OBSERVACIONES

Las casas con paredes (nega) con piso de barro se hacen totalmente con materiales del medio. Las vigas son de madera de Astrocaryum, Dipteryx, Guilielma, Inga, Mimusops, Myroxylon, Oegocarpus, y Rhizophora. Los techos se tejen con hojas de Aiphanes, Bactris, Geonoma, Guilielma, Manicaria, Sabal, y Welfia y a veces de Scitaminae. Las paredes se hacen generalmente de cañas gigantes (Gynerium) o en ocasiones de bambú (Bambusa), mangle (Rhizophora) o palma de zanco (Iriartea). La casa se arma con lianas o soga (tuba) hechas de corteza de Bombacaceae, Malvaceae, Moraceae, Sterculiaceae o Tiliceae. La mayoría del mobiliario se obtiene de materiales del medio, pero los utensilios de cocina son por lo general importados. Las cestas se hacen de plantas tales como Carlodovica, Desmoncus, y Gynerium. Los instrumentos musicales se hacen de bambú, calabaza (crescentia) y cañas gigantes.

Los botes, el principal medio de transporte, se trabajan a mano con herramientas importadas, y se fabrican de maderas tales como Anacardium, Cedrela, Lafoensia y Swietenia. Los ríos son las carreteras; los acueductos, las tierras de baño, alcantarillas y fuentes de agua para beber y proteínas entre los cunas de tierra adentro, quienes a diferencia de los chocoes, generalmente se agrupan en pueblos. Las mujeres cunas de las islas hacen viajes diarios a los ríos de tierra firme para bañarse, tomar agua, lavar y luego regresar a sus islas con calabazas y botellas plásticas llenas de agua para tomar. Los poblados más civilizados tienen también facilidades para recoger agua de lluvia.

Las telas (molas) se importan, pero las cunas son famosas por sus blusas "típicas" (Fig. 1) hechas con un aplicado especial (también mola). Según Wassén (6) las mujeres cunas, para finales del siglo XVII tampoco llevaban "nada arriba" al igual que las chocoes (Fig. 3). Los cosméticos y perfumes se obtienen todavía del ambiente; Arrabidaea, Bixa, Genipa e Indigofera, suministran cosméticos inportantes; Capsicum, Mentha, Myroxylon, Ocimum, Renealmia y Theobroma ofrecen aromáticos populares.

Los cunas difieren notablemente de los chocoes en su farmacopoyesis. Creen que todas las cosas de la creación tienen su propósito intrínseco y también una finalidad medicinal. Por consiguiente, una lista de las plantas medicinales de los cunas en un catálogo de su flora. No sólo las plantas, pero las piedras, vidrios rotos, pedazos de discos, tierras de hormigueros, páginas de la Biblia, etc., entran en la farmocopoyesis cuna.

Un curandero cuna (nele) receta dos tipos básicos de medicinas: externa, por medio de baños en mezclas medicinales, e interna, por medio de bebidas que toma el paciente. El autor adoptó el nombre "Tutusipu nele mergi" (Doctor brujo gringo de flor blanca) e impresionó a los nativos al remojar una úlcera indolente en agua salada y hierba de tortuga. El agua salada mejoró la úlcera y la hierba de tortuga funcionó con los naturales. Por estos medios, generalmente se puede ganar la confianza de los curanderos y no hay que pagar por sus enseñanzas. Durante una gira de recolección con un "nele" de Piria, se le pidió al etnobotánico que se arrodillara, mirando hacia el oeste, mientras el "nele" cantaba sobre sus hierbas. Desafortunadamente, la grabadora no funcionaba.

Todas las plantas conocidas por un "nele" forman parte de su recetario, pero los siguientes parecen los más frecuentes: Capsicum, Hyptis, Lippia, Ocimum, Piper, Simaba, Spigelia, Theobroma, Tussacia y Urera.

ANALISIS DE ALIMENTOS

Las Tablas I y II muestran las escalas de consumo de varios alimentos animales y vegetales por los cunas de tierra adentro de Panamá, los cunas de tierra adentro de Colombia y los cunas isleños de Panamá. El lector deberá consultar el primer trabajo (3) para comparaciones con otros grupos étnicos del Darién y para análisis químicos detallados de los alimentos recogidos en el lugar. Las recetas que se computaron en la información de las Tablas I y II, se recogen en la "Dieta Darienita". El consumo total de alimentos se refleja en la apariencia general de los indios; los de las islas pare-

cen más sanos (y civilizados) que aquellos de tierra adentro de Panamá que parecen más enfermos (y menos civilizados). El género Musa contribuye más a la dieta cuna que cualquier otra planta. El coco le sigue en importancia para los cunas isleños, mientras que el maíz es el segundo en importancia para los cunas de tierra adentro de Panamá, y le sigue la caña de azúcar y el coco. Entre los indios cunas colombianos que se estudiaron, el arroz y la caña de azúcar le siguen en importancia a la Musa. La dieta cuna, al igual que la chocoe, se basa en plátano - banano, no en maíz-frijol-calabaza, como es para muchos indios mexicanos, o arroz-frijol, como para muchos blancos latinoamericanos. El arroz predomina en la dieta de los negros y blancos del Darién, pero la Musa domina en la dieta de los indios.

Acrostichum aureum L. ESNARGAN

Los cunas de Ailigandi afirman que los brotes del helecho de mangle se usan para extraer espinas de pescados que se atoran en la garganta.

Allium cepa L. AGU; PALU

La cebolla no es muy importante en la dieta de los indios cunas menos civilizados. Los cazadores generalmente se untan con cebolla las piernas para mantener alejadas a las serpientes.

Allium sativum L. AGUAKALAT

Al igual que la cebolla, el ajo parece raro entre los cunas; es un gusto que se adquiere con la aculturación.

Anacardium occidentale L. UAIPINU

Los cunas lo cultivan a veces, mas por la manzana que por la nuez. La corteza raspada se mezcla con aquellas de Spondia para hacer un té que se usa para el asma, resfriados y congestión.

Ananas comosus (L.) Merr. OSI

Es más importante entre los cunas isleños que entre los de tierra adentro, la piña la vio Cristóbal Colón en el Atlántico de Panamá para 1503.

Annona cherimola Mill. USISUITU
Se cultiva en ocasiones por la fruta.

Annona muricata L. SUITU
Se cultiva con frecuencia; las frutas contribuyen alrededor de 6 grm. diarios para el cuna adulto de tierra adentro.

Ardisia sp. I SKARMAS
Las plantas las usan como medicina los cunas de tierra adentro, y las moras se usan para pintar el cuerpo.

Arrabidaea chica (Humb. & Bonpl.) Verlot
Se usa para un tinte rojo.

Artocarpus altilis (Parkinson) Fosberg. MADUPURU
Los cunas cultivan muy poco la fruta de pan.

Averrhoa carambola L.
Muy poco cultivado por los cunas.

Bambusa arrundinacea Silld. NALA
Se usan varios tipos de bambúes en la construcción y para fabricar instrumentos musicales. Aparentemente los cunas no la comen.

Bixa orellana L. MISAR
La mayoría de los cunas lo cultivan como cosméticos y condimento.

Bromelia pinguin L. OA
Se usa como medicina.

Cajanus cajan (L.) Millsp.
Los cunas lo consumen poco.

Calathea allouia (Aubl.) Lindl. IRWA; KAKISKA
Las hojas se usan para envolver alimentos.

Canavalia ensiformis (L.) DC. SIA

Se usa como medicina pero en apariencia no como alimento.

Cannabis sativa L.

La cultivan clandestinamente algunos indios cunas, "civilizados".

Capsicum frutescens L. KA; KAJA; KAPUR.

Ajíes picantes, mezclados con jugo de limón, son la especia más importantes entre los cunas. Los cunas isleños a veces atan una hilera de ajíes picantes a sus botes como repelente para serpientes. En Ailigandi y otros lugares, queman ají y cacao para ahuyentar a los espíritus malignos. Dichas mezclas se queman con frecuencia sobre cuerpos recién enterrados. En otros lugares queman estas frutas para ahuyentar a los ratones.

Carica papaya L. KWARKWATTA

Contribuye solamente 1 grm. al día en la dieta de un indio adulto; la papaya también bota una leche que se usa como ungüento para infecciones.

Carludovica palmata Ruiz & Pav. KUSKIN; SABALET; SOSO

Se usa ampliamente para cestería y también para techos.

Cassia reticulata Willd. PIRIA

Se usa en el pueblo de Piria para dolores estomacales.

Castilla sp.

Se cultiva a veces quizás por la leche que se usa para sellar (Pucro).

Cavanillesia platanifolia (H. & B.) HBK KWIBO

Los cunas de Cañazas recetan un medicamento que se prepara del árbol para la delgadez. El paciente se baña durante diez y seis días en la infusión que se hace de la corteza.

Cecropia peltata L. NILAULA

Se usa como medicina.

Cedrela odorata L.

Se usa para hacer piraguas.

Ceiba pentandra (L.) Gaertn. IGUARUALA
La corteza la usan los cunas de tierra adentro para trastornos femeninos.

Chrysobalanus icaco L. UICHUP
Los cunas isleños la cultivan a veces o fomentan su crecimiento.

Chrysophyllum spp. ESLO; PIPA
Se cultiva a veces por los frutos.

Citrus aurantifolia (Christm.) Swingle NARASCHOLE
Se cultiva por su fruto; el jugo se usa como condimento y medicina, en especial entre los cunas isleños.

Citrus paradisi Macf. NARASTUMAT
Se cultiva por su fruto.

Citrus reticulata Blanco NARASCHOLE MADRIGUET
Se cultiva por sus frutos, en especial entre los cunas isleños.

