiriquí Año 1990</i>
	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	
<i>Total</i>	100.0	100.0	100.0	100.0
<i>Menos de 15 años</i>	50.2	50.2	49.2	37.5
<i>15 - 55 años</i>	45.0	44.5	45.3	52.5
<i>Más de 55 años</i>	4.8	5.3	5.5	10.0

Fuente: Censo de 1970 - 1980 - 1990.



Chiriquí, donde se ubica más de la mitad de la población total Ngöbe (51%), este patrón se encuentra sin excepción en todos los grupos de edad. En el área de Oriente este comportamiento cambia a partir del grupo de 15 a 44 años, situación que se explica por la migración de la mano de obra al trabajo asalariado en otros distritos especialmente dentro de la provincia de Chiriquí.

Otro aspecto que es importante destacar es el diferencial que ocurre en el índice de masculinidad, a partir de los cuarenta y cinco años a favor de los hombres Ngöbe, observándose tanto a nivel nacional como provincial y por área. (Ver Cuadro 6).

Explicar estas diferencias sería muy apresurado y es necesario contar con mayor información, por ejemplo, a través de tabulaciones especiales del censo y de otros estudios que profundicen en la realidad Ngöbe. Sin embargo, inevitablemente, surgen una serie de interrogantes:

¿Las diferencias se deben al empleo de otras formas de captación del dato en el último censo? ¿Cuáles han sido las consecuencias de la crisis económica social y política, ocurrida en nuestro país, en el pueblo Ngöbe? ¿Cómo ha afectado esto, diferencialmente a mujeres y hombres? ¿Las mujeres están muriendo más que los hombres?

Si bien, nuestro país se encuentra en un proceso de transición demográfica caracterizado por una disminución importante de la fecundidad y de la mortalidad, este no es el caso de la sociedad Ngöbe. Los avances en materia de educación y salud, como la ampliación de la cobertura, el desarrollo de programas en el área materno-infantil y de planificación familiar, de saneamiento ambiental, etc., han contribuido a

Cuadro No. 6
POBLACIÓN NGÖBE POR SEXO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN LA REPÚBLICA
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ Y DISTRITOS DE ORIENTE. Año 1990.

Grupos de edad	Población Ngöbe								
	República						Distrito de Oriente		
	Hombre	Mujer	Ind. Masculinidad	Hombre	Mujer	Ind. Masculinidad	Hombre	Mujer	Ind. Masculinidad
Total	64,404	59,222	108.7	32,495	30,330	107.1	25,186	25,721	97.9
- de años	2,182	2,047	106.6	1,068	1,042	102.5	855	847	100.9
1 - 4	9,615	9,030	106.5	4,717	4,546	103.7	3,941	3,871	101.8
5 - 9	11,397	10,737	106.1	5,718	5,475	104.4	4,791	4,637	103.3
10 - 14	8,686	7,928	109.5	4,404	4,074	108.1	3,677	3,448	106.6
15 - 24	12,337	12,435	99.2	6,180	6,112	101.1	4,268	4,998	85.4
25 - 34	7,781	7,333	106.1	3,944	3,691	106.8	2,632	3,082	85.4
35 - 44	5,248	4,538	115.6	2,647	2,361	112.1	1,941	2,056	94.4
45 - 54	3,849	2,824	136.3	1,923	1,611	119.4	1,495	1,471	101.6
55 y más	3,309	2,350	140.8	1,894	1,418	133.5	1,586	1,311	121.0

Fuente: Censos de 1990.

construir este perfil; sin embargo, estas intervenciones han tenido un lugar casi irrelevante en el pueblo indígena.

Con la información existente, proveniente del último Censo de Población, no es posible hacer comparaciones intercensales para determinar el crecimiento de la misma. Esto se debe, fundamentalmente, a la forma de captación del dato, ya que la definición de la población indígena ha variado.

Si observamos el Cuadro N° 9, veremos que la población entre 1980 y 1990 se ha más que duplicado. No obstante, pensamos que este crecimiento se debe a una captación más realista del dato, y que de acuerdo con la información proporcionada sobre la fecundidad y la mortalidad, estaríamos en presencia de una sociedad caracterizada por una tasa de fecundidad relativamente alta y, también, con una tasa de mortalidad relativamente alta.

3.2 *Fecundidad:*

A nivel del país la fecundidad ha disminuido desde mediados de los años sesenta, pasando de 5.92 hijos por mujer, en el quinquenio 1960-1965, a 3.14 en el quinquenio 1985-1990. Y se estima una disminución mayor para los próximos años.

Pero, este comportamiento de la fecundidad no ha sido homogéneo en los distintos grupos, a lo interno del país, (MIPPE, 1992). Cifras del período 1966-1976 mostraron que, si bien existía una tendencia a la disminución de la fecundidad en la mujer no indígena (4.0 hijos por mujer), la mujer indígena seguía manteniendo niveles altos y constantes en la tasa global de fecundidad con 6.0 y 7.0 hijos por mujer en ese período. Estas diferencias fueron explicadas en función de los distintos niveles de educación presentados en ambos grupos de mujeres.

Para 1990, el censo indicó que el promedio de hijos vivos fue de 2.3 a nivel nacional, de 3.2 en la Provincia de Chiriquí y, en el área indígena, las mujeres Ngöbe tenían un promedio de 4.2 hijos vivos, situación que podría estar relacionada, también, con un descenso de la fecundidad en este grupo.

La interrogante fundamental sería ¿Cuáles son los elementos que están contribuyendo a este descenso de la fecundidad en las mujeres Ngöbe? Si bien los programas de salud y planificación familiar han logrado una mayor aceptación, aún la cobertura es mínima. En cuanto al nivel de educación formal, si bien se ha observado una disminución en el nivel de analfabetismo desde 1970 hasta hoy, todavía contamos con un 57.8% de mujeres Ngöbe en esta condición. Por otra parte, los niveles de pobreza en el país han aumentado, y en el área indígena se han agravado, aún más, ya que los programas de ajuste estructural afectan sobretodo a los más pobres y entre ellos a las mujeres y los niños, (Bustelo, 1982).

Una variable que podría explicar esta reducción de la fecundidad a nivel general en el pueblo Ngöbe, es la migración, mayormente de los hombres. Al agudizarse el problema interno de las tierras en la Comarca, pareciera darse un aumento en las migraciones; éstas traen como consecuencia separaciones de las parejas por períodos establecidos; a veces, abandono y ruptura, con lo cual las mujeres tienen menos posibilidad de concebir, ya que el código consuetudinario indica que la mujer Ngöbe no tiene relaciones sexuales fuera de una pareja constituida, aunque sí puede cambiar de pareja. Estas interrupciones en la vida de la pareja, ejercen un impacto en la disminución de la descendencia cuando se dan en el período reproductivo de la mujer, impacto que será más importante cuanto menos dure la unión. (Quilodrán, 1982).

En efecto, la mujer Ngöbe presenta un régimen de fecundidad natural, ya que no controla efectivamente su reproducción y el tiempo dedicado a ella está muy condicionado por la duración de las uniones. Por otra parte, el proceso de desculturación de esta sociedad ha ido cambiando los patrones en la elección de las parejas, basadas anteriormente en las alianzas de grupo y esto, también, puede estar influyendo, en cierta medida, en la interrupción de las uniones. Diversos trabajos han demostrado que las interrupciones en las uniones por cualquier causa (viudez, separación o divorcio) muestran una menor fecundidad teniendo en cuenta la descendencia inicial y la final, que aquellas uniones estables. (Oliveira, 1982).

3.3 *Mortalidad*

La mortalidad es un reflejo del deterioro extremo que sufre la salud, sin embargo es uno de los indicadores principales que se utilizan para medir la salud.

La mortalidad general ha sufrido un descenso considerable a nivel nacional producto del mejoramiento de las condiciones de vida y del acceso a recursos básicos de gran parte de la población.

Si bien en años anteriores no hubo datos exclusivos para la población Ngöbe con respecto a este indicador, fue posible hacer algunas observaciones generales que provienen tanto de los Censos como de las estadísticas vitales. Al respecto es importante señalar que los registros vitales, sobre todo los de defunciones, en general, presentan una omisión elevada, calculada en un 25.2% en los años 1975-80. (Contraloría General, 1990), debido, sobre todo, al subregistro en áreas de difícil acceso, que son las que estamos considerando. Por lo tanto, es necesario tenerlo en cuenta al analizar los resultados que presentan algunos indicadores, tanto a nivel general, como

al comparar diferenciales por sexo o edad o en la prevalencia de problemas específicos de salud de la población Ngöbe. Sin embargo, son los datos con los cuales contamos para poder acercarnos a la realidad.

Tanto para los años 1970, como para 1980, las provincias con población indígena Ngöbe, presentaron una tasa de mortalidad general superior a la tasa nacional (7.1 y 4.1 por mil respectivamente) y oscilaron entre 9.2 y 7.6 por mil. La disminución en estas tasas, en este período, es más lenta en la zona Ngöbe con respecto a la tasa nacional: 4.9 y 4.3 por mil, respectivamente.

Lo mismo se ha podido observar con la tasa de mortalidad infantil que en 1970 se estimó en 47.4 por mil nacimientos vivos, y la variación en las provincias con población Ngöbe estuvo entre 76.4 y 53.2 por mil. A nivel nacional este indicador disminuyó a una mayor velocidad que la tasa de mortalidad general y en 1980 fue de 28.2 por mil. En las provincias con población Ngöbe también se presentó esta disminución oscilando entre 57.6 y 32.1 por mil nacidos vivos, aunque el subregistro se considera mayor en las zonas Ngöbe.

Para 1985-1990 las proyecciones indicaron el mismo comportamiento: a nivel nacional la tasa de mortalidad infantil fue de 22.67 por mil y en las provincias consideradas, las tasas oscilaron entre 38.76 y 25.81 por mil nacidos vivos.

Si bien, en el área rural las tasas de mortalidad han disminuido a una mayor velocidad, existen grandes diferencias entre la población Ngöbe y la no Ngöbe y se estimó que en la población indígena esta relación es del doble, (Behm, 1982).

En 1991, se registraron ochenta defunciones en los cuatro distritos de Remedios, San Félix, San Lorenzo y Tolé, lo

que representa una tasa de 15.71 por 10.000 habitantes, siendo de 15.88 en los hombres y de 11.55 en las mujeres, presentando además una razón de mortalidad M/F de 1.0. (M significa masculino y F femenino. (ver Cuadro 7).

En 1992, el registro fue de 94 defunciones y en 1993 fue de 161, lo que representa unas tasas respectivas de 17.58 por 10,000 habitantes en 1992 y de 19.32 por 10,000 habitantes en 1993 con una razón de mortalidad M/F de 1.2 y 1.7 respectivamente.

Los distritos que registraron mayor tasa de mortalidad fueron Remedios y San Lorenzo, luego San Félix y Tolé. Por consiguiente, la razón de mortalidad masculino/femenina para cada uno de éstos distritos fue de 2.8; 0.7; 0.5 y 1.0 respectivamente. Llama la atención la gran diferencia presentada en Remedios, sin embargo, esto puede estar asociado a una mejor declaración de las defunciones.

A partir de 1991, la certificación médica de las muertes mostró avances importantes, pues fue casi del 79%, mientras que en 1970 había sido de 23.2%. Para 1985 ya había aumentado a 55.5%. De estas muertes con certificación médica, el 67.5% ocurrieron en los Hospitales José Domingo de Obaldía y Rafael Hernández, ambos ubicados en la ciudad de David, provincia de Chiriquí, (Anexo 5). Las causas de Defunción más importantes fueron: las Deficiencias en la nutrición; Enfermedades como la tuberculosis, las neumonías; los accidentes, suicidios, homicidios y otros tipos de violencia, (Ver Cuadro No 8).

Si bien no contamos con datos específicos de mortalidad materna Ngöbe, ya que no hemos podido identificarlas a través de los registros vitales, sabemos que a nivel nacional cerca de

Cuadro N°7
TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO NGÖBE
POR 10,000 HABITANTES, POR SEXO SEGÚN GRUPO
DE EDAD. DISTRITOS DE ORIENTE,
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ, 1991

<i>Edad</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Total	15.7	15.8	15.5
Menores de 1 año	76.4	105.3	47.2
1 a 4 años	16.6	15.2	18.1
5 a 14 años	2.4	3.5	1.2
15 a 24 años	10.8	9.4	12.0
25 a 44 años	20.6	15.3	25.3
45 a 54 años	16.8	13.4	20.4
Más de 55 años	58.7	56.7	61.0

Fuente: Certificados de Defunción, Contraloría General de la República, 1991.



Cuadro N° 8
NÚMERO DE DEFUNCIONES DE LA POBLACIÓN NGÖBE POR SEXO, SEGÚN CAUSA: DISTRITOS DE ORIENTE, PROVINCIA DE CHIRIQUÍ AÑOS 1991 A 1993

Causas de Mortalidad	Total			Hombres			Mujeres		
	1991	1992	1993	1991	1992	1993	1991	1992	1993
TOTAL	80	85	161	40	55	101	40	30	60
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Neumonías	6	19	28	2	7	11	4	12	17
%	7.5	22.0	17.5	5.0	13.0	11.0	10.0	31.0	28.0
Ciertas afecciones del Período	2	6	6	1	5	6	1	1	0
Perinatal %	2.5	7.0	4.0	2.5	22.0	17.0	2.5	7.0	0
Infecciones Intestinales mal definidas	3	12	14	2	6	8	1	6	6
%	4.0	14.0	9.0	5.0	11.0	8.0	2.5	13.0	10.0
Deficiencias en la Nutrición	13	0	0	6	0	0	7	0	0
%	16.0	0	0	15.0	0	0	17.5	0	0
Anomalías Congénitas	2	4	14	2	4	7	0	0	7
%	2.5	5.0	9.0	5.0	7.0	7.0	0	0	12.0
Exantemas	4	0	0	2	0	0	2	0	0
%	5.0	0	0	5.0	0	0	5.0	0	0
Accidentes, envenenamientos y	11	16	26	7	11	22	4	5	4
Violencias %	14.0	19.0	16.0	17.5	20.0	22.0	10.0	13.0	6.0
Tuberculosis	11	12	16	3	5	9	8	7	7
%	14.0	14.0	10.0	7.5	9.0	9.0	20.0	18.0	11.5
Enfermedades infecciosas	9	9	16	5	6	8	4	3	8
%	11.0	10.5	10.0	12.5	11.0	8.0	10.0	8.0	13.0
Aterosclerosis y cardiopatías		3	14	10	3	10	9	0	4
%		3.5	9.0	25.0	6.0	10.0	22.5	0	6.0
Cáncer		4	13		3	9		1	4
%		4.7	8.0		6.0	9.0		4.0	6.0
Otras	19	10	20		8	17		2	3
%	24.0	12.0	12.5		14.0	17.0		5.0	5.0

Fuente: Certificados de Defunción, Contraloría General de la República. Años 1991-1993.

5.6 defunciones maternas por 10.000 nacimientos, se registraron como promedio en el período 1986-1989, y que en el área rural es más del doble de la observada en el área urbana (7.3 defunciones por 10.000). Las estadísticas vitales del área sanitaria de Oriente para el año 1990, señalaron una tasa de mortalidad materna de 0.7 por diez mil, tasa que no discrimina entre población Ngöbe o no Ngöbe atendida y que indica que la tasa está afectada, notablemente, por subregistros en áreas inaccesibles.

Si tenemos en cuenta los factores de riesgo encontrados en las madres Ngöbes que dieron a luz en el Hospital J.D. de Obaldía, es muy posible que la mortalidad materna debe alcanzar cifras considerables. (Ver riesgos en la etapa reproductiva).

A pesar de que los datos registrados, en general, no muestran la realidad del fenómeno vital en todas sus dimensiones, la relativa estabilidad en el crecimiento de los grupos etarios, y la fecundidad relativamente alta, indican la presencia, también, de una mortalidad relativamente alta. Los datos del Censo de 1990, indicaron que en el grupo de mujeres Ngöbes se registró (junto con el grupo de mujeres Wounaan) la mayor diferencia entre hijos nacidos vivos y entre hijos sobrevivientes, fue de 4.2 para los primeros y de 3.4 los segundos. Para la Provincia de Chiriquí esta relación fue de 3.2 y 2.9 respectivamente.

3.4 Migraciones

Desde finales del Siglo XIX, el hombre Ngöbe se ha visto forzado a buscar trabajo asalariado como complemento de su agricultura tradicional. Si bien no existen estudios actualizados sobre el fenómeno migratorio, algunos antecedentes

nos permiten acercarnos a algunas características que presenta hoy la movilidad.

En el año 1960, afirmaba Ostaszka (Ostaszka 1980, Behm 1982) que la provincia de Chiriquí era la provincia que menos movilidad tenía, y en el año 1979, el estudio socioeconómico realizado por UNICEF (Davis, 1978), concluyó que el movimiento migratorio se efectuaba únicamente por trabajo. Sin embargo, el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIPPE, 1992), señaló que en el período comprendido entre los años 1970 y 1980, y especialmente, entre 1980 y 1985, se presentaron características muy particulares que dinamizaron una mayor movilidad en la población Ngöbe.

Estas características se referían, principalmente, a la participación política que había facilitado la negociación de estudios y empleos remunerados en las ciudades de David, Puerto Armuelles, Boquete, Bocas del Toro, Santiago y Panamá. Se explicaba que el interés de buscar un empleo remunerado y la aspiración de lograr una educación académica constituían el factor principal que llevaba a esta población a salir de sus áreas de residencia.

Sinclair F. (Sinclair, 1988), identificó algunas características de la migración señalando tres clases: a) una migración realizada a corto plazo con una duración de dos a tres meses combinando así, la agricultura tradicional y el trabajo asalariado; b) otra migración a largo plazo con una duración de tres a seis meses, realizada principalmente debido a una cosecha poco productiva y a la escasez de ingresos suficientes para la compra de productos de primera necesidad y por último c) una migración permanente asociada a la no disponibilidad de parcelas de tierras cultivables. El tiempo en que generalmente migran es entre principios de junio a enero, (largo plazo) y el

tiempo fuerte de migración se produce entre agosto y diciembre (corto plazo). El censo de 1990, mostró que la población Ngöbe se ha distribuido en todas las provincias del país, pero esta migración sólo ha representado un 2.2 % de su población total, o sea que la mayoría de los Ngöbes siguen ubicándose en las provincias habituales de residencia (Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas) y el resto (0.7%) se ha distribuido en las demás provincias del país y en la comarca de San Blas. (Ver Anexo 6).

El índice de masculinidad de los Ngöbe, en esa fecha, fue de 109 hombres por cada 100 mujeres, pero, se observa que aumenta considerablemente en Panamá y, más aún, en el resto de la República, lo que nos indica que la mujer migra en menor número que el hombre hacia provincias de residencia no habituales.

La distribución de la población Ngöbe dentro de la provincia de Chiriquí, indica que el 19% de la misma estaba fuera de los distritos tradicionales de residencia (en el área de oriente). Los distritos donde mayormente se ubicaron fueron: Barú (6.5%), que es una zona de plantación bananera; Bugaba (3.5%) tradicionalmente, productora de papa, legumbres, café y tabaco; luego Boquete (2.6%) principalmente con el cultivo del café y David (2.4%), la cual, posiblemente, nuclea en torno a la explotación ganadera y a los beneficios de los servicios básicos que presenta la ciudad. Las razones hombre/mujer mas altas se ubicaron en los distritos de Boquete y Bugaba (226 y 225 respectivamente) lo que podría estar sugiriendo que el hombre migra sólo para los trabajos de período corto (cosechas) y se lleva a su familia cuando se instala en forma más permanente: así, la relación M/F en Bugaba disminuye a 120 y en David llega a 113. (Ver anexo7).

Esta hipótesis parece confirmarse al analizar la estructura de edades en David y Barú que sigue patrones

similares al encontrado en su área de origen. Al contrario, la estructura de edades en el distrito de Boquete confirma que mientras el hombre Ngöbe en el tramo de edad de 15 a 54 años representa un 70.3%, la mujer representa sólo un 45.7%.

El efecto de la migración sobre la salud, depende de la capacidad del centro receptor de brindar aquellas condiciones y facilidades que contribuyan a crear salud, esto es, facilidades de vivienda, saneamiento básico y otros servicios sociales básicos. Aunque en el lugar de origen carecen en gran parte de estas facilidades sabemos que esta situación no es mejor en los lugares donde mujeres y hombres Ngöbes migran a trabajar, aspectos que deben ser contemplados en otro estudio.

Si bien, perciben un ingreso que muchas veces es inferior al salario mínimo, las condiciones materiales y relaciones de vida en los lugares receptores afectan la salud de la familia.

La mujer Ngöbe migra entre 15 y 34 años lo que coincide con la edad de trabajar y de reproducir la vida. En la Provincia de Chiriquí, en 1990, había un 25% de mujeres en ese grupo de edad fuera de la Comarca, mientras que en los hombres este porcentaje era de 28.6% para ese mismo grupo de edad.

No conocemos cuáles son, ahora, las actividades, si colaboran en el trabajo agrícola, si se convierten en asalariadas o en trabajadoras invisibles, o sí, solamente, reproducen la vida familiar. Al respecto surgen muchas interrogantes. ¿Las condiciones inciertas de vida a las que se ven sometidas aumentan la susceptibilidad a las enfermedades? ¿Cuál es el acceso que tienen a los servicios de salud, ahora situados relativamente más cerca?

¿La mujer joven que sale de su residencia habitual acompaña a un hombre, se dirige al colegio o a una casa de familia? Cualquiera sea la circunstancia, la repercusión de este hecho migratorio estaría expresándose, también, en el área simbólica, en el rechazo a su propia cultura en las más jóvenes, y también, en la discontinuidad de un saber hasta ahora transmitido oralmente a las siguientes generaciones, con las consecuentes repercusiones sobre la salud familiar.

Otro aspecto importante a considerar es el impacto de la migración del hombre en la mujer Ngöbe y en su familia que se quedan en la Comarca o en los distritos habituales de residencia.

Los períodos de migración señalados mas arriba, coinciden con los momentos de la cosecha de arroz y de maíz y con el momento de la siembra de maíz, y frijoles en la Comarca, por lo tanto, esto indica que es la mujer cada vez más la que asume estas responsabilidades, además de las que le conciernen en el hogar y en el cuidado de los hijos. Es ella quien debe desarrollar diversas estrategias de sobrevivencia con las cuales aumenta las horas de trabajo diario, el estrés, las preocupaciones, agregando a ello su multiparidad y un promedio de lactancia media de aproximadamente 18 meses. Muchas veces estas migraciones del hombre Ngöbe terminan con el abandono de la mujer y la familia, generando el fenómeno de mujeres jefas de hogar.

4. LA SITUACIÓN EDUCATIVA DE LAS MUJERES NGÖBE

La educación es un factor crucial para elevar la situación de las mujeres y mejorar, en general, las condiciones de vida. Se ha demostrado que este factor tiene implicaciones sociales de largo alcance, y que la educación de la madre desempeña un papel relevante en la reducción de la mortalidad infantil por

causas prevenibles y mejora la supervivencia de los niños y las niñas, (Gómez, 1992). Generalmente, las mujeres y madres con determinado nivel educativo presentan mejores indicadores de salud. En efecto, un mayor nivel de instrucción va aparejado a un mayor acceso a los servicios básicos, con mayores posibilidades de manejar información y utilizarla para acciones de prevención, tratamiento y control de su propia salud y la de su familia.

Son innegables los beneficios de la educación formal para las mujeres, pero, si bien a nivel general del país la mujer ha logrado un nivel relativamente alto de educación, en comparación con el hombre, presentando en el año 1990 un promedio 6.8 años aprobados, esta no ha sido la situación para el pueblo Ngöbe, en general, y la mujer en especial.

Aunque, la instrucción formal es uno de los indicadores con los que contamos para medir el nivel educativo general de la población, es necesario resaltar que la riqueza cultural de esta sociedad se manifiesta a través de diferentes expresiones que no cuentan con indicadores, como son su cosmovisión, sus mitos y leyendas, su idioma, la tierra, las artesanías, etc., elementos que conforman su identidad y que, en parte, aparecen referidos a lo largo de este trabajo.

4.1 *Analfabetismo*

Entre las etnias indígenas en el país, el grupo Ngöbe es el segundo menos alfabetizado, con un porcentaje de 49.5%. La razón hombre/mujer indica que existen 72.5 hombres analfabetos por cada 100 mujeres analfabetas. Esta diferencia se acentúa a favor del hombre, en la medida en que aumentan los tramos de edad, posiblemente, asociado a una menor incorporación de la niña al sistema educativo oficial por decisión

de los padres, quienes al llegar a la edad de la menarquia privilegian las responsabilidades de la niña para formar una familia.

Estas cifras, también, muestran porcentajes mayores de analfabetismo en las edades de 10 y 11 años que en las de 12, 13 y 14 años, tanto para los niños como para las niñas. Este hecho podría estar asociado a una disminución en la matrícula en los últimos años, debido a la situación crítica general del país que ha afectado la disponibilidad de recursos materiales y humanos o, a una matrícula tardía, es decir, con una edad superior a lo indicado por la norma, que son seis años, (Ver anexo 8).

Para los años 1970 y 1980, los y las Ngöbes no alfabetizados/das en la Provincia de Chiriquí, representaban el 87.1% y el 73.5% respectivamente, sin embargo, en 1990 esta cifra había disminuido al 49.5%. A pesar de los avances operados en la última década, aún, una gran parte de la población indígena y en especial de las mujeres, queda al margen de uno de los derechos humanos básicos, como es el de saber leer y escribir.

Este hecho es una de las tantas trabas que impide a este pueblo y en especial a sus mujeres, la incorporación a los beneficios del desarrollo, de allí la necesidad de contar con programas adecuados, dirigidos a reducir esta situación injusta, pero, con respeto y sin violentar los patrones socioculturales.

4.2 Nivel de Instrucción

El nivel de instrucción nos puede brindar alguna información sobre las pautas de comportamiento y las diferencias de género, aunque no es suficiente. En 1990, el censo señala que en todos los niveles el hombre tiene mayores porcentajes de instrucción que las mujeres Ngöbes, este patrón

se repite en la Provincia de Chiriquí y se profundiza a medida que el grado asciende (Ver cuadro 9). Esta relación la podemos observar en las razones hombre/mujer, en los diferentes niveles educativos: primaria, secundaria y universitaria.

Es evidente que en el aspecto educativo formal la mujer Ngöbe presenta grandes desventajas, pero, para poder comprender mejor los factores implicados en esta situación sería necesario contar con información acerca de factores tales como: matrícula, deserción, asistencia, retención, aprobación y terminación, no obstante, aún no se cuenta con dichas tabulaciones para los años noventa. Otros aspectos que conviene, también, tener en cuenta son:

- La ubicación y distribución de las escuelas, ya que esto podría afectar más el desplazamiento de las niñas;
- la presencia de los maestros/maestras ya que muchas veces, no son Ngöbes y no viven en la comunidad; y además, la dificultad de acceso, que a veces, no les permite cubrir los cinco días obligatorios de clases que se deben impartir.

Cuadro N° 9
POBLACIÓN NGÖBE DE 6 AÑOS Y MÁS DE EDAD POR SEXO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN
EN LA REPÚBLICA Y EN LA PROVINCIA DE CHIRIQUÍ, AÑO 1990.

