



Secretaría de Salud  
Departamento de Atención a las Etnias  
DAE



Confederación de Pueblos  
Autóctonos de Honduras  
CONPAH



Agencia Sueca de  
Cooperación Internacional  
ASDI



Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud  
OPS/OMS

# SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y NEGROS DE HONDURAS INTERCULTURALIDAD Y PROCESOS DE CONVERGENCIA NACIONAL



*Iniciativa de  
Salud de los Pueblos Indígenas*



# **SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y NEGROS DE HONDURAS INTERCULTURALIDAD Y PROCESOS DE CONVERGENCIA NACIONAL**

*Febrero de 2001*



*Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*  
*Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud*  
*División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud*  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**



### ***Elaborado por:***

*Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS, Washington, D.C.*

*Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS, Honduras*

*Lic. Adán Barahona, Jefe, Dpto. Atención a las Etnias, Secretaría de Salud, Honduras*

*Lic. Héctor Cárdenas, Miembro Grupo de Apoyo Técnico (GAT), Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, Agencia Sueca de Cooperación Internacional, ASDI/OPS/OMS*

### ***Con la Cooperación de:***

*Confederación Nacional de Pueblos Autóctonos de Honduras, CONPAH, a través del Sr. Ernesto Súchite, Presidente de CONPAH y Sr. Natán Pravia, Dirigente Indígena*

*Departamento de Atención a las Etnias de la Secretaría de Salud de Honduras*

*Grupo GAT, del Proyecto ASDI, Secretaría de Salud, ASDI/OPS/OMS*

*Unidad de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud de Honduras*

*Dr. Ramón Pereira, Secretaría de Salud, Proyecto ASDI/OPS/OMS*

*Dr. Humberto Jaime-Alarid, Asesor de Servicios de Salud, OPS/OMS, Honduras*



# Índice

<b>1. RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>IX</b>
<b>2. ANTECEDENTES .....</b>	<b>3</b>
2.1 INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS .....	3
2.2 ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD .....	4
<b>3. PUEBLOS INDÍGENAS Y ETNIAS DE HONDURAS.....</b>	<b>7</b>
3.1 CONDICIONES DE VIDA Y SALUD .....	7
3.2 LA MORTALIDAD MATERNA EN HONDURAS: ENFOQUE SOCIOCULTURAL .....	12
<b>4. PROCESOS DE CONVERGENCIA NACIONAL: LIDERAZGO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y NEGROS .....</b>	<b>19</b>
4.1 SALUD E INTERCULTURALIDAD: VISIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y ETNIAS .....	22
4.2 RESPUESTA DE LA SECRETARÍA DE SALUD ANTE LAS DEMANDAS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y ETNIAS DEL PAÍS.....	25
4.3 PROYECTO ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ASDI-OPS/OMS .....	31
<b>5. HACIA EL BIENESTAR DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y ETNIAS DE HONDURAS: RETOS EN LA OPERACIONALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD .....</b>	<b>35</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>7. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS A PARTIR DEL AÑO 2000 .....</b>	<b>47</b>
<b>8. AVANCES HASTA LA FECHA .....</b>	<b>53</b>
8.1 AMPLIACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ALIANZAS ENTRE EL GOBIERNO DE HONDURAS Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y ETNIAS DEL PAÍS .....	53
8.2 FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS.....	59
8.3 INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS.....	65
 <b>ANEXOS:</b>	
<b>ANEXO 1: RESOLUCIÓN CD37.R5-OPS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 2: RESOLUCIÓN CD37.R6-OPS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 3: BORRADOR DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD, OPS Y LA CONFEDERACIÓN DE PUEBLOS AUTÓCTONOS DE HONDURAS (CONPAH) .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO 4: CONVENIO 169 DE OIT .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO 5: LISTA DE PARTICIPANTES .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO 6: CURSO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MÓDULOS.....</b>	<b>95</b>



# Prólogo

Los esfuerzos y acciones en marcha en Honduras se encaminan al logro de la equidad como sinónimo de justicia social. En este sentido abordar la problemática de salud de los pueblos indígenas y negros, constituye un pilar en el impulso del desarrollo humano, social, económico y cultural del país.

Los procesos y acciones descritas en el presente documento, constituyen una expresión de la voluntad política del Gobierno de Honduras. En este contexto, se resaltan los procesos intersectoriales de convergencia que están en marcha en el país en el marco de las reformas estatales, la Reforma del Sector Salud y los logros hasta la fecha en la ampliación de la cobertura de la atención de salud en áreas con población indígena y negra predominante.

El impulso de la coordinación tripartita entre el Ministerio de Salud desde el Departamento de Atención a las Etnias, los pueblos indígenas y negros de Honduras a través de sus organizaciones y la Oficina Central y de la Representación de OPS/OMS en Honduras, es un hecho muy importante. Sin duda alguna, ha sido uno de los logros dentro de los procesos de convergencia nacional iniciados en julio de 1994 y fortalecidos por la presente administración de este Gobierno.

Sin embargo, a pesar de los avances logrados, es conveniente indicar que este es solamente el comienzo de un largo proceso. Se abren nuevas exigencias de apoyo efectivo, desde el nivel central hasta el local, con recursos técnicos, financieros, programas de educación continua para el personal de salud y la identificación de estrategias que permitan la adecuación de la atención de salud a las reales condiciones y contextos culturales de la población hondureña.

Estos desafíos sólo se podrán enfrentar en la medida en que los marcos jurídicos, los planes y programas que involucran a los pueblos indígenas y negros de Honduras sean generados en función de los intereses y necesidades de estos pueblos. El gobierno de Honduras ha asumido estos desafíos.

*Dr. Plutarco Castellanos  
Ministro de Salud de Honduras*



# Presentación

La salud de los pueblos indígenas de las Américas ha sido una constante preocupación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por este motivo, me complace presentar esta publicación que documenta las acciones que Honduras está promoviendo en favor de estos pueblos en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de OPS.

En 1992, en el contexto de las movilizaciones de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano, la proclamación del "Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo", la proclamación del "Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo" por parte de la ONU y la entrega del Premio Nobel de la Paz a Rigoberta Menchú, el Subcomité de Planificación y Programación de OPS propuso que se preste mayor atención a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas. Luego de una reunión consultiva en 1993, que contó con la participación de representantes de los pueblos indígenas, gobiernos, instituciones no gubernamentales e instituciones académicas de 18 países, se concibió la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

La Iniciativa fue aprobada por el XXXVII Consejo Directivo a través de la Resolución CD37.R5, estableciéndose los cinco principios que rigen el trabajo con las comunidades indígenas: necesidad de un abordaje integral de la salud; derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación; derecho a la participación sistemática; respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y la reciprocidad en las relaciones. En 1997, la Resolución CD37.R5 fue ratificada a través de la Resolución CD40.R6 que, entre otros puntos, urge a la Organización y a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas.

La equidad como ideal se ha citado a menudo en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS y ha habido numerosas referencias al hecho de que la salud para todos comprende el compromiso moral de reducir la falta de equidad en salud como manifestación de injusticia social. Esta es la responsabilidad que ha animado a Honduras a priorizar el abordaje de la salud de estos pueblos dentro de un proceso de coordinación intra e intersectorial donde se destaca el rol de la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras en la defensa de sus derechos en salud, así como el respaldo y acompañamiento de la Secretaría de Salud y de la Oficina de la Representación de OPS en Honduras, por medio de sus directivos políticos y cuerpo técnico.

Esta publicación marca un hito muy importante que merece ser resaltado y constituye una invitación y estímulo para los países de la Región para continuar en sus esfuerzos hacia la búsqueda de la equidad, en un contexto de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural de todos los pueblos de las Américas.

*Dr. George A.O. Alleyne  
Director de OPS/OMS*



# Introducción

El progreso de los países de la Región de las Américas se expresa en las constantes mejoras de varios indicadores nacionales de bienestar, tales como la esperanza de vida, la facilidad de acceso al agua potable, la cobertura de inmunización y la reducción de los resultados desfavorables para la salud, particularmente la disminución de la tasa de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles. Estos cambios se presentan dentro de un marco de reformas políticas y económicas, y de mayor descentralización de los servicios de salud. Sin embargo, la difícil empresa de crear sistemas de salud que permitan reducir las grandes desigualdades existentes entre los pueblos de Región sigue constituyendo una prioridad<sup>1</sup>. Los cambios socioeconómicos en este universo multiétnico, plurilingüe y multicultural retan la capacidad de las instituciones nacionales de salud para prestar servicios con eficacia y equidad a los sectores vulnerables de la población, como son los pueblos indígenas y negros de las Américas.

El presente documento sistematiza los procesos en marcha en Honduras desde 1995 a favor de los pueblos indígenas y negros del país. En la sección dedicada a los antecedentes de estos procesos se incluye información sobre la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, cuyos principios y lineamientos constituyen el marco de referencia en el quehacer de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de los Estados Miembros de OPS en materia de salud indígena.

El desarrollo que se ha registrado en el ámbito internacional de los aspectos normativos con relación a los derechos y deberes de los pueblos indígenas ha generado un marco favorable para construir nuevos espacios de relaciones interculturales democráticas, justas, igualitarias, de solidaridad y cooperación tan necesarias para la sobrevivencia de la humanidad. En Honduras, por ejemplo, la ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de las Resoluciones CD37.R5 y CD40. R6 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido el avance de las acciones en favor de estos pueblos y ha abierto la necesidad de plantearse la formulación de instrumentos jurídicos que den continuidad a estos procesos.

En la sección dedicada a las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas y etnias de Honduras se pone de manifiesto la inequidad que afecta a estos pueblos. Si bien los sistemas de información en salud en el ámbito nacional no incluyen la variable de etnicidad en la desagregación de información, el Ministerio de Salud, desde el Departamento de Atención de las Etnias se halla empeñado en la sistematización de información que apoye la caracterización de los pueblos indígenas y negros del país, tanto en sus aspectos epidemiológicos como en sus particularidades culturales y la toma de decisiones que repercutan en el bienestar de estos pueblos.

La salud de la población es un producto de la sociedad y a la vez un aporte imprescindible al crecimiento económico y la estabilidad política. En esta perspectiva se

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. El progreso en la salud de la población: Informe Anual del Director, 2000. Washington, D.C., USA, 2000.

percibe claramente la necesidad de que el sector salud haga un esfuerzo más eficaz de integración estableciendo alianzas con otros actores públicos y privados, incluidas las organizaciones de la sociedad civil<sup>2</sup>. En la sección referente a los procesos de convergencia nacional se resalta el liderazgo de los pueblos indígenas y negros de Honduras y la coordinación tripartita entre el Ministerio de Salud, la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) y la Organización Panamericana de la Salud. En la sección referente a los retos en la operacionalización del enfoque intercultural de la salud se presenta varias reflexiones de participantes de diferentes sectores cuya visión básicamente se centra en la necesidad de generar espacios de concertación que cuenten con la imprescindible participación de los pueblos involucrados. Al igual que en la mayoría de países en la Región de las Américas, los avances en el reconocimiento de los pueblos indígenas y negros de Honduras, han sido el resultado de la lucha permanente de estos pueblos por sus derechos y el mantenimiento y rescate de su cultura.

Luego de las conclusiones, se presentan las líneas de acción estratégica identificadas para el quehacer de la Secretaría de Salud a partir del Año 2000 y los avances obtenidos hasta la fecha. No cabe duda de que en las últimas décadas ha habido una importante modificación en las formas de aproximación a la comprensión de las demandas y propuestas de los pueblos indígenas y negros en la Región. El predominio que hasta hace poco se daba a las respuestas asistencialistas, en Honduras ha dado paso paulatinamente a enfoques de carácter social y económico que incorporan la cultura como una variable de análisis y la activa participación de estos pueblos en las propuestas que los involucran.

---

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. El progreso en la salud de la población: Informe Annual del Director, 2000. Washington, D.C., USA, 2000.

# 1. Resumen Ejecutivo

El logro de la equidad presenta nuevos y complejos desafíos que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Estados Miembros, entre ellos Honduras, han asumido y están comprometidos en acciones que beneficiarán a la población de la Región, particularmente a los pueblos indígenas y etnias de las Américas.

En el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS, las acciones tendientes a la promoción de alianzas estratégicas, la vigilancia y detección de inequidades, y la formulación de modelos y marcos que consideren el abordaje intercultural de la salud, se presentan como estrategias que contribuirán al bienestar de los pueblos indígenas de la Región y básicamente al mejoramiento del acceso equitativo a una atención de calidad, y al aprovechamiento de la capacidad instalada en los países. Estas estrategias se basan en el respeto por la diversidad cultural.

El Gobierno de Honduras, en cumplimiento con los compromisos adquiridos, ha priorizado el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del país a la problemática de los pueblos indígenas y etnias, en el marco de un proceso de trabajo conjunto entre las autoridades del país, los profesionales nacionales de la Secretaría de Salud y de la OPS/OMS, Honduras y con el concurso permanente de la Confederación Nacional de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH).

En esta perspectiva, es importante destacar el rol que la Secretaría de Salud, a través del Departamento de Atención a las Etnias, ha tenido en la comunicación y coordinación a todo nivel, movilizándolo a la mayoría de las instancias del sistema. Esto ha facilitado, con gran acierto, las acciones en favor de la salud de los pueblos indígenas y etnias de Honduras. En este contexto se insertan tanto el apoyo del Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud ASDI/OPS/OMS, 1999-2002, como la colaboración interinstitucional del Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos (Indian Health Service) que están contribuyendo a la concreción de estos procesos.

Del análisis y evaluación de los esfuerzos en marcha hasta la fecha, las siguientes son las áreas que merecen una atención preferencial dentro de las acciones en favor de los pueblos indígenas y etnias de Honduras:

1. *Fortalecimiento y desarrollo de las alianzas* entre el Gobierno de Honduras, los pueblos indígenas y etnias del país, los gobiernos municipales, ONGs y otros actores interesados.
2. *Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial* de las organizaciones indígenas y negras de Honduras, así como de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas. En esta línea se favorece la formación y desarrollo de recursos humanos de la salud tanto en el ámbito nacional como local.

3. *Análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas y etnias* en el marco del desarrollo de los sistemas de información, detección, vigilancia y abordaje de inequidades.
4. *Acceso a los servicios de salud.* Desarrollo de abordajes culturalmente apropiados referentes a programas prioritarios. Por ejemplo, salud materno infantil, ampliación de las coberturas de agua y saneamiento básico, entre otros.
5. *Caracterización etnoepidemiológica y etnocultural de los pueblos indígenas y etnias* de Honduras que facilite a la interacción de los sistemas oficiales de salud con los tradicionales a fin de encontrar nuevos modelos de atención en salud.
6. *Intercambio de experiencias nacionales e internacionales.*

En este momento el país se halla en un proceso de reconstrucción luego de los estragos sufridos por la presencia del Huracán Mitch. El compromiso de la Secretaría de Salud se halla escrito en el documento *Transformación del Sector Salud en la Reconstrucción Nacional*, donde se prioriza la atención de los grupos poblacionales excluidos, entre ellos los pueblos indígenas y las etnias. El reto es generar una atención de salud eficiente y de calidad para toda la población Hondureña. En este proceso, la revisión, evaluación y ajustes de los proyectos en marcha, la coordinación intrasectorial, intersectorial e incorporación de profesionales de diferentes disciplinas al equipo de salud, se presentan como factores primordiales.