Citrus sinensis (L.) Osbeck NARAS
Muy importante en la dieta del cuna de Panamá y aporta alrededor de 10 grms. por día.

Clavija sp. KUANDU
Las frutas se comen y la planta se usa como medicina.

Clibadium sp. KUINKUIMAS
Se usa como veneno para peces.

Coccoloba uvifera (L.) L. NULA
Las frutas son comestibles.

Cochlospermum vitifolium (Willd.) Spreng. NUNUNUNOR BALA
Se cultiva por las flores y se usa como medicina.

Cocos nucifera L. OGOP
Los cocos se cosechan en abundancia y los cunas isleños usan cada nuez como cinco centavos en las transacciones fiscales, espe-

cialmente en el trueque con el comercio colombiano, ya sea legal o ilegal. El coco aporta tanto como 300 grms. diarios en la dieta. Los cunas también lo usan como carnada en la trampa de peces. Anteriormente, los cunas se dedicaban al comercio de la copra. La leche de coco se usa como medicina; ej. para perforar las orejas.

Coffea arabica L. CABI

Aunque lo exportan los cunas de tierra adentro, los indios cunas consumen muy poco café regional. Los cunas isleños con frecuencia intercambian cocos por café instantáneo colombiano, que se consume en un porcentaje de 3 grms. por día.

Coix lacryma-jobi L. OI; OVINA

La planta se usa como medicina y las semillas se usan para hacer collares.

Colocasia sp. TARKWA

De muy poca importancia entre los cunas panameños, pero cunas colombianos la comen.

Corozo oleifera (H.B.K.) Bailey SAMAQUE

Se cultiva a veces como semilla para aceite.

Crescentia cujete L. NABA

Fuente importante para utensilios de cocina, las frutas de calabaza las están reemplazando por recipientes plásticos irrompibles que llegan al mercado de otras regiones.

Cucurbita moschata Duch. MOE; MOGUE

Los cunas lo cultivan a veces.

Cuphea sp. TINAKI

Los cunas de tierra adentro lo cultivan como un calmante para la fiebre y para atraer a los peces

Cyathula achranthoides (H.B.K.) Moq. CUILIMALEGUIT

Las hojas se usan para detener hemorragias.

Cymbopogon nardus (L) Rendle

Las hojas se usan para hacer un té aromático.

Cyperus ef. ligularis L. CEDA

Las raíces aromáticas se usan para la debilidad y para dolores estomacales.

Desmodium sp. ILINA CAIBA

Quizás reflejando una rara aberración hacia la doctrina de escrituras, las frutas que se adhieren, se trituran y se dan de beber a la persona en la que se está interesada, para hacer de ella una viña que se adhiere.

Dialyanthera otoba (H. & B.) Warb. KINO

Un candelabro favorito entre los cunas de tierra adentro, quienes con frecuencia unen 12 nueces en una estaca, y cada nuez arde alrededor de cinco minutos. El autor escribió parte de su informe del viaje a Piria con luz de Niko.

Dieffenbachia sp. APIOR

Aunque los nativos le temen, la planta es un remedio para resfriados en el Bayano.

Dioscorea spp. UA, GUP; UA RI; PU KUA

Los ñames parece más importantes para los cunas isleños y los adultos consumen casi 60 grms. al día.

Dipteryx (Oleiocarpon) panamensis (Pitt) Record y Mell IGUA

Muy estimado, quizás venerado, este árbol ofrece una nuez comestible. Los cunas de uala preparan un caldo para el desayuno de las semillas y a la mayoría de los cunas les gusta comer las nueces asadas.

Dorstenia contrayerba L. UPSENSAPI

Se usa para remedios contra resfriados.

Entada scandens (L.) Benth. PIRKOK

Se usa para jabón y como veneno para peces.

Eryngium foetidum L. KAWAWAT

Se usa como condimento, pero no tanto como lo usan los negros y blancos.

Erythrina berteroana Urban PARSU

Se usa como medicina para trastornos femeninos.

Eugenia jambos (L.) Stokes ECHUERKALA

Las frutas son comestibles y la planta se usa para dolores estomacales.

Eugenia malaccensis L.

Se cultiva a veces. (Pucro).

Ficus citrofolia. P. Mill. SAGUAGUA; SUU; TUU

La leche se aplica a heridas e infecciones.

Genipa americana L. ABGI; SAPTUR

Es aparentemente bactericida, germicida y repelente para insectos; el jugo de la fruta se usa para teñir de negro varias partes del cuerpo bajo la creencia que los hacen invisibles a las serpientes.

Gonzalagunia rudis, Standl. USIBURNU PURUIWAT

Los cunas del Bayano lo usan como medicina.

Gossypium sp. UPSANA

Los cunas del Bayano cultivan el algodón y tejen hamacas, tal como hicieron sus antecesores cuevas, quienes fueron diestros tejiendo con algodón (5). Cristóbal Colón encontró algodón tejido en Portobelo. La historia registra que algunos indios isleños, a la llegada de los españoles, ya hacían frazadas gruesas de algodón como escudo para protegerse de las heridas de las flechas.

Guilielma gasipaes (H. B. K.) Bailey NALUP

Los cunas menos civilizados pueden consumir 16 grms. diarios de palma de durazno. En la farmacopoyesis cuna para dolores de estómago y cabeza, se usa el polvo que se raspa del borde de la corteza. Los cunas deben ser excelentes taxonomistas. Usan diez y nueve variedades en su tratamiento para un solo malestar estomacal (4).

Gustavia superba (H.B.K.) Berg TUPU

Las frutas las comen, en especial los cunas de tierra adentro. La pulpa se usa como grasa para cocinar arroz.

Gynerium sagittatum (Aubl.) Beauv. MASAR

Material muy importante para los lados de las casas, también

se usa para fabricar instrumentos musicales.

Heliconia sp. SUSUCAN
Las puntas tiernas se usan como medicina, las hojas se usan para envolver y para techos.

Hibiscus sabdariffa L. CABITUTU
Los cálices crudos llenos sirven para una especie de bebida como la limonada; cuando se tuesta, se hace con ella una bebida como el café; lo usan los cunas de tierra adentro.

Hibiscus schizopetalus (Mart.) Hook WAITUTU
Las flores se usan como medicina para la vista

Indigofera suffruticosa Mill. ABGI GASTUET; ABUGI
Se usa como un tinte negro azulado; de las hojas hacen un té que se receta para purificar la sangre.

Inga spp. MARIA; KUILUP
La pulpa alrededor de la semilla es comestible; se usa como medicina para los nervios y como remedio para el dolor de cabeza.

Ipomoea batatas (L.) Lam. KUALU
Muy poco cultivado por los cunas modernos. Cristóbal Colón llevó el camote a Europa. Los cunas mezclan sus hojas con las de Biza para ahuyentar los espíritus malignos.

Iriartea sp. ILA
Se usa para la construcción y como medicina.

Isotoma longiflora (L.) Presl. INAKALE
El jugo se usa como medicina.

Jatropha curcas L. KWIWALA
Se usa como purgante en el Bayano.

Lippia alba (Mill.) N.E. Brown ACHUERIALA
El cuna del Bayano lo cultiva como medicina.

Lycopersicon esculentum Mill.
Muy poco cultivado por los cunas.

Malachra sp. KWALA TU MAT

El cuna del Bayano lo usa para dolores estomacales.

Mammea americana. L. MAMI

Arbol frutal muy importante entre los cunas "poco civilizados" de tierra adentro; aporta casi 7 grms. diarios a la dieta adulta.

Mamgifera indica L.

Los cunas lo cultivan, las frutas pueden aportar casi 50 grms. al día a la dieta del isleño joven. El árbol también se usa para curar la malaria.

Manihot esculenta Crantz MAMA

No es tan popular entre los cunas como entre algunos indios de Suramérica; la yuca es muy conocida, especialmente entre los cunas más civilizados.

Manilkara zapota (L.) v. Royen ISPERHUALA

Se cultiva muy raras veces por sus frutas.

Montrichardia arborescens (L.) Schott. MOLI UA; PUPPUA

Las frutas se comen después de asarlas en cenizas y pelarlas; las hojas sirven de alimento a los cerdos.

Morinda sp.

Se usa para la malaria.

Macuna pruriens (L.) DC. DEMAR PIRKOK

Se usa como medicina y quizás como afrodisíaco.

Musa paradisiaca L. MASI

Al igual que con los indios chocoes el plátano es el producto principal entre los indios cunas de tierra adentro, donde el coco no es tan abundante como entre los cunas isleños. Las flores se usan para remedios contra dolores de cabeza y las plantas jóvenes para gargantas irritadas.

Musa sapientum L. UA MADUM

Se come cruda y cocida, las bananas parecen más populares entre los isleños que entre los cunas de tierra adentro.

Myroxylon pereirae Klotzsch PAILA

La madera aromática de esta especie puede ser la que usan los cunas para hacer collares.

Neurolaena lobata (L.) R. Br. INACIABI

Se usa como té para dolores de estómago y malaria.

Nicotiana tabacum L. UAR

A lo largo de la Ruta 17, los cunas de tierra adentro son los productores principales, y hasta exportan un poco a los cunas isleños y a Yaviza. El tabaco "regalo" narcótico de los indios a los europeos quizás haya tomado mayor auge entre los europeos que entre los indios de los cuales lo tomaron.

Ochrona lagopus Sw. INKWA UALA

Un material predilecto para las tallas en madera (nuchus) de los cunas.

Ocimum basilicum L. BISEP; PISEP

Uno de los medicamentos, perfume y condimentos favorito de los cunas; la planta se usa para dolores de cabeza y de oído. Durante los ritos de pubertad, se untan a las muchachas con el perfume. Dichos untamientos también se usan para los difuntos en ritos fúnebres.