Nivel de Instrucción	República						Provincia de Chiriquí					
	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Total	95,799	100.0	50,034	100.0	45,765	100.0	48,922	100.0	25,405	100.0	23,517	100.0
Sin grado aprobado	44,723	46.7	20,149	40.3	24,574	53.7	24,450	50.0	10,822	42.6	13,628	57.9
Algún grado de primara	41,579	43.4	24,070	48.1	17,509	38.2	20,403	41.8	12,056	47.5	8,347	35.6
Algún grado de secundaria	6,074	6.3	4,209	8.4	1,865	4.1	2,806	5.8	1,929	7.6	877	3.7
Algún grado universitario	218	0.2	158	0.3	60	0.1	72	0.1	58	0.2	14	0.0
Postgrado	1	0.0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vocacional	98	0.1	71	0.1	27	0.0	48	0.0	38	0.1	10	0.0
No declarado	3,106	3.3	1,376	2.8	1,730	3.9	1,143	2.3	502	2.0	641	2.8
Promedio años aprobados	2.4		2.8		2.0		2.2		2.6		1.8	

Fuente: Censos de 1990.

Por otra parte, habría que considerar la pertinencia y compatibilidad en los horarios y el calendario escolar con las actividades que necesariamente deben realizar los niños y las niñas y sus padres. Las que se encuentran asociadas a la supervivencia (trabajo doméstico, agrícola, trabajo estacional, etc.). En los nuevos planes educativos, para 1996, estas inquietudes fueron consideradas ya que se retoma la educación bilingüe en la zona Ngöbe y se toma en cuenta la época de la cosecha en el calendario escolar.

El análisis de los contenidos del curriculum en su marco cultural y su lengua se torna imprescindible. En virtud de que este determina los papeles que tanto los niños como las niñas Ngöbes, deben y deberán desempeñar en la edad adulta. (Sennott, 1990).

Las percepciones de las mujeres Ngöbes de Soloy y Boca de Balsa frente a los programas educativos nacionales no fueron favorables en ciertos aspectos, ellas expresaron:

"Antes la mujer era completa, tejía chácaras, sacaba la pita, era trabajadora, recibía consejos de los mayores y los cumplía, respetaban su responsabilidad. Ya no es así, no se respeta nada de esto ni de nuestra cultura, las muchachas desprecian lo Ngöbe y valoran más la escuela del Suliá²..."

Al indagar a las participantes sobre los contenidos curriculares en la educación formal ellas manifestaron:

²Suliá, se refiere a la población latina.

"...Queremos proponer que se dicten las clases también en la lengua materna, no sabemos escribir el Ngöbere. También que se enseñen las tradiciones y las costumbres, leyendas, vestidos, la historia y lograr un libro oficial de esto, *ya estamos participando para lograrlo...*"

Las mujeres Ngöbes no desprecian la educación, al contrario, están conscientes de la necesidad de capacitarse para desarrollar diferentes actividades, pero sí rechazan, con justa razón, la imposición de otra visión del mundo, pues son conscientes que destruye sus propias estructuras e impone un idioma extraño como el español, en detrimento de su propia lengua.

En el año 1987 (Rivera, 1991), indicaba un aumento de la población Ngöbe que sólo hablaba el idioma español (aproximadamente un 40% en la provincia de Veraguas), lo que significa que habían perdido su lengua materna. La población bilingüe se estimaba en un 60% y aquella que sólo hablaba la lengua materna en un 25% a 30%.

Si bien, a partir de 1975 se instrumentó, un programa bilingüe en el país para las poblaciones de habla indígena, en el caso de los y las Ngöbe, se desarrolló en los idiomas Ngöbere, Buglere y Teribe. Dicho programa contempló la formación de docentes, becas y alfabetización de adultos; no obstante no ha sido suficiente y, por lo tanto, es necesario evaluar y profundizar estas instancias y metodologías, teniendo en cuenta la creación de programas de estudio que recojan las expectativas de hombres y mujeres, los que seguramente tendrían mayor acogida y, por ende, una mejora sustantiva en los indicadores registrados.

5. ***PARTICIPACIÓN SOCIOPOLÍTICA Y RELIGIOSA DE LA MUJER NGÖBE***

5.1 Estructura tradicional y ubicación de la mujer (1526-1946)

Los diferentes estudios realizados sobre la población Ngöbe, en general, dejan en la penumbra la participación de la mujer, tanto en la organización comunitaria como en la organización política. Generalmente, se acepta su aparente escasa participación, como parte del derecho consuetudinario indígena, sin embargo, no dudamos de sus grandes luchas, algunas silenciosas, otras no, al lado de los hombres por la consecución de metas colectivas. Por lo tanto, es necesario reconstruir y resaltar esta participación valiosa de la mujer ya que se ha comprobado que el rol de las mujeres en los procesos sociales es mayor de lo reconocido ideológicamente.

La estructura tradicional Ngöbe estaba conformada por el *Sukia* quien era el jefe político, médico, místico y religioso, depositario de la tradición. Le seguía el Donguen, jefe político en una región y colaborador inmediatos del *Sukia* quien ejecutaba las estrategias y técnicas para solucionar los problemas graves, era civil pero podía convertirse en militar.

El patriarca, era el jefe de una familia con ramificaciones y luego estaban los jefes de familia, supeditados al anciano, quien era auxiliado por los primogénitos y los huérfanos, quienes apoyaban en la solución de problemas físico-psíquicos, (*Mubai y Huill*), en Blanco, 1985; Sinclair, 1987); todos ellos tienen poderes sobrenaturales, carisma para conducir al pueblo; para curar y son elegidos por el Dios Ngobo.

Desde el año 1526, existen esbozos etnográficos que demuestran que la organización social y política Ngöbe estaba constituida por cacicazgos, pero, esta organización fue variando con el tiempo en su contenido, funciones y según las circunstancias históricas. Los caciques dirigían en tiempo de guerra, los ancianos lo hacían en tiempo de paz. Pero a fines del siglo XVIII, principios del siglo XIX, esta organización parece haberse extinguido. (Blanco, 1985).

Posteriormente, este sistema fue reemplazado por otro de gobierno indígena que se instituyó cubriendo las zonas de influencia de los caciques más famosos, así, estos fueron promovidos al rango de gobernadores, primero por el gobierno de Colombia y luego por el gobierno de Panamá. La función de los gobernadores era mantener la paz, arbitrar los conflictos internos y servir de intermediarios entre los administrados y las autoridades gubernamentales, estos a su vez nombraban a los corregidores que los ayudaban en sus funciones.

Desde 1946, la Constitución Política panameña comenzó a introducir cambios que llevaron la intención de someter e integrar al pueblo Ngöbe al sistema político-administrativo panameño. La división política-administrativa impuesta por la sociedad dominante creó una confusión entre un poder (aparente), concedido al corregidor por autoridades exteriores a la comunidad indígena, y un poder real detentado por la gerontocracia y reconocido por la sociedad tradicional, en la figura del *Sukia*.

¿Cuál ha sido la participación de la mujer Ngöbe en esta estructura?

El hombre ha sido siempre el que ha participado en el Gobierno ejerciendo el poder, sin embargo, la ley ideal Ngöbe establecía para los hijos, la herencia tanto por parte del padre

como de la madre, independientemente de su sexo, y en tiempos de los cacicazgos, el cacique al no tener hijos varones, delegaba en la hija mayor su posición y sus bienes (Sinclair, 1987). Surge inmediatamente la pregunta de cuantos casos existieron en la historia en que una mujer Ngöbe heredó esta posición, posiblemente en muy pocos casos.

Por otra parte, pareciera no existir trabas o frenos en cuanto al sexo para poder pertenecer a la categoría de *Sukia* o de *Mubai*, ya que son personas asociadas a los reinos sobrenaturales y que poseen un amplio dominio de la historia y los mitos de su pueblo y que además pueden curar. En el caso de los y las MUBAI, la participación de las mujeres es mayor. Por otra parte, resalta el papel de la BICHO, que es la matrona y que generalmente aconseja y orienta a la muchacha púber y atiende a la parturienta. Es decir, su papel está ligado fundamentalmente a la reproducción y al ritual mágico de la generación de la vida, (Naturaleza).

A pesar de que, aparentemente, no existía una discriminación en el acceso a estas categorías dentro de la elite dirigente, posiblemente el número de mujeres dentro de ellas fue y es menor en comparación con los hombres, sobre todo de las *Sukia*; sin embargo, pensamos que la denominación dada hoy, como *Sukia* a una mujer está asociada fundamentalmente al área religiosa-curativa y no reviste el carácter más amplio de dirigente, como en el hombre, marcando diferentes espacios de actuación.

Sin embargo, para principios de los años sesenta, fue una mujer (Mama chi) quien logró liderizar un vasto movimiento social-religioso y político que tenía como objetivo la unidad del pueblo Ngöbe.

5.2 *El Movimiento de Mama Chi:*

A partir de los años treinta se produce una mayor apertura de la cultura Ngöbe con el mundo exterior, hechos tales como la apertura de las plantaciones bananeras y la apertura de la carretera interamericana, entre otros, facilitan estos contactos. Poco a poco se van introduciendo elementos de la cultura occidental en la sociedad Ngöbe que van reemplazando sus costumbres tradicionales y modificando sus condiciones de vida.

En ese sentido, las actividades de compra-venta influyen sobre el trueque, la reciprocidad y el regalo entre los parientes y el trabajo asalariado va sustituyendo, en parte, el trabajo colectivo; los productos de "afuera" sustituyen la autosuficiencia económica, el alfabetismo al analfabetismo, y la ética indígena es influida por una ética cristiana, primero de la iglesia católica desde la colonia y, posteriormente, de iglesias como la metodista, adventista y evangelista (Young, 1978).

Por otra parte, la invasión de tierras por parte de latinos, aumentó la necesidad de conseguir trabajo asalariado, la presencia político-administrativa del Estado desplazó, en cierta medida, las aspiraciones a una forma de gobierno propia; crearon un marco de crisis social, política y económica, propicio para la aparición de un gran movimiento social.

En 1961, nace el movimiento social y religioso llamado *MAMA CHI* (mamá chiquita) cuyas causas inmediatas y determinantes según Young, se encuentran en la situación económica y demográfica de la época.

Una joven Ngöbe de 20 años de edad, con ciertas características especiales como: el hablar el español, estar casada por la ley occidental, y poseer cédula de identidad, lo que da cuenta de su contacto con el mundo exterior, recibe en el mes

de Septiembre de 1962, la aparición de la Virgen María (MAMA CRI) y de Dios. Esto le confiere un nivel jerárquico superior y ella es asimilada a una semi-diosa. Así, comienza el movimiento religioso profético que propone un cambio radical en la vida de los Ngöbes y en su relación con el mundo exterior.

“Los y las Ngöbes, deben asumir la responsabilidad de su destino: el paraíso o su destrucción (Young, 1978)”.

Los temas abordados para la realización de la profecía eran seis:

1. *El tema de la UNIÓN:* el pueblo Ngöbe debía eliminar las fuentes de división, abandonar los y la discordia (alcohol, peleas, fiestas como balsería y la chichería), abandonar la costumbre entregar a sus hijos a hogares latinos y de escuelas occidentales, ya que al confrontaban problemas de adaptación a la vida Ngöbe. La unión sería posible a través de la fundación de una sociedad fraternal, de una gran familia Ngöbe.
2. *El tema del TRABAJO DE LA TIERRA:* Lo primordial es demarcar el territorio Ngöbe, trabajar intensamente y volver a la autosuficiencia, rechazar los productos que vienen del exterior y producir según las técnicas utilizadas por los latinos: desarrollar actividades avícolas y ganaderas, para alimentar a la población adecuadamente y no para constituirse como medio de compra-venta.
3. *El tema del REZO:* El sábado y el domingo fueron días dedicados a Dios y al descanso. Para que Dios llegue a vivir en tierra Ngöbe, el pueblo debe orar durante cinco años. El rezo reemplaza los pilares de la sociedad

tradicional que fueron declarados negativos: la balsería, la chichería y los ritos de pasaje. Sin embargo, no excluyen la tradición.

4. *El tema del PACIFISMO:* El hombre y la mujer Ngöbe deben vivir en paz con sus hermanos y vecinos incluso los no-Ngöbes, Mama Chi ordena vivir en un *mundo paralelo*.
5. *El tema ANTI LATINO:* MAMA CHI, se declara en contra de los que explotan al indígena y al campesino sin tierra:
 - El Ngöbe no puede vender mas su tierra.
 - El Ngöbe no puede vender ni comprar al latino.
 - El Ngöbe no debe someterse mas a las leyes del corregidor.
 - El Ngöbe no debe registrar mas los nacimientos y decesos.
 - El Ngöbe debe deshacerse de su cédula.
6. *Los temas TRADICIONALES:* MAMA CHI prohibió la balsería, la chichería, los ritos de iniciación y la poligamia.

MAMA CHI, efectúa una campaña intensiva y viaja por todo el territorio Ngöbe. Establece una organización en la cual participaron fuerzas tradicionales, representadas en los apóstoles, los *Sukias* y los predicadores, (no es posible identificar en esta estructura la participación de las mujeres) y además, fuerzas modernizantes compuestas por jóvenes que

sabían leer y escribir y que tenían experiencias en el mundo exterior.

Ella creó una conciencia PAN-Ngöbe, que permitió la unificación de las diferentes tendencias, ya que nunca había existido una unidad global del pueblo, debido a su dispersión geográfica.

Fue la primera vez que el pueblo Ngöbe, respondió a una sola Jefa y ésta era religiosa y además mujer, pero no encontramos otro ejemplo similar.

Después de estos acontecimientos, la vida de MAMA CHI, fue breve, ya que murió a los dos años siguientes, posiblemente de tuberculosis y el movimiento tomó otros rumbos.

Posteriormente, un segmento del movimiento abandonó el culto religioso profundizando los aspectos políticos y otros segmentos, sin renunciar al culto religioso, abandonaron su actitud reivindicativa y se convirtieron en pasivos.

Es importante destacar la aceptación del pueblo Ngöbe y sobre todo de sus hombres, que se sometieron al liderazgo de una mujer, que logró por primera vez la unidad, aunque esta haya sido breve.

5.3 *Una Nueva Organización Política y la Lucha por la Comarca:*

Al imponerse dentro del movimiento Mamachi, la tendencia de los jóvenes políticos que pertenecían a la modernidad se plantearon otras formas de lucha, desplazando a la gerontocracia.

Unos años más tarde, una nueva coyuntura política ofrecía otros espacios de participación. Es en este contexto que surgen los Congresos como instancias de organización política, legislativa y popular del sistema de gobierno indígena que luchaba por sus reivindicaciones como pueblo. Esto ocasionó una dualidad de poderes entre las autoridades Ngöbes y las autoridades nacionales que reconocen la estructura político-administrativa de la República, por lo tanto, a un gobernador provincial, a los Alcaldes por distritos y a los Corregidores y Regidores a nivel de corregimiento y regimiento. En este sentido, la propuesta Ngöbe ha sido la de unificar en una misma persona la autoridad y el poder, pero la alternativa del gobierno nacional ha sido separar los dos poderes y nombrar en los cargos nacionales a candidatos Ngöbes.

En un congreso realizado en 1966, en Alto de Jesús, Provincia de Veraguas, se lanzó la idea de establecer tres caciques a nivel de la reserva Ngöbe, idea que se plasmó en el año 1969. En ese año se produjo la primera comunicación entre el pueblo Ngöbe y el gobierno nacional, con el fin de negociar la Comarca indígena, reunión que aglutinó a más de 10.000 personas, mujeres y hombres, donde se eligieron las autoridades indígenas que fueron reconocidas por las autoridades nacionales.

Esta nueva estructura quedó integrada en las tres provincias así: los Caciques Generales, quienes son autoridades indígenas que forman parte del gobierno local, son los representantes ante el Congreso General, Regional o Local, y son escogidos por el pueblo Ngöbe con el voto igualitario de hombres y mujeres. Los jefes inmediatos, que representan al Cacique a nivel de la comunidad, los Comisarios encargados de transmitir las órdenes y el Congreso Local que reúne cada cuatro meses a los jefes inmediatos. Cada región realiza un Congreso Regional anual y cada 3 años se realiza un Congreso General que reúne a todo el pueblo Ngöbe. La instancia del Congreso

quedó conformada por un presidente, un vice presidente, una secretaria y subsecretaria general y vocales. (Acosta, 1992).

Durante los años setenta los caciques decidieron integrarse al engranaje político panameño, logrando algunas posiciones dentro de la Asamblea Nacional y a nivel de los corregimientos.

A pesar de estos nuevos cambios en la estructura, la mujer ha participado poco en los cargos de la misma hasta el día de hoy, a pesar de contar con voz y voto en los congresos, y poder presentar sus demandas económicas y sociales en la estructura. Su participación se ha dado, mas bien, a nivel de los grupos de trabajo creados por algunos caciques y con el apoyo de organizaciones religiosas.

En la década de los años setenta surgieron organizaciones de mujeres Ngöbes por corregimientos, que fueron muy activas. Posiblemente confluían una serie de elementos para que esto fuera posible: el antecedente de Mama Chi y la nueva dinámica política que se expresaba en las comunidades Ngöbes, pero, estimulada desde afuera.

Estas organizaciones de mujeres Ngöbes por corregimiento, nacieron principalmente en la provincia de Veraguas, pasando posteriormente la experiencia a la provincia de Chiriquí, y tenían como objetivos básicos el desarrollo de una educación informal, los aspectos cooperativos, trabajos comunales y agrícolas, artesanales y religiosos. Sin embargo, también se constituyeron en una instancia importante impulsadora de logros en la lucha por la demarcación de la Comarca. Estas mujeres se convirtieron en líderes, participando en las comunidades, en las calles, en las emisoras de radio, con

una gran disciplina y capacidad de trabajo.³ Lamentablemente esta historia aún no ha sido escrita, silenciando esta gran tarea.

En el año 1978, la encuesta socioeconómica guaymí (Davis, 1978), identificó 869 mujeres Ngöbes dirigentes, de las cuales el 21.75% eran *Sukias*, 18.80% eran maestras, 16.65% eran dirigentes religiosas y 11.85% dirigentes políticas. Esto indicaba una mayor participación de la mujer Ngöbe como dirigente en el área religiosa.

En la década de los años ochenta, las acciones del pueblo Ngöbe en su lucha, lograron que la Asamblea Legislativa presentara un Anteproyecto de Ley que creaba la Comarca, pero, el mismo no contó con el aval de todos los grupos indígenas interesados, lo que fue rechazado y aún esta vieja aspiración de hombres y mujeres fue resuelta recientemente, (ver conclusión).

No es hasta el año 1992, cuando se presenta la primera mujer Ngöbe, Cecilia Sánchez, una educadora, como candidata a aspirar la máxima jefatura del Congreso General, conjuntamente con dos hombres. Si bien su candidatura obtuvo el tercer puesto en la elección con un 9.2% del total de los votos, ha sido un intento innovador que, posiblemente, tendrá repercusiones futuras en el imaginario social de la mujer Ngöbe, para incursionar más, decididamente, en esta área de la vida social.

³ACOSTA, J.: Comunicación Personal.

En 1996, es una mujer, Gabriela Caballero, quien tiene la responsabilidad de Cacique Regional de Tole y participa activamente en las negociaciones por la Comarca Ngöbe.



INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGION DE CHIRIQUI AÑO 1991



Instituto de la Mujer

Segunda parte: Mujer Ngöbe y Salud

6. **EL CONCEPTO SALUD - ENFERMEDAD:**

La salud para los/las Ngöbes 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.

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).

7. **EL SISTEMA TRADICIONAL DE SALUD:**

Todo sistema médico es un sistema cultural que posee una nosología (clasificación de enfermedades), una etiología (teoría de causas de enfermedades), una semiología (sistema de identificación e interpretación de enfermedades) y una tecnología médica de rituales, acciones y medicamentos.

Todos estos elementos forman el universo simbólico de la cosmovisión propia de cada cultura.

7.1 Los Agentes Curativos:

En caso de que la enfermedad sea grave, la familia consulta con el *Sukia*, cuando la fitoterapia no ha dado resultados o cuando la enfermedad ha debilitado mucho el cuerpo. *Sukia*, es la persona que puede reintegrar su alma al cuerpo mediante un sistema terapéutico, puede convocar y hablar con las fuerzas sobrenaturales.

Las funciones principales que cumple son:

- terapeuta;
- adivino;
- fitoterapeuta y;
- rector de la sociedad.

Sin embargo, la figura del *Sukia* en la sociedad Ngöbe, presenta una ambivalencia ya que si bien puede emplear las fuerzas del bien, también se comunica y convoca las fuerzas del mal, de allí que generalmente vive en aislamiento.

Al lado del *Sukia* existen otros personajes con funciones diversificadas y delimitadas, pero, que participan con él o ella; éstos pertenecen a la categoría de *Mubai*. En esta categoría se encuentra la *Bicho*, mujer, que atiende fundamentalmente los aspectos relacionados con la reproducción de la vida (aconseja y orienta a la púber y ayuda a las mujeres a dar a luz). Existen también, otros personajes que solamente administran la herbolaria.

Por lo tanto, en el sistema tradicional de salud Ngöbe, se identifican diversas funciones y especialidades en las que la mujer tiene un papel central, aunque como indicamos en otra parte del estudio, en la categoría de *Sukia* existen pocas mujeres.

7.2 *Requisitos para Ejercer la Función de Sukia:*

Generalmente provienen de familias donde ha habido *Sukia*. Al nacer, ya son identificados los signos que indican su poder para dominar las fuerzas sobrenaturales, en general son malformaciones congénitas.

Es un/una enviado/da de los dioses para proteger a la humanidad de las fuerzas negativas y desde pequeño/ña es entrenado/a junto a un maestro durante quince a veinte años y vive aislado/da. Debe aprender y memorizar las técnicas, los mitos y las encantaciones. Combina la función de herborista y curandero/ra y debe hacer ayuno y abstinencia sexual.

7.3 *Sesión Curativa:*

La enfermedad del individuo implica a toda la familia, el enfermo es llevado donde se encuentra el *Sukia*. Para el diagnóstico, el *Sukia* utiliza una semiología altamente especializada de carácter mágico-religioso, para detectar y clasificar la enfermedad y poder utilizar una terapéutica adecuada.

Sinclair (Sinclair, 1990), describe una sesión curativa donde se pueden identificar estos elementos:

- a. Una vez en la casa del *Sukia*, el enfermo es recluido en una casita con cuatro puertas que dan hacia cuatro caminos, en los cuales se ha colocado una cruz para alejar a los espíritus negativos.
El *Sukia* quema en las cuatro direcciones nidos de hormiga, hojas secas y ají para sahumar los espíritus mientras fuma hojas de tabaco.

- b. Comienza el período de vigilia (Gueto), donde el enfermo sólo puede ser visitado por el *Sukia*. Los parientes permanecen cerca de la casa.
- c. El *Sukia*, comienza un ayuno que durará cinco días y cinco noches en los que se alimentará con una preparación a base de cacao. Durante este tiempo, el mantiene a los parientes despiertos, echándole en los ojos una infusión de hierbas.
- d. Al finalizar el quinto día el espíritu es atrapado en una de las trampas colocadas en las cuatro puertas.
- e. El *Sukia* interroga al espíritu y le pregunta de qué tipo de enfermedad se trata. Si es una cura que requiere de plantas, se las administra al enfermo, si es una enfermedad que implica la pérdida del alma fija un nuevo plazo luego del cual el enfermo sanará o morirá si las fuerzas sobrenaturales no desean liberarlo.
- f. La preparación de los alimentos es realizada por un pariente del mismo sexo del enfermo, ya que el mal podría esconderse en el sexo opuesto. Pero la comida es administrada por el mismo *Sukia* o uno de sus ayudantes.

Se emplean plumas de URUBU para sanar la locura pues se dice que este animal es el que la causa.

Al terminar la sesión, sólo se paga al *Sukia* si el paciente sana y este exige un pago proporcional a la posición social de la familia.

Esta terapéutica es shamánica y el 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 expresados en lengua esotérica.
- dietas especiales.
- aislamiento.
- pociones a base de plantas.
- sahumeros.
- vigilias.

Combinando así, aspectos empíricos con recursos mágico-religiosos.

7.4 El papel de la Mujer Ngöbe en el Sistema de Salud Tradicional:

Es necesario señalar, que la mujer Ngöbe no piensa solamente en su propia salud, individualmente, porque prevalece el concepto colectivo e integral de salud.

"Tener salud es tener buena alimentación..., bañarse temprano..., comenzar a trabajar temprano..., no guardar el agua que se recogió para el otro día..., seguir el consejo de la gente mayor..., no estar sola, sin compañero..., sentirse bien en el cuerpo, estar limpia, tener la vivienda limpia..."

En el terreno de la salud el papel de la mujer es central, porque ella toma en sus manos el cuidado de la salud familiar y a medida que su experiencia se enriquece con el avance de la

edad y el número de hijos tenidos, ella transmite sus conocimientos a sus hijas y/o nietas en el ámbito del hogar y algunas brindan sus servicios a la comunidad.

Las mujeres dan consejos, detectan síntomas, administran tratamientos y, también, cuando toman conciencia de sus limitaciones frente al problema, refieren a los/las pacientes al sistema de salud oficial. Las mujeres Ngöbe han enfatizado su preferencia por resolver los problemas de salud en el ámbito del hogar, posteriormente utilizan los recursos comunitarios y por último los servicios de salud oficiales. Es evidente que existe un nivel escalonado de atención que está en función de la percepción de los problemas de salud que se presenten.

El apoyo emocional que otorgan y reciben en el hogar en caso de enfermedad o de períodos críticos en su ciclo vital, es muy valorado, traduciéndose así en una terapia personalizada, pero que se realiza rodeada de su familia y en su propia lengua, lo que es también muy importante.

Por otra parte, las largas distancias; las dificultades climatológicas; el costo económico; el problema familiar que se presenta al tener que desplazarse con otros miembros de la familia o el tener que dejar niños; la ruptura del apoyo emocional acostumbrado, teniendo que aceptar otras reglas del juego en el sistema oficial de salud - que muchas veces produce en las mujeres Ngöbe sentimientos de despersonalización, rechazo e inclusive, a veces, de maltrato -, son algunos de los factores que explican este patrón de utilización de los servicios tradicionales y oficiales de salud, relacionado con los costos ambientales, culturales y sociales; en otros términos, en función de los beneficios que reciben dentro de su cultura familiar cuando se enferman.

Las mujeres Ngöbes jóvenes son las que más utilizan los servicios oficiales de salud, pero son también, las que están perdiendo el bagaje cultural ancestral, debido a un proceso de socialización dado por la educación formal que no toma en cuenta los aspectos que identifican su cultura Ngöbe. Situación que trae como consecuencia problemas de adaptación, de desprestigio de lo propio y muchas veces de rechazo y menosprecio de su tradición médica. Sin embargo, la mujer sigue siendo el principal recurso de salud en la sociedad Ngöbe.

8. SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Las condiciones del medio ambiente no favorecen la salud de hombres y mujeres indígenas. A las malas condiciones de la infraestructura se suman las condiciones climáticas, afectando más aún la salud.

El censo de 1990 indicó que existía un total de 18.848 viviendas particulares Ngöbe, ocupadas en la República.