El presente documento recoge un resumen de los procesos que se están gestando en Honduras en la atención a los pueblos indígenas y etnias del país. Se basa en varios documentos (ver pie de página No. 1) y en la sistematización de temas tratados en diferentes reuniones con las autoridades y profesionales de la Secretaría de Salud, la Fiscalía de las Etnias, la Oficina de Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Honduras y los representantes de los pueblos indígenas y las etnias del país y durante la Misión Técnica Conjunta OPS-Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos (Indian Health Service) realizada del 18 al 24 de julio de 1999 en Honduras. La lista de participantes de las diferentes reuniones se encuentra en el Anexo 5. Las conclusiones y recomendaciones contienen los aportes de todos y cada uno de los participantes en la elaboración de este documento.

## 2. Antecedentes

En cumplimiento de lo acordado por los Estados Miembros en la Resolución CD37.R5-OPS (Anexo 1) y CD37.R6-OPS (Anexo 2), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Países Miembros se hallan implementando acciones en congruencia con los principios y lineamientos de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Honduras es uno de los países que ha mostrado alto interés para impulsar dicha Iniciativa.

### 2.1 Iniciativa de salud de los pueblos indígenas<sup>1</sup>

La iniciativa de salud de los pueblos indígenas surge en la OPS en 1992 en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano y como una estrategia para abordar de una manera sistemática y en cooperación con los pueblos indígenas la problemática de salud que aqueja a estos pueblos.

En 1993 en el I Taller Hemisférico sobre Salud de los Pueblos Indígenas, en Winnipeg, Canadá, se establecieron los principios (Cuadro 1) que rigen el trabajo de la OPS y de los Estados Miembros con estos pueblos.

Cuadro 1. Principios

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) Enfoque integral de la salud</li><li>2) Derecho a la autodeterminación de los pueblos</li><li>3) Respeto y revitalización de las culturas indígenas</li><li>4) Reciprocidad en las relaciones</li><li>5) Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.</li></ol> |
|--|

En 1993, los Estados Miembros de la OPS, entre ellos Honduras, ratificaron los principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y firmaron la Resolución CD37.R5 demostrando su voluntad política para priorizar acciones que contribuyan al bienestar de los pueblos indígenas de sus respectivos países.

1 Documentos de Referencia:

- 1) Organización Panamericana de la Salud (1998). *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Informe de progreso*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 2) Organización Panamericana de la Salud (1998). *Orientaciones estratégicas para el desarrollo de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 3) Organización Panamericana de la Salud (1998). *Pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 4) Organización Panamericana de la Salud. (1998). *La Salud en las Américas* (Vol. I-Vol. II) (1998 ed.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 5) Organización Panamericana de la Salud (1997). *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

La operacionalización del enfoque intercultural de la salud se basa en los mandatos de las Resoluciones CD37.R5-OPS y CD40.R6-OPS (Cuadro 2). El texto completo de las Resoluciones aparece en el Anexo 1 y Anexo 2.

Cuadro 2. Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6

Resolución CD37.R5-OPS	Resolución CD40.R6-OPS
<p>2. Instar a los Estados Miembros a que:</p> <p><b>b</b> Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a los servicios de salud y a la atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.</p> <p><b>d.</b> Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.</p>	<p>Resuelve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.</li> <li>- Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.</li> </ul>

## 2.2 Enfoque intercultural de la salud

La Región de las Américas es un universo heterogéneo en cuanto a sus aspectos económicos, sociales y culturales. La población de la mayoría de los países de la Región, entre ellos Honduras, tiene un carácter multicultural, pluriétnico y plurilingüe. Los pueblos indígenas cuya población asciende a 43 millones de personas, pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes, forman parte de estas culturas y etnias de las Américas y constituyen el 6% de los habitantes del Continente y conforman el 24% de la población rural de América Latina.

El analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas.

Sin embargo, es necesario reconocer las potencialidades culturales, lingüísticas y de organización y liderazgo, ligadas a principios éticos comunitarios de reciprocidad y respeto y en conocimientos ancestrales, que les ha permitido a estos pueblos generar mecanismos de sobrevivencia ante situaciones adversas. Por ejemplo, los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre la restauración y mantenimiento del bienestar individual y colectivo, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión, se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad. Este conjunto de

prácticas y conocimientos presentes en los pueblos indígenas de la Región, generalmente ha sido agrupado en la denominada Medicina Tradicional.



Nguillatun – Ceremonia de Rogativa del Pueblo Mapuche, Chile  
Foto: Alberto Pucuna, 1998.

Desafortunadamente, las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, en general, no han sido tomadas en cuenta en la atención de salud. Esto ha determinado problemas asociados con el desempeño del personal, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representan la incongruencia entre la organización y provisión de los servicios de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales.



“*Medicine Wheel*”: Entre muchos pueblos indígenas de los Estados Unidos y Canadá, la “*Medicine Wheel*” es el símbolo del equilibrio que determina el bienestar del individuo y la comunidad. El círculo representa el *Universo*. La cruz en el centro del círculo señala los cuatro puntos cardinales que están ligados en el centro bajo el poder del *Gran Espíritu*. Las orlas que cuelgan al rededor del círculo representan la *naturaleza*. Foto: Rocío Rojas, 1999.

En este contexto, y teniendo en cuenta los principios de la reforma del sector salud (equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social), la incorporación del

enfoque intercultural de la salud en los programas de formación y capacitación de los recursos humanos y en los modelos de atención, se presenta como una estrategia para el mejoramiento del acceso equitativo a una atención de calidad por parte de la población de Honduras, particularmente de la población indígena y negra del país. Este enfoque se basa en la convicción de que la salud debe ser entendida como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad/sociedad.

*El concepto de interculturalidad se entiende como un proceso de interrelaciones equitativas, respetuosas de la diversidad y diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas, de género, y generacionales, establecido en un espacio determinado entre las diferentes culturas, esencial para el desarrollo humano.*

# 3. Pueblos indígenas y etnias de Honduras

## 3.1 Condiciones de vida y salud<sup>3</sup>

Honduras es uno de los países centroamericanos con una población estimada en 5.645.000 habitantes, de los cuales 564.500 (10%)<sup>4</sup> son de ascendencia indígena y negra y se hallan distribuidos en nueve pueblos culturalmente diferenciados (Lencas, Chortis, Tolupanes, Tawahkas, Garífunas, Negros de habla inglesa, Pech, Nahuatl<sup>5</sup> y Misquitos). Ellos proceden de tres troncos lingüísticos básicos, Maya, Uto Azteca, Hokan Sioux y Africanos.



Mapa 1. América Central – Honduras  
Fuente: [http://www.siscom.or.cr/reg\\_mapa.htm](http://www.siscom.or.cr/reg_mapa.htm)

Cuadro 1.

Pueblos Indígenas y Negros de Honduras

Pueblo	No habitantes
Garífunas	250.000
Lenca	100.000
Negros de habla inglesa	50.000
Miskito	40.000
Tolupanes	20.000
Chortí	6.000
Pech	2.586
Nahoa/Nahuatl	2.500
Tawahca	1.200

Fuente: Lic. Adán Barahona, DAE, Secretaría de Salud. 2000

Al igual que en otros países del Continente Americano, varios son los términos y denominaciones que se han utilizado en Honduras para referirse a la población indígena. Por ejemplo, desde 1985 que surgió el movimiento indígena se habla de pueblos autóctonos, aunque en diferentes documentos se les nombra como pueblos indígenas y etnias. Para el caso de este documento, de acuerdo a la definición utilizada por el Convenio 169 de la OIT, se utilizará el término de pueblos indígenas para referirse a aquellos pueblos que son "... considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el

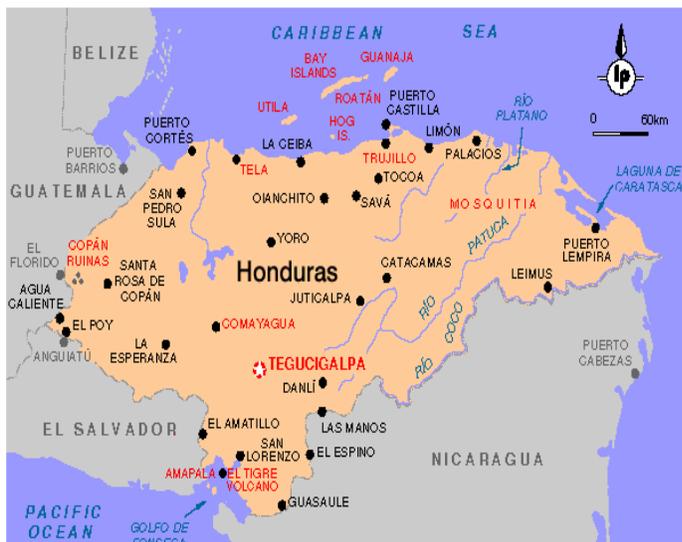
3 Observaciones al Documento "Salud de los pueblos indígenas y etnias de Honduras: Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial". Documento preparado por el Lic. Adán Barahona Pineda, Jefe Dpto. Atención a las Etnias y la Lic. Sonia de Jesús Castellanos, Asistente Técnico del Dpto. Atención a las Etnias.

4 Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Vol II. OPS/OMS. Washington, D.C., 1998.

5 El pueblo Nahuatl es un pueblo indígena recientemente reconocido dentro del proceso de autoidentificación que los pueblos indígenas de Honduras están siguiendo.

país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas".<sup>6</sup> Sin embargo, en el proceso de promoción de una mejor comprensión del carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe de la población de la Región de las Américas y la relación de estas variables con las condiciones de vida y salud de la población, la Organización Panamericana de la Salud, como organismo de cooperación técnica, se compromete a promover espacios de reflexión que apoyen la generación de marcos conceptuales que contribuyan al logro del bienestar integral de todos los pueblos de la Región.

### 3.1.1 Ubicación geográfica



Mapa 2. Honduras

Fuente:

<http://www.lonelyplanet.com.au/dest/cam/graphics/map->

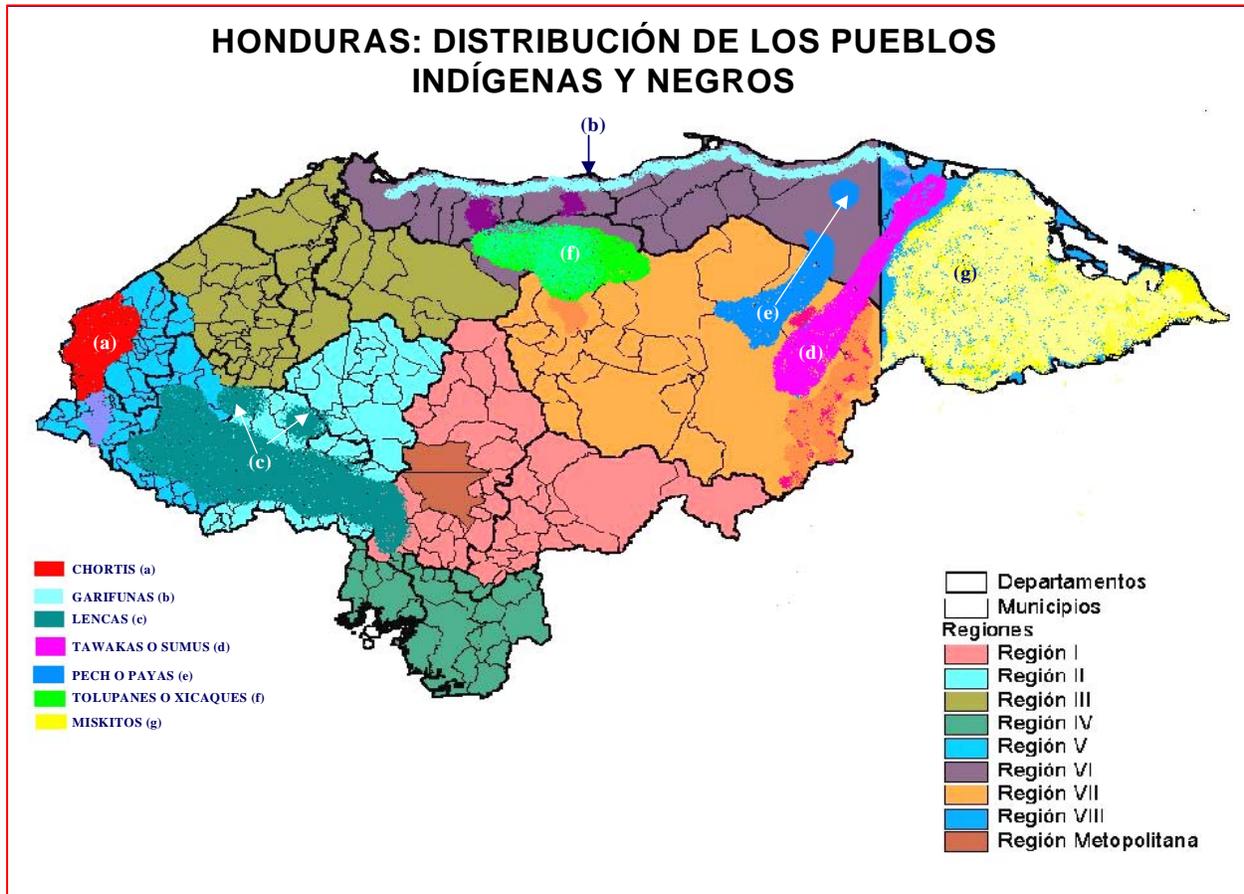
Los pueblos indígenas y etnias de Honduras están diseminados en todo el territorio nacional. Por lo general, se hallan en zonas postergadas, varias de las cuales son fronteras tanto con relación a las fronteras con los países vecinos, como en las fronteras determinadas por la división política y administrativa del país. Por ejemplo, los Misquitos y Chortís se hallan formando parte de la frontera con Nicaragua y Guatemala respectivamente, y en el occidente, los Lenca y los Chortí habitan en los territorios fronterizos con Guatemala y El Salvador.

regiones geográficas, en la Costa Atlántica se encuentran los Garífunas, Negros de habla inglesa, Misquitos, Tawahkas y gran parte de comunidades Tolupanes y en la zona Central se ubican algunas comunidades Tolupanes, Lenca de Francisco Morazán, Pech y Nahuatl en el Departamento de Olancho. Aproximadamente 50% de estos pueblos habitan en regiones de bosque de coníferas, 30% en zonas costeras y 20% en reservas ecológicas de bosque latifoliado de la Reserva Tawahka y la Biósfera de Río Plátano.

En cuanto a la localización de los pueblos indígenas, de acuerdo a las

El Mapa 3 y el Cuadro 2 ilustran la localización de los pueblos indígenas y negros de Honduras de acuerdo a la división política del país.

6 Convenio No 169, Artículo 1.



Mapa 3: Distribución de los Pueblos Indígenas y Negros  
Elaborado por el Dr. Ismael Soriano, OPS/OMS, 2000

Cuadro 2. Localización de los Pueblos Indígena y Negros de Honduras

Pueblo	Localización
Chortí	Ocatepeque, Copán Ruinas, frontera con El Salvador y Guatemala. Laayoría se hallan localizados en Guatemala.
Garífuna	Costa Atlántica, Puerto Cortés, Marka hasta Plapaya, Departamento de Cortés, Atlántida y Gracias a Dios
Lenca	Intibucá, Lempira, La Paz, Sur de Francisco Morazán, Sur de Santa Bárbara
Miskito	Gracias a Dios
Nahoa/Nahuatl	Municipio de Catacamas
Negros de habla inglesa	Islas de la Bahía
Pech	Olancho: 6 tribus en Dulce Nombre de Culmí y 1 tribu en San Esteban; 1 tribu en Colón y 1 en Gracias a Dios en las Marías
Tawahca	Región de Patuca Medio, en ambas márgenes del río Patuca. Reserva Tawahca Sagni
Tolupanes	Yoro, Norte de Francisco Morazán (Montaña de la Flor)

Fuente: Lic. Adán Barahona, DAE, Secretaría de Salud, 2000

### 3.1.2 Situación económica

Se estima que el ingreso promedio mensual de la población indígena y negra de Honduras es de 1.000 Lempiras, equivalente a US\$60; sin embargo, en comunidades Lencas, Pech, Tolupanes y Chortí se calcula 300 Lempiras, equivalente a US\$20, lo cual obliga en temporadas de escasez a muchas familias a subsistir de la colecta de raíces y frutos silvestres y de la caza y pesca.