Oryza sativa L. OROZ

El consumo de arroz, como su nombre cuna, parece indicar culturización. El cuna colombiano consume casi 150 grms. diarios. Se usa poco en la medicina cuna, como cataplasma para bajar las inflamaciones.

Passiflora quadrangularis L. NUTSULET

Los cunas lo cultivan a veces.

Passiflora vitifolia H. B. K. KUSEP

Las frutas son comestibles.

Paullinia pinnata L. ABGI

Quizás se use como medicina y como tinte.

Pentagonia brachyotis (Standl.) Standl. CUAMTULO
Medicinal.

Persea americana Mill. ASWE
Muy importante entre los cunas isleños, y aporta 10 a 20 grms. diarios a la dieta, los aguacates también se usan para tratamientos de malaria entre los cunas.

Phaseolus vulgaris L. INUA
Los cunas cultivan muy poco los frijoles.

Phyllanthus acidus (L.) Skeels MURUSOE
Los cunas lo cultivan muy poco.

Phytelephas seemannii Cook SAGU
Los cunas consumen la parte exterior de la nuez en forma de mermelada, y comen además la delgada capa que está alrededor de las endurecidas nueces maduras.

Piper diarienense C. D. D. KANA
Se usa en baños para resfriados y mordidas de serpientes.

Piper spp. PACHAR; PATZA
Los curanderos cunas tienen un nombre y uso distinto para cada de las docenas de especies de Piper en el bosque. Se espera que los taxonomistas herbarios puedan ser tan exactos en la identificación de Piper como lo son los neles cunas.

Pithecellobium rufescens (Benth.) Pitt. INA PISU
La corteza se usa para enfermedades femeninas.

Pothomorphe peltata (L.) Miq. PATZA
Las hojas se untan al cuerpo para matar piojos; los tallos los usan los cunas del Bayano como remedio para los resfriados.

Pseudelephantopus spicatus (Juss) Rohr CANASACANGA; CANDEABSURGUIT
Los cunas lo toman para fiebres, dolores de estómago y enfer-

medades venéreas bajo la creencia que es rica en vitaminas.

Pseudobombax septenatum (Jacq.) Dugand URTUWALA

Se usa probablemente como medicina y para cordaje.

Psidium guajava L. NULU

Las frutas se comen a veces, como cuando los españoles llegaron a la América cuna.

Pterocarpus officinalis Jacq. KANIRABE

La leche se usa como medicina.

Renealmia aromatica (Aubl.) Griseb.

Los cunas del Bayano usan los frutos como alimento y para condimentar.

Rhizophora mangle L. AILI KINNUT

En Ailingandi (río de mangle) hacen las cuerdas de pescar de las raíces aéreas pardas, la madera fuerte y durable se usa para la construcción de viviendas. En apariencia, los cunas han aprendido de la asociación ecológica de las marcas de los arenales y pantanos de mangle. Por consiguiente, la mayoría de las islas con pantanos de mangle (ej. Soskatupu) están deshabitadas.

Rolandra fruticosa (L.) Ktze. NIAGURGIN

Se toma como medicina para mejorar la habilidad femenina para hacer el ahora típico aplicado conocido como "mola".

Sabal allenii Bailey SOSO

Soso parece ser el nombre general para hojas de palmas y por los subsecuentes arreglos de hojas como aquellas de xiphidium. Los cunas de tierra adentro usan los tallos para sus puentes (generalmente tres postes de 15 cms. de diámetro) las hojas para techos y las estomas de hojas tiernas para enfermedades femeninas.

Stachytarpheta jamaicensis Gardn. SIMBUNUGIT
Se usa para fiebres.

Sterculia apetala (Jacq.) Karst. KUPU
Las semillas con comestibles, la planta es medicinal.

Tephrosia sp. NAA
Se cultiva como un veneno para peces.

Terminalia catappa L.
Se cultiva por la almendra (Pucro).

Theobroma cacao L. SIA
El chocolate lo usa ampliamente el cuna, ya sea en polvo importado o en partes naturales; los cunas tierra adentro consumen casi 25 grms. al día. Los frijoles de cacao se queman con frecuencia en ceremonias, con o son ajíes picantes; el humo se usa para curar la malaria y otras fiebres. Las mujeres cunas preñadas toman una pócima de la pulpa de la fruta; a los niños desobedientes les dan infusiones de las hojas, y las hojas tiernas se aplican como antisépticos, y las flores se usan para curar infecciones de la vista.

Triplaris sp. SATTEUALA
Se usa como medicina.

Triticum sp.
Aún cuando aporta casi 40 grms. al día a la dieta de un adulto isleño, en las islas no se cultiva el trigo.

Tussacia friedrichsthaliana Hanst. WILKWA
Considerada por todos los grupos étnicos como un remedio contra las mordidas de serpientes.

Urera sp. TAKE
Las ortigas,una de las plantas medicinales más importantes entre los cunas, y quizás por una buena razón. Las plantas además de su uso como paños para dolencias, se usa para curar el reumatismo y otros males similares. Los cunas con frecuencia se lo untan

en la cabeza para dolores en el pie, o viceversa, y se lo untan en el estómago para dolores de espalda o viceversa. Las orugas, como picadas de abejas, contienen sustancias que marecen mayor estudio.

Virola sebifera Aubl.

Se usa como vela, como Dialyanthera.

Xanthosoma violaceum Schott TARKWA

Se cultiva por sus raíces. Se dice que los cunas hacen imágenes al estilo vudú de los rostros de criminales y otros enemigos sobre las hojas de la prímula malanga.

Xiphidium caeruleum Aubl. SOSKIA; SOSO

Se usa para enfermedades femeninas.

Zamia skinneri Warscz. ELKIA

Aunque se use como medicina, a veces se asan las semillas para hacer caldos y masas.

Zanthoxylum microcarpum Griseb. IKOR

Las espinas secas se usan como medicina.

Zea mays L. OB; OBA; OPA.

El maíz es casi igual de importante en la dieta de los indios cunas de Panamá de tierra adentro y de las islas; aporta alrededor de 65 grms. diarios, casi diez veces más de lo que se informó en Colombia.

LITERATURA CITADA

1. Bennett, C. F. 1968. Human Influences on the zoogeography of Panama. Ibero-Americana 51.112 pp. Hay traducción al español por EUPAN, 1977.

2. Duke, J. A. 1970. Darienita's dietary. Battelle Memorial Institute. U.S. AEC Report. 27 + 83 pp.

3. ————————. 1970. Ethnobotanical observations on the Choco Indians. Econ. Bot. 24 (3): 344 - 366.

4. Peñaherrera de Costales, Piedad & A. Costales S. 1968. Cunas y Chocoes. Llaeta No.25. 181 + 145 pp.

5. Torres de Araúz, Reina. 1970. Human ecology of Route 17 (Sasardi-Morti) región, Darién, Panama.. Trasl. & ed. by F. W. McBryde. Battelle Memorial Institute. U. S. AEC Report. 172 + 6 pp.

6. Wassén, H. 1964 Some words on the Cuna Indians and especially their "mola" garments. Revista do Museu Paulista: Nova Serie 15: 329 — 339 (with 16 plates).

Tomado de Ethnobotanical Observations on the Cuna Indians, pp. 278-293. Traducido por Carlos L. Castro — Dixon.

LA REVOLUCION DE PANAMA EN EL CAMPO DE LA SALUD

POR: JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

En 1968, el grupo de militares dirigentes y responsables de los cambios de Gobierno en esa época, solicitó al equipo técnico que trabajaba en el Hospital del Niño de Panamá, que nos encargáramos del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Al tomar posesión del cargo, propusimos la creación del Ministerio de Salud y del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, procurando trabajar con los conocimientos técnico-científicos en el campo de la salud para lo cual estábamos capacitados, apartándonos del plan político tradicional como se venía viviendo.

Desde el momento en que el General Torrijos, junto con el grupo de militares al cual pertenecía, firmó aprobatoriamente el proyecto de creación del primer Ministerio de Salud de Panmá, proyecto conocido posteriormente como el Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, se comenzó la revolución en salud en nuestro país. El General Torrijos firmó como Comandante en Jefe, expresándose del documento como excelente en su contenido. Documento que permitiría una nueva modalidad de trabajo y alcanzar una "SALUD IGUAL PARA TODOS LOS PANAMEÑOS". Posteriormente se ratifica el Estatuto Orgánico que instrumenta este decreto conocido como el No. 75 de 27 de febrero de 1969, que permitiría un ordenamiento con definición de funciones, tanto a nivel político-administrativo superior, como a los niveles técnicos normativos de supervisión y administración y a los niveles ejecutivos operacionales.

En nuestro país los servicios de salud del Estado se habían desarrollado bajo las condiciones socio-históricas de la población. Se parte de un período inmediato a la construcción del Canal con una atención de la más elevada, donde los consultorios, los equipos y las técnicas no solo eran las mejores sino las únicas y donde el Estado organizaba y financiaba debidamente estos servicios. Los hospitales eran únicamente del Estado y para toda la población por igual (administración Porras). Posteriormente, a medida que crecen diferencias sociales como consecuencia de una creciente desigualdad en las relaciones que algunos sectores establecen con el exterior, los servicios se encarecen y son monopolizados por un sector particular, aunque el Estado continúa subvencionando los gastos de salud del sector privado; pero además un sector importante hace uso de los servicios de salud en el extranjero. Se observaba un deterioro en los servicios estatales constituyéndose en servicios supuestamente de "beneficiencia" o de caridad humillante.