- De éstas, la mitad estaba construida con paredes y techo de paja, penca, caña y palos; además con piso de tierra (55%).
- El abastecimiento de agua, generalmente, se hace a través de pozos superficiales, de ríos y quebradas (63.6%), mediante acueductos se abastecen de agua dentro de la vivienda sólo 18.5% y un 12% fuera de ella.
- El 64.2%, de la población no tiene servicios sanitarios, y casi un 10% utiliza servicios colectivos.

- La luz eléctrica sólo llega al 9.9% de las viviendas y la principal fuente de energía para alumbrar es el querosene (75.8%).
- El combustible mayormente utilizado para cocinar es la leña (80.2%), (Ver cuadro 10).
- Este patrón general desde la década del '70, hasta los últimos años, ha evolucionado poco, (Venado, 1982).

En Soloy, si bien las viviendas están construidas con tablas de madera, el 92.23% tienen piso de tierra. El 84.12% de la población no posee agua potable, el 92.33% no dispone de servicio sanitario y el 98% no tiene luz eléctrica. Casi todos cocinan con leña (97.3%) y sólo el 40.5% tiene como medio de comunicación la radio.

En Boca de Balsa estos mismos indicadores muestran una mayor escasez. (Ver Anexos 3 y 4).

Estas condiciones por lo tanto se manifiestan en el perfil de morbilidad de niños, adultos y ancianos, aunque con algunas diferencias entre hombres y mujeres, debidas a pautas de comportamiento de género.

9. EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD

9.1 Recursos:

En el área sanitaria de Oriente se llevan a cabo todos los programas de salud que tienen que ver con la atención de las personas y con la atención al medio ambiente, se cuenta además con los siguientes recursos humanos y físicos:

Cuadro N° 10
VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS NGÖBES, SEGÚN
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS
EN LA REPÚBLICA. AÑO 1990

<i>Algunas características de las viviendas</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
TOTAL	18,848	100.0
<i>Paredes Exteriores:</i>		
Bloque ladrillo, piedra concreto	2,625	14.0
Fibra - concreto, madera	3,742	19.8
Quincha, adobe	893	4.7
Paja, penca, caña, palos	9,418	50.0
Otro material o sin paredes	2,170	11.5
<i>Techo:</i>		
Metal	8,677	46.0
Paja o penca	9,865	52.3
Otros	306	1.7
<i>Piso:</i>		
Pavimentado (concreto, mosaico, ladrillo, otros)	3,757	20.0
Madera	2,006	10.6
Tierra	10,365	55.0
Otros (caña, palos, otros)	2,720	14.4
<i>Agua de beber:</i>		
Acueducto dentro de la vivienda	3,487	18.5
Acueducto fuera de la vivienda	2,261	12.0
Pozo Superficial	8,295	44.0
Río o quebrada	3,696	19.6
Otros	1,109	5.9
<i>Servicio sanitario:</i>		
Uso Privado	4,994	26.5
De hueco o letrina	2,960	
Conectado al alcantarillado	395	
Conectado a tanque séptico	1,639	
Uso Colectivo	1,745	9.3
No tiene	12,109	64.2
<i>Alumbrado:</i>		
Eléctrico del IRHE	1,882	10.0
Eléctrico de particulares	2,299	12.2
Querosene	14,289	75.8
Gas	55	0.2
Otro	323	1.8
<i>Combustible para cocinar:</i>		
Gas	2,490	13.2
Leña	15,123	80.2
Carbón	70	0.4
Querosene	1,023	5.5
Electricidad	16	0.0
No cocina	126	0.7

Fuente: Censo de 1990.

Un hospital, cinco centros de salud, siete subcentros y 18 puestos de salud. De estos últimos, sólo ocho, cuentan con personal lo que significa que menos de la mitad de esta infraestructura está funcionando.

En cuanto a los recursos humanos, en 1995, se disponía de catorce médicos, tres odontólogos, diez enfermeras, veintinueve auxiliares de enfermería, nueve asistentes de salud, diecisiete técnicos y veintitrés administrativos, además de otro personal. De estos recursos el 48% trabajan en el Hospital de San Félix.

Los médicos y las enfermeras atienden en el Hospital de San Félix y los Centros de Salud, las/los auxiliares de salud atienden los subcentros y, por último, son los asistentes de salud quienes atienden en los puestos. La mayoría de los asistentes son del sexo masculino y son Ngöbe. (Ver anexo 9). A ellos se deben agregar los promotores voluntarios de Salud Ngöbe, reunidos principalmente en la Coordinadora de Promotores de Salud (COPROSA) y formados por médicos voluntarios y personal de salud desde 1992 (Ministerio de Salud, 1993). La comparación de la evolución del porcentaje de atención profesional en los distritos Ngöbe de Chiriquí⁴ (Cuadro 11), muestra un aumento progresivo de la atención primaria:

- Un aumento a mas del doble de los porcentajes de nacimiento vivos y de defunciones con atención profesional;
- un aumento de los puestos de salud y de los asistentes de salud.

⁴Comunicación personal del doctor Guevara, Director del Area de Salud de Chiriquí Oriente, 1996.

Cuadro N°11
NACIMIENTOS VIVOS DE RESIDENTES EN CASERÍOS INDÍGENAS
NGÖBE EN EL DISTRITO DE ORIENTE, PROVINCIA DE
CHIRIQÚ, SEGÚN EDAD DE LA MADRE.
AÑO 1991

Edad de la Madre	Total		Tolé		Remedios		San Felix		San Lorenzo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	687	100.0	308	100.0	112	100.0	156	100.0	111	100.0
Menos -15 años	5	0.8	-	-	2	1.8	3	1.9	-	-
15 a 19	100	14.5	42	13.6	15	13.4	26	16.6	17	15.3
20-24	165	24.0	85	27.6	26	23.2	33	21.1	21	18.9
25-29	151	22.0	68	22.0	25	22.3	31	19.9	27	24.3
30-34	126	18.3	56	18.2	17	15.2	29	18.6	24	21.6
35-39	80	11.6	35	11.4	13	11.6	20	12.8	12	10.8
40-44	39	5.7	15	4.9	9	8.0	7	4.6	8	7.3
45-49	11	1.6	4	1.4	2	1.8	5	3.3	-	-
50 y más	4	0.6	1	0.3	1	0.9	1	0.6	1	0.9
No Especificado	6	0.9	2	0.6	2	1.8	1	0.6	1	0.9

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

Es necesario reconsiderar nuevamente, a la luz de una política social integral para esta área, los recursos humanos, los recursos físicos y las modalidades de atención al pueblo Ngöbe, teniendo en cuenta sus necesidades.

10. LAS RELACIONES ENTRE EL SISTEMA DE SALUD OFICIAL Y EL SISTEMA DE SALUD TRADICIONAL:

En realidad, hasta hoy, no se ha estructurado una política explícita ni tampoco, se han elaborado estrategias conjuntas para lograr una articulación racional entre estos dos sistemas de salud. Han existido experiencias en otras zonas indígenas por problemas muy puntuales como ha sido el problema del cólera.

Pero, los contactos y las relaciones existen, a veces con algún nivel de comunicación y aceptación, otras con rechazo y aislamiento.

Se han dado encuentros e intercambios de tipo académico, a través de seminarios nacionales e internacionales, explicando métodos y recursos terapéuticos, también se han realizado diversas capacitaciones (parteras empíricas y promotores de salud). Por otro lado, auxiliares de salud Ngöbe formados por el sistema oficial de salud, brindan sus servicios en los puestos de salud ubicados en el área del Oriente.

Sería necesario evaluar los resultados de estos intentos y cómo repercuten en la sociedad Ngöbe:

- ¿Se ha alterado la función de los agentes de salud tradicionales?

- ¿Se han alterado las relaciones de estos agentes en su comunidad?
- ¿Cuál ha sido el efecto de la promoción profesional?
- ¿El hombre es el más indicado para ejercer estas actividades?
- ¿Cuáles podría realizar y cuales no?

En el área de Oriente existe un desafío epidemiológico para el sistema de salud oficial, el cual es necesario enfrentar sistemáticamente, entendiendo el contexto sociocultural en el cual se está operando, a través de la participación comunitaria organizada Ngöbe, fortaleciendo su sentido de pertenencia y revalorizando sus prácticas autóctonas. No se debe olvidar que los/las agentes tradicionales de salud han representado el único recurso durante muchos siglos para enfrentar los problemas de salud, y este saber persiste con la fuerza de lo simbólico y lo cotidiano.

Por otra parte, el sistema médico tradicional enfrenta nuevos problemas y desafíos en su eficacia que están relacionados con el deterioro del medio ambiente y la complejidad que reviste el perfil de morbimortalidad.

A su vez, el sistema de salud oficial, se enfrenta al deber y al desafío de responder a las necesidades de salud de un pueblo que se ha clasificado como grupo prioritario y por lo tanto de alto riesgo.

11. EL CICLO VITAL

Desde los pensadores antiguos, como Aristóteles, el estudio del crecimiento es el estudio mismo de la vida, (Forero

Rodríguez, 1987). Este concepto ha evolucionado en el transcurso del tiempo, actualmente se considera que el crecimiento es un fenómeno dinámico que se inicia en el momento de la fecundación y que está ligado al desarrollo del ser humano como un ser social. Ambos fenómenos están influenciados por el medio ambiente físico, económico, social y cultural.

El proceso natural de crecimiento del ser humano se divide en dos grandes períodos:

1. El período prenatal que normalmente dura cuarenta semanas de vida intrauterina, el cual depende de los antecedentes y de la calidad de vida de los progenitores.
2. El período postnatal o extrauterino que se extiende a partir del nacimiento hasta la muerte. (Esquivel, 1987). Este período postnatal se puede dividir, a su vez, en diferentes etapas marcadas por los cambios biológicos y sociales que experimentan los hombres y las mujeres de una determinada comunidad.

Por ello, dividiremos el ciclo vital de la mujer Ngöbe en tres etapas:

- a. la primera que abarca desde la fecundación hasta la menarquia; b. la segunda que contempla la mujer adulta desde la menarquia hasta los cincuenta y cinco años aproximadamente; c. la tercera que abarca la mujer en edad avanzada hasta la muerte.

11.1 Primera Etapa:

Desde la fecundación el ser humano en la sociedad Ngöbe, representa la continuación de la vida y es esperado/da con alegría, independientemente de su sexo, particularmente si es primogénito/a.

Se considera que el feto *es dado* porque la fuerza que da la vida permite que una mujer engendre y esto depende de la relación que la pareja tenga con la naturaleza.

Cuando la niña nace en la sociedad tradicional, el padre estaba obligado a buscarle esposo, ya que esto constituía y constituye una fuente de beneficios económicos para la familia. Si su sexo es masculino, también es muy valorado dentro de la cultura patriarcal. La madre generalmente muestra afecto y se ve atenta a la solicitud de cuidados por parte del niño/niña. Cuando es bebé la mamá lo/la transporta, generalmente, en una bolsa tejida (chácara), en la cual el niño/ña descansa. Cuando comienza a gatear y a caminar, se le permite deambular por la casa vigilado/da por otros niños o adultos.

Al año de nacimiento, se le da su nombre formal durante una fiesta. Para el varón es el nombre definitivo, pero en la niña es transitorio, cambia en la pubertad con la menarquia. El primer nombre es puesto en función de lo observado durante el parto: en la placenta hay una escritura que indica lo que ese/a niño/niña será.

La lactancia materna es frecuente, casi la mitad de los niños/as toman pecho entre 13 y 24 meses y 40% entre 5 y 12 meses.⁵

⁵RIVERA, Op. Cit.

Si la madre queda embarazada, suspende inmediatamente el pecho al niño que está amamantado. En el caso de existir una enfermedad grave de la madre que la imposibilita dar el pecho, el/la niño/a es alimentado con cacao o leche maternizada. El uso de ésta última puede favorecer la desnutrición y las infecciones.

A los seis meses comienza el destete, y se le introduce puré de maíz o de arroz y al año, los niños/as comen el patrón alimentario familiar. Este patrón tanto en Boca de Balsa como en Soloy se compone de arroz, frijoles, maíz, ocasionalmente de plátano, y excepcionalmente de pollo o huevo. De acuerdo a lo observado en otros informes, este patrón no ha variado desde 1978, presentando un valor nutritivo bajo en calorías, proteínas y vitaminas.

Prácticamente el 60% de los niños/niñas nacen en casa pero luego son llevados al puesto de salud, quienes son atendidos por el ayudante de salud Ngöbe en el programa de crecimiento y desarrollo. Los niños/as son vacunados, pero el esquema del Programa Nacional de Vacunación es seguido de manera irregular y depende de la relación de las madres con el personal de salud y de la distancia de la vivienda al puesto de salud. Las giras cubren también la vacunación, pero el seguimiento y el registro personal es aleatorio.

La atención del niño/a enfermo/a en el puesto de salud dependerá de los mismos factores señalados y de la presencia de un *Sukia* en la comunidad. Las madres de Soloy y Boca de Balsa, aceptan y utilizan muy frecuentemente, los recursos de salud médico-oficiales, sobre todo, para atender a sus niños/as, particularmente, las madres con edades de 30 años y menos.

En Boca de Balsa, las madres expresaron que utilizan tanto el sistema oficial, como el sistema tradicional, pero esto está en función de la percepción que tengan a cerca del tipo de enfermedad y la gravedad que reviste. La satisfacción expresada por de uno y otro sistema, depende directamente de la experiencia personal y de los resultados obtenidos en cada caso.

El proceso de socialización de los niños/niñas ocurre dentro de la familia, el padre educa al varón y la madre educa a la mujercita. Ellas son entrenadas desde pequeñas en la cocina, la recolección de agua, el lavado de la ropa, la costura, el cuidado de los niños, la confección de chácaras, el cuidado de los animales domésticos, etc. A los varones se les enseña, la confección de sombreros, la agricultura, la caza, la pesca; a cortar el monte y a elaborar diversos instrumentos.

Tanto las niñas como los niños participan en la agricultura y en el procesamiento de alimentos según el ritmo estacional.

De acuerdo con las entrevistas hechas a las mujeres Ngöbe, en los juegos son mixtos, ambos crecen libremente y no hay diferencias, en el tratamiento de ambos sexos hasta la menarquia, que es cuando se separan. Sin embargo, desde la primera infancia la socialización de los niños y de las niñas esta orientada según su rol social futuro, estableciendo claramente la función de género.

La disciplina se basa en el método de castigo-recompensa.

Niños y Niñas participan en las reuniones y ceremonias de los adultos.

La influencia del sistema educativo oficial formal ha alejado a los/las jóvenes de las tradiciones y de los valores, lo que es evidente en el siguiente testimonio:

" Las mujeres cuando entran a la escuela dejan de coser los vestidos, ni a mano, ni a máquina, no quieren hacer chácaras, ni vestidos, ni nada"... "No saben ni los cuentos, ni la historia..."

Este proceso tampoco les ha ofrecido otras alternativas de integración al desarrollo de la sociedad panameña, donde sufren una subordinación y discriminación que los/las relega. Estas circunstancias se expresan, mayormente, en las dificultades escolares y la pérdida de su identidad, germinando posteriormente en frustraciones que favorecen fenómenos relativamente nuevos para la sociedad Ngöbe, como son la delincuencia juvenil, los suicidios y homicidios, el abandono, las mujeres jefes de hogar y la violencia en general.

11.2 Segunda Etapa: Menarquía.

La menarquía en la mujer es el hecho fisiológico que evidencia el sentido biológico y social que marca el tránsito a la adultez, y por lo tanto su incorporación a las fuerzas activas de la sociedad Ngöbe, ya que este hecho la habilita para contraer matrimonio y tener hijos. Este paso se expresa en la ceremonia de la pubertad femenina. (Torres de Araúz, 1961).

El cambio en el varón, a partir de los doce años, también tenía su expresión dentro de la sociedad Ngöbe, en la CLARIDA O CLARIA, que era la ceremonia iniciática de la pubertad masculina. Aunque esta parece haber caído en desuso.

De acuerdo a la información recogida en el Hospital Obaldía y lo expresado por las mujeres de las comunidades de Soloy y Boca de Balsa, la edad promedio de la menarquia es de 13 años. Esta edad se sitúa en el promedio mundial (Anyen, 1988), aunque el desarrollo de los signos secundarios de madurez sexual pueden aparecer antes, desde los nueve o diez años.

En el rito tradicional de la pubertad, se le purifica mediante baños, se le aconseja, se le somete a pruebas de fortaleza física que demostrarán que su débil etapa de infante ha sido superada y se le señala físicamente su nueva condición, mediante el corte del cabello o alguna innovación en el tocado o arreglo personal.

En esta ceremonia también se incluyen aspectos mágicos-religiosos y tiene algunas restricciones que debe cumplir, como ser aislada en alguna forma y comer una dieta especial, ya que algunos alimentos tienen un tabú específico en estos momentos. No puede estar en contacto social ni familiar con hombres y se la defiende contra el ataque de espíritus malignos que puedan atentar contra su fecundidad o femineidad. Una vez cumplido con estos requisitos la joven puede elegir o ser elegida para el matrimonio (Torres de Araúz, 1961). Al respecto las mujeres expresaron:

"La abuelita es la que tiene más acceso a cuidarla, le da consejos, sobre como debe lavar la ropa, fregar, hacer todos los oficios de la casa, coser, hacer la chacara, respetar a sus padres y a los mayores. Debe tener un solo esposo y atenderlo bien..."

"Ella cambia de comportamiento, anterior a ésto no tiene ningún compromiso o responsabilidad, ahora no puede estar sin fundamento, ni jugar por ahí, debe bañarse y arreglarse bien..."

Reina Torres de Araúz, señaló que el ceremonial aparece dividido en dos tiempos que coinciden con el doble carácter y significado de tal acontecimiento. Una primera parte se refiere al período crítico de la menstruación, que se presenta con un carácter de aislamiento, en el cual se hace evidente la condición de tabú de la iniciada, esto se vive como una situación peligrosa y mística que se expresa en los requisitos de dieta, el cuidado personal, la purificación a través de los baños y en el no compartir enceres personales con ninguna otra persona, especialmente, los varones.

Una vez superado el período crítico, la joven ya purificada, y luego de haber perdido el carácter mágico y peligroso, se celebra con una fiesta comunal, constituyéndose en el significado social de un hecho fisiológico que incorpora a la mujer Ngöbe al mundo adulto.

De esta forma se observa como la mujer es protagonista de una vida ritual ligada a la reproducción, obedeciendo a leyes ancestrales de relación con la naturaleza.

11.3 Tercera Etapa: Formación de la Pareja.

Pasado el momento de la primera menstruación, "*la joven*", no puede jugar ni comportarse como una niña, ya que se prepara para contraer matrimonio, aunque este ocurra mas tarde.

El matrimonio dentro de la sociedad tradicional Ngöbe, no es simplemente la unión entre el hombre y la mujer, es,

además, la base de alianza entre grupos de la misma familia, la que se mantiene tenue hasta cuando nazca un hijo del matrimonio (Torres de Araúz, 1961). Existen fuertes y estrictas prohibiciones sobre el incesto, las cuales se refieren a las uniones entre padres e hijos, entre hermanos, entre tíos y tías y entre primos hermanos. Sin embargo, se permite el matrimonio entre primos segundos.

La forma preferida de matrimonio tradicional es un intercambio de mujeres entre dos grupos de familias, esto se inicia con un convenio básico (relaciones *Koba*), en éste se ponen de acuerdo dos hombres que tienen, a su vez, hijos masculinos y femeninos, y deciden quien de sus hijas se cambiarán y quienes son los hijos recibirán a las jóvenes como esposas. Mediante un sistema de visitas (cuatro) se discuten los detalles de derechos y obligaciones, al concluir éstas queda establecido el vínculo matrimonial y no existe ceremonia nupcial. El matrimonio puede realizarse si la muchacha ha llegado a la pubertad.

Desde este momento el esposo está obligado a mantener a su mujer y efectuar trabajos para sus parientes, la joven continúa viviendo en la casa de sus padres por un año o más tiempo, y el esposo la visita para ejercer sus derechos matrimoniales. De acuerdo al convenio establecido la esposa puede irse a vivir a otro lugar con él o seguir permaneciendo en el hogar paterno.

La promesa de matrimonio de niños era muy común, pero actualmente es casi inexistente, algunos corregidores la prohibieron debido a los problemas que pueden surgir. En este caso, se comprometían niñas en su etapa infantil con hombres adultos, después que el esposo mantenía a la niña durante su infancia, ésta se marchaba luego con un hombre de su elección. En este caso, el esposo comprometido, podía reclamar a la

familia de la muchacha que se la devolvieran o que le ofrecieran una substituta (que podían ser sus hermanas o primas, y si no existían mujeres solteras entre éstas, podían ser las hijas de las hermanas) o también, que se le recompensara por los gastos en que había incurrido. Estos matrimonios por intercambio favorecen la estabilidad de dos grupos familiares, pueden utilizarse para estrechar la amistad entre dos hombres, y obtener algunas ventajas como son el uso de tierras apropiadas para sembrar y de servicios de curación gratuita, etc.

Otra forma tradicional de elegir pareja cuando un hombre no tiene dentro de su familia una mujer que pueda utilizarse como pago por una esposa, es acercarse a un hombre que tenga hijas solteras y solicitarle una. En este caso, el hombre además de mantener a su esposa debe de contribuir al sustento del hogar de los suegros, a no ser que convenza a la mujer de no permanecer en el hogar paterno. Este matrimonio sin intercambio aumenta la fuerza de trabajo del hogar del padre de la esposa ya que incorpora a un hombre y continúa manteniendo la de la hija.

Una tercera forma implica que una mujer puede aceptar como esposo y convivir con un hombre atractivo y trabajador sin ninguna formalidad. Si en este caso, los parientes se oponen, no existe ningún mecanismo ni sanción eficaz para evitar este comportamiento, (excepto si se considera incestuoso) ya que la pareja se puede mudar fuera del caserío.

Si bien, aún existen estas formas de lograr una pareja no pudimos conocer con que frecuencia se presentan, sin embargo, entre las mujeres mas jóvenes la última forma pareciera ser la que comienza a preferirse.

Las formas en las que la joven no puede tener una elección de lo que ella realmente desea, esto es: formar pareja con otro hombre, y no con el que ya se le ha comprometido, o seguir soltera y continuar estudios, se expresa en malestares y en acciones de rebeldía que se traducen a veces en casos de "fugas", sobre todo, en aquella mujer que ha obtenido algún nivel formal de educación.⁶ En las mujeres Ngöbes de mediana y mayor edad, en el grupo de trabajo, no se expresaron malestares abiertamente, aunque dos mujeres afirmaron lo siguiente:

"nunca he sentido amor por un hombre, no sé que es, ya que me casaron, y yo no lo elegí"
..."Me hubiese gustado tener la experiencia de sentir amor..."

Es evidente que la concepción del "amor romántico" no es la que priva en la sociedad Ngöbe, pero si se manifiesta en algunos casos.

11.3.1 Poligamia:

La poligamia es la forma tradicional de matrimonio. Un hombre estimado y con prestigio debe tener mas de una esposa, a las que debe ofrecer el sustento apropiado, generalmente, debe traerlas a todas a vivir con él en su caserío, siempre y cuando sus familiares tengan suficientes tierras.

⁶Hermanas de la Caridad, comunicación personal, Remedios, Provincia de Chiriquí.

P. Young (Young, 1978), indica que "existe una relación entre la medida tradicional de riquezas, el ideal de residencia y los recursos en tierras de un grupo familiar. Los matrimonios de intercambio simétrico pueden verse como los que permiten a los miembros masculinos de dos grupos familiares, adherirse al ideal de residencia, aumentando su prestigio a través de la posibilidad de matrimonios plurales, y manteniendo un balance equitativo entre las tierras pertenecientes a grupos familiares y el número de personas que viven en ellas". Es decir, existe una lógica en el logro de un equilibrio biológico-social-económico.

La poligamia se practica con mujeres que son hermanas y con las que no lo son, es decir que no están emparentadas en ningún grado de consanguinidad, en el primer caso el objetivo es reforzar alianzas entre grupos de parentesco y en el segundo permite incluir alianzas adicionales.

La convivencia entre esposos, en este sistema, se da de la siguiente forma: las esposas de un hombre después de abandonar la casa de los padres van a vivir con su esposo, en la misma casa, hasta que los hijos de ésta lleguen a la pubertad y a la madurez. Cuando esto ocurre, generalmente, se mudan a vivir a casas separadas, por lo regular, con sus hijos casados, en el mismo caserío del esposo.

Las mujeres comparten las tareas del hogar y el trabajo en general, sin embargo, la primera esposa es la que cumple el rol dominante entre las demás mujeres.

Al llegar a la vejez, el hombre se vuelve monogámico ya sea por separación de las otras esposas o por viudez.

Este patrón tradicional fue confrontado con las mujeres Ngöbe del grupo estudiado y al respecto expresaron:

"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".
(las más viejitas).

En este caso, las mujeres expresaron el malestar que les produce su propia tradición, sin embargo existen respuestas individuales, diferentes al problema. Será necesario profundizar las características que asume hoy la forma poligámica, al presentarse, actualmente, otro tipo de factores internos y externos que inciden en ella, como por ejemplo:

- Un número mayor de hombres que de mujeres;
- un crecimiento notable de la población Ngöbe;
- la profundización del problema de la tierra;
- la migración;
- la mayor incorporación de los/las jóvenes a la educación formal;
- la influencia de las diferentes religiones que hoy profesan;

el nivel de conciencia y los sentimientos de la mujer Ngöbe, entre otros.

11.3.2 Edad en la Formación de la Pareja:

Las mujeres Ngöbe refirieron haber formado pareja, aproximadamente, a los dieciséis años, edad que confirmamos en las historias clínicas del Hospital Obaldía en aquellas mujeres que declararon la edad de su primera relación sexual, la que fue de dieciséis años como promedio.

Este patrón de conducta no se diferencia de las otras sociedades tradicionales y rurales, en las cuales la mujer inicia su vida social reproductora a edades tempranas, después de la menarquia (Kocher, 1976).

El hombre, en la mayoría de los casos tiene mayor edad que la mujer ya que debe demostrar su responsabilidad económica. Los matrimonios plurales se realizan más entre hombres de edad mediana, generalmente, el patrón es formalizar su compromiso después de los veinte años. Si este hombre ha tenido éxito en la agricultura, la ganadería, la caza, o es o ha sido un balseiro famoso, entonces, tiene posibilidades de buscar esposas adicionales.

Cuando el hombre de mediana edad busca estas esposas adicionales son, por lo general, mucho más jóvenes, como lo expresaron las mujeres en el grupo, y no es extraño que luego se separen porque desean unirse con otro hombre de su edad.

Los primeros matrimonios tienden a ser más duraderos que los posteriores, además de que involucran cambios simétricos, la edad como vimos anteriormente, influye también en la duración.

Young, indica que hay mujeres jóvenes que circulan como esposas de un hombre y de otro, antes de formalizarse con uno solo.

11.3.3 Estado Conyugal:

El Censo de 1990 registró el estado conyugal de la población Ngöbe mayor de 15 años en la República. Si bien, el patrón general es la unión tanto para hombres (53.9%) como para mujeres (69.8%), aparece una diferencia considerable que se expresa en la declaración de los hombres solteros. Mientras que existe un 32.2% de hombres en esta condición, sólo hay un (11.5%) de mujeres, lo que indica que por regla general, son las mujeres las que declaran más estar unidas. Los casados por civil o por iglesia fueron el 8% del total, cifra importante en la medida de que esta forma de matrimonio no pertenece a la sociedad tradicional e indica la incorporación por parte de mujeres y hombres a otras sectas religiosas y a otras costumbres foráneas.