En las comunidades Tolupanes de la Montaña de la Flor, Francisco Morazán, el circulante de dinero es aproximadamente de 5% por lo cual las relaciones comerciales de compra y venta se desarrolla mediante el trueque interno o con otras comunidades cercanas.



Niña de Gracias Lempira (Foto: Juan Molina, 1999)

El indígena de Honduras desarrolla una agricultura tradicional de subsistencia de tipo migratoria y con frecuencia sus cultivos sufren los ataques de plagas, sequías prolongadas, lluvias en exceso y cosechas limitadas por la erosión de los suelos.

De alguna manera, la situación de los Garífunas, los negros de habla inglesa y los Misquitos, es diferente. Con algunas diferencias, estos pueblos tienen acceso a fuentes de trabajo mejor remuneradas relacionadas con la pesca a gran escala, la pesca como patrimonio familiar, el comercio en zonas turísticas y la industria hotelera.

Se calcula que la población económicamente activa en las comunidades indígenas de Honduras oscila entre la edad de 8 a 65 años. Esto, aunque fortalece la subsistencia del grupo familiar, en la mayoría de los niños de las comunidades es causa de deserción escolar y de falta de acceso a la educación primaria.

### 3.1.3 Situación de salud

La situación de salud de los pueblos indígenas y etnias de Honduras está ligada al grado de postergación de estos pueblos. Entendiéndose por postergación la falta de acceso a los servicios básicos y su insuficiente participación social como ciudadanos hondureños. Para la gran mayoría de comunidades Lencas, Tolupanes, Tawahkas, Misquitos, Nahuatl y Pech, esta postergación se estima en 80% y hasta 100%.

En cifras registradas en 1995, se estimaba que la esperanza de vida entre los indígenas es de 36 años para las mujeres y de 43 años para los hombres.<sup>7</sup> Esta situación está definida en parte por el aislamiento geográfico, debido a la falta de un sistema vial de caminos y carreteras, o a la mala condición de los mismos, varios de ellos no son transitables todo el tiempo.<sup>8</sup>

De igual manera, la falta de cobertura de los sistemas de agua y letrización estimada en un promedio de 67%, y la ausencia de unidades prestadoras de servicios, ha tenido un impacto negativo en la salud y la calidad de vida de la población. La reducción en el uso de la medicina tradicional que anteriormente significaba una respuesta local a las necesidades de atención médica, ha agravado la situación de cobertura de atención de la salud de las comunidades.

Es necesario puntualizar que en la actualidad, las cifras anteriormente planteadas en cuanto a transporte y provisión de agua y alcantarillado, están experimentando un cambio como producto de la instalación reciente de sistemas de agua y letrinas, mejoramiento de caminos y carreteras, y la instalación de 26 centros de salud y 15 que están en proceso de ejecución. Sin embargo, esta situación merece verificarse mediante la realización urgente de un diagnóstico para conocer la situación real de los pueblos, muy agravada por el desastre causado por el Huracán Mitch.

Las causas de morbilidad varían de un pueblo a otro según las condiciones del medio en que habitan. Los pueblos Garífunas, Isleños, Misquitos y Tawahkas, ubicados en zonas costeras de bosque tropical y con suelos bajos que permiten el estancamiento de agua lluvia y de lagunas naturales, sufren de una alta incidencia de malaria. Los pueblos negros (Garífunas y de habla inglesa) están siendo afectados en forma ascendente por el VIH/SIDA debido básicamente a que están localizados en las principales zonas turísticas del país.

La etnia Tolupán registra una alta incidencia de la enfermedad de Chagas e infecciones respiratorias agudas con énfasis en tuberculosis, los Pech registran incidencia de leishmaniasis, cutánea y mococutánea, los Lencas y Chortí sufren la incidencia de la enfermedad de Chagas e infecciones respiratorias agudas con fuerte prevalencia

en neumonías. De cada 100 niños indígenas que nacen 68 mueren de enfermedades infecto-contagiosas.



Familia de la Mosquita, Honduras. Fuente: *Perspectivas de Salud*, OPS, 1999.

A esta morbilidad que registra datos particulares para cada comunidad se deben agregar síndromes diarreicos, parasitosis intestinal, desnutrición y dermatopatías. La

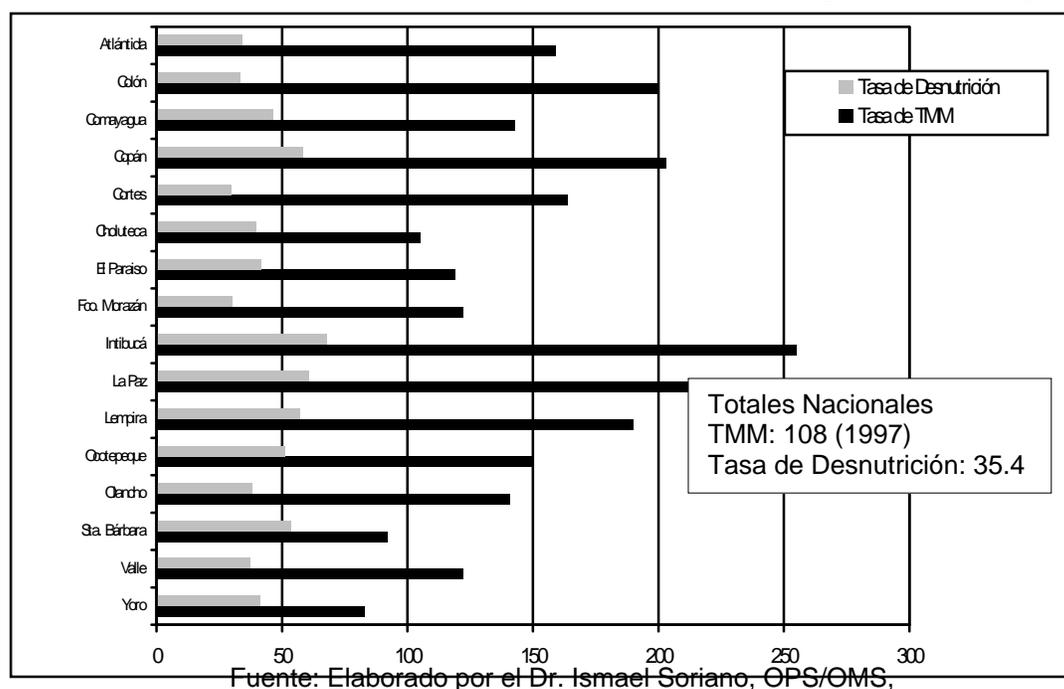
7 Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Vol. II. OPS/OMS. Washington, D.C., 1998.

8 Lic. Adán Barahona, Secretaría de Salud de Honduras, 1999.

desnutrición es un problema generalizado entre todos los pueblos indígenas de Honduras, 95% de la población indígena menor de 14 años sufre de desnutrición.

Gráfico 1. Honduras: Tasas de MM y de Desnutrición Infantil por Departamento, 1998

Las causas de morbilidad materna están definidas por sangrado transvaginal post-



parto, retención placentaria, placenta previa, infección postparto, situación que es influenciada por los embarazos de riesgo a partir de los 12 años hasta los 47 años aproximadamente. Con datos de 1998, el Gráfico 1 muestra las tasas de mortalidad materna y de desnutrición infantil por departamento.<sup>9</sup>

### 3.2 La mortalidad materna en Honduras: Enfoque sociocultural<sup>10</sup>

Dr. Ismael Soriano, OPS/OMS, Honduras

En esta sección del documento, se introducen los conceptos básicos para comprender la mortalidad materna, las tasas que cuantifican el problema y la situación de la mortalidad materna en Honduras. A través de un análisis que incluye una síntesis de la información disponible y la incorporación del enfoque sociocultural, se presentan datos que muestran la inequidad que afecta a los pueblos indígenas y negros del país. Igualmente, se destaca la necesidad de tomar en cuenta los recursos, conocimientos e in-

<sup>9</sup> Secretaría de Salud de Honduras, IMMER 97; PNUD, IDH, 1999.

<sup>10</sup> Conferencia presentada por el Dr. Ismael Soriano, OPS/OMS-Honduras, en el I Foro sobre salud indígena e interculturalidad realizado del 5-7 de julio, 2000 en Tegucigalpa, Honduras.

corporación de la medicina tradicional o comunitaria en los esfuerzos para disminuir la mortalidad materna en el país, particularmente entre la población indígena y negra del país.

¿Cómo se define una muerte materna?

Una muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a la finalización de éste, independientemente de la duración y lugar del embarazo, por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.<sup>11</sup>

Las muertes por causas estrictamente relacionadas con el embarazo definen la tasa de mortalidad materna por causas relacionadas (TMM por CR). Las muertes maternas que también incluyen causas no relacionadas (CNR) con el embarazo, (accidentes, patologías asociadas como diabetes, cáncer etc.) definen la tasa de mortalidad materna por causas no relacionadas (TMM por CNR).

### 3.2.1 Mortalidad materna en Honduras

#### Fuentes de datos e información disponible

En Honduras, las estadísticas vitales adolecen de un alto grado de subregistro y otros problemas que no permiten hacer una estimación real de la mortalidad materna y otros indicadores utilizando estas fuentes. Por ejemplo, los sistemas de información no incorporan la variable de etnia en la desagregación de la información. Oficialmente se cuenta con dos investigaciones de alcance nacional sobre mortalidad materna y en mujeres en edad reproductiva. La primera realizada en 1990 y la segunda en 1997. Estos estudios sirven de referente y son las cifras oficiales que utiliza la Secretaría de Salud para definir algunas acciones e intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna en el país.

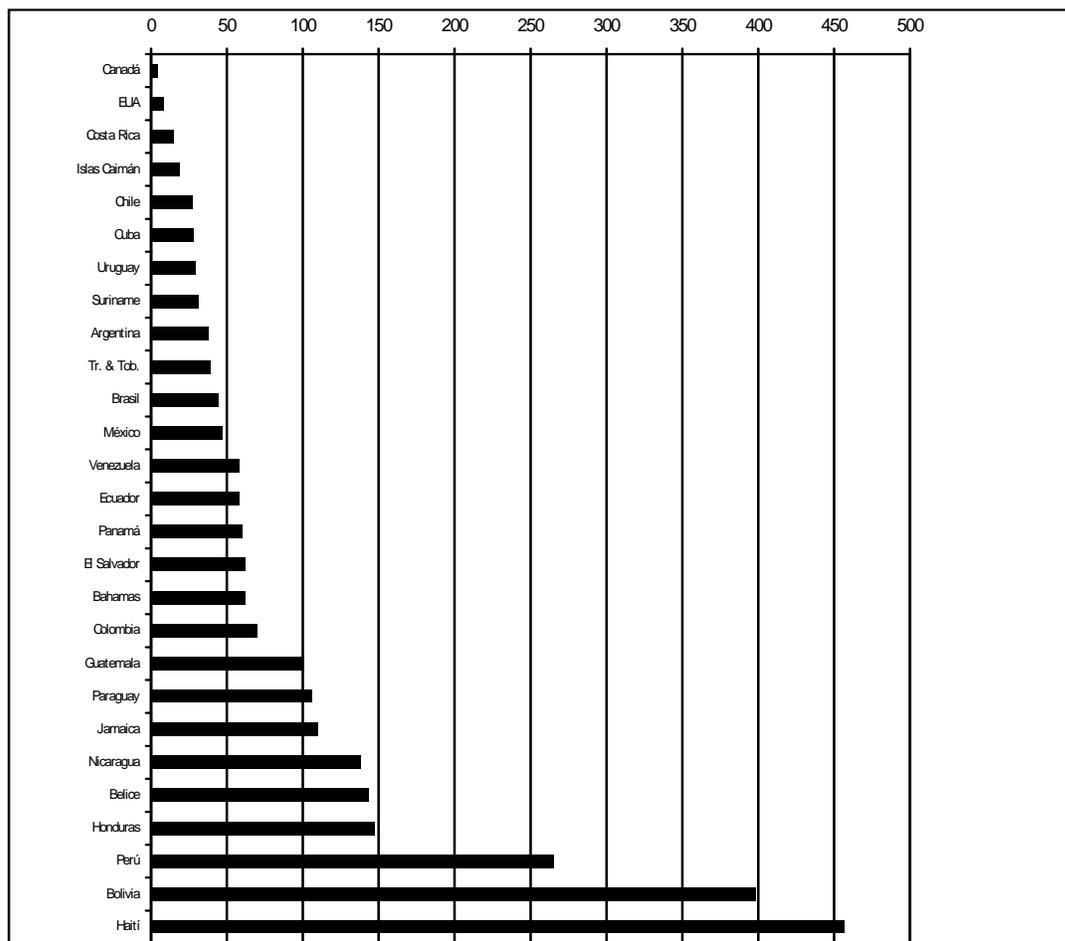
De acuerdo a los resultados obtenidos en los estudios antes citados, se ha observado una disminución considerable de la TMM en Honduras. La TMM por CR bajó de 182 a 108 /100 mil nacidos vivos (NV) y la TMM por CNR descendió de 221 a 147/100 mil nacidos Vivos (NV) en 7 años (Secretaría de Salud de Honduras, 1997). Esto significa un descenso de casi un 50% en menos de una década, en congruencia con el cumplimiento de las metas y objetivos planteados en el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna de OPS/OMS.<sup>12</sup>

---

11 OPS/OMS; FNUAP. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, Washington D.C, 1998.

12 En 1994 se realizó la evaluación del Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna de OPS/OMS y se redefinieron las metas para los países incluidos en la iniciativa que presentaban altas tasas de mortalidad materna en la Región de las Américas. Honduras se cuenta entre ellos (OPS/OMS, Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna, Washington, D.C., 1996).