La verdad era que los servicios de salud estatales nunca fueron de beneficiencia, pero se trataba "políticamente" de identificar como caridad a los servicios que se ofrecían a la mayor cantidad de la población y que no pertenecían a los sectores dominantes. Se procuraba que un mal servicio hospitalario o una atención inadecuada en una unidad sanitaria no debía provocar alarma ni protesta, logrando cubrir con una etiqueta el uso del recurso del Estado hacia fines que beneficiaban sólo a un pequeño sector a través de la compra de equipos y de distribución de becas, viajes, pago de sueldos, etc., perjudicándose a la totalidad de la población. Los políticos trataban de dominar las instituciones estatales más importantes de donde aseguraban la subvención a través de compras y "negocios" ganando comisiones especiales. Además se observaba concentración de horas de especialistas en los Hospitales Centrales, a pesar de que las necesidades no estaban en las instituciones sino en los lugares donde vivía la gente.

Al público, para recibir una atención médica idónea, le era indispensable recurrir a la gran institución. Naturalmente, de esta demanda se excluían los grupos del sector que usaban los servicios de la práctica privada subvencionados por el mismo Estado.

En esta evolución se introdujo un nuevo e importante elemento

que altera la distribución de la oferta de servicios, la Caja de Seguro Social, que integra una política de prestaciones de servicios directos. Hecho motivado por el estrangulamiento que habían sufrido los servicios ofrecidos por las instituciones de la salud pública; pero el Seguro Social fue sometido también al proceso de concentración de recursos humanos y de equipos como habían sido sometidas las instituciones del Estado.

A pesar de la posibilidad de crear un servicio de salud único que coordinara e integrara los servicios del Estado y de la Caja de Seguro Social para que verdaderamente se beneficiara al pueblo panameño, esto no fue realizado.

En 1956, I. S. Falk, un técnico de un organismo internacional, señala en su informe, cuatro puntos básicos de la falta de coordinación en nuestro país:

1. Derroche de presupuesto
2. Duplicación de Personal
3. Duplicación de facilidades físicas
4. Duplicación de servicios

En sus recomendaciones indicaba la necesidad de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva y la creación de las Direcciones Regionales de Salud Pública, es decir, colocar todos los recursos en una sola administración estatal.

En la Ley de Creación del Ministerio de Salud de Panamá se tomaron en cuenta las recomendaciones técnicas que permitían desarrollar los programas de salud integrales para todas las comunidades panameñas.

El Decreto de Gabinete No. 401 de 29 de diciembre de 1970, por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, define sus objetivos y coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud. Aprobado este documento por el equipo del General Torrijos, documento mediante el cual se afianzan las acciones de trabajo de un equipo técnico con el pueblo, significa la incorporación de la población organizada en las tareas de transformación que son necesarias para producir la salud.

"La Salud es un Derecho y un Deber" es un documento publicado con análisis que el Arzobispo de Panamá, Monseñor Marcos Gregorio McGrath, hizo de este trabajo. En reunión en la Presidencia de la República el General Torrijos comentó favorablemente la presentación de este documento.

El Ministerio de Salud, como organismo rector de la política de salud en el territorio nacional y rompiendo los patrones de sistemas tradicionales, amplió en forma considerable el radio de acción de sus actividades, extendiendo la cobertura de sus programas, lo que permite que cada día más panameños, sin diferencias de clases, ideologías, grupos étnicos o creencias religiosas, incrementen su nivel de salud en forma integral y a tono con las técnicas y exigencias modernas.

Los cambios de estrategias y avances que se han obtenido en salud son de una magnitud tan significativa que podemos manifestar con profunda satisfacción que en este Gobierno se ha efectuado la verdadera y auténtica revolución en salud que era necesaria para beneficio de nuestras comunidades.

Todo esto ha sido posible gracias a la implantación de una política de salud definida y a la labor que a diario desplegó un grupo de técnicos de alta capacidad y gran dedicación al trabajo con que cuenta nuestro país.

La promulgación de la Ley 401, por medio de la cual se organizan las comunidades, es uno de los instrumentos más valiosos que ha permitido la colocación de los servicios de salud en un nivel comunitario.

La expresión técnica de esta conjunción de esfuerzos a través de los cuales comparten responsabilidades los equipos técnicos y las comunidades en la solución de los problemas de éstas, en sectores bien diferenciados, constituye la Medicina Comunitaria que es el sistema en el cual cual se basan los servicios de salud integrales que se están promoviendo en las poblaciones panameñas.

Nuestras comunidades, inspiradas en un credo de Derechos y Deberes en Salud y respaldadas por la Ley 401, se han organizado

en Comités de Salud por todo el país que representan las células de mayor acción social y dinamismo como fuerza de gobierno organizado a nivel local con metas de trabajo para su propia salud.

Dentro de las acciones de salud propiamente tales, este Gobierno dio la mayor prioridad a aquellas que pagan mayores dividendos a la población a un menor costo para la acción pueblo-gobierno.

Ello quiere decir que estamos dando mayor prioridad a las actividades preventivas que buscan la solución de los problemas en sus núcleos de origen, en lugar de las curativas tradicionales, que nos llevan a tratar al individuo en estado avanzado de enfermedad, con grandes limitaciones en sus capacidades físicas e intelectuales y cuya recuperación y rehabilitación muchas veces parcial, sólo se consigue a altos costos para el Estado y el pueblo.

El Ministerio de Salud desde su creación siempre ha estado consciente de la gran magnitud del problema de la desnutrición que afecta a un porcentaje alto de la población de Latinoamérica. Pero la solución de este complejo problema no se encuentra en las salas de un hospital, sino en la promoción del desarrollo de los diversos factores que inciden sobre su etiología. De allí el interés en crear conciencia en las comunidades para que en forma organizada se dediquen al trabajo de la tierra, de modo que el proceso de producción agropecuaria, al proporcionar a la comunidad y a la familia los alimentos que requieren para mantener un adecuado estado nutricional, tienda a borrar progresivamente el diagnóstico de la desnutrición que gravita en forma considerable sobre nuestra gente y que es además el punto de desencadenamiento de otras enfermedades que afectan al ser humano. Los huertos comunales hablan muy en alto del esfuerzo conjunto y organizado de nuestros hombres, mujeres y niños que con una clara conciencia de sus deberes y responsabilidades esgrimen al tractor como su arma de combate y que son capaces de emprender el trabajo de producción de la tierra como la solución más adecuada de un problema que los agobia de modo tan severo.

En forma similar tenemos el abastecimiento de agua principalmente en el área rural, donde a través de la dotación de una extensa red de acueductos comunales y de pozos perforados construidos

por las mismas comunidades con la asesoría de los equipos técnicos, ha permitido llevar ese líquido indispensable para la vida del hombre hasta los lugares más apartados del país, que por muchos años o durante toda su vida habían estado desprovistos de un agua de buena calidad para el consumo. Como producto de esta acción las estadísticas ya demuestran un descenso progresivo en la incidencia de las enfermedades de origen hídrico que por tanto tiempo fueron las primeras causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país.

Los indicadores de salud más importantes tales como la tasa de natalidad; la tasa de mortalidad general; la tasa de mortalidad infantil, acusan descensos significativos comparables con los países más desarrollados.

En cuanto al aporte financiero del Estado, destinado al Ministerio de Salud, podemos informar que el presupuesto de Rentas y Gastos de este Ministerio alcanzó el 12o/o del presupuesto total de la Nación, habiendo experimentado un incremento de 15.7 millones en 1968 con un per cápita de B/.11.7 a 25.1 millones en 1972 con un per cápita de 17.0. Si a esta suma se agrega el renglón de inversiones, puede apreciarse fácilmente la prioridad que este Gobierno está dando a la atención de la función salud para atender las necesidades de los panameños desde los inicios de su creación.

Las comunidades, por su parte, compartiendo responsabilidades con los equipos de salud están haciendo grandes aportes en recursos comunitarios tanto financieros como de mano de obra para la solución de sus propios problemas.

La política de salud que desarrolla el Ministerio ha permitido definir 5 programas básicos de trabajo de cuya ejecución es directamente responsable la Dirección General de Salud y los diferentes departamentos que estructuran su organización y que se proyectan hacia la población a través de las cuatro regiones: Occidental, Central, Oriental y Metropolitana, las que a su vez se dividen en 18 áreas Médico-Sanitarias, debidamente sectorizadas de acuerdo con las diferentes comunidades que las componen. Estos programas básicos de trabajo son:

1. Programa de Salud Materno-Infantil
2. Programa de Medicina de Adultos
3. Programa de Saneamiento Ambiental
4. Programa de Administración
5. Programa de Organización y Educación en Salud de la Comunidad.

Para lograr ésto, se han celebrado: Seminarios con Médicos y Enfermeras para discutir el Programa Materno-Infantil; Seminarios de Planificación Familiar, con el personal y con la comunidad; Se-

Gobierno Nacional emprender proyectos a nivel de la comunidad: los sistemas de agua potable, la vacunación de todos los niños de los pueblos, producción de alimentos, etc., pues los pueblos están dispuestos a trabajar cuando producen para su propio mejoramiento. Naturalmente que los productores de salud organizados podían discutir sus problemas y decidir qué hacer y llevar a cabo sus acciones de trabajo, contando para ello con la Asesoría Técnica del Gobierno a través de los muchos Centros de Salud que operan en todo el país a nivel de la comunidad.

El Centro de Salud no es una organización popular. En los Centros de Salud se prestan servicios de salud a la población de un sector definido. Todo Centro de Salud debe estar vinculado o integrado a una organización popular: Junta Comunal o Local, Comité de Salud, Asentamiento Campesino, etc.