En cuanto a la edad, es importante comprobar que el hombre se une a edades más tardías que la mujer, sobre todo, a partir de los 25 años, mientras que la mujer comienza en el tramo de 15 a 19 años; la gran mayoría de las mujeres están unidas y casadas a partir de los 20 años, (Ver anexo 10).

11.3.4 Separación-Divorcio-Abandono:

A pesar de que en la sociedad tradicional ocurría este fenómeno, según lo expresaron las mujeres de edad más avanzada, ahora parece agudizarse en la Comarca y pareciera afectar más a las mujeres de mediana edad.

El Censo de 1990, presentó cifras de separación de unión, de matrimonio y de divorciados a nivel de la República.

Estos datos indicaron la existencia de un 3.8% de hombres y un 5.55% de mujeres separadas o divorciadas, observándose cifras que superan el 60% a partir de los cuarenta años, aumentando, aún mas, a medida que avanza la edad (Ver anexo 10).

Por otra parte, datos correspondientes a las comunidades de Soloy y Boca de Balsa indicaron la existencia de un 31% de mujeres jefas de hogar en las respectivas comunidades.

El regidor es la autoridad que debe resolver, muchas veces, los problemas familiares, al respecto, algunos de los problemas que ha detectado esta autoridad, sobre todo, de las familias de Soloy son:

"...Existe mucha inestabilidad en las relaciones por abandono, hay desorden en la familia y esto es porque va cambiando la forma de pensar. El hombre abandona la familia y queda la mujer y los hijos desprotegidos.

A veces es la mujer la que adquiere otro compromiso, y si este hombre no quiere aceptar los niños, es ella la que abandona la familia.

Los abuelos no aprueban esta desobediencia, esto se da más en las mujeres más jóvenes..."⁷

⁷Comunicación personal, Regidor de la Comunidad de Soloy.

La presencia de un hombre en el hogar es muy importante para la mujer Ngöbe no solo desde su cosmovisión sino también por la carga de responsabilidades y trabajo que representa su ausencia lo que repercute no sólo en su salud física sino también en su salud mental.

Por otra parte, estas relaciones inestables llevan muchas veces al maltrato y a la violencia, reflejándose sobre todo en las mujeres y en los niños.

11.3.5 Vida Sexual:

La vida sexual de la mujer Ngöbe comienza con la formación de la pareja y tiene lugar dentro de la pareja. Para las mujeres de Soloy y Boca de Balsa no es concebible una mujer sin pareja, aunque su matrimonio termine en abandono o separación. La sola idea de no formar pareja provocaba risa y esto se explica en su cosmovisión sobre la complementariedad de hombres y mujeres.

Reconocen que ciertos hombres jóvenes pueden tener relaciones sexuales antes de formar pareja, pero esto ocurre fuera de la Comarca. Para ellas, esto no se concibe. Sus patrones de comportamiento sexual en la Comarca se reflejan en las estadísticas, éstas señalan *la ausencia de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres Ngöbe* atendidas en los centros de salud oficiales. Esta es, también, la experiencia expresada por el personal de salud, además de la revisión efectuada en los expedientes clínicos, donde no encontramos un sólo diagnóstico de ETS, Enfermedades de transmisión sexual en las mujeres provenientes del área de Oriente. Sin embargo, esta situación parece cambiar sobre todo en el hombre probablemente por la migración de tiempo prolongado y sin su familia.

11.4 Cuarta Etapa: La Mujer de Edad Avanzada:

La vida de la mujer es única y cada etapa de su ciclo vital, está relacionada con la otra. Existen una serie de factores tales como el estado civil, el número de hijos dados a luz y vivos, el nivel de educación, los ingresos disponibles, la nutrición, la integración en una unidad familiar, etc., que contribuyen a conformar un perfil más o menos satisfactorio o no en esta etapa de la vida de mujeres y hombres.

En esta fase del ciclo vital comienza a aumentar la dependencia de otras personas, se presentan procesos crónicos e incapacidades funcionales crecientes, lo que ameritan una atención no solo familiar sino también médica.

Para los Ngöbe, el concepto de vejez tiene diversas implicaciones que es necesario ahondar en próximos estudios.

La mujer Ngöbe después de los treinta y cinco o cuarenta años, aproximadamente, ha perdido los encantos físicos de sus quince años en virtud del trabajo diario, de los múltiples embarazos y, además, ya no cuenta con las mismas fuerzas para trabajar. Se debe recalcar también que el promedio de vida de la población Ngöbe era de 45 años en 1993, (INRENARE, GTZ: 1993).

Las mujeres expresaron que el signo utilizado para considerar una mujer anciana es la aparición de cabellos blancos.

Las actitudes que adoptan respecto a este período y las modificaciones emotivas que la acompañan, están en función del papel que la sociedad ha permitido y estimulado a lo largo del ciclo vital.

Desde la aparición de sus canas, ella disminuye notablemente el trabajo doméstico y ya no participa en los trabajos agrícolas, comienza ahora a ser atendida por su familia. Juega con sus nietos, cuenta historias, da consejos, participa en la vida familiar y se escuchan sus opiniones. Aunque el proceso de desculturización ha mermado su autoridad, sigue siendo la de mayor experiencia, y cumple un papel importante en el proceso reproductivo de la sociedad Ngöbe.

Las mujeres de Boca de Balsa (Mama Chi) manifestaron que las abuelas son recogidas por sus hijos, más aún si son viudas, y los abuelos por sus hijas, cualquiera sea el motivo, nunca quedan solas, siempre viven con familiares que la / lo protegen hasta su muerte.

Este es el sistema de seguridad social familiar de la sociedad Ngöbe del que se benefician los de mayor edad. Sin embargo, con el aumento de la pobreza, sería necesario evaluar las características que asume hoy esta protección ya que la mujer a esta edad deja de generar ingresos y se constituye en una carga.

El número de mujeres Ngöbe que pasa la edad de 55 años es mucho menor que el número de hombres; este patrón se observa a nivel general y, también, en las zonas de residencia habitual. El índice de masculinidad en este grupo de edad en la Zona de Oriente fue en 1990 de 121.

A pesar de los subregistros, la mortalidad en la mujer es más alta, sobre todo, en la edad reproductiva y productiva, lo que podría indicar una menor sobrevivencia de las mujeres a los 55 años y después.

Los datos del censo de 1990 señalan porcentajes mayores de viudez, separaciones y divorcios en las mujeres que

en los hombres en estas edades, posiblemente, porque algunos hombres vuelven a unirse nuevamente con mujeres más jóvenes. (Ver anexo 10). *Pareciera ser que la mujer después de su etapa reproductiva compartiera su vida más con sus hijos que con su pareja.*

11.5 La Muerte

La muerte representa la desintegración de la materia y la vida en el más allá. El sueño de una vida placentera sin dolores y sufrimientos se realiza con la muerte.

El nuevo estado, sin embargo, no significa la eternidad sino que la otra vida depende de los años que se vivió en la tierra dentro del cuerpo. La otra vida, si bien es mas larga que la primera, ofrece la misma desventaja de su extinción. El ritual funerario que realizan los Ngöbe lleva la finalidad de que el alma no se extravíe en el camino hacia el otro mundo, ya que ésta vagará durante tres días, por lo tanto, el velorio tiene esta duración.

En esta ceremonia la posición de la persona fallecida revelará su conducta durante la vida en la tierra y se colocan al pie objetos de su uso diario, frutos y legumbres. Tres veces al día se rocía el cadáver con agua del río para su purificación. La tumba se cava en la tierra y luego de doce meses se efectúa una segunda ceremonia en la que se junta y limpia la osamenta, (Torres de Araúz, 1961).

Tercera parte: El Proceso Reproductivo

En el proceso reproductivo intervienen e interactúan tanto factores biológicos como socio-económicos y culturales que dan como resultado salud o enfermedad e inclusive la muerte.

Es un derecho de toda mujer tener acceso a una atención adecuada durante esta etapa. En este sentido, conocer los valores culturales y los comportamientos de las /los Ngöbe es de suma importancia, para poder lograr la creación de alternativas de atención que respeten y satisfagan sus necesidades.

12. LA ATENCIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO:

La misma distribución de la población Ngöbe y su resistencia cultural ha determinado que las formas o esquemas de atención oficial, en los programas de salud y, en especial, del programa materno infantil sea de difícil aplicación. En este sentido, el acceso no sólo es físico sino también social, económico y cultural.

El proceso reproductivo es concebido por la mujer Ngöbe como un proceso natural, normal, no lo consideran una enfermedad en sí, pueden presentarse algunos problemas. Por lo tanto, la atención por parte de sus familiares (preferentemente mujeres) o de una comadrona experimentada, es suficiente para un parto sin complicaciones. Si éstos se dieran, entonces, se decide recurrir a la atención del sistema oficial de salud o del Sukia, en el sistema tradicional. Se calcula que existe una mujer en cada casa que sabe atender el proceso reproductivo y apoya con sus consejos y experiencias.

Para poder abordar la situación de la salud reproductiva de la mujer Ngöbe, durante las fases del embarazo, parto y puerperio, así como aspectos de la sexualidad y la planificación familiar, hemos recurrido a varias fuentes de información como son:

- Los certificados de nacimiento del año 1991, registrado en la Contraloría General de la República;
- las estadísticas del Hospital José D. Obaldía;
- la revisión de una muestra del 30% de los expedientes clínicos de las madres que dieron a luz en este hospital;
- estadísticas del área sanitaria de Oriente y;
- el testimonio del grupo de mujeres Ngöbe que residen en las comunidades de Soloy y Boca de Balsa.

13. EL EMBARAZO:

13.1 EL Control Prenatal:

La práctica del control prenatal previene problemas y complicaciones en la salud de la madre y del niño. La mujer Ngöbe cuida mayormente su embarazo en la familia y en su comunidad. Se da cuenta que está encinta cuando:

"...tiene nauseas, cuando rechaza algunos alimentos y siente el cuerpo diferente..."

Existen ciertas prohibiciones tanto para la mujer como para el hombre que están en función de un nacimiento adecuado del producto, generalmente, estas prohibiciones giran alrededor de los sentidos (comer-ver-escuchar-palpar) y la alimentación debe ser compatible con el patrón científico general, esto es evitar el alcohol, los alimentos irritantes y las grasas.

Las mujeres aprecian, sobremanera, el apoyo de sus propias madres en el cuidado del embarazo. Preferencias que se reflejaron en una baja concurrencia a los controles prenatales por parte de aquellas madres que dieron a luz en el Hospital José D. Obaldía. Si partimos del supuesto que estas madres tienen una actitud positiva hacia los servicios de salud, sólo concurren al control un 21.5% y realizaron 4.5 controles como promedio, lo que nos indica que en su mayoría no fueron lo suficientemente adecuados, sobre todo si tenemos en cuenta la patología presentada cuando llegaron al Hospital.

Las estadísticas de consultas prenatales en el área sanitaria de Oriente, si bien incluyen, también, los controles realizados por las mujeres no Ngöbes, muestran que el patrón general de comportamiento es la concurrencia al control sobre todo en el tercer trimestre del embarazo (48.5%).

13.2 EL Parto y el Puerperio: Atención profesional

Cuando se inician los dolores del parto el esposo va en búsqueda de la partera (la propia madre o abuela). La encuesta sobre parteras tradicionales realizada por el Ministerio en Salud en 1991, muestra que hay parteras en todas las comunidades de la República y, particularmente, en las zonas indígenas. En general, son mujeres mayores de cuarenta años, con una edad promedio de sesenta, con una larga experiencia en la asistencia a los partos. Ellas mismas son madres de muchos hijos en edades que ya pasaron la infancia, lo que les permite mayor

tiempo libre y, por lo tanto, poder dedicarse a esta función. Además, tienen los conocimientos básicos para la atención del parto a domicilio.

La gran mayoría de estas mujeres no sabían leer ni escribir, todas pertenecían al área rural y no solicitan ningún pago por sus servicios, esto está en función de lo que la familia desee retribuirles. (Ministerio de Salud, 1990).

Las preferencias básicas en favor del parto domiciliario expresadas por las mujeres Ngöbes del grupo en estudio que habían tenido la experiencia de ambas atenciones, es decir, el parto realizado en un servicio oficial de salud (donde el personal solo habla español) y el realizado en la casa, fueron las de una atención mas humana, personalizada. Ellas destacaron el apoyo afectivo de personas conocidas y la confianza del intercambio en su propio idioma. Otros aspectos considerados fueron, la ventaja de no abandonar a los otros niños y la atención y el apoyo de la propia madre.

La partera puede ser otra persona de la comunidad o pertenecer a la familia, goza de la confianza de la mujer embarazada quien ha oído hablar de ella o ha tenido una experiencia previa de atención. Cuando la mujer no cuenta con la colaboración de una partera o de otra mujer de su familia, el compañero puede atenderle el parto. Generalmente, el parto ocurre en aislamiento, en un lugar de la casa destinado a ello o puede ocurrir en el monte o a orillas del río.

Susana, quien es una partera experimentada, nos indicó como ayudaba en el 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..."

El proceso de atención del parto tiene algunas variantes según el lugar y según la mujer que lo practique. Generalmente, la mujer toma la posición vertical o en cuclillas para dar a luz lo que favorece los procesos naturales fisiológicos y dinámicos en la fase de apertura de expulsión y de la expulsión de la placenta, (Jiménez, 1990).

La función de la partera finaliza cuando cae el cordón umbilical.

Durante el puerperio existen algunos tabúes alimentarios que no se alejan de las recomendaciones médicas, evitan los alimentos que son difíciles de digerir durante ese período o que pueden provocar alergias o diarrea al recién nacido.

El trabajo de la partera ha sido desestimado durante

mucho tiempo, pero en los últimos años aparece la voluntad de incorporarla al sistema de salud oficial, mediante la capacitación.

En 1991, se registraron 687 nacimientos en los cuatro distritos del área sanitaria de Oriente. El mayor aporte de nacimientos fue el de Tolé con 45%, San Félix con 23% y luego Remedios y San Lorenzo con 16% cada uno.

De estos nacimientos sólo 129 o sea el 18.8% tuvieron asistencia profesional al parto, mientras que este porcentaje para el total de la provincia de Chiriquí fue de 88.3%. No se observó diferencia significativa en los años 92, 93 y 94.

En relación a los nacimientos ocurridos, las mujeres Ngöbes de los Distritos de San Lorenzo y San Félix fueron las que más buscaron atención profesional al parto (29.7% y 27.5%) disminuyendo notablemente este comportamiento en los distritos de Remedios y Tolé (16% y 11.3% respectivamente). Esto podría estar asociado a un mayor contacto con los servicios oficiales de salud en los dos primeros distritos y a la presencia de enfermeras para la atención de las mujeres (Ver cuadros 10 y 11).

A medida que aumenta el nivel educativo formal se observa que la utilización del sistema de salud oficial es mayor. Mas de la mitad de mujeres-madres que habían cursado algún año de escuela secundaria recurrieron a la atención de su parto a un servicio de salud, este comportamiento se redujo a menos de la mitad en las mujeres con algún grado de primaria y a sólo un 12.3% en las mujeres sin instrucción. (Ver anexo 12).

En estas madres que buscaron atención profesional al parto se observaron algunas pautas de comportamiento.

Las mujeres primíparas representaron el 15% en el total de los nacimientos, aquellas que tenían su segundo y tercer hijo (26%), y el resto, o sea el 59% fueron múltiparas (4 hijos y más), lo que muestra una mayor utilización de los servicios oficiales a medida que existe un mayor conocimiento de su funcionamiento y mayor experiencia reproductiva.

La instrucción formal podría estar influyendo en este comportamiento, pero, también, la percepción de posibles complicaciones y el valor que tiene para la pareja el primer hijo/a.

La enfermera es la profesional de salud que atendió casi un 60% de los partos de las mujeres Ngöbe.

14. *ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA:*

En el año 1991, se atendieron 577 consultas a mujeres Ngöbes en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital José D. de Obaldía, del total de estas consultas un 56% correspondió a residentes en el área sanitaria de Oriente, (Ver anexo 13).

Las razones de consulta de las mujeres indígenas que residían tanto en los distritos de Oriente como en el resto de la Provincia de Chiriquí, fueron principalmente:

- las complicaciones que ocurren en el curso del trabajo de parto;
- el parto normal y otras indicaciones relacionadas con el embarazo y trabajo de parto;
- complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo;

embarazos terminados en abortos y controles en embarazos y puerperio; (Ver anexo 14).

Las complicaciones que ocurren en el trabajo y parto, como es de esperar fueron de mayor proporción en las madres menores de 15 años (86%) y en aquellas entre 15 a 19 años (59%). En estos dos grupos de edad fueron mayores las consultas por complicaciones en el trabajo y parto que por parto normal. Esta relación cambia en el grupo de mas de 20 años, pero aún las complicaciones representaron el 38%.

Las atenciones por complicaciones en el embarazo fueron proporcionalmente semejantes en los tres grupos de edad (14.3%, 13% y 16% respectivamente), pero las madres mayores de 20 años presentaron mas consultas por embarazos terminados en aborto (8%), (ver Cuadro No. 12).

Las historias clínicas revisadas presentaron algunas limitaciones de información, como aquellas que provienen de una entrevista que es, generalmente, indirecta, ya que es el compañero el que contesta al funcionario de salud, las que provienen de las barreras del idioma y aquellas en que la mujer Ngöbe por diversos motivos no desea cooperar. Sin embargo, fue posible detectar algunos factores de riesgo considerados por las normas técnicas del Departamento Materno Infantil y que detallamos a continuación.

Cuadro N° 12
NACIMIENTOS VIVOS DE RESIDENTES EN CASERÍOS
INDÍGENAS NGÖBES EN LA PROVINCIA DE CHIRIQUÍ.
DISTRITOS DE ORIENTE, POR ASISTENCIA
PROFESIONAL AL PARTO Y SITIO DE
OCURRENCIA. AÑO 1991

Distrito	Total	Asistencia Profesional		Sitio de Ocurrencia	
		Con	Sin	Inst. de Salud	Residencia y otro lugar
Chiriquí	687	129	558	126	561
	100.0	18.8	81.2	18.3	81.7
Remedios	112	18	94	18	94
	100.0	16.0	84.0	16.1	84.0
San Felix	156	43	113	42	114
	100.0	27.5	72.5	27.0	73.0
San Lorenzo	111	33	78	33	78
	100.0	29.7	70.3	30.0	70.0
Tolé	308	35	273	33	275
	100.0	11.3	88.7	10.7	89.3

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República



14.1 Bajo Peso, Anemia y Malnutrición:

Desde la vida intrauterina se observa una relación estrecha entre la talla de la madre con el peso y la talla del/de la recién nacido/a. Éstos dos últimos parámetros se alteran cuando la talla de la madre es inferior a la normal, (Bissot, 1993). Inclusive la talla de los niños/as al nacer puede ser un indicador de las condiciones ambientales prevalentes en la comunidad de generación en generación. De acuerdo al patrón alimentario de la mujer durante el embarazo, el/la recién nacido/a puede tener un peso adecuado al nacer pero una talla baja en relación al promedio aceptable como normal de 50 cm. La diferencia de peso y talla al nacer es un handicap nutricional de difícil recuperación.

Lamentablemente, el registro de la talla al nacer es muy incompleto, sino nulo y no contamos con los datos de talla de los 75 niños/ñas nacidos/das en el Hospital Obaldía en 1991, pero 12% de los/las recién nacidos/das tenían bajo peso al nacer (menos de 2.500 Kgrs.) y el 21% un peso deficiente (2.500 a 2.999 Kgrs.) que los/las predisponen a enfermarse con mayor frecuencia que los/las recién nacidos/as con peso adecuado y con mayores complicaciones. Este porcentaje es superior al porcentaje nacional de bajo peso al nacer que es de 8.1%. (De Rivera y otras, 1992). De éstos/as sólo un 4% fueron prematuros, (ver Cuadro No. 13).

Durante los primeros seis meses de vida, la lactancia materna le aporta los nutrientes adecuados, en estas circunstancias el peso puede recuperarse y mantenerse alrededor del percentil 50, pero desde el momento en que se efectúa la integración del infante al patrón alimentario familiar carente de proteínas y vitaminas, el peso se afecta primero y luego la talla se deteriora más profundamente.

Cuadro N° 13
CONSULTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL J.D. OBALDÍA POR LAS
MUJERES NGÖBES DE LA PROVINCIA DE
CHIRIQUÍ, SEGÚN GRUPOS DE EDAD.
AÑO 1991

Morbilidad de las Mujeres según Grupos de Edad	Total	%
Total	577	100.0
10 a 14 años:	7	100.0
Complicaciones que ocurren en el curso del trabajo y parto	6	86.0
Complicaciones relacionadas con el embarazo	1	14.0
15 a 19 años:	160	100.0
Complicaciones que ocurren en el curso del trabajo y parto	95	59.4
Parto normal y otras indicaciones	24	15.0
Complicaciones relacionadas con el embarazo	21	13.1
Embarazo terminado en Aborto	9	5.6
Las demás causas	11	6.9
20 a 49 años:	402	100.0
Parto Normal y otras indicaciones en el embarazo y trabajo de parto	154	38.3
Complicaciones que ocurren en el curso del trabajo y parto	106	26.0
Complicaciones relacionadas con el embarazo	63	16.0
Embarazo terminado en Aborto	32	8.0
Las demás causas	47	11.7
50 años y más:	8	100.0
Tumor maligno de los órganos genitourinarios	5	62.5
Carcinoma in situ	1	12.5
Otras	2	25.0

Fuente: Estadísticas del Hospital J.D. de Obaldía, 1991.

Este retraso en la talla nunca se recupera totalmente, y está ligado a la duración y a la intensidad de la carencia de nutrientes. En las niñas, esta talla baja se produce a expensas del segmento inferior de su cuerpo con un diámetro bicrestal estrecho lo que cerrará el círculo vicioso del feto pequeño o de un embarazo y un parto dificultoso. Además, se sabe que el trabajo agrícola y la carga de agua aumentan la frecuencia del *prolapso del útero* con las siguientes complicaciones durante el embarazo y el parto (OPS 1990), (Rivera y otros, 1993).

Las parteras refieren que:

"...Cada vez mas las jóvenes tienen dificultades en el embarazo y en el parto..."

Dificultades que no supieron definir, a pesar del aumento de los cuidados prenatales y durante el parto.

En un estudio de Parrillón y colaboradores, en 1988, encontraron que un 25% de los hijos de los campesinos tenían retardo en la talla (Parrillón, 1988), y en el censo de talla/edad de los escolares de primer grado realizado por el Ministerio de Educación en ese mismo año, se indicó que el 24.4% de los niños/ñas tenían un retardo severo a moderado, siendo aún mayor en los niños/ñas indígenas (65.4%).

En 1991, un estudio realizado en el Oriente Chiricano (Rivera, 1991) señaló que el 26.08% de los 184 niños de 0 a 60 meses considerados, tenían un peso menor del 75% del peso estándar para la edad, y el 26.4% de los 492 niños/ñas y adolescentes de 0 a 18 años, tenían una talla menor del 90% respecto a la talla estándar, según la edad, iniciando desde el primer año de vida y empeorando hacia los seis años.

Los/las niños/ñas Ngöbes de siete años tienen seis centímetros menos en talla que los niños no indígenas de la misma edad (Promedio= 110cm. y Promedio= 116 cm. respectivamente) y éstos a su vez tienen 6.6 cm. de diferencia en relación a la talla de referencia. Esta deficiencia de talla de 12cm. es prácticamente irrecuperable. En el caso de los adultos sólo el 38% de las mujeres y el 47% de los hombres tenían una relación peso-talla normal y los casos de sobrepeso y obesidad observados en las mujeres son otras manifestaciones de malnutrición.

Los resultados del Cuarto Censo Nacional de Talla de Escolares de 6 a 9 años (Ministerio de Salud, 1994) clasifican el riesgo nutricional según el retraso de talla como muy alto (más de 47.8%) en los cuatro distritos de oriente: Tolé 68.0%, Remedios 65.5%, San Félix 57.7%, San Lorenzo 57.5%. La comparación con el Censo de 1988 muestra que hubo un empeoramiento estadísticamente significativo en Tolé (aumento de 7%) y en San Félix (5.3%). En Remedios la diferencia no es significativa (2.1%). *Así de cada 10 niños 5 a 7 de ellos presentaran retraso de talla que refleja un daño físico irreversible.* El riesgo relativo de representar un retraso de talla es de 2.5 veces mayor para el niño indígena que para un niño del área rural y 7 veces mayor a un niño del área urbana. No se reportan los riesgos por sexo, pero a nivel de la Provincia de Chiriquí la prevalencia de talla baja es menor en las niñas (27.4%) que en los niños (34.2%).

Estas cifras muestran que más del 50% de la población Ngöbe padece de desnutrición crónica severa y que las mujeres son las que están más afectadas. Sinclair, confirma que los Ngöbe tienen sólo dos comidas al día, durante todo el año y que durante los meses de julio, agosto y septiembre tienen una sola comida. Durante estos meses la mujer reporta no comer nada durante el almuerzo o la cena 1.5-2 veces más frecuentemente

que el hombre y el embarazo no altera este patrón de conducta, (Sinclair, 1995).

Para crecer se necesita una dieta balanceada pero el patrón alimentario encontrado es inadecuado y de acuerdo a lo observado en otros informes, este no ha variado desde 1978, presentando un valor nutritivo bajo en calorías, proteínas y vitaminas y sin los aminoácidos esenciales, agregándose a ello los dos tiempos de comida que en general se tienen al día.

El arroz blanco que se consume, ya ha perdido su componente vitamínico y el aporte de hierro es pobre por el consumo irregular de plátano y la ausencia de carne y vísceras en la dieta, ambos elementos favorecen la presencia de la anemia ferropénica, observada en el control de los niños y en las mujeres al momento del parto.

Los cambios ocurridos en sus hábitos alimenticios ha traído como consecuencia que la mujer Ngõbe joven no use y/o desconozca las plantas verdes y las frutas que consumían sus antepasados, en consecuencia han perdido las fuentes de vitaminas y minerales.

Esta situación ha favorecido la desprotección del sistema vascular y de los tejidos, con la consiguiente aparición de infecciones, enfermedades cardiovasculares y otras, (Coope, 1985). También se ha observado un deterioro importante en el

estado sanitario de los dientes en los últimos diez años.⁸

La mala alimentación es más dañina para las mujeres en razón de sus necesidades fisiológicas específicas, asociadas, sobre todo, a la pérdida de hierro de manera regular desde la menstruación hasta la menopausia. En la edad fecunda necesita una absorción de hierro de aproximadamente el triple de la que necesita el hombre adulto, (OPS, 1990). También, las necesidades nutricionales aumentan durante el embarazo y la lactancia agravando el problema ya existente. Las madres Ngöbe que dieron a luz en el Hospital J. D. Obaldía, presentaron un 50.0% de casos de anemia, registrados en el examen clínico correspondiente y, en varios casos, hubo la necesidad de transfusiones de sangre, (ver cuadro 14).