Gráfico 2. Tasas de mortalidad materna x 100 mil nv en los países de las Américas



Fuente: OPS/OMS, 1999, elaborado por Dr. Ismael Soriano, OPS/OMS, Honduras, 2000

Si bien el descenso ha sido significativo, aún permanecen tasas considerablemente altas en todo el país particularmente en las zonas de alta población indígena y negra. Comparativamente con los países de la Américas, Honduras es uno de los cuatro países con más altas tasas de mortalidad materna con un valor de 147/100 mil nv, después de Haití, Bolivia y Perú, que mantienen tasas de 457; 390 y 265/100 mil nv, respectivamente. En contraste, Costa Rica, E.U.A. y Canadá observan valores de este indicador por el orden de 15; 8,4 y 4,4/100 mil nv respectivamente.<sup>13</sup>

### 3.2.2 Perspectiva sociocultural de la mortalidad materna en Honduras

#### Causas, distribución geográfica y lugar de ocurrencia de las muertes maternas

El patrón de causalidad de las muertes maternas en Honduras prácticamente no se ha modificado entre los períodos considerados por los dos estudios citados (1990-

13 OPS/OMS. Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos, 1999; Washington, D.C., 1999.

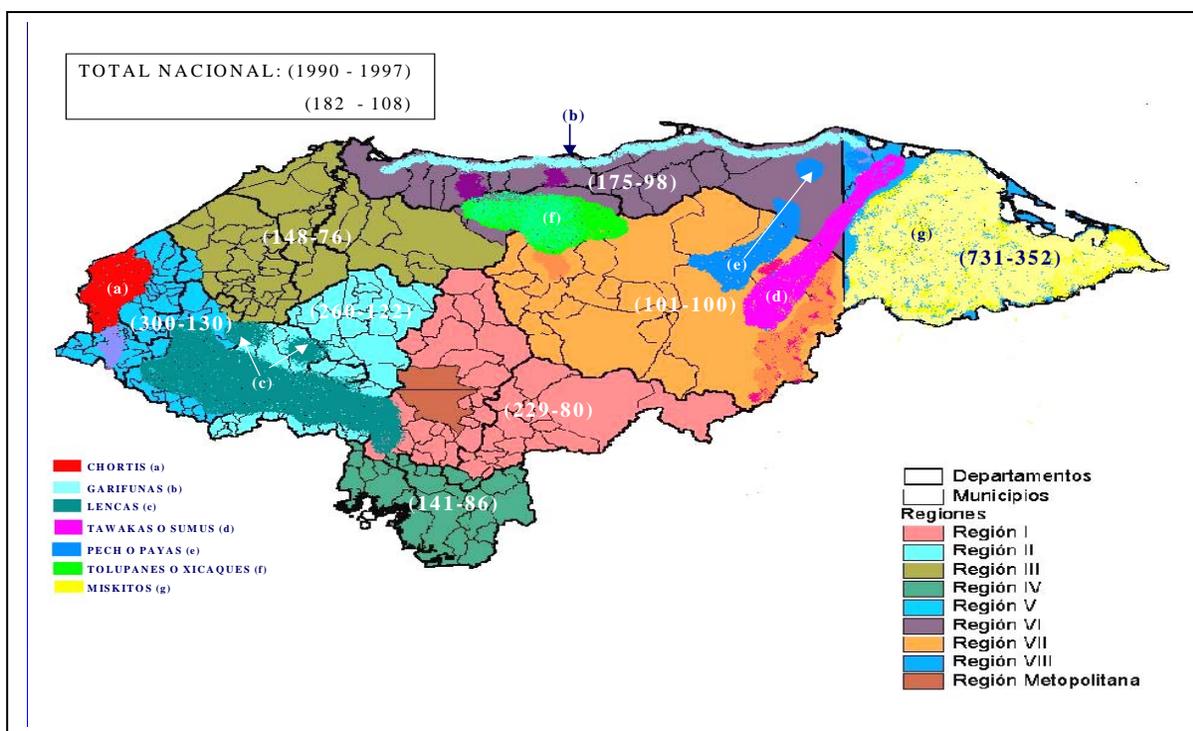
1997). Casi la mitad de las muertes ocurren por problemas hemorrágicos del tercer período del parto, generalmente causados por retención placentaria (47%), seguidos por trastornos hipertensivos del embarazo: preclampsia/eclampsia (19%) y las infecciones (15%). Cabe señalar que todos estos son problemas controlables y prevenibles mediante acciones que garanticen una mejor atención y accesibilidad de la población a los servicios de salud.

La limitada accesibilidad de la población a los servicios de salud reproductiva determinada por factores geográficos, culturales, y sobre todo económicos, se ve más cuestionada aún al detallar el lugar de ocurrencia de estos eventos: casi la mitad de las muertes maternas (47,7%) son de origen domiciliario, en comparación con 35% que ocurren en los hospitales del Estado.

Igualmente, se observan diferencias altamente significativas de la mortalidad materna en las diferentes regiones sanitarias (RS) del país. Es de aclarar que la RS N°8, correspondiente a La Mosquitia en el departamento de Gracias a Dios, no fue incluida en el estudio realizado en 1997. Los valores presentados son estimaciones. No hay duda que por su ubicación y la difícil accesibilidad geográfica, dispersión y características socioculturales de esta población, los datos pueden representar una buena aproximación para describir el problema.

Las regiones sanitarias que presentan tradicionalmente las tasas más altas de mortalidad materna han sido la 5 y la 2, con valores de 300-130 y de 260-122/100 mil NV según los estudios de 1990 y 1997 respectivamente. Entre las regiones sanitarias que mantienen valores cercanos al promedio nacional están la RS N° 3 (98) y la 7 (100).

Mapa 3. Honduras: Distribución de los pueblos indígenas y etnias y tasas de mortalidad materna – 1990-1997



De manera nada casual, los departamentos incluidos en las regiones sanitarias citadas albergan la mayor parte de los pueblos indígenas y negros en Honduras. Los pueblos Chortí y Lenca están localizados en las regiones sanitarias 5 y 2, en los departamentos de Copán, Ocotepeque, Lempira, Intibucá y La Paz. Los pueblos Garífuna, Tolupán o Xicaque, Pech, Tawaka y Misquito en las regiones sanitarias 3, 7 y 8, en los departamentos de Atlántida, Colón, Yoro, Olancho y Gracias a Dios.

Por lo general, las poblaciones indígenas y negras han sido consideradas como las más postergadas y en situación de desventaja cuando se analizan los indicadores socioeconómicos y de salud. A continuación se presenta una aproximación de la situación de los departamentos antes mencionados, en relación a la situación de la mortalidad materna, a través de un análisis

comparativo que utiliza como referente el Índice de Desarrollo Humano (IDH)



Madres Lenca, La Esperanza, Intibucá. Foto: Dr. Ismael Soriano, 2000

desagregado según componente. Éste combina variables como el ingreso per cápita, la tasa de alfabetización de adultos, la tasa bruta de matrícula y la esperanza de vida al nacer.

Nuevamente, quizá no sea nada coincidente que los departamentos que concentran la mayor parte de los grupos indígenas del país, presenten los indicadores más desfavorables para la población. El Cuadro 3<sup>14</sup> muestra que en los departamentos de Colón y Copán, que tienen una tasa de mortalidad materna casi el doble del promedio nacional, su población no alcanza ni a los tres años promedio de escolaridad y el Índice de Desarrollo Humano con un valor de 0,544 se halla por debajo del valor nacional.

Cuadro 3. Honduras: IDH, promedio de años de escolaridad y TMM por Departamento, 1998

Departamento	IDH - 1998	Años de Escolaridad	TMM x 100 mil NV
Atlántida	0.58	3.95	159
Colón	0.538	2.7	200
Comayagua	0.578	3.04	143
Copán	0.502	1.92	203
Cortés	0.607	4.55	164
Choluteca	0.524	2.45	106
El Paraíso	0.519	2.2	119
Fco. Morazán	0.648	5.65	122
Intibucá	0.517	2.08	255
La Páz	0.552	2.39	229
Lempira	0.47	1.5	190
Ocotepeque	0.511	2.16	150
Olancho	0.561	2.31	141
Sta. Bárbara	0.518	1.99	92
Valle	0.539	2.44	122
Yoro	0.54	3.11	83

Fuente: PNUD, IDH, 1999, Secretaría de Salud, 1997.

El problema se vuelve más crítico en los departamentos que sirven de asentamiento a los pueblos Lenca y Chortí, especialmente en el departamento de Lempira donde el promedio de escolaridad de la población es de 1,1/2 años y un IDH muy inferior al valor nacional, acompañados de una TMM de 190/100 mil NV (1997). En 1990 la TMM alcanzó a más de 360 muertes maternas por cada 100 mil niños que nacían vivos en este departamento.

14 PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano, Honduras 1999. El Impacto humano de un huracán. Tegucigalpa, Honduras, 1999; Secretaría de Salud de Honduras. Investigación de Muertes de Mujeres en Edad Reproductiva. Tegucigalpa, Honduras, 1997.

Posiblemente, la implementación de modelos alternativos de atención para la población con servicios como clínicas materno infantiles y hogares maternos, ha sido beneficiosa y ha permitido una mayor accesibilidad de las madres y niños a la atención de salud. Si bien esto ha contribuido enormemente a la promoción del parto institucional y a una reducción de la mortalidad materna, todavía falta mucho por hacer.

Doce de estas 30 unidades de atención de parto de bajo riesgo y captación temprana de embarazadas con factores de riesgo biológicos o sociales, están instaladas en la región sur-occidental del país, en zonas de localización de los pueblos Lenca y Chortí. La apropiación de estos procesos con amplia participación de la comunidad en su instalación y sostenibilidad, han demostrado ser el ingrediente principal para un funcionamiento óptimo de estas unidades.



Fotos: Dr. Ismael Soriano, 2000.

La adaptación de estos modelos de atención que están orientados a combinar y mantener la cosmovisión de las poblaciones indígenas beneficiarias, tratando de potenciar los beneficios de la medicina occidental y la tradicional, es una de las nuevas alternativas que se plantean en el reto de disminuir la mortalidad materna, brindando servicios con calidad, calidez y una accesibilidad (geográfica y cultural) garantizada.

## 4. Procesos de convergencia nacional: Liderazgo de los pueblos indígenas y negros<sup>15</sup>

Los procesos de convergencia nacional que están en marcha en favor de los pueblos indígenas y negros de Honduras, se enmarcan en las corrientes que han confluído en los países de la Región de las Américas en favor de los pueblos indígenas y otras minorías étnicas. En este contexto, la lucha permanente de los pueblos indígenas y negros ha determinado su reconocimiento como ciudadanos y actores sociales importantes. Entre los logros conseguidos a nivel internacional y nacional se citan la formulación y ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT),<sup>16</sup> las Reformas Constitucionales en países como Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, y Paraguay que han definido el reconocimiento del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de las poblaciones nacionales.

En países como Bolivia, Chile, Colombia y Guatemala, la presencia de leyes y decretos han impulsado la implementación de la educación bilingüe intercultural, la delimitación de territorios indígenas y, como en el caso de Honduras, la creación de Unidades Técnicas específicas dedicadas a asuntos indígenas.

Sin lugar a dudas, 1992 marcó un hito importante en la trayectoria seguida por el movimiento indígena y negro de las Américas. En este año se conmemoraron los 500 años de la llegada de los españoles al continente americano. Rigoberta Menchú, líder indígena del pueblo Quiché<sup>17</sup> recibió el Premio Nobel de la Paz en reconocimiento a su lucha por los derechos de su pueblo y los pueblos indígenas, sus organizaciones. Las



lenca. Parque de Gracias Lempira. (Foto: *Bozón Bozón*, 2000)

15 En esta sección se incluye información preparada por el Lic. Adán Barahona, DAE, de los líderes indígenas y negros de CONPAH y fragmentos de la conferencia presentada por el Sr. Salvador Zúñiga en el I Foro sobre Salud Indígena e Interculturalidad realizado de 5 - 7 de Julio, 2000 en Tegucigalpa, Honduras.

16 El 7 de junio de 1989, se aprobó el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este es el primer documento que recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos, culturales, míticos y religiosos; que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia. Honduras ratificó el Convenio 169 el 28 de marzo de 1995.

17 El pueblo Quiché es uno de los 22 pueblos indígenas de Guatemala.

organizaciones e instituciones afines a su causa, protagonizaron diferentes eventos, entre los que se destaca la Campaña Continental 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular que se realizó en Estelí, Nicaragua, en octubre de 1992.

Las organizaciones de los pueblos indígenas y negros en Honduras surgen a partir del decenio de 1970 con la integración de la Asociación de Estudiantes Misquitos de Gracias a Dios y la Sociedad Garífuna Hondureña, que posteriormente se convirtieron en lo que actualmente se conoce como Mosquitia Asla Takanka (MASTA) y Organización Fraternal Negro Hondureña (OFRANEH).

En la década de los ochenta surgieron la Federación de Tribus Xicaques de Yoro (FETRIXY), la Federación de Tribus Indígenas Pech de Honduras (FETRIPH), la Federación Indígena Tawahka de Honduras (FITH) y la Organización Nacional Indígena Lenca de Honduras (ONILH). En el decenio de 1990 surgió el Comité Cívico de Organizaciones Populares e Indígenas de Intibucá (COPIN) y el Consejo Nacional Indígena Chortí (CONICH).

Ya creadas las organizaciones seccionales, es importante mencionar que los esfuerzos por aglutinarlas se iniciaron en 1989 con el primer encuentro de organizaciones indígenas y negras realizado en la ciudad de Tegucigalpa. Posteriormente se dieron otros eventos, lográndose integrar la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) en 1991. La CONPAH representa a los nueve pueblos indígenas de Honduras: Lencas, Pech, Garífunas, Chortí, Tawahkas, Tolupanes o Xicaques, Misquitos, Naho/Nahualt.

En 1992, el movimiento indígena Hondureño se vio fuertemente influenciado por las actividades de la conmemoración de los 500 años, lo que permitió a la CONPAH vincularse con el Movimiento Indígena Latinoamericano. Los procesos de negociación en Centroamérica que dieron lugar a la desmovilización de los movimientos armados significaron un aprendizaje y la incorporación de nuevos cuadros formados en las organizaciones indígenas.

En Honduras, las demandas de estos pueblos por sus derechos han impulsado procesos de sensibilización en la sociedad del país. Los pueblos indígenas y negros tuvieron su más grande repunte en 1994 debido a las movilizaciones indígenas de las zonas rurales a la Ciudad de Tegucigalpa. El Comité de Organizaciones Populares e Indígenas en Intibucá (COPIN) lideró la Primera de las cinco *Peregrinaciones Nacionales en Pro de las Reivindicaciones*, logrando negociar 72 demandas agrupadas en el denominado Planteamiento Único. El término *peregrinación* como sinónimo de *romería* obedeció a la necesidad de estos pueblos por mostrar el carácter pacífico de estas movilizaciones.

En 1994, con la *Primera Peregrinación* se inició el más grande proceso de negociación desarrollado en Honduras, al cual con grandes limitaciones, se le ha dado sostenibilidad manteniendo un promedio de tres reuniones anuales de alto nivel. Esto ha garantizado el seguimiento y la ejecución de los compromisos asumidos por el Gobierno de la República bajo las siguientes líneas:

1. Legalización, demarcación y saneamiento de tierras ancestrales de pueblos indígenas y negros.
2. Declaración, defensa y manejo sostenible de áreas forestales.
3. Gestión y aplicación correcta de la justicia en delitos cometidos en contra de líderes dirigentes y personas naturales de procedencia indígena y negra.
4. Educación culturalmente diferenciada.
5. Acceso a la salud con atención culturalmente diferenciada.
6. Apertura y mantenimiento de caminos y carreteras.
7. Ampliación de cobertura en sistemas de agua y letrinas.
8. Financiamiento y asistencia técnica para la producción agrícola.
9. Generación de empleo mediante la ejecución de proyectos locales (mejoramiento de caminos, carretera y obras de infraestructura).

En 1994 se señalaban como problemas prioritarios las altas tasas de mortalidad entre los niños indígenas, el hambre en muchas comunidades indígenas, y la necesidad de implementar programas de educación bilingüe intercultural para facilitar el acceso a la educación a los niños de estos pueblos. Sus pedidos apuntaban a la construcción de centros de salud, la creación de plazas para médicos y enfermeras en las zonas de alta población indígena y negra, la construcción de escuelas y carreteras. Una reflexión posterior, destacó la importancia de fortalecer el diálogo al interior de los pueblos y el rescate y revitalización del conocimiento ancestral en sus demandas.

De 1994 a 1997 han tenido lugar cinco peregrinaciones. En 1997, luego de la quinta peregrinación, se firmó un acuerdo con el Presidente Carlos Roberto Reina. En este acuerdo, además de ratificar los compromisos adquiridos en 1994, 1995 y 1996, se resolvió la creación de una Comisión de Garantes para que diera seguimiento a estos acuerdos. En este contexto, se destaca el rol de los líderes indígenas muchos de los cuales, como Cándido Amador, Ovidio Pérez y Vicente Matute Cruz, han muerto en la lucha de los pueblos indígenas y negros de Honduras en demanda de sus derechos.