La Salud Comunitaria transforma los servicios en un medio permanente de la población organizada destinado a la producción de su propia salud para la conservación de la vida completa del pueblo.

Esta época no es de campañas políticas de vacunación periódicas, sino de programas de vacunación y control de salud en forma permanente. La desnutrición como producto de la falta de alimentos sólo se puede tratar evitándola, alimentándose bien todos los días. Para eso es necesario producir los alimentos en cantidad suficiente o contar con un trabajo con remuneración adecuada para adquirir los alimentos indispensables. Sólo la organización social puede resolver este problema básico. El agua potable, la energía eléctrica, la ubicación de la vivienda deben ser revisadas por la comunidad para que las condiciones, si son inadecuadas, puedan transformarse como le corresponde al hombre libre y trabajador del Siglo XX.

La salud es inseparable de quienes la producen y de las condiciones reales que determinan los niveles de vida que se alcanzan en los diferentes pueblos.

Si el objetivo específico que perseguimos es elevar el grado de bienestar general de los habitantes de nuestras comunidades, tene-

mos que aceptar que para alcanzar ese objetivo, tradicionalmente los países y las comunidades han estado haciendo constantes esfuerzos para utilizar en la forma más eficiente sus recursos, principalmente los de orden financiero, que proceden de las distintas fuentes, como las del Gobierno Central en sus presupuestos, las entidades estatales autónomas; las fuentes externas a través de préstamos o donaciones; como también los limitados aportes de los municipios. Sin embargo, el uso de estos recursos no se ha ejercido a través de adecuada coordinación que garantice un óptimo rendimiento. Las diferentes agencias y dependencias del Estado y de la comunidad realizan sus programas y actividades cumpliendo con las metas específicas dentro de su limitado campo de acción, pero pierden de vista el objetivo esencial de las acciones del Gobierno que es el desarrollo pleno de las comunidades, integrando para eso en un todo el trabajo unido y los recursos destinados al pueblo, que permitan elevar el nivel del bienestar en el menor lapso.

La mayor parte de las comunidades en Latinoamérica se caracterizan por la disposición de limitados recursos para atender una gama considerablemente mayor de necesidades. Esto se aprecia en forma especial en los Sectores Sociales, tales como Educación, Vivienda, Salud, etc., los cuales difícilmente pueden cumplir sus funciones. Sin embargo, a pesar de las limitaciones existentes, pocos son los esfuerzos que se han hecho para promover la utilización de otros recursos potenciales, los cuales,sumados a los anteriores, permitirán acelerar la marcha de las comunidades hacia el logro más inmediato de su desarrollo. Se ha mantenido a un lado o se ha querido ignorar lo que representa la comunidad misma y sus potencialidades. Los recursos más importantes de que se dispone a nivel de cada núcleo de población, son los que se generan a su propio nivel, a través de la participación efectiva y organizada del esfuerzo comunitario. La utilización de las otras fuentes resulta poco fructífera si a nivel de cada comunidad no existe la convicción y la decisión de emprender acciones para afrontar y resolver los problemas de diversa índole en general, y de salud, en particular.

La participación de la comunidad organizada es significativa y decisiva; no obstante aceptamos que aún no existen parámetros

definidos que permitan medir con precisión lo que representa la misma comunidad como fuente generadora de recursos.

No hay duda de que los planes de Desarrollo Económico y Social que se formulan a nivel de cada país y que involucran la atención de la función salud, así como también los que se conciben a nivel internacional, son muy ambiciosos ante la situación real de nuestros países y comunidades, y que sólo se podrá cumplir con sus objetivos y metas si en su ejecución se toma en cuenta lo que las comunidades, como fuerzas vivas que integran un país, aceptan y deciden y ejecutan acciones propias con esa finalidad.

La política de salud de Panamá se orienta hacia la satisfacción de la aspiración del Gobierno Revolucionario panameño de lograr una "SALUD IGUAL PARA TODOS", con la participación de todos los panameños en el mejoramiento de la calidad de la vida y en el aumento efectivo de la producción nacional. Se acepta que la salud es un fin individual y un medio del proceso de desarrollo. Por su capacidad de trabajo el hombre es necesario en el proceso productivo de bienes de consumo y servicios que deben ser portadores de mayor bienestar, es decir, de salud, y que por ende mejorarán la capacidad colectiva de trabajo.

Se considera conveniente armonizar las demandas con los recursos generados por el trabajo colectivo para el beneficio de todos sin distinción de grupos. Los recursos que se inviertan en el desarrollo de los programas deben beneficiar a todos, pero debe darse prioridad a la satisfacción de las necesidades de los grupos tradicionalmente marginados y, por tanto, menos favorecidos que constituyen la mayor parte de la población panameña.

La situación encontrada por el Gobierno Revolucionario de Panamá fue la de la concentración de los recursos y los servicios en las manos de una minoría mejor organizada, más rica, más protegida por empleos y más beneficiada por el progreso y el desarrollo del país. En cambio a la mayoría de la población, la que habitaba los poblados pequeños y en el campo, correspondía, a pesar de la magnitud y naturaleza de sus problemas, recursos insuficientes e incapaces de interrumpir el círculo vicioso de desorganización, enfermedad y miseria.

La respuesta en materia de salud a esta situación fue la política de Medicina Comunitaria y Sectorizada, con programas de salud dirigidos a toda la población, la cual debe participar de sus beneficios y en su financiamiento. Se decide, asimismo, experimentar con la integración de los servicios de salud para impulsar estos programas dirigidos a la salud de todos. De este modo, en cada sector, la comunidad organizada y el equipo técnico asesor pueden hacer uso efectivo de todos los recursos existentes para asegurar la producción de salud, a través de la transformación del medio por parte del hombre para ponerlo a beneficio del bienestar comunitario.

La elevación del nivel de salud como parte del desarrollo integral y lo que ello representa en la economía de las comunidades, en su estructura social, cultural y de responsabilidad ciudadana, sólo es posible garantizarlo cuando las acciones del personal técnico, profesional y auxiliar tiendan a transformar a la comunidad en un instrumento dinámico, entusiasta, decidido y consciente, que genere energía, acciones, apoyo y valor para aceptar su propia transformación y superar las etapas que la han mantenido alejada de la civilización y la tecnología moderna.

De ello se deduce que en la estructuración de un programa de salud a nivel de la comunidad es necesario incorporar todos los recursos existentes para asegurar el éxito de la iniciativa. El financiamiento de un programa de salud- para ser integral, es responsabilidad de todas las agencias gubernamentales como también de las mismas organizaciones comunitarias.

A nivel de las comunidades, el financiamiento y la implementación de los programas de salud reúnen algunas características que deben analizarse detenidamente. El desarrollo integral de una comunidad está íntimamente ligado a su grado de cohesión interna y al nivel de participación activa de la gente en las acciones. La participación de la comunidad en el financiamiento de los programas de salud sigue dos instancias:

1. El nivel de producción de la comunidad y las formas de distribución de los medios que generan riquezas y que determinan la participación que cada familia o individuo tendrá en el proceso de

decisiones que enmarca el programa de salud en la comunidad.

2. Los niveles de producción indican también el grado de organización de la comunidad. La organización de la gente determina su capacidad de desarrollar un programa de salud. Por otro lado la introducción de recursos financieros en una comunidad incapaz de organizarse, deja mucho que desear.

Es fundamental establecer un criterio de organización comunitaria que permita la utilización racional de los recursos que la misma comunidad genera y los que se introducen por otras fuentes, para alcanzar niveles adecuados de producción.

Las tareas de producción, en general, son definidas en base a los recursos naturales y artificiales que el hombre tiene a su disposición, los cuales deben combinarse adecuadamente para generar un proceso de desarrollo. Los medios de producción básicos como son la tierra y el hombre en su interacción con el medio ambiente, deben planificarse de tal modo que el esfuerzo que se despliegue tenga un máximo rendimiento.

La capacidad de desarrollar un programa de salud se encuentra en el nivel de comprensión que sobre el mismo existe. Asegurar la participación permanente de la comunidad en estos programas y su financiamiento significa implantar desde un principio una política de amplias transformaciones que le permitan a la comunidad orientar sus excedentes a obras que promueven la salud de la población. La salud del medio en que se moviliza el hombre sólo es posible a través de la organización y participación consciente de la comunidad con todos los recursos existentes.

La aceptación para que se desarrollaran los programas de salud del pueblo panameño, que marcaron una verdadera revolución en la vida de nuestro país, muestran la comprensión que tuvieron de los programas los Militares revolucionarios. Los éxitos se pueden apreciar hoy día en el gran avance que el pueblo ha hecho al participar junto con el grupo técnico-científico en la atención de sus propios problemas.

Hoy día es difícil que una familia panameña no aprecie y sepa

que la vacuna de su hijo es una de las defensas con que cuenta el hombre del siglo XX para evitar ciertas enfermedades y además el significado que tiene el no padecer poliomielitis, difteria, tétano-tosferina, sarampión- porque las familias vacunan a sus hijos; así como todos saben de la importancia de contar con un Centro de Salud con recursos adecuados a sus necesidades, cerca del sector donde se vive, pues cada 10,000 habitantes tienen derecho a un Centro de Salud donde se desarrollen los 5 programas básicos del pueblo panameño en protección de su vida.

La participación consciente y responsable en los casos de hospitalización- como existe actualmente en el Hospital del Niño de Panamá, ha sido de gran trascendencia; allí se hace un excelente trabajo con responsabilidad compartida entre el equipo técnico y la familia, y donde el hijo del hombre recibe la mejor atención sin discriminar por recursos económicos, ni color- ni religión- a los que necesitan, contándose además con los aparatos más sofisticados y especializados para la atención de sus problemas. Trabajo que se realiza con un ordenamiento científico y una sectorización geográfica intra-hospitalaria, y donde en acciones conjuntas laboran las familias con el grupo técnico responsable de la vida de los niños de áreas geográficas definidas.