Además de la ingesta deficiente el problema se acentúa con el consumo de energía. Las propias mujeres Ngöbes en general, salvo algunas excepciones, manifestaron continuar desarrollando sus actividades corrientes durante el embarazo, incluso cuando se sentían mal, aunque este patrón difiere un poco en las más jóvenes, quienes manifestaron cuidarse y buscar sus medicinas. Sin embargo, el mayor porcentaje de anemia se registró en las mujeres más jóvenes: 75% en las menores de 19 años.

⁸Comunicación personal, Director médico del Area Sanitaria de Oriente, 1991.

Cuadro N° 14
J.D. OBALDÍA DE MADRES PROCEDENTES DE LOS DISTRITOS
DE ORIENTE, PROVINCIA DE J.D. OBALDÍA DE MADRES
PROCEDENTES DE LOS DISTRITO DE ORIENTE,
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑO 1991

Características	Total	%
Total	75	100.0
Peso Normal:	50	67.0
más de 3,500 grs	14	19.0
3,000 a 3,499 grs	36	48.0
Peso Deficiente:	16	21.0
2,500 a 2,999 grs	16	21.0
Bajo peso:	9	12.0
1,500 a 2,499 grs	6	8.0
1,000 a 1,499 grs	2	3.0
500 a 999 grs	1	1.0
Edad gestacional: Total	75	100.0
Post-termino (más de 42 sem)	-	-
A término (37 a 42 sem)	72	96.0
Pretérmino (menos de 37 sem)	3	4.0

Fuente: Muestra de expedientes clínicos del Hospital J.D. Obaldía.

Con respecto a la malnutrición, la literatura señala que en el momento del parto, la talla es el indicador adecuado para poder detectar este problema. El riesgo en la Norma Técnica Materno Infantil señala a las primigestas con talla menor de 145 centímetros. El promedio de talla general de las mujeres de la muestra fue de 148 centímetros, aunque en las mujeres provenientes del distrito de Remedios este promedio fue de 144 centímetros, (ver cuadro 15).

14.2 Aborto:

El aborto es una de las causas más importantes de morbimortalidad materna, sin embargo, la magnitud real del problema se desconoce debido a muchos factores. En el caso de la mujer Ngöbe, existe una sanción moral en contra, y esta es mayor en el caso de las mujeres de Boca de Balsa (Mama Chi), donde es rechazado socialmente. Pero las opiniones son diversas:

" Hay algunas mujeres que lo practican"...

"El embarazo no siempre es aceptado, esto ocurre más en las mujeres más jóvenes y sobretodo, cuando tienen conflicto con el compañero"... *"pueden pensar en abortar, pero no tienen la posibilidad de hacerlo"*...

"La mujer Ngöbe no aborta en la montaña".

"El hombre Ngöbe a veces no quiere que la mujer tenga más hijos y se enoja cuando una sale embarazada"...

"Cuando una sale embarazada es mejor tener ese niño y no matarlo"...

"Nunca se practica el aborto, no se puede hacer..."

Cuadro N° 15
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES NGÖBES
QUE DIERON A LUZ EN EL HOSPITAL J.D. OBALDÍA,
POR DISTRITOS DE RESIDENCIA, CHIRIQUÍ
ORIENTE. AÑO 1991

Características de la Madre	Total	Remedios	San Felix	San Lorenzo
Edad de la Menarquia (años)	12.9	12.8	13.1	12.5
I.U.S.A.	16.8	17.0	16.8	15.5
Talla promedio (Mts)	1.48	1.44	1.49	1.48
Antecedentes de Abortos (%)	19.0	18.2	19.0	18.5
Antecedente de Cesárea (%)	15.2	27.0	6.2	14.8
Anemia (%)	50.0	50.0	40.3	72.0
Control Prenatal (%)	21.5	18.0	31.0	15.0
Antecedente de Planificación Familiar (%)	4.0	-	12.5	-

Fuente: Muestra de expedientes Clínicos, Hospital J.D. Obaldía.

Los datos hospitalarios indicaron un 19% de mujeres con antecedentes de aborto, de los cuales no es posible identificar la presencia del aborto inducido, aunque pensamos que deben existir pocos casos debido a las razones expuestas.

Sería de suponer entonces, que estos abortos son secundarios a enfermedades de la madre o del feto, lo que indica una situación de salud materna muy negativa. La gravedad que pueden revestir las consecuencias de los abortos no médicos, en la mujer joven, debido a sus condiciones de vida, el escaso acceso a los servicios oficiales de salud y la falta de apoyo en algunos casos por parte de su pareja, se convierte en un riesgo potencial de enfermedades ginecológicas y de mortalidad.

15. PLANIFICACIÓN FAMILIAR;

La planificación familiar es un elemento importante de la prevención de la salud de la mujer y de los niños.

Se ha demostrado que la fecundidad no regulada afecta la salud, sobre todo, en las mujeres Ngöbes donde los riesgos sobresalientes son la multiparidad y los embarazos en las etapas extremas del ciclo reproductivo, aunándose a ello, las deficiencias nutricionales, su residencia en áreas poco accesibles y su escaso acceso a la información.

Cuando observamos el acceso a los servicios de planificación familiar en la muestra de madres Ngöbes que dieron a luz en el Hospital Obaldía, sólo 3 madres de 79 declararon que habían utilizado alguna vez algún método anticonceptivo, en este caso fueron los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino.

La encuesta sobre salud materno-infantil y planificación familiar realizada en 1984-85, tomó una muestra pequeña de

mujeres indígenas y concluyó que el método mayormente utilizado fue la esterilización femenina (11%), luego el ritmo (5.4%), la píldora (5.0%) y el dispositivo intrauterino (2.4%). El uso del condón solo fue declarado en el 0,8% de las mujeres.

El grupo de mujeres indígenas de las comunidades de Soloy y Boca de Balsa, demostraron tener una conciencia clara del papel que tienen las relaciones sexuales como generadoras de una posible fecundación. Expresaron conocer y practicar, especialmente, el método del ritmo y el coito interruptus, pero mostraron algunas reservas frente a la utilización de los métodos modernos.

En ambos grupos se indicó que la planificación es una decisión que se discute entre la pareja:

"Es mutuo acuerdo". "Es un negociado".

"Hay muchas mujeres que tienen problemas para planificar porque el hombre no tiene el mismo pensamiento"... "A veces es la mujer la que no quiere..."

El concepto de planificación familiar que los Ngöbes plantearon se refería, fundamentalmente, a la regulación de la fecundidad una vez que se tuvieran los hijos deseados. Un hombre (Mama Chi) presente manifestó:

"Si se usa muere el pueblo Ngöbe..."

Pero, también, indicó que los problemas de alimentación que confronta la comunidad también afectan la cantidad de hijos que se quieren tener. En general, piensan que los métodos modernos:

"Deberán ser usados algún día, sobre todo las parejas nuevas"... "Pero si la mujer se cuida es correcto que el hombre lo haga también..."

Muchas mujeres manifestaron desconocer la utilización del condón, en este sentido, un funcionario de salud Ngöbe manifestó que eran los hombres jóvenes los que utilizaban este método y sobre todo aquellos que no tenían compromisos familiares.

En cuanto al uso de plantas para regular la fecundidad manifestaron no conocer y por lo tanto no utilizarlas para este fin.

La mujer Ngöbe prácticamente, no tiene la posibilidad de separar las relaciones sexuales del proceso reproductivo, siendo una limitante mas en la recuperación de sus fuerzas vitales, aunque no manifestaron que su aspiración personal sea la maternidad. Quizás, porque en su patrón cultural la realización personal esta vinculada a la reproducción.

En cuanto a los comportamientos y valores expresados ligados al género se observó una apertura y una conciencia frente a la necesidad de planificar con otros métodos en determinadas situaciones que lo ameriten. Inclusive en las/los Mama Chi, donde tanto la mujer como el hombre comparten decisiones en la regulación de la fecundidad. Emplean, mayormente, métodos como el ritmo, cuyo uso implica cooperación de la pareja. Con dicho método, el hombre puede asumir la responsabilidad cuando emplea el retiro, sin embargo, estos métodos son menos efectivos, implican un mayor conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo por parte de la mujer, y un mayor control en el hombre, por lo tanto, en estas circunstancias un mayor riesgo de embarazo.

Este patrón de comportamiento asociado sobre todo a la abstinencia periódica fue encontrado en mujeres indígenas del Perú, donde más del 40% utilizaban este método, (Georgetown, 1990).

Por otra parte, elementos tales como la migración temporal de algunos hombres y la poligamia, reducirían el tiempo de exposición de la mujer Ngöbe al embarazo.

16. EMBARAZO Y EDAD DE LA MADRE

El mayor riesgo de morbimortalidad materna según la edad de la mujer, se ubica en los grupos etáreos de madres menores de 19 o 18 años y en aquellas madres mayores de 35 años. En la totalidad de nacimientos habidos en el año 1991, el aporte de las mujeres en estos grupos etáreos fue de 15.3% para el primero y de 19.5% para el segundo, sin embargo, para la provincia de Chiriquí esta relación fue del 18.8% y del 8% respectivamente, lo que indica que las mujeres no indígenas tienen sus hijos a edades más tempranas y las mujeres indígenas prolongan mucho más tiempo su etapa reproductiva.

La contribución de la fecundidad en estos grupos de mujeres Ngöbes de alto riesgo es relativamente alta en comparación con las mujeres no Ngöbe.

En la muestra analizada de las madres que buscaron atención profesional al parto, la relación aumentó, siendo de 26.5% en las menores de 19 años y de 31.7% en las mayores de 35 años. Las mayores proporciones tienen que ver con el patrón de utilización de los servicios ya analizados.

En el grupo de mujeres más jóvenes, los riesgos encontrados fueron una alta proporción de anémicas (75%),

problemas hipertensivos: un 25% presentaron alguna forma de preeclampsia, y problemas de presentación. Cuando existen problemas de presentación en el niño/niña se trata de solucionarlos acostando a la madre en una hamaca y rotándola, si esto no se consigue, entonces, bajan a los Centros de Salud oficiales.

En el grupo de fecundidad tardía, la multiparidad fue el común denominador de los riesgos, sumándose el problema de la anemia (50%), la ruptura de membranas, el embarazo prolongado y los problemas de presentación.

En el 58% de los partos atendidos en el Hospital Obaldía, la madre se encontraba en los grupos de edad de riesgo, lo que indica indirectamente una conciencia clara de la mujer Ngöbe de los beneficios de los servicios de salud occidentales.

***Cuarta parte: Morbilidad Y Mortalidad De Las Mujeres
Ngöbe***

El desarrollo de los datos de morbilidad se ha utilizado para determinar cómo las condiciones de la sociedad humana influyen en la incidencia y la propagación de las enfermedades y reflejan las variaciones en la situación de salud de la población que sobrevive.

Es necesario contar periódicamente con la medición de los problemas de enfermedad en los diferentes grupos y zonas geográficas; aunque los registros que llevan los hospitales resultan poco útiles para determinar la prevalencia o incidencia de las enfermedades, en este caso, fue la única posibilidad con que contamos para lograr la información y realizar un primer acercamiento. Tomamos en consideración la información brindada por los Hospitales J. D. de Obaldía y J. R. Hernández, ambos de la ciudad de David, Provincia de Chiriquí. El primero atiende en el área materno infantil y el segundo, atiende especialmente población adulta. La población Ngöbe concurre a ambos hospitales en busca de atención.

En este capítulo nos referiremos exclusivamente a la morbilidad que no está relacionada directamente con la vida reproductiva en el caso de las mujeres, que ya se consideró en otro acápite.

Con respecto a la mortalidad, hemos considerado los certificados de defunción que estaban registrados en la Contraloría General de la República, de los años 1991 y 1992.

Todas las causas de morbilidad de la población Ngöbe son prevenibles con medidas adecuadas de saneamiento ambiental, desarrollo y promoción de salud (ver cuadros 16 y 17). Aunque, como se observa en los datos de 1991 la situación no cambió para 1993 ni para 1994, (INRENARE, 1993; Sinclair, 1995).

Desde la infancia se observa una diferencia entre las causas de morbilidad por sexo, cuyo origen puede ser biológico y socioeconómico como es el caso de la Neumonía e Influenza: 46.8% en las mujeres y 45.9% en los hombres; o por factores de género como en las deficiencias de la Nutrición: 10.5% en las mujeres y 8.3% en los hombres. Llama la atención que los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias tienen casi la misma frecuencia en las mujeres que en los varones: 5.0% y 5.8% respectivamente (ver cuadro 16).

En los mayores de 15 años los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias representan 40.7% de la morbilidad de los hombres y solo 6.4% en las mujeres. Pero estas últimas se enferman más frecuentemente de tuberculosis: 25.6% en comparación con el 10.6% de los hombres, con sus complicaciones como son las enfermedades pulmonares crónicas, 5.1% en la mujer y 1.6% en los hombres, y de enfermedades cardiovasculares, 16.6% y 5.3%, respectivamente. (Ver cuadro 17).

Pero, cada período de la vida se caracteriza por una distribución propia de las causas de enfermedad y muerte; de allí que hemos considerados la morbilidad y la mortalidad por sexo, edad y por causa, utilizando tasas, razón hombre/mujer y morbilidad y mortalidad proporcional para elaborar un primer perfil.

Cuadro N° 16
MORBILIDAD PROPORCIONAL DE LA POBLACIÓN NGÖBE
MENOR DE 15 AÑOS POR SEXO Y CAUSAS EN LOS
DÍSTRITOS DE ORIENTE, PROVINCIA DE
CHIRIQUÍ AÑO 1991

Causas	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
Neumonía e influenza	46.4	45.9	46.8
Infecciones Intestinales mal Definidas	11.5	12.4	12.3
Deficiencias de la Nutrición	10.1	8.3	10.5
Exantemas	6.8	7.8	6.8
Afecciones Perinatales	6.5	6.3	5.5
Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras Violencias	5.5	5.8	5.0
Las demás causas	13.2	13.5	13.1

Fuente: Estadísticas del Hospital J.D.de Obaldía

Cuadro N° 17
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD DE LOS NIÑOS NGOBES
MENORES DE 1 AÑO POR SEXO (%).
AÑOS 1991 A 1993

Causas	Morbilidad*			Mortalidad**					
	1991			1991			1993		
	Total	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	333	191	142	13	10	3	33	19	14
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Neumonía e In- fluenza (480-487)	51.0	53.0	50.0	31.0	20.0	67.0	36.0	32.0	43.0
Ciertas Afecciones del Período Peri- natal (760-779)	16.5	16.0	18.0	15.5	10.0	23.0	18.0	26.5	7.0
Infecciones intestinales mal definidas (009)	12.0	13.0	13.0	-	-	-	6.0	5.0	7.0
Anomalías congénitas (740-759)	6.5	5.0	6.0	15.5	20.0	-	30.0	26.5	36.0
Deficiencia de la nutrición (260-269)	4.0	5.0	3.0	15.5	20.0	-	-	-	-
Exantemas (050.057)	5.0	6.0	4.0	7.0	10.0	-	-	-	-
Otras	5.0	2.0	6.0	15.5	20.0	20.0	9.0	10.0	7.0

Fuente:

*Estadísticas Hospital J.D. Obaldía

**Contraloría General de la República.

El cuadro de mortalidad por grupos de edad y sexo evidencia una diferencia en contra de la mujer entre 1 y 5 años (17.5% y 15.0% para los hombres) y entre los 15 y 55 años que corresponde a la edad productiva y reproductiva (Ver cuadro 18).

17. MENORES DE UN AÑO:

En este grupo de edad, las neumonías (51%), las infecciones intestinales (12%) y las deficiencias en la nutrición (4%) se encuentran en las primeras cinco causas de morbilidad y mortalidad, al lado de las afecciones del período perinatal (16%), (ver cuadro 19). Esta situación es de esperar cuando en las comunidades Ngöbes se encuentran todas las causas predisponentes y los factores de riesgo para este tipo de infecciones.

Urdaneta (Urdaneta, 1992), destaca lo siguiente:

- 1- Problemas socioeconómicos y culturales como la ruralidad, el pobre ingreso familiar, marginalidad con respecto al resto de la sociedad, familias numerosas, analfabetismo materno, acceso insuficiente y tardío a los servicios oficiales de salud.
- 2- Bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) y peso deficiente al nacer (entre 2500 y 2999 gramos).
- 3- Desnutrición crónica.
- 4- Déficit de vitamina A.
- 5- Inmunización ausente o tardía contra la tosferina, sarampión y tuberculosis.

Cuadro N° 18
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD EN LOS NIÑOS Y NIÑAS
NGOBES DE 1 A 4 AÑOS (%) PROVINCIA DE
CHIRIQUÍ, 1991 Y 1993

Causas	MORBILIDAD*			MORTALIDAD**					
	1991			1992			1993		
	Total	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	368	199	169	13	6	7	21	10	11
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Neumonía e Influenza (480-487)	51.0	47.0	54.0	-	-	-	62.0	50.0	73.0
Infecciones intestinales mal definidas (009)	10.0	18.0	13.0	7.5	-	14.0	24.0	40.0	9.0
Deficiencias de la Nutrición (260-269)	13.0	11.0	14.0	46.0	33.0	58.0	9.0	10.0	9.0
Exanternas (050- 057)	7.5	9.0	6.0	7.5	17.0	-	-	-	-
Accidentes, suicidios y otras violencias (800-959)	6.0	8.0	5.0	15.5	17.0	14.0	-	-	-
Otras	8.0	7.0	8.0	23.5	33.0	14.0	5.0	-	9.0

IX Clasificación de Enfermedades, O.M.S.

Fuentes: * Estadísticas Hospital J.D. Obaldía.

** Contraloría General de la República.

Cuadro N° 19
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS
NGÖBES DE 5 A 14 AÑOS (%) PROVINCIA DE CHIRIQUÍ.
AÑOS 1991 Y 1993

Causas	Morbilidad*			Mortalidad**					
	1991			1992			1993		
	Total	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	130	39	71	4	3	1	7	3	4
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Neumonía e influenza (480-487)	25.0	28.0	24.0	-	-	-	-	-	-
Accidentes, suicidios y otras violencias (800-959)	11.0	2.0	18.0	-	-	-	43.0	31.0	50.0
Deficiencia de la nutrición (260-269)	18.0	6.0	25.0	25.0	33.0	-	-	-	-
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	11.0	21.0	3.0	-	-	-	-	-	-
Exanternas (050-057)	10.0	13.5	7.0	25.0	-	100.0	-	-	-
Otras	25.0	29.0	23.0	50.0	67.0	-	57.0	67.0	50.0

IX Clasificación de Enfermedades, O.M.S.

Fuentes: * Estadísticas Hospital J.D. Obaldía.

- 6- **Contaminación del medio ambiente hogareño con el humo de biomasa para la cocina y del macroambiente con la ausencia de agua potable, la deforestación y la quema.**
- 7- **Factores climáticos con alta humedad y variaciones de temperatura en un mismo día.**

Estos factores favorecen la presencia de deficiencia nutricional grave y el desarrollo de infecciones, también graves, en un terreno inmunodeficiente por malnutrición (neumonía y exantemas). Todos estos factores están presentes en los distritos Ngöbe en estudio. Así el déficit de vitamina A en los Ngöbe ha llevado al Ministerio de Salud a establecer un programa de administración de megadosis de vitamina A en los infantes de esta zona.

Estos factores de riesgo tienen mayor impacto en el grupo de lactantes menores de un año y en los niños/niñas de uno a cuatro años, pero perduran en la zona a lo largo de la vida permaneciendo como causa de morbilidad y de mortalidad.

La presencia de exantemas como factor de morbilidad (5%) y de mortalidad (7.7%) en 1991 ha sido secundaria a un brote epidémico, pero se reportan, frecuentemente, en esta zona y su virulencia es notoria en una población inmunodeficiente nutricional.

En los niños menores de un año la mortalidad femenina es inferior a la masculina, con una razón de masculinidad de 330, presentando el patrón general de comportamiento encontrado a nivel mundial (Population., 1993).

La mortalidad en este grupo fue de 14 por mil nacidos vivos, cifra que presenta grandes subregistros ya que sabemos que más del 80% de los partos en esta zona ocurren en casa.

La sobremortalidad masculina es secundaria a las deficiencias de la nutrición (15%) y a las anomalías congénitas (15%) y también, por una mayor fragilidad biológica frente a las infecciones.

18. GRUPO DE 1 - 4 AÑOS:

Los accidentes (heridas y quemaduras) hacen su aparición desde este grupo de edad y representaron el 8% de la morbilidad en los varones y el 3.5% en las niñas. Esto se puede explicar por la ausencia de protección alrededor del área de cocina y al hecho de que se carga a los infantes en brazos, mientras la mujer realiza tareas domésticas a diferencia de la mujer africana que lo carga en la espalda. Después del año, el varón, ya más libre, está más expuesto a los accidentes.

Las tres primeras causas de morbilidad en este grupo son las neumonías (50.5%), las infecciones intestinales (15%) y las deficiencias en la nutrición (13%), (ver cuadro 21). La desnutrición afecta, particularmente, a las niñas (14.8% por 11.5% en los niños). La presencia de los exantemas (7% en 1991) merece una vigilancia epidemiológica estrecha y un estudio de la capacidad de prevención de estas enfermedades en la población Ngöbe, en cuanto a la eficacia de la vacuna en sí y en sus modalidades de aplicación (conservación, transporte, aceptación de la población y edad de vacunación etc.).

La causa más importante que mantiene el nivel de morbilidad masculino alto, es la aparición de los traumas y

accidentes como causa importante con una razón hombre/mujer de 267.

Las deficiencias de nutrición con desnutrición proteico-calórica, más frecuente en las niñas no se reconoce como enfermedad, sino hasta que se presentan complicaciones casi irreversibles, que es cuando las madres solicitan ayuda médica y a veces se convierten en mortales: 57% de la mortalidad femenina y 33% de la mortalidad masculina. Esta discriminación nutricional puede no ser consciente en los padres que piensan que las niñas tienen menos necesidades calóricas que los varones por los diferentes tipos de actividades físicas. Este patrón cultural se acentúa, posteriormente, en la vida de la mujer; pero, también puede significar una relación de subordinación en la repartición de la ya deficiente ración de alimentos.

Esta deficiencia nutricional que aparece tempranamente en la vida de niñas y niños, propicia la aparición de las enfermedades infecciosas, respiratorias (neumonía en los menores de 5 años), de las infecciones intestinales y de las infecciones virales y bacterianas en general.

En este grupo de edad, la mortalidad femenina fue superior a la masculina, en 1991, con una razón de 84 y una tasa registrada de 1766 por 10,000 para las niñas y de 148 por 10000 para los varones. A nivel nacional la tasa de mortalidad de las niñas de esta edad es también ligeramente superior a la de los varones, (Moreno de Rivera, 1993).

Según I. Waldron, las causas de la variación de las diferencias entre sexo de la mortalidad total, depende de:

- La importancia relativa de las causas específicas de defunción en general para ambos sexos y;

- de la variación de las diferencias entre sexo por causas específicas de defunción, (Waldrom, 1987).

Así, las afecciones perinatales no tienen los impactos sobre la mortalidad después del primer año de edad y la sobremortalidad femenina, se presenta más en el grupo de niñas mayor de un año porque las otras causas distintas a las perinatales tienen mayor peso. Así, en 1991 la primera causa de mortalidad fue la desnutrición (46%), afectando a las niñas en una proporción dos veces mayor, (Revert, 1994). Igualmente, vemos en la mortalidad de 1992 - 1993 que las causas infecciosas incrementa la mortalidad femenina después del primer año de edad, proporcionalmente, presenta el doble de la mortalidad de los varones. En este grupo de edad, el porcentaje de mortalidad por causa de los traumas es similar en ambos sexos; se debe resaltar que las causas de mortalidad por accidentes (ahogamiento y asfixia por cuerpos extraños) son características de esta edad - del descubrimiento- y que es necesaria la vigilancia estrecha de los niños y niñas. Por otra parte, ambas son prevenibles o reversibles si se tratan a tiempo; los pobres conocimientos de la madre sobre el tema, las condiciones geográficas y las vías de comunicación en malas condiciones, empeoran el pronóstico de estos accidentes.

Las consideraciones de las madres encuestadas concuerdan con el estudio de Candanedo (Candanedo, 1991), que muestra que las mujeres Ngöbe saben reconocer cuando sus niños están enfermos: "cuando llora constantemente, no come y no juega, esta triste". El tratamiento de la diarrea es con base en consumo de líquidos en abundancia y de remedios caseros, de igual forma, tratan las infecciones respiratorias, aunque con otras hierbas (Silva, 1996), y si el/la niño/a no mejora lo/la llevan al puesto o centro de salud.

19. GRUPO DE 5 A 14 AÑOS:

En este grupo de edad, las deficiencias de la nutrición afectan 3.6 veces más a las niñas y ocupan la segunda posición entre las causas de morbilidad (17.8%).

Por otra parte, las infecciones y enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo (10.8%), predominantes en los varones de este grupo de edad (6:1), podrían estar relacionadas con las mayores actividades de agricultura que desarrollan.

Otro aspecto importante a considerar en este tramo de edad, son los traumas y accidentes, los cuales tienden a ser superiores en las niñas y representan el 24% de la morbilidad total. Esta situación refleja el maltrato social asociado a las actividades que desarrollan las niñas, como son las agrícolas, acarreo de agua, de leña, etc. y se desconoce el alcance de la violencia intrafamiliar.

La mortalidad en este grupo es la más baja de todos los grupos de edad, ellos es así por los factores biológicos inherentes a esta edad independientemente, de los factores externos adversos, que siempre están presentes. Entre 1991 y 1992, se observa un aumento de la mortalidad femenina, con una razón hombre/mujer que varía de 3 a 1 y 0.5, sus causas son la desnutrición y la septicemia, esta última, probablemente, asociada al acceso geográfico difícil y tardío, ya comentado.

20. GRUPO DE 15-24 AÑOS:

La sobremorbilidad masculina (2:1), en este grupo, está asociada, principalmente, a los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, los cuales se produjeron nueve veces más en los varones que en las mujeres. (ver cuadro 20).

Cuadro N° 20
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD DE LA POBLACIÓN NGÖBE
DE 25 A 44 AÑOS SEGÚN SEXO (%) DISTritos DE ORIENTE,
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑOS 1991 Y 1993

Causas	MORBILIDAD*			MORTALIDAD**					
	1991			1992			1993		
	Total	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	65	40	25	20	7	13	22	14	8
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Accidentes, suicidios y otras violencias	32.0	47.5	8.0	30.0	57.0	15.0	45.0	72.0	-
Tuberculosis	21.5	12.5	36.0	25.0	-	38.5	32.0	7.0	75.0
Enfermedades infecciosas	17.0	17.5	16.0	25.0	29.0	23.5	9.0	7.0	12.5
Enf. Cardiovasculares	5.0	2.5	8.0	5.0	-	8.0	-	-	-
Otras	24.5	20.0	32.0	15.0	14.0	15.0	14.0	14.0	12.5

X Clasificación Internacional de Enfermedades, O.M.S.

Fuentes: * Muestra del Hospital R. Hernández.