Hace unos años hablar de los pueblos indígenas o negros era hablar de sujetos del pasado. Hoy, en el marco de los procesos de convergencia nacional, los planteamientos de los pueblos en cada una de las peregrinaciones que al inicio fueron asistencialistas, hoy constituyen una propuesta para el desarrollo sostenible en Honduras en el marco de la equidad. El enfoque de género e interculturalidad forman parte de la visión del desarrollo de estos pueblos.

Entre los logros de estas acciones en Honduras se citan, el proyecto de institucionalización de la educación bilingüe intercultural, las acciones del Instituto Agrario en la titulación de las tierras, la creación de la Comisión de Asuntos Etnicos en el Congreso de la República, la creación del Departamento de Atención a las Etnias en la Secretaría de Salud, la ratificación del Convenio 169 de la OIT, en cuya ejecución, la generación de paradigmas nuevos y complementarios es indispensable en la incorporación de la visión que estos pueblos tienen sobre el desarrollo.

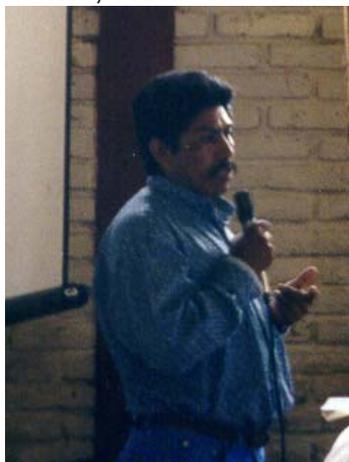
Finalmente, es importante decir que el movimiento indígena ha recibido la solidaridad oportuna y militante del movimiento campesino, estudiantil, obrero y de los movimientos sociales emergentes de Honduras. Además se ha visto respaldado con la ratificación del Convenio 169 de la OIT y el apoyo de los Organismos de las Naciones Unidas y de otras organizaciones internacionales de los países europeos.

## 4.1 Salud e Interculturalidad: Visión de los pueblos indígenas y etnias

La reunión llevada a cabo en la CONPAH, que a continuación se resume, se realizó con el propósito de fortalecer la convergencia entre la Secretaría de Salud y los pueblos indígenas y negros de Honduras para trabajar juntos en el campo de la salud, y ante la imprescindible necesidad de conocer la visión de los representantes indígenas sobre la situación actual en salud. En la dinámica de la reunión se plantearon las siguientes preguntas:

- + ¿Qué problemas existen?
- + ¿Qué dificultades y limitaciones?
- + ¿Cuáles son las sugerencias para mejorar la convergencia entre los diferentes sectores?
- + ¿Cómo involucrar a sus bases para la vigilancia de su salud?
- + ¿Cómo mejorar la vida, estilos de vida y por lo tanto la salud de las comunidades indígenas y étnicas?

Al responder a estas preguntas, los representantes indígenas manifestaron que desde 1994 se viene dando un relacionamiento de los pueblos indígenas con el Gobierno, en reconocimiento de que los pueblos tienen la palabra en la generación de estrategias de atención a sus necesidades.



Sr. Ernesto Súchite, Presidente de la CONPAH. Foto: Juan Molina, 1999

El gobierno está tratando de superar el estilo de trabajo que ha ignorado y excluido a estos sectores de la población, y está traduciendo estos esfuerzos en el cumplimiento de los compromisos de salud explícitos en el Planteamiento Único. De igual manera, se han establecido convenios en un proceso de diálogo permanente con la Secretaría de Salud con la intermediación del Departamento de Atención a las Etnias DAE. Así, actualmente se está negociando un Convenio de Cooperación entre la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la

Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) (Anexo 3).

Además del trabajo conjunto con la Secretaría de Salud existe coordinación con la OPS. Esto ha contribuido a un conocimiento personal e institucional mutuo. La coordinación interinstitucional es valorada y actualmente se ha iniciado un contacto con la Secretaría de Educación y la Secretaría de Agricultura y Ganadería para la generación de un proceso de cooperación y solidaridad ciudadana. Sin embargo, los líderes indígenas reconocen que existe el reto de fortalecer esta coordinación y extenderla hacia otras instituciones (i.e. instituciones académicas, Congreso y otras instancias gubernamentales).

Con relación al enfoque intercultural de la salud, las organizaciones indígenas recalcan que es necesario oficializarlo y manifiestan: "Cientos de años hemos esperado por el reconocimiento de nuestros pueblos, si hace falta seguiremos esperando a que ese reconocimiento se dé, con respeto, en el marco de la interculturalidad".

Desde varios sectores indican que el conocimiento indígena es tildado de "satánico y profano", aunque por la respuesta que da a las necesidades de las personas y por el interés que genera en algunos investigadores y centros de investigación, parece ser que "eso no es tan satánico".

Frecuentemente llegan personas a la comunidad y sin solicitar autorización, se llevan plantas medicinales, las arrancan sin permiso, quieren hacer estudios de todo tipo, se aprovechan de la pobreza de las personas de la comunidad ofreciéndoles centavos por sus conocimientos. Varias investigaciones se han realizado y los resultados no han vuelto a las comunidades. Se necesitan investigadores con conocimientos y que sean leales a los pueblos.

Antes los hombres, las mujeres y los niños soñaban y el mundo de la ciencia venía de los ancestros. Hoy se comercializa el conocimiento. Algunos doctores y doctoras, algunas enfermeras y enfermeros vienen a la comunidad, instalan botiquines en sus propias casas y "nos venden la salud como un negocio".



Sr. Natán Pravia, Representante de la CONPAH. Foto: Rocío Rojas, 1999

En el acercamiento entre los conocimientos de los sistemas occidental e indígena, hace falta la presencia de personas conocedoras del tema. "Nos falta humildad y confianza. Ambas partes dudamos mutuamente".

En cuanto a las limitantes del trabajo con la Secretaría de Salud, afirman, que la problemática indígena es compleja y las enfermedades que afectan a los pueblos indígenas y etnias también son muchas y sus consecuencias son graves. En consecuencia, el Departamento de Atención a las

Etnias en la Secretaría de Salud no puede atender sola a las demandas de las comunidades sin contar con los recursos elementales como es, por ejemplo su propio medio

de transporte. Muchos pueblos están alejados, localizados en zonas fronterizas y en zonas geográficamente aisladas. Los líderes puntualizan que es necesario el fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud y la colaboración de todas las Unidades Técnicas con el fin de mejorar su capacidad de respuesta a los compromisos nacionales.

La equidad y la sostenibilidad son principios que han estado desde siempre presentes en los pueblos indígenas. Sin embargo, ellos dicen “a veces pareciera que no nos merecemos que *ellos* —los técnicos, los políticos, los no indígenas— pierdan el tiempo entendiéndonos”. “Hace falta mas humildad por parte de funcionarios y ministros, así como hace falta impulsar acciones sensibilizadores en todos los niveles de la sociedad”. “Para los funcionarios será un proceso de re-aprendizaje y comprensión de los conocimientos que nosotros hemos heredado de nuestros mayores y que podemos dejar como herencia a la humanidad”. “No es tolerancia lo que hace falta sino comprensión para armonizar la búsqueda de soluciones conjuntas”.

Entre los pueblos indígenas y etnias de Honduras existen profesionales indígenas —médicos, enfermeras, abogados, educadores— y experiencias que merecen ser conocidas por otros pueblos dentro y fuera del país. Por ejemplo, en el manejo de laboratorios de medicina natural o en clínicas donde se está combinando la medicina occidental y medicina tradicional.

Los médicos y sabios de la comunidad se están muriendo y su sabiduría no ha sido sistematizada. Al respecto, los líderes indígenas afirman que los ancianos y jóvenes indígenas creen que se debe dar a conocer los conocimientos ancestrales, pero que esto no suponga el beneficio de unas cuantas personas sino de la humanidad. En este proceso hace falta la presencia de hombres y mujeres que tengan un compromiso moral y espiritual con estos pueblos, y la discusión y análisis de temas como el de la propiedad intelectual y de las patentes.

Varias comunidades indígenas cuentan con servicios de salud y médicos de la medicina occidental. Sin embargo, la gente no acude a estos centros. Antes de verlos piensan “ya va a ver, esto no me va a curar”, y no toman las medicinas. Este no es solo un problema de los indígenas sino de todo el país. Como parte de las acciones de apoyo a los problemas causados por el huracán Mitch, llegaron brigadas de médicos cubanos. Estos profesionales no cobraban, el problema aparecía cuando los enfermos eran enviados a los centros de salud o al hospital. La gente tenía que pagar aproximadamente 9.000 lempiras (0,64US\$) para transportar a los enfermos al hospital, algunos que podían ser transportados, llegaban al hospital y de todas maneras se morían, por falta de atención.



Niños de Gracias Lempira, Honduras. Foto: Juan Molina, 1999

Los miembros de la comunidad han gastado mucho dinero y no se ha podido evitar la muerte. En la comunidad de Anisillo han muerto nueve indígenas, adultos y niños, en los últimos dos meses. Uno de los líderes indígenas manifestó, “a muchos de ellos los conocía, Cruz, Ovidio, Santiago, la niña Daysi, Jesús, Catalino e Isabel”. La gente no tiene confianza ni en los médicos ni en las enfermeras ni en el hospital. Los enfermos no quieren llegar al hospital, creen que si lo hacen morirán. La gente va cuando está grave o “cuando cae en cama”.

De todas maneras, si llegan al hospital, a veces ni los atienden, les dicen venga mañana, venga pasado y el indígena no puede estar tantos días en el pueblo. Los médicos dicen tantas cosas que la gente no entiende, solamente los miran, les preguntan ¿qué le duele?, y ni los examinan, ellos dicen: “Tal vez no me examinan porque soy indígena”. “Ahí está el problema.” “Algunos médicos no pueden curarle a uno en el hospital y cuando vamos al consultorio, particular o privado, nos curan, nos dan comida y cobran un dinerito.”

Todo esto parece ser que sucede, afirman los líderes indígenas, porque no seleccionaron bien a los estudiantes que van a estudiar para ser médicos y porque las condiciones de vida han cambiado. “Antes parece que la gente vivía más, ¿sería por la alimentación o porque usaba solo la medicina indígena?. La solución vendrá cuando el personal del hospital se familiarice con las comunidades y comprendan mejor las costumbres de los indígenas. De igual manera hace falta que la comunidad se capacite para que sepa tanto sobre los servicios que se ofrecen a su comunidad, como sobre sus derechos.”

## **4.2 Respuesta de la Secretaría de Salud ante las demandas de los pueblos indígenas y etnias del país**

En 1994, a raíz de las peregrinaciones que los pueblos indígenas hicieron a la Capital de la República para demandar sus derechos en materia de salud, tenencia de tierra, infraestructura vial, etc.,<sup>18</sup> el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Atención a las Etnias, comenzó a implementar un plan que se basa en los compromisos adquiridos por Honduras al ratificar el Convenio 169 de la OIT (Anexo 4), las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 de la OPS y en la aplicación de la Ley de Conservación del Patrimonio de la Nación.

A continuación se presentan las líneas estratégicas y los retos del Plan de Trabajo de la Secretaría de Salud con los pueblos indígenas de Honduras.

---

18 Planteamiento único. Pueblos Indígenas y Garífunas de Honduras. 1994. 17p.

## Plan de Trabajo de la Secretaría de Salud

### Líneas estratégicas

- + Acompañamiento y fortalecimiento de la medicina tradicional.
- + Abordaje nutricional incorporando alimentación autóctona.
- + Investigación-acción participativa.
- + Fortalecimiento de los recursos humanos.
- + Revisión y readecuación de los mensajes de salud.
- + Estructuración, promoción y creación de espacios de diálogo y concertación a nivel departamental.
- + Definición y concertación con representantes locales.

### Retos

- + Definición de una política especial en salud para la atención de los pueblos indígenas.
- + La caracterización de los modelos de atención de la salud indígena, para el abordaje intercultural a los problemas de salud existentes.
- + Fortalecimiento de los procesos de convergencia y concertación entre los pueblos indígenas y la Secretaría de Salud.
- + La complementariedad del sistema oficial institucional y el sistema tradicional de salud.
- + Adaptación y adopción de los modelos de atención a las condiciones etno-culturales y etno-epidemiológicas particulares de cada pueblo indígena y etnia de Honduras.

Las diferentes líneas de trabajo parten de la necesidad de ampliar el conocimiento sobre los pueblos indígenas y etnias de Honduras, en cuanto a las variables demográficas, perfil epidemiológico y caracterización de estos grupos poblacionales. Este conocimiento apoyará el desarrollo y fortalecimiento de los conocimientos, recursos e insumos comunitarios en la identificación de estrategias que aporten y amplíen el diálogo entre la medicina occidental e indígena, y en la generación de modelos de atención que respondan a las reales necesidades de los pueblos y etnias de Honduras.



Lic. Adán Barahona, Director del Departamento de Atención a las Etnias de la Secretaría de Salud. Foto: Rocío Rojas, 1999.

En cada uno de los componentes del plan de acción existe el compromiso de establecer consenso entre la visión institucional y la visión de los pueblos indígenas y etnias en la operacionalización del enfoque intercultural de la salud. En este sentido, se ha

establecido un diálogo permanente con la Confederación Nacional de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH), y se cuenta con un grupo nacional de líderes indígenas responsables del área de salud, denominados “Enlaces en Salud”.

Estos procesos de diálogo, convergencia, concertación y negociación con los pueblos indígenas y negros de Honduras, han sido impulsados desde julio de 1994 a través de cuatro niveles operativos.

- A) Comisión Gubernamental de Seguimiento a los Compromisos con los Pueblos
- B) Coordinación al nivel de Unidades Técnico Normativas
- C) Coordinación de Gestión de Recursos
- D) Coordinación Operativa

A continuación se detallan las instituciones involucradas en estos niveles:

- A) **Comisión Gubernamental de Seguimiento a los Compromisos con los Pueblos**, integrada por la Secretaría de Educación (PRONEEA), la Secretaría de Salud, mediante el Departamento de Atención a las Etnias (DAE), la Secretaría de Agricultura y Ganadería a través de la Dirección Nacional de Desarrollo Rural, la Secretaría de Gobernación y Justicia, Secretaría de Finanzas, Instituto Nacional Agrario (INA) y la Corporación Hondureña de Desarrollo Forestal (COHDEFOR), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), los Representantes Garantes de los Compromisos a través de la Comisión Cristiana de Desarrollo, el Comité de Derechos Humanos (CODEH) y la Central Nacional de Trabajadores del Campo (CNTC).
- B) **Coordinación al nivel de Unidades Técnico Normativas:** Dirección de Alimentación y Nutrición (DAN), Departamento de Epidemiología, Unidad de Participación Social, Departamento de Enfermedades de Transmisión Vectorial, Departamento de Recursos Humanos, Unidad de Educación para la Salud Programa COLERA; Proyecto Nutrición y salud y Proyecto ALA 86/20.

Por su parte, actualmente el Departamento de Atención a las Etnias mantiene coordinación con las siguientes unidades técnicas:

- + Unidad de Participación Social
  - + Unidad de Educación
  - + Unidad de RRHH
  - + Programa Nacional de Servicios de Salud (PRONASSA)
  - + Proyecto ACCESO, ASDI/OPS, segunda Etapa
- C) **Coordinación de Gestión de Recursos.** Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH), Organismos Cooperantes (OPS/OMS, BID, Cooperación Española, Cooperación Japonesa, Catholic Relief, P.M.A. UNICEF y

Embajada Mexicana, Agencia Sueca de Cooperación Internacional - ASDI), Departamento de Atención a las Etnias.