Son tantos los logros materiales alcazados que se hace difícil enumerarlos. Conceptualmente, uno de los de mayor significado en el desarrollo del pueblo se aprecia al comprender que la salud es uno de los patromonios más preciados (y no sólo la atención de la enfermedad) del hombre del siglo XX- que se adquiere con una organización y con técnicas adecuadas para la producción de su propia salud.

Los pueblos necesitan y quieren alimentos, viviendas, trabajo y descanso, hijos, seguridad y amor- tierra, amistad y unión, cariño-desarrollo de sus posibilidades plenas y hacerse libres al producir lo indispensable para satisfacer todas sus necesidades comunes vitales.

El pueblo trabajador no tiene problema para adquirir conocimientos. Sólo existen problemas en la utilización del conocimiento para erradicar la pobreza. En un país como el nuestro donde

se puede producir en abundancia, se tiene que eliminar la explotación para que todos puedan vivir honestamente en paz y felicidad.

Personalmente nunca tuvimos una vivencia íntima con el General Torrijos pero él y su equipo mantuvieron siempre un respeto muy grande al trabajo técnico-científico que realizábamos y para lo cual fuimos al Gobierno Central.

Frecuentemente el General Torrijos y su equipo estuvieron en todas las actividades que realizábamos. Recuerdo que muy al comienzo de la creación del Ministerio de Salud en una visita en conjunto que hicimos con el General Torrijos y otros miembros de su equipo al Hospital de Veraguas, encontramos el atraso y abandono mayor que podría tenerse en una comunidad. Al revisar la planilla de empleados encontramos la existencia de un carpintero y su ayudante para hacer los ataúdes de la gente que diariamente moría por las condiciones tan inhumanas en que se mantenía a la población. Al hablar con el empleado informó que tenía un gran atraso en su trabajo porque no daba abasto con la demanda y por eso siempre se podía oír un serrucho cortando madera pués él, conscientemente, trabajaba hasta los domingos para que no se pudrieran los cadáveres, pues tampoco existía una morgue para colocar a los fallecidos.

Esto impresionó tanto al General Torrijos que posteriormente cuando alguno de sus "asesores" quería frenar los trabajos con el pueblo, les recordaba el incidente del serrucho, pues las causas de lo que mata a la gente están en la misma organización de las comunidades.

La vida en un Gobierno con verdadera participación del pueblo necesita de acciones honestas y principios éticos morales de todos, además de integrar un trabajo intenso. El equipo del General Torrijos nos acompañaba en todas las actividades, desde las visitas a los hospitales como a los huertos comunales, como a los muchos seminarios que se hacían en las comunidades, al igual que asistía a las inauguraciones de programas especiales, como a la Escuela de Enfermería Comunitaria de Azuero, la cual visitó en múltiples ocasiones.

Hoy nos debemos responsabilizar, intensificar y perfeccionar, además de ampliar las metas y buscar resultados y caminos mejores para continuar el gran e importante trabajo realizado con el pueblo panameño.

El General Torrijos, como autoridad central del grupo de decición del Gobierno,al comprender la trascendencia para el pueblo panameño de los cambios para mejorar la salud y la atención de sus enfermedades y permitir la implementación y la realización de los programas comunitarios (que permanentemente deben revisarse y perfeccionarse) hizo factible al pueblo panameño encontrar el camino hacia una SALUD IGUAL PARA TODOS.

RESUMEN DE LOS AVANCES MAS IMPORTANTES EN SALUD EN PANAMA

1. Aspecto jurídico o legal.
2. Aspecto programático.
3. Trabajo comunitario.
4. Investigación.
5. Recursos humanos en salud.
6. A nivel internacional.

Aspecto jurídico o legal:

1. Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969: Por medio del cual se crea el Ministerio de Salud.

2. Decreto Ejecutivo No. 75 de febrero de 1969: Se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.

3. Decreto No. 401 de 29 de diciembre de 1970: Se establecen los principios básicos para la organización de las comunidades.

4. Derechos y Deberes en Salud de la Comunidad.

5. Reglamentación del Trabajo Comunitario. Técnicas para los seminarios de salud y comunidad.

6. Preparación del proyecto del nuevo Código de Salud.

7. Reglamentación del saneamiento ambiental básico.

8. Preparación de la documentación que sirvió de base a la modificación de la Constitución Nacional en el campo de la Salud, haciendo énfasis en el objetivo básico de la población y sentando los principios de la integración de los servicios de salud (artículos 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109 y 110 fundamentalmente).

9. Preparación y ejecución de reglamentaciones en relación con diferentes aspectos de los programas básicos de salud.

10. Preparación y presentación de documentos con la información básica que sirvió de instrumento para establecer el Plan Decenal de Salud para las Américas — 1972 a 1980— bajo la guía de la Organización Panamericana de la Salud.

Aspecto Programático:

1. Definición de niveles operativos con sus correspondientes funciones en la estructura de la organización de salud (Ley de creación del Ministerio y Estatuto Orgánico).

2. Definición por primera vez en la historia de la salud panameña, de 3 programas básicos (Materno-Infantil, Salud de Adultos, Salud Ambiental) y 2 programas de apoyo (Administración, Organización y Educación en salud de las comunidades), como los programas oficiales de trabajo en el territorio nacional.

3. Establecimiento del sistema de trabajo a través de metas programáticas anuales para alcanzar los objetivos finales de los programas de salud.

4. Descentralización ejecutiva de los programas y fortalecimiento de las Regiones, Areas y Sectores (sectorización de la atención en salud).

5. Descentralización del personal especializado de los hospitales e instituciones de salud más complejas hacia la periferia, es decir, centros de salud o verdaderos núcleos de población, mejorando notablemente la calidad de la atención a nivel de estos últimos.

6. Participación y puesta en ejecución de técnicas tendientes a resolver problemas nacionales como la desnutrición por medio de la promoción de huertos comunitarios, crías de animales y peces como fuentes de proteínas, etc., mediante el trabajo de la tierra. Suministro de asesoría por personal de agronomía y de equipo moderno como los tractores pequeños, fáciles de manejar bajo la propia responsabilidad de las comunidades. Cerro Cama es el ejemplo de uno de los proyectos de esta naturaleza.

7. Organización de las farmacias comunitarias, donde los controles técnicos eran dados por los funcionarios del Ministerio de Salud, pero el manejo administrado era proporcionado por los miembros del comité de salud. Hecho que abarató, en forma extraordinaria, el precio de los medicamentos para el pueblo.

Trabajo Comunitario:

1. Se dicta el Decreto 401 de 29 de diciembre de 1970 por medio del cual se obtiene el establecimiento de las bases de la organización de las comunidades, las cuales, fundamentadas en un credo de Derechos y Deberes en Salud, pueden en forma ordenada y deseada, participar en el reconocimiento y búsqueda de soluciones apropiadas a sus problemas de salud. Panamá se convierte así en uno de los primeros países en Latinoamérica y en el mundo en lograr este tipo de organización comunitaria que ha servido de modelo a otros países.

2. Se establece la SECTORIZACION de la población como técnica de trabajo en salud a nivel local desde las instituciones, lográndose responsabilizar a profesionales reconocidos y a todo el equipo de salud por la salud de un sector de la población en el cual prestan sus servicios.

3. Se promueve y lleva a la práctica a nivel rural el establecimiento de trabajo con la tierra, por medio de la creación de huertos comunitarios, para producir y consumir aquellos alimentos deficitarios en la dieta del panameño y así mejorar su nivel nutricional. En la misma forma se promueve la cría de aves, conejos y peces como fuentes de proteína animal para balancear su dieta.

4. Se establecen técnicas de trabajo científico y ordenado para el desarrollo de seminarios de salud y comunidad, en todo el territorio del país, en forma sistemática, en los cuales las comunidades pueden reconocer y presentar sus problemas de salud y discutir en forma organizada la participación en sus soluciones.

5. Definición de un sistema de trabajo que permitiera llevar a la práctica los conceptos enunciados en el punto anterior. La Medicina Comunitaria ha sido la respuesta a este nuevo enfoque de la atención de la salud y enfermedad, la cual se define como: "El sistema de prestación de servicios médico-sanitarios a las comunidades en el cual participan los recursos oficiales y comunitarios a través de la siguiente sucesión de etapas:

"a) Educación en salud, organización y desarrollo de las comunidades.

"b) Integración de las comunidades a los equipos técnicos del Estado para compartir responsabilidades en las soluciones de los problemas de salud.

"c) Definición de áreas de responsabilidad para los equipos técnicos-comunitarios de acuerdo con la distribución de la población y de los recursos existentes (sectorización).

"d) Uniformidad de criterios, normas, procedimientos y programas de trabajo que permita su ejecución con la misma intensidad en todo el territorio nacional y con las más amplias coberturas de población teniendo como base el principio de justicia distributiva, con el fin de asegurar la continuidad en la atención de los aspectos sociales básicos indispensables para la conservación de la vida normal y contribuir a alcanzar el nivel óptimo de salud física, mental y social de las comunidades".

6. Se crean los consultorios de los hospitales principales y se abren en los diferentes sectores donde vive la familia (en un solo día se comenzó este trabajo a nivel de la coumnidad en 16 sectores del área metropolitana).

Investigación:

1. Se promueve e intensifica la investigación en salud en base a los programas en ejecución, a fin de ganar nuevas y mejores experiencias y conocimientos en beneficio de la salud de la población.