** Contraloría General de la República.



El registro de psicosis (7%) como causa de morbilidad se presenta exclusivamente en las mujeres, sin embargo, existe una tendencia cultural general a reconocer las enfermedades mentales como patología femenina, ya que en el hombre es más aceptada la descarga de problemas y tensiones a través de conductas antisociales, como el alcoholismo y la violencia. En el caso de la mujer no existen tales posibilidades y, tampoco, son aceptadas socialmente por su papel socializador en la familia. Pero, los problemas ya considerados como la separación, el abandono, la migración de los hombres, la responsabilidad al frente del hogar para satisfacer las necesidades diarias, etc., podrían estar favoreciendo los cuadros de depresión en la mujer Ngöbe. Sin contar la violencia intrafamiliar y el maltrato a la mujer producto del alcohol, hecho que recién empieza a registrarse, (INRENARE, 1993).

La tuberculosis (18.6%) hace su aparición, en este grupo, afectando por igual a hombres y mujeres, y va a acompañar a los Ngöbe a lo largo de su vida. Las otras enfermedades (18.0%), son todavía importantes y su insuficiente definición muestra la poca importancia dada por los médicos al registro de estas enfermedades, o, también, puede ser por la insuficiencia de la infraestructura que no permite afinar el diagnóstico.

A este grupo de edad corresponden las tasas de morbilidad más bajas en relación con las registradas en los otros grupos de edad, siguiendo la tendencia del patrón de morbilidad de la población general, que comparado con los demás grupos es relativamente fuerte.

La morbilidad masculina es importante, pero la mortalidad es predominantemente femenina, con una razón hombre/mujer de 78 en 1991.

La mortalidad masculina encuentra en las violencias,

suicidios y homicidios, su principal causa, las cuales representan el 50% de la mortalidad total en este sexo. La mortalidad femenina tiene una distribución de las causas de mortalidad más uniforme, lo que refleja la diferencia del comportamiento del hombre y de la mujer en la sociedad. Al no participar en la violencia, la morbilidad de la mujer refleja la complejidad de los problemas generales de su sociedad. Su estado nutricional inadecuado y su carga de trabajo van a propiciar la aparición de enfermedades infecciosas graves (16%), de accidentes ligados al trabajo o no (16%) y de patologías cardíacas y gastrointestinales (16%), producto de las infecciones el estrés y la mala alimentación.

La tuberculosis como causa del 20% de la mortalidad, es una expresión del problema de la marginación en esta sociedad y su virulencia está asociada a la inmunodeficiencia nutricional de sus miembros, así como, al pobre impacto de los métodos actuales de diagnóstico y tratamiento cuando no se toman en cuenta los factores culturales y geográficos.

21. GRUPO DE 25 - 44 AÑOS:

No existen variaciones mayores en la morbilidad y mortalidad en este grupo. Sin embargo, la sobremorbilidad masculina 1.6:1 continua expresándose en los traumas y accidentes (47,5%), mientras que la femenina tiene un predominio de la tuberculosis (36%), (ver cuadro 21).

Dentro de la morbilidad aparecen en este grupo, afectando mas a las mujeres, las enfermedades cardiovasculares (5%), asociadas principalmente a la hipertensión, obesidad y diabetes, además de la enfermedad reumática. Si bien hay estudios que identifican diversos factores de riesgo de la hipertensión y de las enfermedades cardiovasculares

Cuadro N°21
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD DE LA POBLACIÓN NGOBE
DE 45 A 54 AÑOS SEGÚN SEXO (%) DISTRITOS DE ORIENTE,
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑOS 1991 Y 1993

Causas	Morbilidad*			Mortalidad**					
	1991			1991			1993		
	Total	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	30	19	11	5	1	4	6	4	2
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Enfermedades cardiovasculares	21.0	10.5	13.0	-	-	-	17.0	-	50.0
Tuberculosis	14.0	5.0	27.0	40.0	-	50.0	33.0	50.0	-
Deficiencia de la Nutrición	10.0	10.5	9.0	-	-	-	-	-	-
Accidentes, suicidios y otras Violencias	17.0	21.0	9.0	-	-	-	17.0	25.0	-
Infecciones intestinales mal Definidas	10.0	16.0	-	20.0	100.0	-	17.0	25.0	-
Otras	28.0	37.0	9.0	40.0	-	50.0	17.0	-	50.0

X Clasificación Internacional de las Enfermedades, O.M.S.

Fuentes: * Muestra del Hospital R. Hernández.

** Contraloría General de la República.

relacionados con la edad, los cambios hormonales en la mujer y el aumento de peso (Georgetown, 1990), en este caso, estaría mayormente relacionado con una hipertensión causada por la introducción de nuevos patrones alimenticios, asociados a un mayor consumo de productos enlatados, que aumentan la ingesta de sal favoreciendo la misma. La obesidad es un corolario frecuente de la desnutrición con baja talla y de la malnutrición con el aumento de consumo de grasas. La diabetes puede ser propiciada, también por el nuevo patrón de consumo con mayor aporte de azúcares.

El estudio de *Médicos Sin Fronteras* reporta 4 casos de enfermedades sexualmente transmisibles registradas en el segundo nivel de atención, en 1992, sin precisar el sexo de los pacientes. Pero, es de suponer que son hombres que han migrado en busca de trabajo y que han utilizado los servicios de las prostitutas sin la debida protección. Frente a la emergencia de estas enfermedades (hasta 1991 los médicos de San Félix no registran ningún caso), es necesario brindar mayor información sexual a los jóvenes teniendo en cuenta los patrones culturales Ngöbe para abordar este tema.

En este grupo se presenta la mayor diferencia entre la mortalidad femenina (65%) y la masculina (35%), y se localiza el 25% de todas las muertes, de las cuales, el 85% son prevenibles. Cerca de la mitad de las muertes (45%) se debieron a enfermedades infecciosas, de éstas, el 78% se produjo en el grupo de las mujeres.

La sobremortalidad femenina se refleja en las enfermedades infecciosas, particularmente la tuberculosis (38.5%) y otras infecciones (23%) como la hepatitis y la gastroenteritis. La revisión de la literatura que realiza Hudelson (Hudelson, 1996) sugiere que:

- La diferencia entre los géneros predispone a una exposición diferente al bacilo tuberculoso. Los hombres Ngöbe pueden estar más expuesto al contacto con paciente bacilíferos durante su migración y trabajo. Pero al regresar a la Comarca, infectan a las mujeres y éstas al no tratarse, constituyen un reservorio local de la infección.
- El estado nutricional de las personas infectadas por la tuberculosis afectan la velocidad de progresión de la infección hacia la enfermedad. Así, se entiende que la mujer Ngöbe desnutrida presenta las formas mas graves de la tuberculosis.
- El trabajo múltiple de la mujer y su menor acceso al dinero retrasa su búsqueda de atención y su tratamiento empeorando la evolución de la enfermedad.
- El programa de tratamiento supervisado de la tuberculosis dificulta el cumplimiento de las mujeres, tanto por las dificultades de acceso geográfico, como por la pérdida de tiempo en los servicios de salud y la falta de quién la substituye en sus tareas agrícolas y domésticas.

El predominio de la tuberculosis en las mujeres de este grupo de edad ha persistido en los años 1992, 1993 y 1994, (Sinclair, 1995).

La hepatitis y las enfermedades gatrointestinales se asocian a la malnutrición observada en la mujer desde pequeña y están relacionadas, también con la deficiente o inexistente dotación de agua potable y, por consiguiente, mayor contacto con agua contaminada. En este aspecto, es la mujer, generalmente la mas afectada debido a las tareas que desarrolla

tales como: el acarreo de agua, el lavado de la ropa, la preparación de los alimentos, agregándose a ello el acarreo de cargas pesadas que la debilita.

Otra causa importante y sobresaliente de la mortalidad femenina son los Accidentes, Suicidios y Homicidios (30% de todas las causas). Cuando se hace el desglose de estas causas, algunos accidentes están más asociados a las tareas productivas que realiza con el hombre; pero en los homicidios y suicidios, la violencia se expresa por igual, solo que esta violencia en los hombres se manifestaba en el grupo de 15 a 24 años. Identificamos un diferencial de género en las formas de suicidio: generalmente el hombre emplea la suspensión y se ahorca, mientras la mujer emplea productos tóxicos.⁹

22. GRUPO DE 45 A 55 AÑOS:

En este grupo permanece la disparidad registrada entre la morbilidad de predominio masculino 1.7:1 y la mortalidad con predominio femenino 4:1. (Ver cuadro 22).

Las causas mayores de morbilidad en los hombres siguen siendo los traumas (21%) y las infecciones gastrointestinales (15.8%), pero, aparecen otras causas como el cáncer gastrointestinal y un espectro de patologías variadas que afectan a pocas personas.

En las mujeres, las enfermedades cardiovasculares constituyen el 36% de la morbilidad, pero la tuberculosis con el 27.3%, y otras causas como la hepatitis, (9%), y la desnutrición (9%), permanecen entre las cinco primeras causas. Todas son

⁹Comunicación personal del Corregidor de Soloy.

Cuadro N° 22
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD DE LA POBLACIÓN NGÖBE
DE 55 AÑOS Y MÁS SEGÚN SEXO (%). DISTRITOS DE
ORIENTE, PROVINCIA DE CHIRIQUÍ.
AÑOS 1991 Y 1993.

Causas	Morbilidad*			Mortalidad**					
	1991			1991			1993		
	Total	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	53	25	28	12	6	6	35	26	9
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Enfermedades cardiocasculares	19.0	12.0	25.0	-	-	-	26.0	31.0	11.0
Infecciones intestinales mal Definidas	17.0	24.0	11.0	17.0	33.0	-	8.0	11.5	-
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	11.0	8.0	14.0	-	-	-	8.0	4.0	22.0
Tuberculosis	11.0	8.0	14.0	17.0	33.0	-	12.0	11.5	11.0
Accidentes, suicidios y otras Violencias	8.0	16.0	-	-	-	-	6.0	8.0	-
Tumor maligno	-	-	-	17.0	17.0	17.0	20.0	19.0	22.0
Otras	34.0	32.0	36.0	32.0	17.0	83.0	20.0	15.0	34.0

X Clasificación Internacional de las Enfermedades, O.M.S.

Fuentes: * Muestra del Hospital R. Hernández.

** Contraloría General de la República.

enfermedades pueden haberse hecho crónicas al no ser resueltas en períodos anteriores.

La mortalidad presenta una razón hombre/mujer de 0.25. Esta desproporción presenta una doble causalidad: 50% la tuberculosis e igual proporción la hepatitis, las que tienen su mayor impacto en la mujer.

23. GRUPO DE 55 AÑOS Y MÁS:

En este grupo hay una inversión de las relaciones de morbilidad y de mortalidad en relación a las edades anteriores (Ver cuadro 22). Se observa un predominio de la morbilidad femenina (53%), porque en esta etapa la mujer que sobrevive a la muerte, lo hace con una secuela de enfermedades relacionadas a sus experiencias anteriores, una nutrición deficitaria, un matrimonio temprano con muchos hijos, una sobrecarga de trabajo productivo y poco acceso a los servicios oficiales de salud.

Las enfermedades cardiovasculares son dos veces mas frecuentes en las mujeres que en los hombres y representaron el 25% de su morbilidad, la tuberculosis y su secuela de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, representaron un 28.6% y su razón de morbilidad fue de 0.50. Esto expresa una secuela anterior de infecciones respiratorias mal tratadas y, a la vez, se constituye en fuente de diseminación de la infección tuberculosa.

La mortalidad tiene una distribución sin predominio marcado en ambos sexos. La desnutrición severa y las infecciones intestinales y respiratorias permanecen como causa de mortalidad del 50% de las mujeres.

El cáncer se registra como causa de morbilidad y de mortalidad con una distribución parecida en hombres y mujeres (11% y 17% respectivamente). La poca frecuencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres Ngöbe, (un solo caso de mortalidad reportado a esta edad) podría estar asociado a una pobre utilización del programa de detección de los servicios oficiales de salud. El programa de promoción de salud y de capacitación de parteras desarrollado por los promotores voluntarios y el Ministerio de Salud podría permitir mejorar este indicador.

En ambos sexos el peso específico de los tumores malignos debe vigilarse, ya que estos tienen un terreno propicio para su desarrollo con las patologías infecciosas y de malnutrición, todas prevenibles si se modifican los factores de riesgo externos.

En resumen los datos presentados muestran que:

- Las causas de morbilidad y mortalidad son poco variables a lo largo de la vida de los Ngöbe, siguiendo un patrón de comportamiento típicamente rural.
- Las razones de masculinidad son bajas y muy parecidas en cada categoría de edad. A partir del primer año de vida se observa que las desventajas ambientales pueden rebasar cualquier ventaja biológica propia de la mujer, todo ello según la teoría de Ruzicka y López, (Waldstrom, 19).
- En la población Ngöbe estudiada los factores de riesgo ya analizados y la desnutrición femenina, en particular, puede disminuir la esperanza de vida al nacer de 10 a 20 años, en relación a la población panameña general.

- La ventaja de la mujer es evidente sólo después de los 55 años. El equilibrio relativo y la disminución de la diferencia de mortalidad entre sexos, antes de esta edad, se deben a la mortalidad masculina que se incrementa debido a la violencia y al abuso del alcohol.

- En cuanto a la morbilidad, el hombre acude más al hospital a tratarse el padecimiento, en este sentido, el patrón cultural y geográfico estaría afectando, diferencialmente, el acceso de la mujer al diagnóstico y al tratamiento. La mujer trata de solucionar sus problemas de salud dentro de la Comarca y en las giras médicas. El hombre posee mayor libertad en su desplazamiento y, por lo tanto, tiene más experiencia en el contacto con los servicios de salud oficial. La mujer cuando decide bajar, generalmente, lo hace acompañada del hombre para sentirse protegida y vencer las barreras del idioma. Este patrón de utilización se ha notado, también, en el caso de los niños varones, lo que podría estar asociado a una morbilidad real mayor, pero, también, a una diferente valoración en la atención de la enfermedad a niños y niñas.

- El patrón general de comportamiento de la mortalidad por sexo, expresa que bajo condiciones sanitarias y nutricionales adecuadas, la mortalidad masculina es mas alta que la femenina, en cualquier edad, y que las mujeres exhiben mayor longevidad que los hombres (Waldstrom, 19). En nuestro caso de estudio y teniendo en cuenta todas las limitaciones apuntadas con respecto a los registros de defunción, las tasas de mortalidad general en el año 1991, fueron semejantes en ambos sexos (155 en las mujeres y 154 por 100,000 en los hombres), en 1992 estas tasas fueron de 208.5 y 206.6

respectivamente. Este hecho se debe a una mayor mortalidad masculina en los dos extremos de la vida (menores de un año y mayores de 55 años) por las diferencias biológicas inherentes a este sexo. Entre estos dos extremos, la mortalidad masculina, aunque inferior a la mortalidad femenina, se mantiene alta a causa de los accidentes, suicidios y homicidios y a otras violencias. Sin embargo, al analizar la tasa de mortalidad por grupos de edad, en las edades comprendidas entre 1 a 4 años, 15 a 24, 25 a 44 y 45 a 55 años, la mortalidad femenina registrada ha sido superior con respecto a la del hombre. Si bien no es posible generalizar a través de la información recogida ya que es necesario hacer observaciones periódicas sobre la tendencia de esta mortalidad, en los años objeto de análisis (1991, 1992, 1993), se evidencia una mayor mortalidad de las mujeres en edades jóvenes, especialmente, entre 15 y 55 años.

El cambio de signo en la razón de mortalidad hombre-mujer, constituye un llamado de atención para profundizar en la investigación de los factores físicos y socioculturales que inciden en esta desventaja de sobrevivencia de la mujer en estos grupos etáreos.

Quinta parte: Conclusiones

A través de este primer acercamiento, Todavía incompleto sobre el perfil de salud - enfermedad de la mujer Ngöbe, hemos podido identificar algunos condicionamientos o definiciones de género de la sociedad Ngöbe, hoy, que afectan en forma diferencial su salud.

La mujer Ngöbe surge en el silencio de una cultura nativa milenaria que trata de resistir el embate de un proceso de desculturación evidente, que ha causado cambios que se reflejan en la estructura tradicional, en sus relaciones sociales en general y en las de género en particular.

Históricamente, sus roles fundamentales han sido el de productora en la economía, el de reproductora de la etnia y el de transmisora de valores. Su cosmovisión plantea una concepción especial del mundo, concebido como una unidad, como una totalidad, bajo opuestos complementarios que tienen que armonizar, donde cada elemento, el masculino y el femenino son necesarios para que el universo accione. De esta forma, se determinan espacios propios de acciones y decisiones para hombres y mujeres, con lo cual se forma la identidad de género. Sin embargo, el proceso de desculturización ha afectado esta cosmovisión expresándose en la pérdida de algunos derechos y en la modificación del valor asignado a su rol.

Es así, como las definiciones de género asociadas a sus condiciones de vida y a sus expectativas, condicionan diferentes

riesgos de enfermar y morir, en ellos influyen, tanto factores externos que provienen de sus relaciones con la sociedad nacional, y factores internos propios de la sociedad tradicional.

En el ámbito económico las actividades de la mujer Ngöbe se refieren a la producción, distribución, intercambio, comercio marginal, consumo de valores y de usos destinados, mayormente, al grupo familiar. Existe un grupo de mujeres jóvenes que migran en busca de mejores condiciones ya que la escasez de tierras cultivables, debido a diversos factores como son el aumento de la población, la expropiación de tierras por parte de pobladores no Ngöbe o de la existencia de tierras prácticamente improductivas, expulsa a la población joven para incorporarse a la economía de mercado. A pesar de que las normas consuetudinarias otorgan igual derecho de posesión de tierras a mujeres y a hombres, son éstos otros factores que afectan el ejercicio de este derecho en la mujer.

Se ha comprobado que la inserción en la economía de mercado provoca el deterioro del rol de la mujer indígena y la redefinición de roles sociales se torna mas desventajosa, tanto de la que se queda en los lugares habituales de residencia, en ese caso, es el hombre el migrante, como de aquella que migra a otros lugares en busca de trabajo asalariado o siguiendo a su compañero.

En el primer caso, la situación social y económica obliga, cada vez más, a la mujer a asumir responsabilidades adicionales que son vitales para la subsistencia de la familia que antes la complementaba o compartía con su compañero. Por otra parte, se trata de mujeres que viven en condiciones de extrema pobreza, con lo cual, la consecución de recursos se torna muy difícil. Ella aumenta sus horas de trabajo, sus preocupaciones y sus angustias. Esta situación deteriora los vínculos existentes creando otros nuevos, generando separaciones y, a veces,

rompiéndolos para terminar en abandono. Esto genera una nueva situación en la que las mujeres deben asumir la jefatura del hogar.

En el otro caso, la mujer Ngöbe migra y se incorpora en ocupaciones de baja remuneración (agrícolas, de servicio doméstico), otras veces efectúa un trabajo "invisible" o no remunerado ayudando a su compañero que ha sido contratado. Generalmente, en estos lugares reside en condiciones ambientales inadecuadas y ha perdido el apoyo y la solidaridad del grupo más amplio de parientes. además de muchos aspectos que forman parte de su tradición. Así, la migración, los puestos de trabajo y los salarios se convierten en factores de riesgo que contribuyen a la separación, el abandono, y la aparición de otras patologías.

En la sociedad tradicional, las mujeres Ngöbe a pesar de que trabajan mas horas diarias que los hombres, tienen un ingreso menor, los productos de su trabajo casi no generan un valor de cambio, el trabajo doméstico, el trabajo agrícola que realiza en las tierras familiares, no es remunerado, sólo obtiene ingreso cuando logra vender algún producto agrícola, artesanal o animales domésticos.

Recursos tales como el crédito, la capacitación y la tecnología están muy lejos de beneficiarla ya que realiza las agotadoras tareas agrícolas en forma tradicional.

En el ámbito educativo, a pesar de los avances logrados, la brecha educativa afecta mas a las mujeres Ngöbe, no sólo en los niveles de analfabetismo, sino también en todos los niveles formales de educación, desde el primario hasta el universitario.

Diversos factores están incidiendo en esta situación, no sólo los que tienen que ver con las definiciones sobre los roles

de la mujer Ngöbe, sino también, con aspectos organizativos de la educación en las áreas indígenas.

El valor asignado a la educación se convierte en contradictorio en la sociedad tradicional, por un lado, las mujeres le asignan una gran importancia y están conscientes de su necesidad, pero, por el otro, manifiestan una actitud de rechazo porque, también, son conscientes de que varios aspectos, entre ellos, los contenidos curriculares y el idioma, son barreras que no contemplan su riqueza y su tradición cultural.

Es innegable la importancia de la educación en la vida de la mujer indígena, en el cuidado de su propia salud y la de su familia, pero el tipo de educación recibida resulta crucial. Esta debe convertirse en un instrumento de cambio positivo, liberador, que ayude a la mujer a ejercer un mayor control sobre su vida y una libertad de elección.

En el ámbito de la participación sociopolítica, los diferenciales se acentúan a favor del hombre; la tradición oral define claramente los espacios y la mujer Ngöbe participa en relación con su espacio asignado.

NGUEBE (Dios) asignó las funciones a hombres y mujeres después de someterlos a prueba, por lo tanto, es al hombre al que le tocó ejercer el poder en la tierra y sobre las fuerzas sobrenaturales, por sus aptitudes demostradas.

La estructura de poder de la sociedad tradicional y de aquella conformada en sus relaciones con la sociedad nacional es de dominio exclusivo del hombre, la mujer Ngöbe está detrás, no ha ocupado ninguno de los puestos de esa estructura. Su participación se ha expresado en trabajos organizativos de apoyo necesarios para la consecución de metas generales, pero, no particulares de las mujeres, a pesar de que ellas tienen voz y

voto en los Congresos indígenas. Aparentemente solo una mujer Ngöbe, MAMA CHI, por su investidura de carácter religioso ha actuado como una líder de su pueblo y ha podido conjugar no sólo las metas de carácter religioso sino, también, las reivindicaciones políticas, económicas y sociales, marcando una excepción en las costumbres tradicionales. Sin embargo, en éstos últimos años se ha observado un cambio donde la mujer Ngöbe comienza a demostrar sus aspiraciones en el Congreso Indígena por ocupar los puestos de poder.

Pareciera que su participación es mayor en el ámbito religioso, en aquellos rituales que corresponden a la sociedad tradicional y en organizaciones que no pertenecen a la sociedad tradicional, sino que son influidas por las diferentes iglesias que trabajan en el área indígena.

En el ámbito de la salud, las condiciones sanitarias del medio donde viven las mujeres Ngöbe reflejan la situación de marginalidad que sufren las comunidades indígenas desde hace siglos. Esto aumenta la incidencia de las enfermedades y se convierte en una carga mas de trabajo para la mujer.

El acceso a servicios básicos en general, (la casi inexistencia de agua potable, la carencia de servicios de excretas y alcantarillados, las condiciones de la vivienda, la falta de luz eléctrica, etc.) a veces es nulo, otras veces es escaso e insuficiente y de aquellos servicios a los cuales parcialmente pueden acceder, queda en duda su efectividad.

Si bien el acceso a los servicios de salud oficiales ha ido en aumento desde décadas atrás, es todavía insuficiente para satisfacer sus necesidades. Algunos indicadores de salud encontrados en las mujeres Ngöbe nos revelan estas necesidades:

- El comportamiento de la fecundidad está vinculado con niveles de pobreza, educación, migración, acceso y uso de métodos de planificación familiar. Si bien la tasa de fecundidad parece haber disminuido, todavía la mujer Ngöbe tiene un régimen de fecundidad natural y escaso acceso a los servicios de planificación familiar.

- Tiene como promedio general 4.2 hijos, su período reproductivo comienza después de la menarquia y termina mas allá de los cuarenta años, el 50% presenta una duración de la lactancia estimada entre 13 y 14 meses, y el 40% entre 5 y 12 meses, lo que significa que el estado de maternidad ocupa una gran porción de los años de su vida.

- Los niveles de mortalidad infantil, materna y general, a pesar de su elevado nivel de subregistro, muestran sus condiciones de vida y las dificultades, económicas, geográficas, de idioma, culturales etc. de acceso a los servicios de atención primaria y curativos del sistema oficial de salud; esto se refleja en bajos indicadores estadísticos de controles prenatales, inmunizaciones, asistencia profesional al parto, consultas por planificación familiar, etc., además, de que casi todas las causas de mortalidad pueden ser prevenibles.

- El patrón general en estas comunidades es la inseguridad alimentaria, lo que se manifiesta en el estado nutricional de la mujer Ngöbe y se refleja en una variedad de patologías, dando a luz niños y niñas con bajo peso al nacer, estando anémica, viviendo una situación de desnutrición crónica y favoreciendo la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, así como su curso severo.

Por lo tanto, su alimentación inadecuada, su fatiga crónica por las largas jornadas de trabajo y su multiparidad son una combinación constante, a través del ciclo vital, que muchas veces la lleva a la muerte a edades mas tempranas que el hombre.

- La exigencia de enfrentar nuevas relaciones sociales que alteran formas culturales establecidas por la sociedad tradicional en su proceso socializador, con una lógica diferente, le crean malestar, insatisfacciones e inseguridades que se expresan en la alteración de su salud mental y en diferentes formas de violencia.

- La inexistencia de una articulación real y efectiva entre los servicios de salud oficiales y los tradicionales, no permite una utilización adecuada que respete e integre los aspectos culturales y los conocimientos propios de la sociedad tradicional Ngöbe, afectando principalmente a las mujeres, quienes tienen en sus manos el cuidado de la salud familiar y son las protagonistas de la vida ritual ligada a la reproducción, realizando múltiples tareas en su rol de sanadoras.

La mujer Ngöbe puede constituirse en un agente de cambio y desarrollo, teniendo en cuenta sus necesidades y su cultura, y considerándola como una interlocutora válida. De esta forma, su participación en las actividades de prevención y curación puede ser posible.

Por último, basándonos en la Declaración de San José, (firmada por los Presidentes del Istmo Centroamericano), y reafirmando el concepto de etno desarrollo, es necesario considerar que la recién creada Comarca Ngöbe-Bugle por la Asamblea Legislativa, el 29 de enero de 1997, debe considerar

la ampliación y consolidación de los ámbitos de poder de la cultura Ngöbe, fortaleciendo su capacidad autónoma para guiar su propio desarrollo. Así podrá mejorar su calidad de vida y, por lo tanto, la salud del pueblo Ngöbe integrando a la mujer Ngöbe a la construcción democrática de la Comarca.