- D) **Coordinación Operativa:** CONPAH – Organizaciones de los pueblos indígenas, Departamento de Atención a las Etnias
- + Federación de Tribus Xicaques de Yoro (FETRIXY)
  - + Federación de tribus indígenas Pech de Honduras (FETRIPH)
  - + Consejo Cívico de Organizaciones Populares Indígenas (COPIN)
  - + Organización Nacional Indígena Lenca de Honduras (CONILH)
  - + Federación Indígena Tawanhkas de Honduras (FITH)
  - + Consejo Nacional Indígena Chortí (CONICH)
  - + Mosquitia Asla Tawahka (MASTA)
  - + Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH)
  - + Organización de Nativos Isleños (NABIPLA)

En estos procesos de convergencia intra e interinstitucional existen retos. Por ejemplo, en la consolidación de procesos que den como resultado la superación de posiciones asimilacionistas o desarrollistas y que conlleven a la participación plena de los pueblos indígenas y etnias de Honduras, dentro de un marco general de respeto y reconocimiento de sus culturas, tradiciones, valores y creencias.

Actualmente la inversión del Ministerio de Salud en la salud de los pueblos indígenas, a través del Departamento de Atención a las Etnias, particularmente en las zonas de población Lenca, llega a 140 millones de lempiras que se distribuyen en infraestructura, recursos humanos y programas de ampliación de cobertura. Por ejemplo, 17 centros de salud han sido ya construidos y se prevé la construcción de 30 centros más. Hasta el momento existen 41 plazas, 13 de las cuales corresponden a médicos y las restantes a enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, y las actividades en el campo referentes a la promoción y prevención de la salud constituyen una prioridad.

Además, se ha logrado que varias unidades técnicas centrales de la Secretaría de Salud, proyectos de cooperación externa y otras iniciativas estén actuando también en zonas de alta población indígena. La coordinación con estos actores fortalecerá el trabajo con los pueblos indígenas y etnias de Honduras, permitirá contar con la experiencia profesional necesaria para dar respuesta a la problemática que aqueja a esta población, y apoyará la identificación de estrategias novedosas a favor de nuevos modelos de salud.



Participantes en la Conferencia sobre Interculturalidad y Salud, Gracias Lempira, 1999. Foto: Rocío Rojas

En cuanto a la capacitación de recursos humanos, se han dictado talleres y cursos

que han apoyado tanto los procesos de sensibilización como de fortalecimiento y desarrollo de capacidad técnica de los diferentes niveles gerenciales y operativos de la Secretaría de Salud. Por ejemplo, en la necesidad de promover un abordaje diferenciado de la problemática de salud de los pueblos indígenas y etnias del país, el Departamento de Atención de las Etnias ha desarrollado talleres de capacitación y sensibilización en el ámbito de las regiones y áreas de salud que tienen población indígena para reorientar los enfoques de salud desde el nivel operativo. Sin embargo, es importante puntualizar que existe el reto de superar la resistencia, que en ocasiones, está presente en los técnicos del nivel normativo para la racionalización plena de la interculturalidad en salud.

De igual manera, la Secretaría de Salud, en coordinación con la OPS y las organizaciones indígenas, ha dictado tres cursos de auxiliares de enfermería, con una duración de 10 meses y con la participación de 30, 39 y 20 estudiantes respectivamente. En total, se han capacitado 89 auxiliares indígenas pertenecientes a los pueblos Misquito, Lenca y Tolupán. Actualmente, con el apoyo del Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, ASDI/OPS, en su segunda fase 1999-2002, se están desarrollando tres cursos con la participación de 75 personas indígenas de origen Lenca, Chortí y Tolupán. De igual forma, este proyecto está apoyando la formación de 30 auxiliares de enfermería indígenas misquitas, en Puerto Lempira, en el Departamento de Gracias a Dios.

Por lo general, los estudiantes de los cursos de auxiliares de enfermería tienen una escolaridad entre 3 y 9 años, no siempre con los requisitos convencionales, por lo que ha sido necesario hacer las readecuaciones necesarias para que puedan ser beneficiados. Al terminar su capacitación, todos ellos prestan sus servicios en zonas rurales aisladas. En muchos casos son el único recurso permanente de la Secretaría de Salud. Sus responsabilidades incluyen consultas preventivas, vacunas, control y seguimiento de casos de tuberculosis, enfermedades diarreicas agudas, programas de atención primaria y otros.

Estas experiencias, de alguna, manera han tratado de dar una respuesta a la creciente crítica a los programas tradicionales de formación de auxiliares de enfermería, y han sido la ocasión para identificar la necesidad de hacer adecuaciones temáticas y metodológicas. De igual manera, han resaltado la importancia de considerar e incorporar a los terapeutas tradicionales como un recurso importante en la comprensión del abordaje integral de la salud.



Participantes en la Conferencia sobre Interculturalidad y Salud, Gracias Lempira, 1999. Fo-

Por lo general, los estudiantes de los cursos de auxiliares de enfermería tienen una escolaridad entre 3 y 9 años, no siempre con los requisitos convencionales, por lo que ha sido necesario hacer las readecuaciones necesarias para que puedan ser beneficiados. Al terminar su capacitación, todos ellos prestan sus servicios en zonas rurales aisladas. En muchos casos son el único recurso permanente de la Secretaría de Salud. Sus responsabilidades incluyen consultas preventivas, vacunas, control y seguimiento de casos de tuberculosis, enfermedades diarreicas agudas, programas de atención primaria y otros.

La presencia de los recursos humanos formados como auxiliares de enfermería constituyen un avance en la atención a los pueblos indígenas y etnias de Honduras. Sin embargo, es necesario promover un proceso de sensibilización entre los recursos humanos que conforman el equipo docente

en salud. En este sentido, el desafío es incorporar el abordaje intercultural de la salud como un eje transversal al contenido y metodología de los programas de formación y

desarrollo, no solamente de auxiliares de enfermería, sino de médicos, enfermeras, técnicos, laboratoristas, psicólogos y otros. De igual manera, se ve la necesidad de contar con la participación de los centros académicos formadores de recursos humanos como aliados en este proceso de operacionalización y evaluación del impacto del enfoque intercultural de la salud.

Sin bien la Secretaría de Salud desde el Departamento de Atención a las Etnias ha enfatizado en el área de formación y desarrollo de recursos humanos, es importante puntualizar que, además, sus acciones se han encaminado a la identificación de estrategias para el fortalecimiento y readecuación de la red de atención de salud y mejoramiento de los servicios de provisión de agua y saneamiento.

Entre 1995 y 1997 se han logrado ejecutar 26 centros de salud, y 17 en 1999, que juntos suman un total de 43 nuevas Unidades Proveedoras de Salud (UPS). En esta misma línea, se han asignado 78 nuevas plazas de las cuales 74 tienen personal incorporado a servicios de salud en zonas con población indígena y cuatro en cargos técnicos administrativos asignados a las oficinas del Departamento de Atención a las Etnias.

En el área de agua y saneamiento, sistemas de acueductos y letrización rural, se han invertido más de 40 millones de lempiras, a esto se le debe agregar la entrega emergencial de alimentos, el proceso de control de enfermedad de Chagas, la capacitación de los trabajadores de salud en las áreas y regiones, el proceso de revaloración e incorporación de la medicina indígena y la investigación acción participativa.

Aunque la situación de los pueblos indígenas de Honduras no ha sido objeto de un análisis exhaustivo, se reconoce que se ha avanzado en el conocimiento de este grupo poblacional. En el país se ha dado un proceso de autoidentificación y autodescubrimiento geográfico de los pueblos indígenas y etnias con la participación de las organizaciones indígenas y el apoyo de un profesional de la Universidad Nacional Autónoma. Por ejemplo, antes de estos procesos se decía que existían 4.000 indígenas Chortí y 80.000 Lenca, hoy se habla de 7.000 y 100.000 respectivamente. La caracterización y sistematización de la historia de estos pueblos también ha sido motivo de estudio. Así, hoy se conoce que los Chortí descienden de los Mayas y que los pueblos Pech, Tawhaca, Miskito y Lenca son de origen Azteca, y que el pueblo Pech posee conocimientos especializados sobre el tratamiento de las mordeduras de serpiente, y el pueblo Lenca en el tratamiento de las enfermedades respiratorias.

La medicina tradicional está siendo desarrollada en conjunto con el componente de alimentación y nutrición. Se ha generado una discusión conceptual sobre las diferencias entre la medicina casera y la medicina indígena, puntualizando el rol que la cosmovisión indígena tiene en la medicina indígena. Así mismo, una discusión sobre aspectos éticos y legales, por ejemplo, sobre los derechos de propiedad intelectual y patentes, y el marco regulador que involucraría a esta medicina, sus recursos y terapias.

El tema de las plantas medicinales y su papel en la atención primaria de salud, constituye una de las prioridades en el trabajo en el área de la medicina indígena. Al

respecto se mencionó la necesidad de coordinar con la Unidad Técnica de Farmacia que ha desarrollado trabajos referentes al uso de 24 plantas medicinales. De igual manera, se recalca la existencia de una Unidad Técnica de Medicina Natural dentro de la Secretaría de Salud, que necesitaría ser reactivada.

Varias son las acciones y procesos en marcha impulsados desde el Departamento de Atención a las Etnias, sin embargo, desde esta Unidad Técnica se enfatiza en la importancia de reconocer que sobre algunas líneas de trabajo y temas específicos, los desafíos y limitaciones técnicas y financieras persisten. De igual manera, se indica que existen áreas y temas que merecen ser abordados de una manera sistemática. Entre ellos se puede citar:

- + La incorporación de la medicina indígena en los sistemas nacionales de salud, la promoción de la medicina indígena en la atención primaria de salud, la promoción de la medicina indígena como parte de las estrategias de autocuidado en reconocimiento de que forma parte del conocimiento colectivo.
- + La formación de recursos humanos indígenas en un ambiente multicultural, en diferentes disciplinas, y no solamente auxiliares de enfermería. Es decir en capacitaciones que involucren a participantes procedentes de más de una cultura, pueblo o etnia.
- + La planificación familiar en zonas indígenas y negras de Honduras
- + El trabajo con terapeutas tradicionales incorporando la red de voluntarios del Sistema Nacional de Salud.
- + La participación de las organizaciones indígenas y negras en el desarrollo de los gobiernos locales bajo la conducción de las corporaciones municipales.
- + La investigación, acción participativa realizada en coordinación con agentes extraños a las comunidades o bajo la asistencia técnica de éstos.
- + El trabajo de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual (SIDA).
- + El enfoque de género en poblaciones indígenas.
- + La conformación de un equipo interdisciplinario acorde a la misión y visión del Departamento de Atención a las Etnias
- + Reflexiones que lleven a la generación de términos y marcos conceptuales que apoyen tanto la comunicación entre los diferentes actores, como en la detección, abordaje y vigilancia de inequidades.

### **4.3 Proyecto Acceso a los Servicios de Salud ASDI-OPS/OMS**

El Proyecto “Acceso a los Servicios de Salud” cuenta con fondos del Gobierno de Suecia<sup>19</sup> y la cooperación técnica de OPS/OMS, se halla en ejecución desde 1997 y

---

<sup>19</sup> La Cooperación Sueca tiene una trayectoria de trabajo en Centro América y particularmente en Honduras. Su apoyo contribuyó a la consolidación de los procesos de paz y en la mitigación de los efectos del Huracán Mitch. Además de su apoyo en salud a través del Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, tiene actividades específicas con la Fiscalía de las Etnias.

constituye el eje fundamental del Proceso de Reforma del Sector Salud en el país. En cumplimiento de sus objetivos, en 1999 incorporó un componente de salud indígena como una estrategia para focalizar las acciones hacia las poblaciones más postergadas del país.



El fin del proyecto es contribuir al mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la población hondureña, a través de la reforma y modernización del sistema de salud de Honduras. Basado en una visión de trabajo intersectorial, el propósito del proyecto y cada uno de los objetivos y estrategias se enmarcan en las prioridades políticas del Gobierno Nacional, en cumplimiento con los compromisos adquiridos en la promoción del bienestar de toda la población del país.

De izquierda a derecha: Sr. Olegario López, Presidente Alcaldes Municipales; Dr. José A. Pagés, Representante OPS/OMS; Sra. Ellenor Eckman, Representante de la Cooperación Sueca; Dr. Daniel López Acuña, Director HSP-OPS/OMS Washington; Sr. Staffan Wrigstad, Embajador de Suecia en Guatemala. Inauguración del Proyecto Abril 1998 Puerto Lempira

Los principales logros en la implementación del proyecto que favorecen a los pueblos indígenas y negros del país hasta marzo de 1999, se resumen en los siguientes puntos:

- + Arreglos políticos y técnicos necesarios con las nuevas autoridades que tomaron posesión en enero de 1998.
- + Descentralización del proyecto a las dos zonas de trabajo según los planes de área y región de salud, como contribución a los procesos de reforma del sector salud.
- + Declaración conjunta a favor de la salud de los gobiernos municipales.
- + Organización de los servicios de salud en función de los términos municipales, particularmente en la zona de La Mosquitia.
- + Construcción, equipamiento y apertura de cuatro clínicas materno infantil.
- + Construcción y apertura de un centro de salud rural.
- + Instalación de luz solar en el Hospital Regional de Puerto Lempira.
- + Firma de convenio de cogestión para la administración conjunta del hospital privado de BAYAN.
- + Adjudicación de cuatro unidades de salud fluvial.
- + 1700 familias beneficiadas con agua y saneamiento.
- + 600 letrinas sanitarias en proceso de construcción en la zona de La Mosquitia.
- + Más de 800 voluntarios de salud capacitados, de los cuales el 50% aproximadamente son parteras tradicionales.

- + Durante 1998, reducción del 53% de casos de malaria en el Valle de Jamastrán y reducción a 5,6% del índice de infestación por aedes aegypti, este último en 44,4% en 1997.
- + Capacitación local y mapeo nutricional en cuatro municipios de la zona de Danlí.
- + Capacitación local en RBC y censo de discapacitados en la zona de La Mosquitia.
- + Dotación de un vehículo de doble tracción y rehabilitación de ocho unidades de transporte, Área de Danlí.

Los principales problemas estuvieron relacionados a las dificultades de aislamiento de las zonas, principalmente para el Departamento de Gracias a Dios. También se sumó el período de transición de las actuales autoridades de salud quienes tomaron posesión en enero de 1998, lo que atrasó hasta el mes de mayo el inicio real del proyecto, a partir de esa fecha se mantuvo un ritmo acelerado hasta octubre cuando se presentó el fenómeno del Mitch.

Fue necesario mayor acompañamiento técnico central hasta los niveles locales, principalmente para los procesos de organización y reglamentación de los nuevos servicios de salud, con participación y cogestión social. Ello, sumado a los estilos de trabajo centralizados que dificultan las relaciones e intercambio sostenido de

conocimientos e información entre los diferentes niveles.

Las dificultades de transporte, comunicación y falta de información oportuna desde las zonas del proyecto, generaron algunos inconvenientes en la dinámica de apoyo administrativo de la oficina de Representación de la OPS/OMS en Honduras, observándose retrasos en los procesos de compra y, especialmente, en la entrega de materiales y equipos.

No obstante, el proyecto logró desarrollar experiencias valiosas, originadas desde las propias comunidades a favor de su salud, coherentes con los procesos de descentralización y desarrollo de las potencialidades locales.

La implementación del componente indígena al proyecto ha facilitado las acciones en materia de salud indígena, particularmente en los procesos de convergencia y acciones, que han procurado la incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de capacitación de recursos humanos. El aporte del proyecto para la realización del I Foro sobre Salud Indígena e Interculturalidad, llevado a cabo del 5-7 de julio de 2000 en Tegucigalpa, Honduras, fue fundamental.