2. Entre los primeros trabajos de investigación figuran la preparación y presentación del Atlas de Geografía Médica y en 1972 (Atlas de Salud). El Atlas de Geografía Médica representa el primer esfuerzo por presentar proyectados en la geografía nacional, los aspectos más salientes de salud del país, incluyendo la población, las enfermedades más frecuentes y los recursos que se emplean para atender dichos problemas.

3. De cada seminario de salud y comunidad desarrollado en los sectores se levantó un documento que resume la investigación en salud hecha con la participación de la comunidad. Se adjuntan algunos ejemplares.

4. En forma similar, se prepararon trabajos en distintos aspectos de los programas básicos, copias de algunos de los cuales se adjuntan.

5. Se considera que hubo una verdadera proliferación en lo que a publicaciones de trabajos se refiere, unos específicamente sobre los programas, otros sobre otros temas relacionados con la salud, lo que demuestra que hubo una verdadera y constante producción de la mente humana por los miembros del equipo de salud a todos los niveles.

Recursos humanos en salud:

1. Conscientes del papel fundamental que juega el recurso humano en salud en la adecuada y fructífera ejecución de los programas se dedicó todo esfuerzo y se aprovecharon todas las oportunidades que representaban superación de la capacidad del personal del equipo de salud y de los miembros de la comunidad, teniendo en cuenta el valor potencial que representa ésta en el éxito del desarrollo de cualquier actividad de salud.

2. Se aprovecharon al máximo las oportunidades de becas para estudios en el extranjero, ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud y otras agencias. Hubo gran promoción y motivación para seguir la especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública, tanto por las jefaturas de nivel nacional como por los otros niveles.

3. Marca un hito muy especial en la historia de los recursos humanos para la salud en Panamá, la creación de la Escuela de Enfermería Comunitaria de Azuero creada como centro de formación de recursos humanos en un programa continuo y acelerado de 2 años de duración y salvar así la crisis de la falta de este recurso humano en todo el país, con una proporción diferente dirigida principalmente hacia la vida del pueblo, además de la atención de sus enfermedades.

4. Se desarrolló un número plural de cursos de adiestramiento locales en los distintos campos para diferentes miembros del equipo de salud, con el fin de mejorar su capacitación y rendimiento en sus respectivas funciones.

5. Mención especial merecen también los seminarios de salud y comunidad, que en el aspecto educativo representan el gran esfuerzo por educar a las comunidades en salud, las cuales, al estar mejor capacitadas, participan en una forma más dinámica y efectiva en la solución de sus problemas.

Nivel Internacional:

1. Se logró colocar a Panamá en el sitial de respeto y reconocimiento por parte de los otros países y de los organismos internacionales en el campo de la salud, en virtud de la consolidación y productividad de sus indicadores de salud y la alta capacidad de los funcionarios a cargo de los servicios de salud.

2. Panamá presenta indicadores de salud que se comparan con mucha ventaja con los de otros países latinoamericanos o en vías de desarrollo. Ejemplo de ello es su tasa de mortalidad infantil considerada como una de las más bajas de Latinoamérica.

3. En forma espectacular, Panamá presenta como sus principales causas de muerte con certificación médica, las que corresponden a los países desarrollados o más altamente industrializados, tales como los accidentes, suicidios y homicidios; enfermedad arterioesclerótica y degenerativa del corazón y tumores malignos.

4. Los avances en los programas de salud del país contribuyeron a elevar el prestigio y reconocimiento de sus más altas autoridades por parte de los gobiernos de otros países en diferentes reuniones internacionales, donde llegaron a ocupar las más altas posiciones de honor. Ejemplos los constituyeron los siguientes:

a) El Ministro de Salud de Panamá fue elegido Presidente del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en la sede de dicho organismo en Washington, D. C.

b) El Ministro de Salud de Panamá fue elegido Presidente del Consejo Centroamericano de Salud Pública por el resto de sus colegas ministros de salud de los países de Centroamérica y México, celebrada en la ciudad de Panamá.

c) El Ministro de Salud de Panamá tuvo destacada participación en reunión celebrada en Santiago de Chile, convocada por la OPS/AOMS para la preparación del Plan Decenal de Salud para las Américas (1972-1980) para la década, hecho que consta en las memorias de estos eventos en forma muy especial.

d) Los programas de salud del país fueron objeto de constante observación en el terreno por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz, quien en muchas ocasiones emitió su opinión favorable sobre los mismos con elogiosos comentarios.

e) Diversos países en forma periódica enviaron a nuestro país a sus técnicos y profesionales a compenetrarse de nuestros progresos por los programas de nuestra estructura de organización y trabajo con las comunidades, a fin de ganar ideas y nuevas experiencias aplicables a sus territorios.

f) Panamá ofreció a la OPS/OMS los terrenos para ubicar la

sede de dicho organismo en nuestro territorio por las ventajas y experiencias que de ello podrían derivarse para nuestro Continente.

g) En la misma forma, a través del Ministerio de Salud se hicieron las gestiones pertinentes con algunas universidades extranjeras para el establecimiento de una Escuela de Salud Pública la cual vendría a satisfacer una gran necesidad en la región.

h) SALUD IGUAL PARA TODOS se hace un lema para la acción de trabajo en múltiples reuniones internacionales.

Panamá, 25 de agosto de 1981.

Tomado de Revista Lotería, Panamá, Vol. 1, Nos. 305-309 (agosto-diciembre de 1981), págs. 183-200.

LA ADAPTACION BIOGEOGRAFICA DE NUEVAS POBLACIONES AL MEDIO NATURAL DEL ISTMO DE PANAMA DESDE 1880

POR: OMAR JAEN SUAREZ

1. Introducción

La llegada masiva de nuevos hombres al Istmo de Panamá, desde la segunda mitad del siglo XIX, provoca fenómenos de adaptación ecológica y modificaciones en el ambiente natural de importancia fundamental, cuyos efectos se hacen sentir aún en nuestros días. Me refiero, esencialmente, a dos aspectos mayores: la transformación del medio geográfico en el ístmo central de Panamá creada por la construcción del canal interoceánico, incluso la urbanización alrededor de sus entradas; y, también, las estrategias de adaptación a las especiales condiciones del ambiente natural desarrolladas para preservar a los organismos humanos que, en gran número, están llegando al Istmo, con algunas intermintencias, desde 1881 hasta la Segunda Guerra Mundial.

En este ensayo me ocuparé más bien de este segundo aspecto. Así, empezaré por una alusión a los antecedentes de inmigraciones masivas, temporales y periódicas, para luego exponer los fenómenos y resultados de la lucha entre el hombre y el ambiente natural mediante el ataque de las principales enfermedades y la evolución de ciertos complejos patógenos que encuentran, en Panamá, un campo propicio a su desarrollo. Para ello contaremos con una serie de fuentes, testimonios de contemporáneos, estudios de inter-

pretación de historia médica y series de estadísticas demográficas que son de gran utilidad.

2. Fuentes

Existen fuentes variadas para el estudio de los fenómenos de la morbilidad y mortalidad en el Istmo de Panamá, desde la década de 1880 hasta la Segunda Guerra Mundial que resumimos así:

A. Epoca del Canal Francés.

a. Registros del Dr. William Gorgas.

Se trata de los resúmenes mensuales de la mortalidad entre los empleados del Canal Francés y los habitantes de la ciudad de Panamá, de 1881 a 1903, según el tipo de enfermedad que causa la defunción. Se incluyen las tasas generales de mortalidad por mes. Estos resúmenes del doctor Gorgas, realizados en base a los datos de los archivos de las Compañías francesas del Canal, son publicados en Washington en 1906: "Number of Employees and Deaths from various Diseases among Employees of the French Canal Companies, by months and years, from January, 1881, to April, 1904" y "Populations and Deaths from various Diseases in the City of Panama, by months and years, from November, 1883, to August, 1906".

b. Datos de inhumaciones en los cementerios de la ciudad de Panamá aparecidos en la Gaceta de Panamá.

Desde 1885 hasta 1896 aparecen publicados, cada mes, en la Gaceta de Panamá, órgano oficial del Departamento, los registros diarios de inhumaciones ocurridas en los seis cementerios de la ciudad capital. Estos registros son de una riqueza extraordinaria en datos demográficos y también sociales: aparece en cada caso la fecha de defunción, el tipo de entierro, el nombre del difunto, su origen o nacionalidad, edad, causa de defunción y hospital de donde procede. La explotación de tales registros que totalizan, para el período considerado, más de 20,000 actas, exige un esfuerzo físico considerable, que puede no obstante disminuirse con el uso de computadoras.

c. Registros del movimiento del Hospital de la Caridad en la ciudad de Panamá.

Igualmente en la "Gaceta de Panamá" aparece, para algunos años de las décadas de 1880 y 1890, el registro mensual del movimiento del Hospital de la Caridad y del Hospital de Extranjeros: se anota el número de pacientes recibidos según el tipo de enfermedad, el número de defunciones según la causa, y el número de salidas mensuales.

d. Registro Civil de nacimientos, defunciones y matrimonios que existe bastante completo en la ciudad de Panamá desde 1862.

e. Archivos parroquiales urbanos.

Se destacan el Archivo de La Merced (parroquia de la Catedral), el Archivo de Santa Ana, y el Archivo de la Parroquia Metodista desde 1865.

B. Epoca del Canal de Panamá: 1904 - 1920.

Aparte de los registros del estado civil y de los archivos parroquiales, los datos primarios (acta por acta) no existen aunque sean más abundantes los datos elaborados, como series estadísticas y gráficos. Se destacan como fuentes secundarias:

a. Informes Anuales de la Oficina de Sanidad de la Zona del Canal.