ANEXOS

ANEXO 1
POBLACION NGÖBE OCUPADA DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD, POR SEXO SEGUN
CATEGORIA DE OCUPACION, REPUBLICA DE PANAMA AÑO 1990

Población Ngöbe ocupada por Categoría de ocupación	SEXO					
	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	30,109	100.0	24,756	100.0	5,353	100.0
Empleado Eventual		11.5		13.0		45.0
TOTAL	3,480	100.0	3,234	100.0	246	100.0
Empresa Privada	2,985	85.7	2,943	91.0	42	17.1
Gobierno	148	4.3	138	4.3	10	4.0
Cooperativa	35	1.0	29	0.9	6	2.4
Casa de Familia	312	9.0	124	3.8	188	76.5
Comisión del Canal	-		-		-	
FFAA de los EBUU	-		-		-	
Empleado Permanente		22.3		25.3		8.5
TOTAL	6,751	100.0	6,292	100.0	459	100.0
Empresa Privada	5,493	81.4	5,382	85.5	111	24.2
Gobierno	923	13.8	795	12.6	128	27.8
Cooperativa	62	0.9	52	0.9	10	2.3
Casa de Familia	270	3.9	61	1.0	209	45.5
Comisión del Canal	2	0.0	1	0.0	1	0.2
FFAA de los EBUU	1	0.0	1	0.0	-	-
Por cuenta propia	14,304	47.5	11,786	47.5	2,518	47.0
Trabajador familiar	5,434	18.0	3,311	13.4	2,123	39.5
Patrono miembro de una	117	0.3	110	0.4	7	0.0
Cooperativa de						
producción						
O asentamiento	146	0.4	110	0.4	36	0.5

ANEXO 2
POBLACION NGOBE DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD POR CONDICION DE ACTIVIDAD SEGÚN
SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN

SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCION	POBLACION NGOBE DE 10 AÑOS Y MAS DE EDAD POR CONDICION DE ACTIVIDAD			TASA DE ACTIVIDAD (por cada 100 personas)
	TOTAL	ECONOMICAMENTE		
		ACTIVA	NO ACTIVA	
TOTAL				
GUAYMI	78,613	34,097	44,516	43.4
sin grado aprobado	35,640	15,625	19,584	44.4
primaria incompleta	25,640	9,223	16,417	36.0
primaria completa	9,057	5,026	4,031	55.5
primaria no especificado	35	1	34	2.9
secundaria incompleta	4,873	2,258	2,615	46.3
secundaria completa	1,121	883	238	78.8
secundaria no especificado	80	7	73	8.8
universitaria, 1 - 3 años	152	107	45	70.4
universitaria, 4 años y más	65	54	11	83.1
universitaria, no especificado	1	-	1	-
post - grado	1	-	1	-
ocupacional	98	78	20	9.6
no especificado	2,281	835	1,446	36.6
HOMBRES	41,207	28,148	13,059	68.3
sin grado aprobado	15,361	12,229	3,132	79.6
primaria incompleta	14,752	7,916	6,836	53.7
primaria completa	5,684	4,400	1,284	77.4
primaria no especificado	17	1	16	5.9
secundaria incompleta	3,340	2,025	1,315	60.6
secundaria completa	826	733	93	88.7
secundaria no especificado	43	4	39	9.3
universitaria, 1 - 3 años	107	87	20	81.3
universitaria, 4 años y más	50	41	9	82.0
universitaria, no especificado	1	-	1	-
post - grado	1	-	1	-
ocupacional	71	65	6	91.5
no especificado	954	647	307	67.8
MUJERES	37,406	5,949	31,457	15.9
sin grado aprobado	19,848	3,396	16,452	17.1
primaria incompleta	10,848	1,307	9,581	12.0
primaria completa	3,373	626	2,747	18.6
primaria no especificado	18	-	18	-
secundaria incompleta	1,533	233	1,300	15.2
secundaria completa	295	150	145	50.8
secundaria no especificado	37	3	34	8.1
universitaria, 1 - 3 años	45	20	25	44.4
universitaria, 4 años y más	15	13	2	86.7
ocupacional	27	13	14	40.1
no especificado	1,327	188	1,139	14.2

Fuente: Censo de 1990.

ANEXO 3
CARACTERISTICAS ECONOMICAS Y SOCIALES DEL CORREGIMIENTO
DE SOLOY, DISTRITO DE SAN LORENZO, PROVINCIA
DE CHIRIQUÍ. AÑO 1990

DATOS GENERALES SOBRE VIVIENDA

Tipos de Viviendas

Permanente y Semi – permanente	304
Improvisada	28
Apartamento y Cuarto en casa de Vecindad	0
Otras	0

Condiciones de la Vivienda

Viviendas Particulares Ocupadas	296	
Con techo de paja y penca	105	35.47%
Con piso de tierra	273	92.23%
Sin agua potable	249	84.12%
Sin servicio sanitario	273	92.23%
Sin luz eléctrica	290	97.30%
Cocinan con leña	288	97.30%
No tiene: televisión	291	98.31%
No tienen radio	176	59.46%
No tienen teléfono	294	99.32%

DATOS GENERALES SOBRE EL HOGAR

	HOMBRES	MUJERES	
Jefe del hogar	205	91	Total de Hogares: 296
Ingreso Promedio/ jefe	B/. 81.51	B/. 27.71	Ingreso Promedio por hogar: B/. 65.17
Promedio de personas por hogar: 6.15			Ingreso Promedio por persona: B/. 10.60

DATOS GENERALES SOBRE POBLACION

Edades Entre	Hombres	Mujeres	Total
0 – 4 años	131	141	272
5 – 9 años	179	182	361
10 – 14 años	158	112	270
15 – 49 años	382	383	765
50 – 99 años	83	68	151
Total Habitantes/ Lugar poblado	933	886	1819

POR GRUPO ETNICO

	Total de Habitantes
Población Kuna	3
Población Guaymí	1,765
Población Teribe	1
Población Emberá	0
Población Waunana	0
Población Bokota	0
Población No Indígena	50
Población Ind. Con Grupo no Declarado	0
TOTAL	1,819

DATOS GENERALES SOBRE EDUCACION

Población Estudiantil	Primaria	Secundaria
1 – 3 grado/ año aprobado	602	81
4 – 6 grado/ año aprobado	240	32
Con grado ignorado	13	1

Sin grado aprobado	602
Universidad o Post – Grado Aprobado	3
Vocacional Aprobado	0
Con grado aprobado ignorado	164
Población de 10 años y más que saben leer	628
Tasa de Alfabetismo	52.95%

INFORMACION ECONOMICA DE LA POBLACION

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Población Económicamente Activa	378	72	450
Población Desocupada	32	4	36

Población Ocupada	414
Población No Económicamente Activa	736

POBLACION ACTIVA POR TIPO DE OCUPACION

Grupo 1	
Empleados del Gobierno	9
Empleados de la Empresa Privada	3
Empleados por Cuenta Propia	5
Otros Empleados	3

Grupo 2	
Agricultores	365
Ganaderos	0
Pesca y Caza	0
Madereros	0

Grupo 3	
Artesanos	17
Construcción	1
Otros	1

Grupo 4	
Obreros y Jornaleros	0
Otras Ocupaciones	5

DATOS GENERALES SOBRE FECUNDIDAD / MORTALIDAD

Total de Nacimientos	451
Total de Defunciones	55
Total de hijos vivos	396
Tuvieron hijos del (14/05/89 al 14/05/90)	52
Nacidos vivos	50
Total de Defunciones en ese periodo	2

Fuente: Fondo de Emergencia Social – 1990.

ANEXO 4
CARACTERISTICAS ECONOMICAS Y SOCIALES DEL CORREGIMIENTO
DE BOCA LA Balsa, DISTRITO DE SAN LORENZO,
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑO 1990

DATOS GENERALES SOBRE VIVIENDA

Tipos de Viviendas	
Permanente y Semi – permanente	671
Improvisada	19
Apartamento y Cuarto en casa de Vecindad	0
Otras	3

Condiciones de la Vivienda

Viviendas Particulares Ocupadas	557	
Con techo de paja y penca	313	56.19%
Con piso de tierra	546	98.03%
Sin agua potable	545	97.85%
Sin servicio sanitario	539	96.77%
Sin luz eléctrica	555	99.64%
Cocinan con leña	550	98.74%
No tienen televisión	556	99.82%
No tienen radio	387	69.48%
No tienen teléfono	557	100.00%

DATOS GENERALES SOBRE EL HOGAR

	HOMBRES	MUJERES	
Jefe del hogar	461	99	Total de Hogares: 560
Ingreso Promedio/ jefe	B/. 54.62	B/. 51.66	Ingreso Promedio por hogar: B/. 52.51
Promedio de personas por hogar: 6.13			Ingreso Promedio por persona: B/. 8.57

DATOS GENERALES SOBRE POBLACION

Edades Entre	Hombres	Mujeres	Total
0 – 4 años	359	328	687
5 – 9 años	344	344	688
10 – 14 años	234	209	443
15 – 49 años	632	738	1,370
50 – 59 años	149	98	247
Total Habitantes/ Lugar poblado	1,718	1,717	3,435

POR GRUPO ETNICO

	Total de Habitantes
Población Kuna	2
Población Guaymí	3,389
Población Teribe	1
Población Emberá	0
Población Waumana	0
Población Bokota	0
Población No Indígena	43
Población Ind. con Grupo no Declarado	0
TOTAL	3,435

DATOS GENERALES SOBRE EDUCACION

Población Estudiantil	Primaria	Secundaria
1 - 3 grado/ año aprobado	1,834	39
4 - 6 grado/ año aprobado	250	16
Con grado ignorado	3	0
Sin grado aprobado	1,834	
Universidad o Post - Grado Aprobado	0	
Vocacional Aprobado	0	
Con grado aprobado ignorado	79	
Población de 10 años y más que saben leer	608	
Tasa de Alfabetismo	29.51%	

INFORMACION ECONOMICA DE LA POBLACION

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Población Económicamente Activa	652	58	710
Población Desocupada	61	8	69
Población Ocupada	641		
Población No Económicamente Activa	1,350		

POBLACION ACTIVA POR TIPO DE OCUPACION

Grupo 1	
Empleados del Gobierno	11
Empleados de la Empresa Privada	2
Empleados por Cuenta Propia	1
Otros Empleados	0

Grupo 2	
Agricultores	560
Ganaderos	27
Pesca y Caza	0
Madereros	0

Grupo 3	
Artisanos	18
Construcción	3
Otros	0

Grupo 4	
Obreros y Jornaleros	1
Otras Ocupaciones	18

DATOS GENERALES SOBRE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Total de Nacimientos	836
Total de Defunciones	93
Total de hijos vivos	743
Tuvieron hijos del (14/05/89 al 14/05/90)	126
Nacidos vivos	123
Total de Defunciones en ese periodo	3

Fuente: Fondo de Emergencia Social - 1990.

ANEXO 5

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DEL GRUPO NGÓBE, CON Y SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA, SEGÚN SEXO, DISTRITOS DE ORIENTE, PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. 1991

Distritos Sexo	Total	%	Defunciones			
			Con Certificación Médica	%	Sin Certificación Médica	%
Total	80	100.0	63	78.7	17	21.3
Hombres	40					
Mujeres	40					
Tolé	30	100.0	19	63.3	11	36.7
Hombres	15		9		6	
Mujeres	15		10		5	
Remedios	14	100.0	11	78.6	3	21.4
Hombres	10		7			
Mujeres	4		4			
San Lorenzo	22	100.0	20	90.9	2	9.1
Hombres	10		8		2	
Mujeres	12		12			
San Félix	14	100.0	13	92.8	1	7.2
Hombres	5		4		1	
Mujeres	9		9			

Fuente: Contraloría General de la República 1991

ANEXO 6
POBLACION NGOBE EN LA REPUBLICA, POR PROVINCIA,
SEGÚN SEXO AÑO 1990

PROVINCIA	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	123,626	100.0	64,404	100.0	59,222	100.0
Bocas del Toro	51,086	41.3	26,729	41.5	24,357	41.1
Coclé	148	0.1	82	0.1	66	0.1
Colón	214	0.2	120	0.2	94	0.2
Chiriquí	62,825	50.8	32,495	50.4	30,330	51.3
Darién	379	0.3	213	0.4	166	0.3
Herrera	122	0.1	78	0.1	44	0.0
Los Santos	18	0.0	11	0.0	7	0.0
Panamá	1,840	1.5	1,011	1.6	829	1.4
Veraguas	6,971	5.7	3,653	5.7	3,318	5.6
Comarca Kuna Yala	23	0.0	12	0.0	11	0.0

Fuente: Censo de 1990.

**ANEXO 7
POBLACION NGOBE POR SEXO EN LOS DISTRITOS DE
LA PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑO 1993**

DISTRITOS PROV. DE CHIRIQUÍ	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	INDICE DE MASCULINIDAD
TOTAL	62,825	100.0	32,495	100.0	30,330	100.0	107
Alanje	866	1.4	560	1.7	306	1.0	183
Barú	4,087	6.5	2,234	6.9	1,853	6.1	120
Boquerón	186	0.4	103	0.3	83	0.3	124
Boquete	1,617	2.6	1,121	3.4	496	1.6	226
Bugaba	2,235	3.5	1,548	4.8	687	2.2	225
David	1,514	2.4	804	2.5	710	2.3	113
Dolega	147	0.3	91	0.3	56	0.2	163
Gualaca	121	0.2	78	0.2	43	0.1	181
Remedios	6,932	11.0	3,445	10.6	3,487	11.5	98
Renacimiento	1,145	1.8	770	2.4	375	1.2	205
San Félix	8,550	13.6	4,194	12.9	4,356	14.4	96
San Lorenzo	13,408	21.3	6,773	20.8	6,635	21.9	102
Tolé	22,017	35.0	10,774	33.2	11,243	37.2	95

Fuente: Censo de 1990.

ANEXO 8
POBLACION NGOBE DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD. POR ANALFABETISMO Y SEXO SEGÚN EDAD EN LA REPUBLICA. AÑO 1990.

EDAD	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	38,883	49.5	17,270	41.9	21,613	57.8
10	2,107	53.5	1,108	53.4	999	53.7
11	1,387	42.9	666	40.2	721	45.8
12	1,291	38.0	649	35.9	642	40.5
13	951	31.3	422	26.7	529	36.2
14	927	30.8	404	25.9	523	36.1
10 - 14	6,663	40.1	3,249	37.4	3,414	43.1
15 - 19	4,601	32.9	1,693	24.5	2,908	41.2
20 - 24	4,171	38.6	1,544	28.5	2,627	48.8
25 - 29	3,712	43.5	1,367	31.0	2,345	56.9
30 - 34	3,580	54.4	1,327	39.4	2,253	70.2
35 - 39	3,323	63.8	1,388	51.0	1,935	77.9
40 - 44	3,198	69.8	1,498	59.3	1,700	82.8
45 - 49	2,634	73.7	1,340	65.5	1,294	84.7
50 - 54	2,412	77.8	1,307	72.5	1,105	85.2
55 - 59	1,497	79.3	843	75.2	654	85.4
60 - 64	1,296	82.5	723	78.0	573	89.1
65 - 69	633	81.4	352	77.4	281	87.0
70 y +	1,163	81.7	639	79.3	524	84.8

Fuente: Censos de 1990.

ANEXO 9
RECURSOS FISICOS Y HUMANOS EN EL AREA SANITARIA DE ORIENTE.
PROVINCIA DE CHIRIQUI, AÑO 1991

INSTALACION	MEDI- COS	ODONTO- LOGOS	ENFER- MERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASIST. DE SALUD	TEC- NICOS	ADMINIS- TRATIVOS	OTROS
C.S. DE SAN LORENZO	1	1		2		1	1	1
SUB-CENTRO DE HORCONCITOS				1				
SU-CENTRO DE SOLOY				1				
PUESTO DE SALUD DE BOCA DEL NORTE								
PUESTO DE SALUD DE CERRO BANCO				2		1		
PUESTO DE SALUD DE PLAN DE CHORCHIA				1				
C.S. DE SAN JUAN	1		1	2		1		
HOSP. SAN FELIX	5	2	5	11		13	13	2
C.S. DE LAS LAJAS	1		1	1			1	
SUB-CENTRO STA. CRUZ								
SUB-CENTRO JUAY				1				
PUESTO DE SALUD DE SALTO DUPI								
PUESTO DE SALUD DE QUEBRADA LORO								
PUESTO DE SALUD DE CASCABEL								
PUESTO DE SALUD DE HATO PILON								
PUESTO DE SALUD DE HATO JOBO								
PUESTO DE SALUD DE HATO COROTU								

Mujer Ngöbe

Vergés y Farión

PUESTO DE SALUD DE CERRO PATENA					1			
C.S. DE REMEDIOS	1	1	1	2			4	1
SUB-CENTRO DE CERRO IGLESIAS				1				
PUESTO DE SALUD DE LAJAS								
PUESTO DE SALUD DE CHAMI					1			
PUESTO DE SALUD DE NANCITO					1			
CENTRO DE SALUD DE TOLE	2	1	2	3		2	4	1
SUB-CENTRO DE LLANO ÑOPO				2				
SUB-CENTRO DE HATO CABALLERO				1				
PUESTO DE SALUD DE CERRO VIEJO					1			
PUESTO DE SALUD DE CERRO SOMBRERO					1			
PUESTO DE SALUD DE LAJAS DE TOLE					1			
PUESTO DE SALUD DE CERRO PUERCO					1			
PUESTO DE SALUD DE CHICHICA					1			
TOTAL	11	5	10	29	9	17	24	5

Fuente: Región Sanitaria de Oriente – Provincia de Chiriquí – 1991

ANEXO 10
POBLACION NGOBE DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN SEXO Y EDAD,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA. AÑO 1990

SEXO Y EDAD	TOTAL	POBLACION NGOBE DE 15 AÑOS Y MAS DE EDAD											
		ESTADO CONYUGAL											
		SOLTERO		CASADO		UNIDO		VIUDO		SEPARADO*		DIVORCIADO	
TOTAL	62,004	13,885	22.3	5,308	8.7	38,114	61.4	1,834	3.0	2,713	4.4	150	0.2
Hombres	32,524	10,481	32.2	2,683	8.2	17,546	54.0	584	1.8	1,171	3.6	59	0.2
15-19	6,914	6,103	88.3	30	0.4	728	10.5	3	0.0	48	0.8	2	0.0
20-24	5,423	2,365	43.6	266	4.9	2,633	48.5	12	0.2	139	2.6	8	0.2
25-29	4,412	827	18.7	386	8.7	2,986	67.7	21	0.5	181	4.1	11	0.3
30-34	3,369	382	11.3	355	10.6	2,454	72.9	25	0.7	146	4.3	7	0.2
35-39	2,721	232	8.4	322	11.7	2,019	74.1	25	0.9	129	4.7	4	0.2
40-44	2,527	159	6.3	313	12.4	1,880	74.4	51	2.0	120	4.7	4	0.2
45-49	2,047	114	5.6	295	14.4	1,462	71.4	66	3.2	106	5.2	4	0.2
50-54	1,802	100	5.5	263	14.6	1,260	70.0	73	4.1	99	5.5	7	0.3
55-59	1,121	66	5.9	163	14.5	760	67.8	66	5.9	63	5.6	3	0.3
60-64	927	52	5.7	132	14.2	608	65.6	71	7.6	60	6.5	4	0.4
65-69	455	27	5.9	72	15.9	291	63.9	32	7.1	31	6.8	2	0.4
70-74	384	24	6.2	45	11.7	225	58.6	55	14.3	34	8.9	1	0.3
75-79	169	9	5.3	23	13.6	94	55.6	33	19.5	10	6.0	-	-
80-84	142	11	7.8	10	7.1	88	61.9	21	14.8	11	7.7	1	0.7
85 y más	111	10	9.0	8	7.3	58	52.2	30	27.0	4	3.6	1	-
Mujeres	29,480	4,004	11.5	2,625	8.9	20,568	69.7	1,250	4.3	1,542	5.3	91	0.3
15-19	7,053	2,647	37.5	269	3.9	3,898	55.2	12	0.2	221	3.2	6	0.0
20-24	5,382	402	7.5	427	7.9	4,239	78.8	18	0.3	286	5.3	10	0.2
25-29	4,123	129	3.2	406	9.8	3,381	82.0	21	0.5	177	4.3	9	0.2
30-34	3,210	62	1.9	362	11.3	2,589	80.7	28	0.9	158	4.9	11	0.3
35-39	2,485	35	1.5	321	12.9	1,979	79.7	32	1.2	115	4.6	3	0.1
40-44	2,053	27	1.4	272	13.3	1,550	75.4	79	3.8	112	5.4	13	0.6
45-49	1,527	18	1.2	178	11.7	1,082	70.9	117	7.6	121	7.9	11	0.7
50-54	1,297	28	2.2	187	14.5	783	60.4	169	13.0	119	9.1	11	0.8
55-59	766	10	1.4	98	12.7	439	57.4	138	18.0	78	10.1	3	0.4
60-64	643	13	2.0	52	8.1	314	48.9	206	32.1	54	8.3	4	0.6
65-69	323	11	3.5	21	6.5	141	43.6	105	32.5	42	13.0	3	0.9
70-74	308	9	2.9	19	6.2	104	33.8	146	47.4	27	8.3	3	0.9
75-79	114	4	3.5	3	2.6	29	25.4	60	52.6	16	14.0	2	1.9
80-84	101	7	6.9	4	3.9	18	17.9	65	64.4	7	6.9	-	-
85 y más	95	2	2.1	6	6.3	22	23.1	54	56.8	9	9.4	2	2.1

Fuente: Censo de 1990.

parados de unión y de matrimonio.

**ANEXO II
POBLACION NGOBE POR SEXO, SEGÚN EDAD EN LOS DISTRITOS DE ORIENTE,
PROVINCIA DE CHERIQUIL. AÑO 1990.**

GRUPOS DE EDAD	TOTAL			TOLE			REMEDIOS			SAN FELIX			SAN LORENZO		
	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TOTAL	MUJER	HOMBRE
TOTAL	50,907	25,186	25,721	22,017	10,774	11,243	6,932	3,445	3,487	8,590	4,194	4,356	13,408	6,773	6,635
- de 1 año	1,702	855	847	763	375	388	223	104	119	294	149	145	422	227	195
1 - 4	7,812	3,941	3,871	3,409	1,738	1,671	1,015	476	539	1,301	645	656	2,087	1,082	1,005
5 - 9	9,428	4,791	4,637	3,982	2,003	1,979	1,275	644	628	1,591	846	745	2,583	1,298	1,285
10 - 14	7,125	3,677	3,448	3,112	1,609	1,503	997	519	478	1,230	600	630	1,786	949	837
15 - 24	9,266	4,268	4,998	3,935	1,745	2,210	1,331	650	681	1,513	695	818	2,467	1,178	1,289
25 - 34	5,714	2,632	3,082	2,446	1,099	1,347	766	375	391	1,022	450	572	1,480	708	772
35 - 44	3,997	1,941	2,056	1,770	872	898	547	265	282	609	292	317	1,071	512	559
45 - 54	2,966	1,495	1,471	1,337	667	670	430	214	216	466	241	225	733	373	360
55 y +	2,897	1,586	1,311	1,243	666	577	351	198	153	524	276	248	779	446	333
Edad Mediana					16			17			17			17	

Fuente: Censo 1990.

ANEXO 12
TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION INDIGENA NGOBE EN LA
REPUBLICA, SEGÚN SEXO: AÑOS 1960 - 1990

LUGAR	POBLACION NGOBE			TASA DE CRECIMIENTO ANUAL		
	AÑO 1970*	AÑO 1980*	AÑO 1990**	1960 - 70	1970 - 80	1980 - 90
REPUBLICA						
TOTAL	44,794	54,285	123,626	3.0	2.2	12.7
Hombres	22,247	26,422	64,404	-	1.9	14.4
Mujeres	22,547	27,863	59,222	-	2.4	11.2
PROVINCIA DE CHIRIQUI						
TOTAL	25,925	30,862	50,907	2.5	1.9	6.5
Hombres	12,891	15,152	25,186	-	1.8	6.6
Mujeres	13,034	15,710	25,721	-	2.1	6.4

* Tabulado Especial Contraloría General de la República

** Censo 1990.

ANEXO 13
NACIMIENTOS VIVOS EN CASERIOS INDIGENAS NGOBES POR ASISTENCIA PROFESIONAL
AL PARTO Y No. DE HIJOS TENIDOS VIVOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN
EN LOS DISTRITOS DE ORIENTE, PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑO 1991

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TOTAL				CON ASISTENCIA PROFESIONAL AL PARTO				SIN ASISTENCIA PROFESIONAL AL PARTO			
	TOTAL	1	2-3	4 y +	TOTAL	1	2-3	4 y +	TOTAL	1	2-3	4 y +
TOTAL	687	104	177	406	130	49	32	49	557	55	145	357
Sin Instrucción	351	23	67	261	43	10	10	23	308	13	57	238
Algún Grado Primaria	299	68	91	140	67	27	16	24	232	41	75	116
Algún grado Secundaria	37	13	19	5	20	12	6	2	17	1	13	3
Tolé - Total	308	43	86	179	36	17	6	13	272	26	80	116
Sin Instrucción	156	9	38	109	15	5	2	8	141	4	36	101
Algún Grado Primaria	136	28	41	66	12	7	2	3	123	21	39	63
Algún grado Secundaria	17	6	7	4	9	5	2	2	8	1	5	2
Remedios - Total	112	16	27	69	18	7	5	6	94	9	22	63
Sin Instrucción	52	1	9	42	4	-	3	1	48	1	6	41
Algún Grado Primaria	56	14	16	26	13	6	2	5	43	8	14	21
Algún grado Secundaria	4	1	2	1	1	1	-	-	3	-	2	1
San Félix - Total	156	31	40	85	43	19	11	13	113	12	29	72
Sin Instrucción	80	9	11	60	12	4	2	6	68	5	9	54
Algún Grado Primaria	64	17	22	25	24	10	7	7	40	7	15	18
Algún grado Secundaria	12	5	7	-	7	5	2	-	5	-	5	-
San Lorenzo - Total	111	14	24	73	33	6	10	17	78	8	14	56
Sin Instrucción	63	4	9	50	12	1	3	8	51	3	6	42
Algún Grado Primaria	44	9	12	23	18	4	5	9	26	5	7	14
Algún grado Secundaria	4	1	3	0	3	1	2	-	1	-	1	-

Fuente: Certificados de Nacimiento. Contraloría General de la República.

ANEXO 14
CONSULTAS POR MORBILIDAD REALIZADAS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
J.D.OBALDÍA POR LAS MUJERES NGOBES DE LOS
DÍSTRITOS DE ORIENTE Y LA PROVINCIA
DE CHIRIQUÍ. AÑO 1991

CONSULTAS POR MORBILIDAD	Total	%	Oriente	%
TOTAL	577	100.0	323	100.0
Parto normal y otras indicaciones en el curso del trabajo y parto	179	31.0	90	27.9
Complicaciones que ocurren en el trabajo y parto	207	35.8	127	39.4
Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo	85	14.7	50	15.5
Embarazo terminado en aborto	41	7.1	24	7.4
Control en embarazo y puerperio	28	4.9	12	3.7
Tumor maligno de los órganos genitourinarios	5	0.9	5	1.5
Carcinoma in situ	5	0.9	2	0.6
Otros trastornos del aparato genital	10	1.7	3	0.9
Esterilización	3	0.5	3	0.9
Las demás causas	14	2.5	7	2.2

Fuente: Estadísticas del Hospital J.D.Obaldía

ANEXO 15
CONSULTAS REALIZADAS POR MUJERES NGÖBES EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL J.D. OBALDÍA, PROCEDENTES DE LOS DISTRITOS DE ORIENTE,
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ. AÑO 1991

Morbilidad	Total		Remedios		San Felix		San Lorenzo		Tolé	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	323	100.0	53	100.0	86	100.0	99	100.0	85	100.0
Parto normal y otras ind. en el embarazo y trabajo de parto	90	27.9	17	32.0	21	24.4	31	31.4	21	24.6
Complicaciones que ocurren en el curso del trabajo y parto	127	39.0	17	32.0	44	51.2	36	36.4	30	35.3
Embarazo terminado en aborto	24	7.4	6	11.3	8	9.3	2	2.0	8	9.4
Complicaciones relacionadas con el embarazo	50	15.5	5	9.5	7	8.2	21	21.2	17	20.0
Control del embarazo y puerperio	12	3.7	5	9.5	1	1.1	2	2.0	4	4.7
Otras	20	6.2	3	5.7	5	5.8	7	7.0	5	6.0

Fuente: Estadísticas del Hospital J.D. Obaldía

ANEXO 16
TIPOS DE COOPERATIVA Y No. DE MIEMBROS SEGÚN SEXO
EN LOS DISTRITOS DE ORIENTE, PROVINCIA
DE CHIRIQUÍ: AÑOS 1992

DISTRITO COOPERATIVA	MIEMBROS COOPERATIVISTAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	358	308	50
San Lorenzo: Coop. Servicios Múltiples	156	154	2
Tolé: Coop Servicios Múltiples	102	94	8
San Félix: Coop. Servicios Múltiples	53	25	28
Grupo Pre - Cooperativo	47	35	12

Fuente: Estadísticos IPACOOOP.