Veintisiete parteras tradicionales indígenas misquitas en proceso de capacitación. Docentes locales: Dra. Isabel Zelaya López, Licda.en Enf. Elena Marli y auxiliares de Enfermería. Usibila. Febrero de 1999. Foto: Emilio Ramírez 1999



Pozo de Agua en la comunidad de Bataya, rehabilitado por el Proyecto Acceso a los Servicios de Salud ;. Dr. Francisco Medina, Director de la Región #8. Dr. José Manuel Muñoz, Director Municipal de Salud y líderes garífunas. Febrero 1999. Foto: Emilio Ramirez, 1999.

## **5. Hacia el bienestar de los pueblos indígenas y etnias de Honduras: Retos en la operacionalización del enfoque intercultural de la salud**

La información que se presenta en esta sección se basa en las discusiones mantenidas durante la Misión Técnica Conjunta OPS-Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos (Indian Health Service) realizada del 18 al 24 de julio de 1999 en Honduras.

A continuación se resumen opiniones y consideraciones de autoridades nacionales, profesionales de salud, representantes de agencias de cooperación externa, líderes indígenas y otros funcionarios de salud en referencia a los aspectos a tomarse en cuenta en la consecución del bienestar de los pueblos indígenas y etnias de Honduras.

Dr. Plutarco Castellanos, Ministro de Salud de Honduras

El Dr. Plutarco Castellanos, después de escuchar las exposiciones referentes a las experiencias sobre salud indígena y del enfoque intercultural, expresó su compromiso para continuar apoyando esta iniciativa, promoviendo la participación de los pueblos indígenas y fortaleciendo la capacidad instalada de la Secretaría de Salud. Acto seguido motivó a los participantes a la Reunión Ejecutiva a desarrollarse en la Mosquitia para fortalecer la visión y el compromiso en pro de los pueblos indígenas y etnias de Honduras. El Señor Ministro anunció que la próxima reunión del Consejo Consultivo Ministerial (CONCOMI) se llevó a cabo en el Departamento de Gracias a Dios, el 19 y 20 de Agosto de 1999, con la participación plena de los gobiernos locales, representantes de instituciones públicas y privadas, y líderes de las organizaciones indígenas. El Dr. Castellanos continuó diciendo que en esta reunión se analizará a profundidad la problemática de salud de la población del Departamento de Gracias a Dios, conformada en su gran mayoría por misquitos, tawakas, pech, garífunas y una minoría de mestizos.<sup>20</sup>

Dr. José Antonio Pagés, Representante de la OPS/OMS, Honduras

La problemática que aqueja a los pueblos indígenas es compleja y los procesos históricos y experiencias más recientes han generado desconfianza en estos pueblos.

---

<sup>20</sup> En seguimiento a este compromiso, cabe indicar que la reunión del Consejo Consultivo Ministerial (CONCOMI) se realizó en las fechas indicadas. Durante la reunión se realizaron exposiciones sobre la situación de salud de la zona, los problemas y propuestas de cambio. Los retos se enmarcan en la provisión de agua y saneamiento, formación y desarrollo de recursos humanos, profundización de las estrategias de curación, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, y establecimiento de prioridades e indicadores de evaluación e impacto. Es decir, el desarrollo de modelos de atención basados en las características etnoepidemiológicas y etnoculturales de la población, en el marco de la formulación de políticas que den continuidad a estos procesos (Informe de viaje del Ing. Emilio Ramírez, OPS/OMS, agosto de 1999, Honduras).

Existen puntos álgidos en la problemática de los pueblos indígenas. La salud es uno de estos puntos, sin embargo, la salud tiene una gran potencialidad para convertirse en un aspecto de unión y de articulación entre los pueblos indígenas y los diferentes actores e instituciones que tienen capacidad y compromisos de participación en los procesos de desarrollo de los pueblos indígenas.

Para la OPS, y también para el Ministerio de Salud de Honduras, lo antes expresado debe convertirse en un reto importante para el desarrollo integral y equitativo de la salud de todos los hondureños. Se han abierto interesantes espacios de participación conjunta con los pueblos indígenas en el campo de la salud, esto debe ser fortalecido. Apoyar que los pueblos indígenas sean objeto y sujeto de su desarrollo, con apoyo solidario de todos los que puedan hacer aportes en este sentido, debe convertirse en un planteamiento rector en los planes y programas de cooperación para el desarrollo.

Dr. Ramón Pereira, Gerente del Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud

El huracán Mitch, a pesar de la gran destrucción causada en Honduras, ha determinado coyunturas que promueven una visión estratégica en la reconstrucción del país. Desde la Secretaría de Salud se ha generado un análisis crítico de la situación vivida y se está promoviendo un pensamiento crítico en la reestructuración de los sistemas y servicios de salud.

La operacionalización del enfoque intercultural de la salud, en la formación y desarrollo de recursos humanos y modelos de atención, se presenta como una estrategia cuyo impacto llegará a la población indígena y no indígena, y facilitará el consenso, la convergencia y el fortalecimiento de las diferentes culturas que existen en Honduras

La interculturalidad no es una estrategia para el establecimiento de servicios de salud para indígenas, es una estrategia que contribuirá al mejoramiento del acceso equitativo a una atención de calidad y al aprovechamiento de la capacidad instalada. Es decir, se mantendrá la excelencia técnica y se favorecerá la comprensión de las variables socioculturales que determinan las condiciones de vida y salud de los pueblos, y que impiden el acceso de la población a la atención de salud. En este contexto, el Proyecto ASDI es un proyecto dinamizador, promotor del diálogo.

Las áreas prioritarias en la atención de los pueblos indígenas y etnias de Honduras son los recursos humanos, la promoción de la salud, las estrategias de mortalidad materna e infantil, las enfermedades por las condiciones de vida, la epidemiología, la descentralización y los modelos de atención. La interculturalidad debe cruzar todos los programas, además, debe estar interrelacionada con el enfoque de género. En este sentido, es necesario generar espacios de diálogo y propuestas concretas para ser discutidas con las diferentes Unidades Técnicas de la Secretaría de Salud.

Natán Pravia, Delegado de la CONPAH

Es necesario que la Secretaría de Salud lidere el mejoramiento del contenido y la metodología de los programas donde se capacita el personal de salud. La tarea de la

salud pública es responder a los retos del nuevo milenio, sin pensar que los indígenas somos bichos raros sino que somos parte de la humanidad. Para atender adecuadamente a los indígenas, los profesionales deben tener conocimientos, ser humildes, tener un corazón humano y gran sentido solidario.

Adán Barahona, Responsable de la Unidad de las Etnias, Secretaría de Salud

En el marco de la descentralización, el desarrollo del enfoque intercultural de la salud se inició con la ampliación de marcos conceptuales en el nivel central y su operacionalización en el ámbito local. Hoy se ve la necesidad de socializar este conocimiento y su incorporación tanto en la formación de recursos humanos como en los modelos de atención, a través de un trabajo sistemático en el ámbito de las diferentes Unidades Técnicas de la Secretaría de Salud, de los Programas de Atención y de los Servicios de Salud. De igual manera, es importante incorporar a nuevos actores en este proceso que debe tener un carácter intrasectorial, intersectorial y multidisciplinario. En este cometido, la formulación de un marco político, legislativo y jurídico que de continuidad a las acciones, es fundamental.

Las demandas de atención hacia el Departamento de Atención a las Etnias superan su actual capacidad. Existen limitaciones presupuestales y logísticas que restan agilidad a las respuestas. El fortalecimiento institucional dentro de los procesos de Reforma del Sector Salud se presenta como un factor imprescindible en la eficiencia de las respuestas a las necesidades de la población indígena y étnica.

Ing. Emilio Ramírez Pinto, Asesor Nacional de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, OPS/OMS, Honduras

Si bien desde 1994 se ha avanzado en la priorización de acciones en favor de los pueblos indígenas, existen metas que todavía están pendientes. La homogeneización de la población de Honduras y la resistencia para adaptar los modelos de atención a las condiciones etnoculturales y etnoepidemiológicas, retrasan las acciones que influirían en el bienestar de la población indígena y no indígena del país.

El programa de capacitación de auxiliares de enfermería se considera un avance, el reto que enfrenta este programa de capacitación es la incorporación del enfoque intercultural de la salud como un eje transversal en el contenido y metodología.

La incorporación del enfoque intercultural de la salud tiene dos partes. La primera parte relacionada con la ampliación de marcos conceptuales y la teoría basada en la evolución histórica que han seguido las diferentes aproximaciones a los pueblos indígenas y, la segunda parte, que constituye la traducción de la teoría y conceptos a acciones concretas. Esto supone avanzar en la formulación de metodologías, instrumentos y estrategias que facilite analizar y evaluar las acciones institucionales y del personal de salud.

En este proceso, es importante entender que el trabajo con las comunidades requiere un acompañamiento respetuoso y una participación estrecha en los eventos co-

tidianos de la comunidad y su gente. Es importante ver la salud a través de los ojos de la gente, aprender de las experiencias de convergencia e ir aprendiendo poco a poco de lo que nos une y dejar de lado lo que nos separa.

Dr. Jorge Medina, Unidad Técnica de Recursos Humanos, Secretaría de Salud

La implementación de estos cursos de formación de auxiliares de enfermería, ha permitido la identificación de fortalezas y retos en este proceso de incorporación del enfoque intercultural de la salud. Entre las fortalezas se pueden señalar, el trabajo coordinado con la Unidad de las Etnias y la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en la OPS/OMS, Honduras. Esto ha permitido estructurar cursos dedicados a auxiliares de enfermería indígenas, y a ampliar los contenidos, metodología y estrategias de los cursos. De igual manera, el trabajo con las organizaciones indígenas ha facilitado el conocimiento de la dinámica de los pueblos y etnias de Honduras, tendiente al fortalecimiento de las culturas y a la aproximación hacia una visión complementaria en el trabajo con la medicina occidental e indígena.

Entre los retos, existe la necesidad de generar estrategias que permitan incorporar de una manera sistemática la visión indígena, sus conocimientos y terapeutas, y el análisis de variables sociales, económicas y culturales en la formulación de planes, políticas y programas. Así mismo, el reto de establecer mecanismos para aliviar la pobreza y el alto índice de analfabetismo de este grupo poblacional, y las barreras geográficas, culturales y económicas que limitan su acceso a oportunidades de capacitación y desarrollo. En este contexto, es prioritario promover la educación continua de los recursos humanos indígenas, de tal manera, que se cuenten no solamente con promotores y auxiliares indígenas, sino con recursos humanos capaces de competir en los niveles profesionales administrativos y técnicos.

En esta perspectiva, el compromiso con la salud de la población de Honduras y particularmente con los pueblos indígenas y etnias del país, requiere no limitarse a la formación de auxiliares de enfermería en el enfoque intercultural, sino ampliar el radio de acción a la formación y desarrollo de los recursos humanos que conforman el equipo de salud y que se hallan en niveles de decisión.

Doctora Jeannette Aguilar

El municipio de Campa, uno de los 28 municipios del departamento de Lempira, en el occidente de Honduras, cuenta con una población aproximada de 4.665 habitantes. Todos ellos pertenecen al pueblo Lenca. Esta población es una de las más deprimidas económicamente en nuestro país, es así que el promedio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es de 58%, con un índice de desarrollo humano de 0,367, por debajo del promedio nacional que es de 0,575.

Por lo anterior, este territorio fue seleccionado con la modalidad de “municipio demostrativo” por el Área de Salud # 2 con sede en Gracias Lempira, de la Región de Salud #5, con sede en Santa Rosa de Copán, en el marco del proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, ASDI/OPS/OMS, II etapa, 1999-2002. Entre los criterios de selección utilizados se mencionan: 100% de presencia de población indígena Lenca, relativa



De izquierda a derecha: Dr. Hector Cardenas, Dr. Angel Vásquez, Ing. Emilio Pinto, Dr. Jeffrey Barahona. Foto: Boñó Boñó, 1999

accesibilidad geográfica, y alto interés demostrado por la corporación municipal, los consejos indígenas locales y otras asociaciones para impulsar un proceso de desarrollo humano integral.

Todos estos elementos han favorecido la realización de experiencias valiosas de trabajo conjunto entre diversos actores representados por las escuelas de educación primaria, la

municipalidad, el Programa de Asistencia Familiar (PRAF), las iglesias, el hospital, las clínicas

materno infantil y otros, en la búsqueda de concretar las acciones con miras al establecimiento de un municipio saludable. De igual manera, se constata la presencia de varios proyectos e instituciones, entre ellas UNICEF, proyecto de municipios y escuelas saludables, Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), Banco Mundial y otros. Los resultados en este municipio podrían favorecer el desarrollo de otras experiencias en contextos similares.

Grupo de Apoyo Técnico (GAT), Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, ASDI/OPS/OMS, 1999-2002.

Mientras avanzan los procesos de consenso de la visión institucional e indígena, se pueden encontrar aspectos incompatibles que generan desconcierto, y en varias ocasiones una desconfianza que puede ahondar las diferencias. En este aspecto, se hace necesario comprender los alcances y retos de la participación social dentro de un marco de entendimiento y respeto de las diferencias culturales y de los diferentes procesos históricos, así como las experiencias recientes de los actores sociales involucrados.

La cosmovisión de los pueblos indígenas y etnias se traduce en su forma de vida. Su sistema de creencias y valores, se refleja en la percepción que ellos tienen sobre el nexo salud-enfermedad en general y en la manifestación de cada una de las enfermedades. La comprensión y respeto de estas variables culturales que influyen en la atención de salud, a través de un aprendizaje mutuo, facilitarían la transmisión del mensaje de salud en la comunicación de los proveedores de salud con los pacientes de estas comunidades.

Dentro de los compromisos del Gobierno con los pueblos y etnias de Honduras se encuentra la formación de recursos humanos. En la atención de las comunidades indígenas es importante promover acciones que determinen la capacitación de recursos humanos de la comunidad, reconociendo que son estas personas las que más conocen de su comunidad y dan continuidad al trabajo. Sin embargo, esto no quiere decir que solamente los recursos humanos indígenas deberán ser capacitados en el abordaje intercultural de la salud. El conocimiento de esta estrategia es necesario en todos los niveles de atención puesto que la población indígena y étnica del país no está aislada sino que forma parte de la dinámica de la nación, sea tanto en el ámbito urbano como rural.

En cuanto al contenido y metodología de capacitación, se reitera el reto de incorporar el enfoque intercultural de la salud como un eje transversal y priorizar la capacitación de los docentes. Aprovechar el conocimiento generado por diferentes estudios para transformarlo en acciones prácticas concretas. Por ejemplo, se indica que en la Mosquitia fue realizado un estudio serio sobre la diversidad cultural de esta zona, estaría pendiente la socialización con la comunidad. Este se consideraría un

insumo importante para usarlo tanto en la innovación del currículum como en la discusión sobre las prácticas comunitarias positivas, negativas y neutras. Es decir aquellas que merecen ser fortalecidas, revisadas o no necesitan ninguna intervención.



Integrantes de la Misión Técnica Conjunta OPS – Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos. De izquierda a derecha: Dr. Juan Molina, Dr. Humberto Jaime Alarid, Sr. José Nuñez, Dr. Rocío Rojas, Dr. Craig Vanderwagen, Ing. Emilio Ramírez. Foto: Rocío

En la incorporación del enfoque intercultural de la salud como un eje transversal en el contenido y metodología de los programas de formación y desarrollo de recursos humanos indígenas y no indígenas, es importante incluir la historia de las culturas para entender el por qué de la dinámica presente entre las diferentes culturas en la sociedad de Honduras. Esto promoverá el reconocimiento real de los pueblos indígenas como actores sociales y ciudadanos

En esta misma línea, cabe señalar, que existen estudios de investigación que no han sido socializados con la comunidad. Al respecto, el compromiso de la Secretaría de Salud, en colaboración con los centros académicos, es generar mecanismos que aseguren la devolución del conocimiento a estos pueblos y sobre todo la consideración de que estos pueblos deben ser sujetos y no objetos de investigación.