Informes muy ricos y detallados sobre la situación sanitaria y los fenómenos demográficos en Panamá, Colón y la Zona del Canal. Un resumen de ellos aparece en los Informes Anuales de la Comisión del Canal Istmico de 1904 a 1914 (Annual Report of the Isthmian Canal Commission) y, a partir de 1914, en los Informes Anuales del Gobernador de la Zona del Canal (Annual Report of the Governor of the Panama Canal Zone).

b. Obra del Dr. James Simmons y colaboradores: "Malaria in Panamá" (Baltimore,1939).

Se trata de la investigación más exhaustiva que se haya realizado

sobre la historia de la medicina en el Istmo. A pesar de que el estudio está dedicado principalmente a la malaria, el Dr. Simmons ofrece numerosos cuadros estadísticos y gráficos que representan series cuantitativas sobre población y mortalidad, tanto de la época de construcción del canal por los franceses como por los norteamericanos. Es asimismo rico en datos sobre la mortalidad en las ciudades de Panamá y Colón.

Pero antes de comenzar por la época más reciente, es necesario inclinarnos sobre los antecedentes de fenómenos que evolucionarán más rápidamente en los últimos años.

3. Antecedentes

La adaptación a las condiciones bioambientales de la población más arraigada es tributaria, en el Istmo de Panamá durante la época colonial y hasta principios del siglo XX, de la pesada cuota de víctimas que observamos normalmente en las poblaciones sometidas a un régimen demográfico de tipo natural, premaltusiano. Una gran mortalidad endémica de 20 a 40 por mil anual, y una expectativa de vida corta, que quizás no supere los 30 años, son las características sobresalientes de la población local. Estos datos se matizan según los diversos ecosistemas del Istmo, los biotopos y los complejos patógenos que se desarrollan en ellos, además de las variaciones estacionales de las condiciones ecológicas. La reputación de salubridad e insalubridad de los diversos sitios poblados se manifiesta mediante comportamientos demográficos diversos: por ejemplo, las curvas de evolución de la mortalidad no son iguales, en el siglo XIX, en Parita y Portobelo por un lado, y Antón y La Chorrera por el otro. En los primeros, el hombre sufre más de las condiciones bioambientales locales. Además, otra de las características del régimen demográfico de tipo natural se manifiesta también en la aparición periódica de epidemias más locales, de viruelas, peste y a veces cólera, que antes de mediados del siglo XIX atacaban, a menudo, a las diversas poblaciones del Istmo: hombres integrados a la estructura de poblamiento colonial en pueblos y aldeas sabaneras, e indígenas dispersos en las montañas y selvas del país, muy susceptibles sobre todo a las frecuentes epidemias de viruelas.

Pero el Istmo de Panamá, como región dedicada fundamentalmente a asegurar el paso de los hombres y de los bienes entre el

Atlántico y el Pacífico, desde la década de 1540, conoce también el arribaje periódico de nuevos hombres, la mayoría de los cuales se encuentra en tránsito hacia otras latitudes. Nuevos hombres significan, en nuestro caso, organismos frecuentemente poco acostumbrados a las condiciones bioambientales del trópico húmedo y con defensas reducidas ante el ataque de las llamadas enfermedades tropicales y en particular las fiebres palúdeas, la fiebre amarilla y las enfermedades gastrointestinales, principalmente la disentería.

Algunas referencias nos dan una idea de las concentraciones súbitas de poblaciones en tránsito, durante la época colonial, y que ofrecen su importante cuota de víctimas al trópico húmedo panameño.

Nombre de Dios primero y, desde 1598 Portobelo, son sede de las célebres Ferias, lugar de encuentro, durante un poco más de un mes, de comerciantes y soldados procedentes de Europa y de América. Algunos millares de hombres, al venir a Panamá, juegan a una especie de ruleta rusa. El riesgo de enfermedad y muerte está a la medida de las expectativas de ganancia rápida. Sin embargo, los sobrevivientes ofrecen con frecuencia el testimonio de un riesgo insensato: las alusiones a verdaderas hecatombes anuales en el siglo XVI y más bien bienales en el siglo XVII en el litoral atlántico son desafortunadamente constantes.

Algunos ejemplos, particularmente notables, permiten apreciar la importancia relativa del fenómeno, cuando la morbilidad y su resultado más deprimente, la mortalidad catastrófica, alcanza cimas inusitadas, lo más frecuente entre poblaciones extranjeras. La primera hecatombe de organismos europeos que se enfrentan al medio natural panameño —y que de paso arrastra también a la mayoría de la población aborigen— tiene lugar en la costa norte, alrededor de Acla y Santa María la Antigua, en los primeros años del siglo XVI. Desde la década de 1540 sucederá lo mismo, periódicamente, en Nombre de Dios. Hacia el tercer cuarto de siglo, cuando estaba funcionando plenamente el sistema anual de Flotas y Armadas y se había fijado definitivamente al Istmo de Panamá en su función geográfica, López de Velasco evaluaba, por 1575, la tasa de mortalidad promedio de las tripulaciones de los convoyes que llegaban a la Feria de Nombre de Dios en cerca de 6 a 8o/o, es de-

cir, 300 víctimas entre 4,000 a 5,000 hombres que durante mes y medio aproximadamente pernoctaban en el puerto atlántico. Ellos sucumben a las fiebres y a los contagios que propician las elevadas temperaturas y una humedad relativa altísima, de alrededor de 90o/o, en la época de la Feria, entre mayo y noviembre.

El traslado de la función portuaria internacional a Portobelo desde 1598 mejora apenas la situación. Aunque la mortalidad pareciese bajar, y hasta hubiese algunos cronistas que encontrasen el sitio bastante salubre, las disenterías y el paludismo continuaban haciendo estragos entre las grandes concentraciones que provoca la Feria, tal como lo advierte Tomás Gage quien estimó en 500 el número de víctimas de las enfermedades durante la de 1637.

Un poco más tarde, entre 1698 y 1699, otra concentración de europeos sufre, en la costa atlántica de San Blas, suerte análoga. Se trata de la llegada de aproximadamente 1,200 escoceses dirigidos por William Patterson, con el propósito de fundar una colonia de poblamiento en el Darién. Al cabo de un año, las enfermedades tropicales, las fiebres palúdeas y las enfermedades gastrointestinales han cobrado más de 400 víctimas, obligando a los sobrevivientes, desesperanzados, a levar rápidamente anclas.

Casi un siglo después, entre 1784 y 1792, la concentración de soldados españoles y criollos en la misma costa de San Blas, acantonados en 4 fortines, en guerra contra los cunas, produce los mismos efectos y, por supuesto, el fracaso de la empresa. La mayor parte de las 1,000 bajas que aproximadamente se cuentan entre las tropas coloniales y los más numerosos indígenas diezmados —acontecimiento que inicia una peligrosa disminución de la población cuna hasta mediados del siglo siguiente— son propiciadas, muy verosímilmente, por las nuevas condiciones bioambientales creadas por el rápido abandono de áreas de cultivo. La vegetación natural y los pantanos invaden la estrecha planicie litoral bañada, durante 10 meses del año, por intensas precipitaciones orográficas comprendidas hoy entre 2,500 y 3,500 mm. anuales de promedio. Los complejos patógenos se exacerban cuando los mosquitos, principales vectores de las enfermedades palúdeas, encuentran cada vez más extendido el medio óptimo para su desarrollo y se encadena, así, un ciclo ineluctable de disminución demográfica producida

por las nuevas condiciones ambientales, que sólo será superado, por los cunas, con la mudanza hacia 1850, para las islas de coral.

A principios del siglo XIX se señala nuevamente, con la llegada de ejércitos legitimistas españoles en 1816, una epidemia terrible que diezma a cerca de 6 a 8o/o de la población del país. Tales epidemias de transeúntes se renuevan entre 1849 y 1851 con la afluencia repentina de viajeros que, en gran número, se dirigen a California. El hacinamiento de los organismos extranjeros no inmunizados contra los agentes patógenos tropicales y las malas condiciones higiénicas son los principales responsables de la altísima mortalidad que ataca a los pasajeros en tránsito. Ello es también el caso para muchos de los 7,000 trabajadores del ferrocarril de Panamá, terminado en 1855, a menudo víctimas de la enfermedad y también de la muerte que toca a cerca de 2,400. Durante la construcción del ferrocarril se llegó a determinar la diferente predisposición de los organismos humanos originarios de diversos continentes, a los complejos patógenos palúdeos. Así, Robert Tomes (1855) llegó a estimar que mientras que la población nativa de cualquier raza, más arraigada, conocía una tasa de defunción de 20 por mil, para los negros extranjeros la tasa era de 25 por mil, para los europeos de 33 por mil y para los chinos de 100 por mil.

Estas experiencias serán superadas, con creces, por los fenómenos vinculados al desarrollo de los complejos patógenos ístmicos, que se producirán durante la construcción del Canal de Panamá y que atacarán, principalmente aunque de manera desigual, a las nuevas poblaciones inmigrantes.

4. Mortalidad transístmica durante la construcción del canal.

Entre 1880 y 1920, período de construcción del Canal de Panamá, se produce una evolución notable de los regímenes demográficos panameños. Ello es debido a estrategias desarrolladas para preservar, a los organismos humanos inmigrantes, de los efectos perniciosos provocados por los complejos patógenos típicamente tropicales. Después de una serie de tentativas infructuosas para vencer el recrudecimiento de las enfermedades endémicas en el Istmo, el éxito de la empresa se revela, finalmente comparando los resultados de dos épocas bastante diferentes: la dominada por la presencia francesa y, luego, el período del canal norteamericano.