**FONDO DE EMERGENCIA SOCIAL DATOS SOCIALES CORRESPONDIENTES A
PROYECTOS APROBADOS EN LA PROVINCIA DE CHIRIQUI,
DISTRITO DE TOLE**

<i>NOMBRE DEL PROYECTO</i>	<i>TIPO</i>	<i>MONTO</i>	<i>CORREG. COM.</i>	<i>POBLACION</i>	<i>GRUPO E.</i>	<i>AREA SOC.</i>
Construcción dos aulas, Escuela Saldaña	IS	13,553.53	Alto Caballero	2,126	Indígena	
			Alto Caballero	191	Indígena	Rural
Construcción de un (1) aula, Escuela Alt.	IS	5,662.39	Alto Caballero	2,126	Indígena	
			Alto Caballero	191	Indígena	
Reconstrucción de Zarzo, Río Cubivora	IE	23,246.77	Cerro Caña	2,140	Indígena	
Construcción de dos (2) aulas escolares	IS	11,087.73	Cerro Iglesias	1,783	Indígena	
Construcción de dos (2) aulas escolares	IS	11,294.40	Cerro Puerco	2,176	Indígena	
			Cerro Ceniza	387	Indígena	Rural
Construcción de dos (2) aulas para la Es.	IS	11,508.42	Cerro Puerco	2,176	Indígena	
			Cerro Puerco	192	Indígena	Rural
Const. de aula, Escuela Cerro M.	IS	7,024.04	Cerro Mangle	31	Indígena	Rural
Const. de (1) Aula, Escuela de Quebrada C.	IS	5,531.98	Quebrada Caña	107	Indígena	Rural
Const. de Acued. Rural de Chicica	IS	33,262.88	Chicica	4,502	Indígena	
			Chicica	567	Indígena	Rural
			Llano Palma	64	Indígena	Rural
			Cerro Cruz	48	Indígena	Rural
Construcción Acueducto, Quebrada Cangrejo	IS	6,954.03	Maraca	2,707	Indígena	
			Quebrada Cangrejo	86	Indígena	Rural
Construcción Subcentro salud, Tejujo	IS	10,000.00	Maraca	2,707	Indígena	
			Tejujo	272	Indígena	Rural
Construcción Tres aulas, Escuela Cerro M.	IS	22,502.79	Peña Blanca	1,986	Indígena	
			Cerro Miel (p)	16	Indígena	Rural
Construcción dos aulas, Esc. Cerro SA.	IS	16,144.67	Peña Blanca	1,986	Indígena	
Construcción dos aulas, Esc. Alto Cas.	IS	10,764.79	Potrero de Caña	1,751	Indígena	
			El Castillo	50	Indígena	Rural
Construcción de dos (2) aulas escolares	IS	11,000.00	Sitio Prado	3,830	Indígena	
			Sitio Prado	116	Indígena	Rural
Construcción dos aulas Escuela Cerro Pla.	IS	14,848.62	Sitio Prado	3,830	Indígena	
			Cerro Plata	94	Indígena	Rural
Construcción de tres (3) aulas para la E.	IS	13,989.09	Sitio Prado	3,830	Indígena	
			Llano Jaén	14	Indígena	Rural
			Cerro Papaya	65	Indígena	Rural
Total: 27 proyectos		228,376.13				

IS= Proy. de Infraestruc. Social. IE= Proy. de Infraestruc. Económica. AS= Proy. de Asistencia Social. AP= Proy. Apoyo a la
...Prod.*= Com. no definida

**FONDO DE EMERGENCIA SOCIAL DATOS SOCIALES CORRESPONDIENTES A
PROYECTOS APROBADOS EN LA PROVINCIA DE CHIRIQUI,
DISTRITO DE SAN FELIX**

NOMBRE DEL PROYECTO	TIP O	MONTO	CORREG. COM.	POBLACION	GRUPO E.	AREA SOC.
Construcción Acueducto por gravedad - Capl.	IS	13,996.52	Cascabel	693	Indígena	
			Río Capitán	36	Indígena	Rural
			Cerro Sag. I	8	Indígena	Rural
Construcción de Puesto de Salud de Casca	IS	11,000.00	Cascabel	693	Indígena	
			Cascabel	82	Indígena	Rural
			Hato Corotu	142	Indígena	Rural
Construcción de Acueducto en Cerro Otoe	IS	10,610.24	Hato Culantro	1,364	Indígena	
			Cerro Otoe	176	Indígena	Rural
Construcción Anexo Esc. Cerro Otoe	IS	11,208.59	Hato Culantro	1,364	Indígena	
			Cerro Otoe	176	Indígena	Rural
Construcción de Acueducto de Horconcito	IS	6,272.69	Hato Culantro	1,364	Indígena	
			Horconcito	55	Indígena	Rural
Construcción Puesto de Salud, Hato Jobo	IS	11,095.12	Hato Jobo	941	Indígena	
			Hato Jobo	143	Indígena	Rural
Mejoras a la Escuela de Hato Jobo	IS	2,559.99	Hato Jobo	941	Indígena	
			Hato Jobo	143	Indígena	Rural
Construcción Casa Comunal, Hato Jobo	IS	5,864.25	Hato Jobo	941	Indígena	
			Hato Jobo	143	Indígena	Rural
Construcción de Comedor Escolar de Hato	IS	8,682.07	Hato Juli	675	Indígena	
			Hato Juli	466	Indígena	Rural
Construcción de tres Aulas Esc. Hato Juli	IS	23,406.44	Hato Juli	675	Indígena	
			Hato Juli	466	Indígena	Rural
Construcción de Puesto de Salud a	IS	11,406.10	Hato Pilón	1,497	Indígena	
			Hato Pilón	190	Indígena	Rural
Construcción de un (1) Aula y Comedor	IS	10,251.80	Hato Pilón	1,497	Indígena	
			Hato Pilón	190	Indígena	Rural
Construcción dos Zarcos, Hato Pilón	TE	22,700.00	Hato Pilón	1,497	Indígena	
			Hato Pilón	190	Indígena	Rural
Ampliación del Acueducto de Juay	IS	13,230.32	Juay	697	Indígena	
Construcción de un aula y un dormitorio Esc.	IS	14,850.13	Juay	697	Indígena	
			Cerro Brisas	122	Indígena	Rural
Construcción de dos (2) Aulas Escolares	IS	11,184.29	Quebrada de Loro	728	Indígena	
			Quebrada de Loro (P)	446	Indígena	Rural
Construcción dos Aulas, Escuela Alto Dupi	IS	13,070.53	Salto Dupi	1,535	Indígena	
Construcción de Acueductos, por gravedad	IS	4,974.04	Salto Dupi	1,535	Indígena	
			Cerro Mesa Arriba	60	Indígena	Rural
			Cerro Mesa Abajo	167	Indígena	Rural
Construcción de dos (2) Aulas Escolares, Esc.	IS	11,027.78	Salto Dupi	1,535	Indígena	
			Cerro Gallina	52	Indígena	Rural
TOTAL: 28 PROYECTOS		217,390.90				

IS= Proyecto de Infraestructura Social IE= Proyecto de Infraestructura Económica
AS= Proyecto de Asistencia Social AP= Proyecto de Apoyo a la Producción
* = Comunidad no definida

**FONDO DE EMERGENCIA SOCIAL DATOS SOCIALES CORRESPONDIENTES A PROYECTOS APROBADOS
EN LA PROVINCIA DE CHIRIQUI, DISTRITO DE REMEDIOS**

NOMBRE DEL PROYECTO	TIPO	MONTO	CORREGIMIENTO COMUNIDAD	POBLACIÓN	GRUPO E	AREA SOC.
Instituto Agroindustrial Mujer Ngöbe Mar.	IS		52,599.00	3,417	Indígena	
			Quebrada Guabo	335	Indígena	Rural
Construcción Cuatro Aulas y Cerc, Esc.	IS	31,220.30	Cerro Iglesias	3,417	Indígena	
			Quebrada Guabo	335	Indígena	Rural
Mejoras a Esc. Ismael Elis, Cerro Iglesias	IS	23,302.18	Cerro Iglesias	3,417	Indígena	
Mejoras Acueducto, Cerro Iglesias No. 1 y	IS	4,000.00	Cerro Iglesias	3,417	Indígena	
			Cerro Iglesias No. 1	213	Indígena	Rural
			Cerro Iglesias No. 2	489	Indígena	Rural
Construcción dos Aulas, Escuela de Oma*	IS	10,191.22	Cerro Iglesias	3,417	Indígena	
			Oma	275	Indígena	Rural
Construcción Casa Cultural Guaymí	IS	12,715.52	Cerro Iglesias	3,417	Indígena	
			Quebrada Guabo	335	Indígena	Rural
Const. de un (1) Aula Escolar y Comedor	IS	12,156.52	Ola	207	Indígena	Rural
Desarrollo Integral de Hato Chami	AP	73,150.00	Hato Chami	2,078	Indígena	
			Hato Chami (P)	129	Indígena	Rural
Construcción del Acueducto de Muequideto	IS	11,906.28	Hato Chami	2,078	Indígena	
Construcción de tres (3) Aulas Escolares	IS	12,840.35	Hato Chami	2,078	Indígena	
			Hato Chami (P)	129	Indígena	Rural
Construcción de Aulas, Escuela El Caracol	IS	13,947.05	Hato Chami	2,078	Indígena	
			Caracol	173	Indígena	Rural
Construcción Acueducto por gravedad - Car.	IS	3,187.00	Hato Chami	2,078	Indígena	
			Caracol	173	Indígena	Rural
Construcción Puesto Salud, Larejo Arriba	IS	9,785.43	Lajero	1,243	Indígena	
			Lajero Arriba	415	Indígena	Rural
Construcción Acueducto Larejo Abajo	IS	4,457.31	Lajero	1,243	Indígena	
Construcción de Edificio de Junta Local	IS	6,019.00	Lajero	1,243	Indígena	
			Hato Horcón	123	Indígena	Rural
Arreglo de Carretera Salao - Larejo	IE	5,000.00	Lajero	1,243	Indígena	
			Lajero Arriba	415	Indígena	Rural
			Sardina (P)	178	Indígena	Rural
			Río Santiago	146	Indígena	Rural
TOTAL: 20 PROYECTOS		286	477.16			

IS= Proyecto de Infraestructura Social

AS= Proyecto de Asistencia Social

* = Comunidad no definida

IE= Proyecto de Infraestructura Económica

AP= Proyecto de Apoyo a la Producción

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACOSTA, J. (1992). *Los Congresos Indígenas Ngöbe*. Mimeo, Panamá.
- ANYEN, W. R. (1988). Adolescent Medicine in Primary Care, Miley Medical Publication. *Canadá*.
- BEHM, H. (1982). *Panamá, la mortalidad infantil según variables socioeconómicas y geográficas, 1966-76*. CELADE, MIPPE, Panamá.
- BISSOT, A. (1993). *Factores perinatales que inciden en el bajo peso al nacer, Informe preliminar. XXIII Congreso Nacional de Pediatría*, Panamá.
- BLANCO, F. (1985). *La Comarca Guaymí como Política Indigenista del Estado Panameño*. Universidad Nacional Autónoma de México, Chapultepec, México.
- BOLOCO A. (1963). *Un ensayo histórico y etnológico de los Indios Guaymies*. Tesis, Universidad de Panamá.
- BUSTELO E. (1982). "Políticas de Ajuste y grupos mas vulnerables de la dinámica de uniones". En *Grupos doméstico y reproducción cotidiana*, Colegio de México.
- CANDANEDO, G. D. (1991). *Perfil sociocultural de los pueblos indígenas panameños*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Panamá.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (1985-1992). *Panamá en Cifras*. Dirección de Estadísticas y Censo, Publicaciones anuales.

- COOPE, J. (1985). "Instituto Nacional de Cancerología de EEUU, Hacia el bienestar de los ancianos". *Pub. Científica* 492, OPS.
- CORIA, C. (1992). "Violencia y Contraviolencia de la dependencia económica". En: *La mujer y la violencia invisible*, Editorial Sudamericana, Argentina.
- DAVIS, E. (1978). *Situación socioeconómica del grupo Guaymí*. UNICEF.
- DE RIVERA M., A. L., A. M., DE BERNAL A. DE LEÓN (1992). *Perfil de la Situación de la Mujer en Panamá y lineamiento de acciones prioritarias*. CEDEM, Panamá.
- ESQUIVEL, J. R. (1987). *Salud Integral, la Comunidad y la Pediatría*. Hospital del Niño, Panamá.
- FLORES, A. y otras. (1988). "La mujer en el mundo andino". *Revista Mujer/Fempres*, especial: *La mujer indígena*. Santiago de Chile.
- FORERO RODRIGUEZ, C. (1987). *Pediatría Social, enfoque y aplicación*. Salvat, Ed. Colombiana.
- GERBOVIN, P. y otros (1993). "*Aliments, origine et valeur nutritionnelle*". *L'enfant en milieu tropical*, CIE, France.
- GOMEZ, A. y otras. (1992). "Indígenas y negras del continente. 500 años de olvido". *Revista de la red de salud de las mujeres latinoamericana y del Caribe*.
- HENRIQUEZ, M. H. (1991). *La construcción social de género y su efecto sobre la salud*. Borrador para discusión, OPS.

- HERRERA, L. (1994). *Regiones de Desarrollo Socio-Económico de Panamá 1980-1990, Transformaciones ocurridas en la década*. CELA, Panamá.
- HUDELSON P. (1996). *Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors*. Tubercle and Lung Disease.
- INSTITUTO NACIONAL DE RECURSOS NATURALES RENOVABLES/AGENCIA ALEMANA DE COOPERACIÓN TÉCNICA GTZ (1993). *Diagnóstico de la situación actual en el área del Proyecto Remedios, San Félix, San Lorenzo*. Documento Ngöbe, Tomo II, San Félix.
- JIMÉNEZ, V. (1990). *Parteras empíricas en Panamá*. UNICEF, Panamá.
- KOCHER J., E. (1976). *Desarrollo rural, distribución del ingreso y disminución de la fecundidad*. Ed. Limusa, México.
- LAMAS M. (1986). "La antropología feminista y la categoría género". *En Nueva Antropología*, Vol. VIII, N°30, México.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y POLÍTICA ECONÓMICA, PANAMÁ (1987). *Diagnóstico de la Población Guaymí, años 1970-1980*. Documento de Trabajo 37. Dirección de Planificación Económica y Social.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y POLÍTICA ECONÓMICA, PANAMÁ (1992). *Aspectos demográficos de la mujer*. Documento de trabajo 97, Dirección de Planificación Económica y Social.

- NATURAL FAMILY PLANNING (1990). *A good Option, Institute for International Studies in Natural Family Planning*. Georgetown University.
- OLIVEIRA, de O. (1982). "Acerca del estudio de los grupos domésticos, un enfoque sociodemográfico". *En Grupos domésticos de reproducción cotidiana*. Colegio de México.
- PARILLÓN, E. y Colaboradores (1988). *Localización, cuantificación y caracterización socioeconómica y nutricional de los grupos funcionales en Panamá*. MINSA.
- POPULATION ET SOCIÉTÉS (1993). "La mortalité infantile dans le monde". 169, France.
- PROGRAMA DE PARTERAS EMPÍRICAS (1990). *Capacitación y evaluación*. MINSA, Panamá.
- PROGRAMA REGIONAL MUJER, SALUD Y DESARROLLO (1990). *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas*. OPS, Washington.
- PROYECTO DE SALUD MATERNO INFANTIL PSMI-VE ÁLA 91/25 (1993). Formación de promotores voluntarios de salud con COPROSA, San Félix.
- QUILODRÁN, J. (1982). "Algunas implicaciones demográficas y sociales de la dinámica de uniones". *En Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, Colegio de México.
- REVERT J. A., TOST T.C., MONTES E. H. (1994). Análisis de la situación de salud de los corregimientos de Boca de Balsa, Camarón Arriba, Cerro Baruco, Cerro de Patena, Emplanada de Chorcha y Soloy. MSF-España, Chiriquí.

- PIVERA, G. y otros. (1991). *Situación nutricional del área rural del Oriente Chiricano*. Sistema Integrado de Salud de la Provincia de Chiriquí, Panamá.
- SENNOTT M. L. (1990). *La situación de salud y socioeconómica de la mujer de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. OPS, y Asociación Americana de Personas Jubiladas, USA.
- SILVA A. (1996). *Medicina Botánica de la gente Ngöbe*. Taller de Evangelización de la Diócesis de Colón, Panamá.
- SINCLAIR, G. F. (1990). *Cosmovisión, sistemas cognitivos y enfermedad entre los amerindios de Panamá*. Seminario, Mimeo.
- SINCLAIR, G. F. (1988). *Proceso de cambio en la sociedad Ngöbe de Panamá*. Panamá.
- SINCLAIR G. F. (1987). *Movimiento Profético e Innovación.. Política entre los Ngöbe de Panamá, 1962-1984*. Universidad de Panamá.
- SINCLAIR, G. F. (1995). *Investigación en salud, higiene y nutrición*. Informe final Banco Mundial/Ministerio de Salud, Tomo II, Chiriquí.
- STRAUSS, L. (1975). *Antropología Estructural*. Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina.
- TORRES DE ARAUZ, R. (1961). "La ceremonia de la pubertad femenina en dos culturas indígenas panameñas". *Revista Tareas*, N°2, año 1, Panamá.
- TRISTÁN D., S. (1993). *Régimen de propiedad de pueblos indígenas*. Centro de Asistencia Legal Popular, Panamá.

- URDANETA, E. (1992). "Neumonías en los niños de América Latina: Morbilidad, causas predisponentes, mortalidad y costos". *Revista Española de Pediatría*.
- VENADO, T. (1982). "La salud del Guaymí". En *El Pueblo Guaymí y su futuro*, CEASPA, Panamá.
- WALDROM, I. (1987). "*Patterns and causes of excess female mortality among children in developing countries*". *Rapport trimestral Statistiques Sanitaires Mondiales*.
- YOUNG P. (1978). "El movimiento Mama Chi entre los guaymiés y sus consecuencias sociales". En *La Antigua*, Año 7, N° 11, Panamá.
- YOUNG, P. (1983). "El matrimonio tradicional Guaymí". En *Revista Lotería*, N° 324-325.

INDICE

	PAGINA
PROLOGO	iii
PRESENTACION	v
INTRODUCCION	14
1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO Y MARCO CONCEPTUAL UTILIZADO	14
 Primera Parte: Generalidades	 27
2. LA ECONOMIA NGOBE Y LA PARTICIPACION DE LA MUJER	27
2.1 El Uso de la Tierra.....	29
2.2 Estructura y División del Trabajo.....	31
2.3 Algunas Características del Trabajo de la Mujer Ngöbe.....	33
2.4 Ingresos y Manejo del Dinero por la Mujer Ngöbe.....	34
2.5 El Comercio en los Ngöbe.....	42
2.6 Seguridad alimentaria de la Familia Ngöbe.....	43
 3. LA MUJER NGOBE Y LA DINAMICA DE LA POBLACION	 46
3.1 Estructura de la Población por Edad, Sexo y Crecimiento.....	46
3.2 Fecundidad.....	51
3.3 Mortalidad.....	53

3.4 Migraciones.....	58
4. LA SITUACION EDUCATIVA DE LAS MUJERES NGOBES.....	62
4.1 Analfabetismo.....	63
4.2 Nivel de Instrucción.....	64
5. PARTICIPACION SOCIOPOLITICA Y RELIGIOSA DE LA MUJER NGOBE.....	69
5.1 Estructura tradicional y ubicación de la mujer.....	69
5.2 El Movimiento de Mama Chi.....	72
5.3 Una Nueva Organización Política y la Lucha por la Comarca.....	75
Segunda parte: Mujer, Salud y Recursos Comunitarios de Salud.....	80
6. EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD.....	80
7. EL SISTEMA TRADICIONAL DE SALUD.....	80
7.1 Los Agentes Curativos.....	82
7.2 Requisitos para ejercer la función de SUKIA.....	83
7.3 Sesión Curativa.....	83
7.4 El Papel de la Mujer Ngöbe en el Sistema de Salud Tradicional.....	85
8. SALUD Y MEDIO AMBIENTE.....	87
9. EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD.....	88
9.1 Recursos	88

10.	LAS RELACIONES ENTRE EL SISTEMA DE SALUD OFICIAL Y EL SISTEMA DE SALUD TRADICIONAL.....	92
11.	EL CICLO VITAL.....	93
	11.1 La Primera Etapa.....	95
	11.2 Segunda Etapa: La Menarquía.....	98
	11.3 Tercera etapa: La Formación de la Pareja.....	100
	11.3.1 Poligamia.....	103
	11.3.2 Edad en la Formación de la Pareja.....	106
	11.3.3 Estado Conyugal.....	107
	11.3.4 Separación-Divorcio-Abandono.....	107
	11.3.5 Vida Sexual.....	109
	11.4 La Tercera Etapa: La Mujer de Edad Avanzada..	110
	11.5 La Muerte.....	112
	-Tercera parte: El Proceso Reproductivo.....	113
12.	LA ATENCION DEL PROCESO REPRODUCTIVO.....	113
13.	EL EMBARAZO	114
	13.1 El Control Prenatal.....	114
	13.2 El Parto y el Puerperio: Atención Profesional....	115
14.	ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA.....	119
	14.1 Bajo Peso, Anemia y Malnutrición.....	122
	14.2 Aborto.....	129
15.	PLANIFICACION FAMILIAR.....	131
16.	EMBARAZO Y EDAD DE LA MADRE.....	134

Cuarta parte: Morbilidad y Mortalidad de las Mujeres Ngöbe.....	136
17. MENORES DE UN AÑO.....	140
18. GRUPO DE 1 - 4 AÑOS.....	144
19. GRUPO DE 5 -14 AÑOS.....	147
20. GRUPO DE 15 - 24 AÑOS.....	147
21. GRUPO DE 25 - 44 AÑOS.....	150
22. GRUPO DE 45 - 55 AÑOS.....	154
23. GRUPO DE MAYORES DE 55 AÑOS.....	156
Quinta parte: Conclusiones.....	160
ANEXOS.....	168
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	193

INSTITUTO DE LA MUJER / IMUP



UNIVERSIDAD DE PANAMA

PROXIMAS PUBLICACIONES 1998

CUANDO EL AMOR TERMINA: UN ENFOQUE SOCIO-JURIDICO

Angela Russo del Cedeño

MUJER Y HABITAT

*Memoria de la Jornada Científica
con Motivo del Día Mundial del Hábitat
IMUP, CINUP, CEHAH*

MUJER CIENCIA Y TECNOLOGIA EN PANAMA

*Resultados de Investigación
IMUP Y SENACYT*

PARTICIPACION DE LA MUJER EN LA GESTION AMBIENTAL

Marilyn Dieguez Pinto

MUJER Y PARTICIPACION EN PANAMA

*Publicación Colectiva
IMUP*

Claude Vergés, es *Médico Pediatra, Neumóloga, con Especialización en Salud Pública y Comunitaria* y candidata a Doctora en Educación. Trabaja en el Hospital Del niño de Panamá y es profesora asistente de la Cátedra de Neumología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y miembro de la Comisión de Docencia del Hospital del Niño. Ha participado como investigadora en los Centros de Investigación de la Universidad de Panamá como el Instituto de Estudios Nacionales y el Instituto de la Mujer. Algunos trabajos de investigación han aportado sobre:

- *Consideraciones Clínico - Sociales de la Infecciones Respiratoria agudas en niños de San Miguelito.*
- *Uso de los servicios de salud para el tratamiento de las infecciones respiratorias en la ciudad de Panamá.*
- *Uso de un carnet de salud en una comunidad urbana.*
- *Salud de la mujer en Panamá*

Ha prestado servicios profesionales por el Ministerio de la Salud de Panamá, para la Comisión Europea, la OPS y varias organizaciones no gubernamentales de salud y de mujeres.

Participa activamente en varias sociedades como la Organización Antituberculosa, y Asociación Panameña de Neumología, Sociedad Francesa de Salud Pública y Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

Noemí D. Farinoni, es *Socióloga, Maestra en Salud Pública* con especialidad en *Epidemiología* y candidata a Doctora en *Educación*. Es profesora regular del Departamento de Sociología de la Universidad de Panamá, brinda servicios en el área de Ciencias de la Salud, en las carreras de Odontología, Medicina, Enfermería, Tecnología Médica y Urgencias Médicas.

Ha participado como investigadora en diferentes Centros de Investigación: Instituto de Estudios Nacionales, Instituto de la Mujer, Centro de Investigación de la Facultad de Humanidades, Centro de Investigación en Reproducción Humana, Instituto Gorgas de Investigación e Información en Salud. Algunos de sus trabajos han sido las siguientes:

- *Situación de los Niños en circunstancias especialmente difícil.*
- *Políticas de salud en los años 80.*
- *La salud de los adolescentes.*
- *Características de morbilidad materna en Panamá.*
- *Evaluación del Programa Nacional de Parteras Tradicionales.*

Ha prestado servicios profesionales en el Hospital del Niño de Panamá y en el Ministerio de Salud.

Ha colaborado en proyectos de investigación con organismos internacionales, tales como: UNICEF, OPS, Fondo de las Naciones Unidas y el Gobierno de Holanda, a través de la Unión Europea.

En la mayoría de los casos de pueblos indígenas no hemos sido considerados como sujetos sociales portadores de cambio y forjadores de historia. Tal vez es una de las críticas que los indígenas tenemos que hacer al mundo intelectual y académico de nuestra América y de otras partes del mundo que se interesan en nuestro continente.

Rigoberta Menchú Tum



Claude Vergés, es Médica Pediatra, Neumóloga, con especialización en Salud Pública y Comunitaria y candidata a Doctora en Educación.

Trabaja en el Hospital del Niño de Panamá y es profesora asistente de la Cátedra de Neumología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y miembro de la Comisión de Docencia del Hospital del Niño. Ha participado como investigadora en los Centros de Investigación de la Universidad de Panamá.

Noemí D. Farinoni, es Socióloga, Maestra en Salud Pública con especialidad en Epidemiología y candidata a Doctora en Educación.

Es profesora regular del Departamento de Sociología de la Universidad de Panamá, brinda servicios en el área de Ciencias de la Salud, en las carreras de Odontología, Medicina, Enfermería, Tecnología Médica y Urgencias Médicas.