De igual manera, se reitera la necesidad, que de una manera sistemática sean los mismos líderes y terapeutas indígenas quienes participen como capacitadores, no so-

lamente en los cursos de auxiliares de enfermería sino en talleres de sensibilización para el personal de la Secretaría de Salud y de los centros académicos.

La descentralización y el desarrollo municipal se presenta como una oportunidad para la consolidación de las propuestas de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. En el ámbito de los municipios, se puede encontrar a microescala la interrelación de los elementos del nivel macro. Entre ellos, territorio, medio ambiente, gobiernos locales y población que en la mayoría de los casos es multicultural, plurilingüe y multiétnica.

En los municipios sería factible el análisis del impacto que tienen, sobre la población indígena, las estrategias tanto de curación, promoción, prevención y rehabilitación, como de gestión local y participación social. La comprensión de lo que significa el desarrollo desde la perspectiva indígena es fundamental.

Los municipios constituyen espacios geográficos específicos y de ejecución de las políticas nacionales de salud, en el marco de la descentralización. Éstos se presentan como unidades donde se facilita la interacción de actores responsables y capacitados para que asuman el reto de ofrecer una atención de calidad que satisfaga a los usuarios y que repercuta en el bienestar y la salud de la población de su jurisdicción.

La socialización de las acciones realizadas en favor de los pueblos indígenas y de las etnias desde la Unidad de las Etnias y desde las diferentes Unidades Técnicas de la Secretaría de Salud e instancias gubernamentales es necesaria. Esta información facilitará el aprovechamiento de experiencias y el ajuste de estrategias e intervenciones.

Lic. Gilberto Antonio Sánchez Chandías, Fiscal Especial de las Etnias y del Patrimonio Cultural del Ministerio Público

La Fiscalía Especial de las Etnias y del Patrimonio Cultural fue creada como parte del Ministerio Público. Su misión es esclarecer, a través de la investigación criminal, los delitos y atropellos contra individuos o colectividades indígenas y étnicas, no desde una perspectiva general sino puntual. Estos delitos son denunciados por la CONPAH. Con excepción de los Tawhaca, siete de los ocho pueblos indígenas reconocidos han denunciado crímenes y atropellos en contra de ellos, siendo los Tolupanes los más afectados.

Entre las limitaciones para esclarecer los casos presentados se citan varias, por ejemplo, la contaminación de la escena del crimen por la ausencia del forense y la dificultad en la investigación al tratar de hacerla con testigos y suposiciones. Actualmente 25 personas están presas por delitos de asesinato, violación y homicidio. Existen 22 órdenes de captura y denuncias que involucran delitos comunes, crímenes, litigios de tierra y continúa la investigación de la muerte de dos líderes indígenas.

Entre los retos, se ve la necesidad de entender la problemática indígena en la dinámica de los procesos nacionales y globales que permita generar una nueva dimensión del derecho. De igual manera, en el campo de acción puntual es necesario promo-

ver un proceso de coordinación que determine una atención sistemática a los delitos cometidos en contra de los pueblos indígenas y etnias. En el mes de agosto de 1999, se discutió el nuevo Código Procesal y Penal y se delegará la responsabilidad de investigación de casos a la Unidad de Investigación Criminal.

Existen estudios y foros que contribuyen a la comprensión del marco jurídico que involucra a los pueblos indígenas. Por ejemplo, dos estudios sobre el derecho consuetudinario indígena en los pueblos Pech y Miskito. La Fiscalía de las Etnias ha auspiciado y participado en varios eventos en el tema, entre ellos: Simposio de Antropología Jurídica, Simposio Centroamericano sobre Estado y Derecho de los Pueblos Indígenas y talleres de sensibilización con la participación de líderes indígenas y personal de la Fiscalía.

El plan de trabajo de la Fiscalía incluye un componente de capacitación destinado a operadores judiciales, líderes indígenas y sociedad nacional. Así, se han organizado talleres sobre los derechos de los pueblos indígenas dirigidos a la sociedad civil y agentes de investigación criminal. De igual manera, se ha elaborado material visual y video-gráfico sobre los derechos de los pueblos indígenas. El fortalecimiento institucional se enmarca en los resultados del Proyecto Fortalecimiento de la Fiscalía y de las Organizaciones Indígenas financiado por el PNUD. Este proyecto contempla investigaciones que permitan un diagnóstico de la problemática indígena a través de estudios coordinados por las propias comunidades.

Los participantes a esta reunión reflexionaron sobre la necesidad de incorporar nuevos elementos en el análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas si es que realmente se está abordando la salud como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de los individuos y de la comunidad.

Participantes de la Reunión Ejecutiva de la Secretaría de Salud. Evento que se realiza todos los miércoles de 7:30 a 9:30 a.m. conducido por el Sr. Ministro de Salud.

En esta reunión, se reconoció la necesidad de seguir ampliando los espacios de diálogo y de informarse más sobre este tema de las etnias, así como también entender su problemática para lograr empatía con su cultura, reconociendo que indirectamente ha existido una resistencia pasiva de ambos lados; por lo que se hace necesario hacer investigaciones o estudios antropológicos, capacitar y sensibilizar al personal institucional y comunitario en el enfoque intercultural, potenciar la capacidad de respuesta de estos pueblos ante los problemas existentes, aproximando los conocimientos de salud ancestrales con los sistemas modernos.

En referencia a la operacionalización del enfoque intercultural de la salud, se recaló en la necesidad de incorporar estos conceptos en las escuelas formadoras de recursos humanos, independientemente del esfuerzo que se está haciendo con la formación de las/los auxiliares de enfermería. Además, se indicó la importancia de adaptar los contenidos de los programas de capacitación al contexto donde y para el cual se está capacitando al personal. En la universidad por ejemplo, las clases sobre las culturas de las naciones no existen de una manera estructurada y sistemática.

Se reconoció la necesidad de un cambio de actitud en los trabajadores de salud a todo nivel a fin de no ver a los indígenas aislados de la dinámica nacional, considerando que donde éstos habitan, es donde están los servicios de salud de menor complejidad y es donde existen problemas de suministros, de supervisión y como consecuencia lógica problemas de calidad.

#### Participantes a la Reunión de Gracias Lempira

Las exposiciones provocaron esperanza, entusiasmo y motivación en la mayoría de los presentes, entre ellos los máximos líderes indígenas, quienes hicieron uso de la palabra para compartir parte de su cultura con canciones en idioma Misquito y para resaltar y reconocer el esfuerzo de la Secretaría de Salud por aproximarse adecuadamente a la cosmovisión indígena en salud.

De igual forma, otras personalidades locales enfatizaron sobre la necesidad de profundizar los cambios en los modelos de atención en salud. Recomendaron adaptar dichos modelos de salud a los perfiles etnoepidemiológicos y características particulares de cada etnia. También solicitaron mayor apoyo para documentar y publicar estudios sobre medicina alternativa. En forma particular, solicitaron apoyo para el Proyecto Acceso a los Servicios de Salud y las iniciativas de protección y desarrollo de la salud de la población de la Zona de Montaña Verde.

Con el fin de fortalecer el diálogo, la convergencia y la democracia en salud, entre nuevos actores que tradicionalmente han estado trabajando por separado, instaron a desarrollar las alianzas estratégicas entre la Secretaría de Salud, Asociación de Municipios de Honduras (AHMON) y la CONPAH, mediante convenios, planes y otros instrumentos. Por ejemplo, iniciando una publicación conjunta de las primeras experiencias en salud indígena y de los estudios en plantas medicinales.

El Dr. Efraín Aguilar, Director Regional de Salud, cerró la sesión de trabajo con palabras alentadoras ofreciendo todo su apoyo para continuar desarrollando esos esfuerzos de convergencia con los pueblos indígenas a favor de la salud.

Cabe indicar que en esta reunión participaron más de 170 personas representantes de aproximadamente 30 instituciones públicas y privadas, estudiantes indígenas y docentes participantes en los cursos de auxiliares de enfermería. Entre las instituciones participantes estuvieron:

- + Asociación de Municipios de Honduras, AMHON.
- + Iglesias: Vida Nueva, Asamblea de Dios, Bautista.
- + ONGs indígenas y no indígenas: Visión Mundial, ONILH, ASONOG, CONOCHH, CONPAH, Consejería Indígena de Montaña Verde, otras.
- + Instituciones públicas: Educación, Instituto Nacional Agrario (INA), Poder Judicial, Hospital de Área; Policía Nacional, Secretaría de Salud y otros.
- + FAO, OPS/OMS, Instituto Hondureño de la Familia (INHFA).



## 6. Conclusiones

- + El Gobierno de Honduras ha adoptado la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de OPS de una manera activa, en un proceso de trabajo conjunto con las organizaciones indígenas y OPS. Se ha establecido la necesidad de formular políticas que determinen la continuidad de las acciones en favor de los pueblos indígenas y etnias del país.
- + La visión de los pueblos indígenas representados por la CONPAH resume sus expectativas por logros sustantivos en el proceso de alcanzar el bienestar integral de sus pueblos. El Gobierno de Honduras conoce este punto de vista.
- + Los profesionales del área técnica y administrativa se hallan comprometidos en avanzar en sus esfuerzos y logros en favor de los pueblos indígenas, sin dejar de reconocer las limitaciones logísticas, técnicas y presupuestarias. Visualizan la necesidad de fortalecer la coordinación tanto con CONPAH como con las organizaciones indígenas locales en los diferentes municipios del país y con las diferentes unidades técnicas de la Secretaría de Salud y otras instancias gubernamentales y académicas.
- + Desde la Secretaría de Salud se están buscando estrategias y metodologías para fortalecer la capacidad nacional y local de proporcionar y administrar servicios de salud que incorporen el conocimiento a los terapeutas y a las prácticas indígenas en el área de salud. El programa de capacitación de auxiliares indígenas es uno de los pasos en esta dirección.
- + En Honduras existe un gran espacio político para desarrollar el enfoque intercultural en salud con el apoyo de varias iniciativas de cooperación nacional y externa, principalmente del Proyecto de Acceso a Servicios de Salud, ASDI/OPS/OMS, 1999-2002, el cual está en su segunda fase de ejecución y la cooperación interinstitucional del Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos (Indian Health Service) de los Estados Unidos.



## 7. Líneas de acción estratégicas a partir del año 2000

Las recomendaciones han sido agrupadas en los siguientes enunciados, enfatizando en que el éxito de las acciones propuestas se fundamenta en la participación activa de los pueblos indígenas y etnias del país:

1. Ampliar y fortalecer las alianzas entre el Gobierno de Honduras y los pueblos indígenas y etnias del país.
  2. Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, formación y desarrollo de recursos humanos.
  3. Análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas: sistemas de información, detección y vigilancia de inequidades.
  4. Mejoramiento de las condiciones ambientales en las comunidades indígenas, con énfasis en agua y saneamiento.
  5. Caracterización etnoepidemiológica y etnocultural de los pueblos indígenas y etnias de Honduras: Modelos de atención.
  6. Intercambio de experiencias.
- 1) Ampliar y fortalecer la alianza entre el Gobierno de Honduras y los pueblos indígenas y etnias del país.

En esta línea se propone promover procesos que determinen la continuidad de las acciones en marcha en favor de los pueblos indígenas y etnias de Honduras.

Entre las acciones específicas se recomienda:

- + Reuniones regulares conjuntas entre los representantes de los pueblos indígenas, etnias y las instituciones para discutir aspectos operativos. Por ejemplo, presupuestos e implementación de programas específicos con comunidades indígenas.
- + Desarrollo de regulaciones en cuanto a las formas de relacionamiento mediante la firma de convenios de gestión, con sus mecanismos de seguimiento y control
- + Desarrollo legislativo y desarrollo de pre-proyectos de ley que establecerían las metas a alcanzarse en salud, los programas para los pueblos indígenas y etnias, las estrategias conjuntas de abogacía con el Ministerio de Educación y otros ministe-



Niña de la Mosquitia, Honduras. Fuente: Revista *Perspectivas de Salud*, OPS. 1999.

rios para apoyar las actividades que tienen impacto sobre las metas de los programas que se refieren a la salud de los pueblos indígenas. Por ejemplo, realizar actividades para promover el incremento de estudiantes indígenas en los centros académicos e incorporar el enfoque intercultural de la salud en los programas de formación y desarrollo de recursos humanos a través de un ajuste en los contenidos y metodologías.

- + Sistematización de los procesos seguidos en Honduras para facilitar la difusión mediante el intercambio de experiencias.

## 2) Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas: formación y desarrollo de recursos humanos

En esta línea se propone la generación de una masa crítica que se constituya en el recurso técnico a través del desarrollo de competencias técnicas, programáticas, gerenciales, fiscales y políticas, por ejemplo:

- + en la formulación de políticas y programas de formación y capacitación que consideren la variable de etnia;
- + en la construcción de una base de datos e indicadores que tomando en cuenta los condicionantes que tienen que ver con el carácter multicultural de la población, demuestren la inequidad en el estado de salud y en el acceso y cobertura de los servicios de salud;
- + en la incorporación de las potencialidades de la Medicina Tradicional/Indígena en los modelos de atención;
- + en la capacitación de recursos humanos y en la gestión del desarrollo local y comunitario que tome en cuenta la perspectiva de los pueblos indígenas;
- + en la investigación participativa que identifique instrumentos y metodologías adecuadas para el trabajo con las comunidades indígenas y étnicas del país;
- + en la instrumentalización del enfoque intercultural de la salud en el desarrollo de recursos humanos y modelos de atención.

Entre las acciones específicas se recomienda:

- + La realización de un curso sobre Salud Indígena e Interculturalidad de 40 horas de duración, dirigido a profesionales claves de los mandos nacionales e intermedios del sistema de salud, líderes indígenas, docentes de centros formadores, representantes de gobiernos locales y otros, con el propósito de formar una masa crítica que facilite tanto la comprensión de los procesos que se están dando en Honduras dentro de la perspectiva regional, subregional y nacional, como el desarrollo de marcos conceptuales y estrategias en la operacionalización del enfoque intercultural de la salud en Honduras.
- + El establecimiento de grupos de trabajo con las diferentes Unidades Técnicas que faciliten el abordaje de áreas prioritarias y la discusión sobre la posible adaptación y ajustes de estrategias y proyectos en curso. Por ejemplo, la salud del niño y la madre indígena, enfermedades como malaria, Chagas, tuberculosis y dengue en po-

blaciones indígenas; el desarrollo de estrategias de curación, prevención, promoción y rehabilitación en contextos multiculturales; plantas medicinales en la atención primaria de salud; la medicina indígena, sus prácticas y terapeutas dentro de la atención de salud de la población de Honduras; capacitación de los recursos humanos indígenas y no indígenas en el abordaje intercultural de la salud, etc.

- + En cuanto a la incorporación del abordaje intercultural de la salud en los programas de capacitación del personal de salud, se recomienda:
  - Promover la participación de las universidades y centros académicos en el desarrollo conceptual y metodológico del enfoque intercultural de la salud y en las acciones pertinentes a la salud integral de los pueblos indígenas y etnias de Honduras.
  - Promover la participación de los terapeutas indígenas, usuarios de los servicios de salud, docentes de los cursos de formación de auxiliares de enfermería y otros.
  - Facilitar acciones que permitan revisar el contenido y la metodología de los cursos de capacitación de auxiliares de enfermería
  - Promover alianzas a través de convenios entre la secretaría de salud y los centros académicos. Por ejemplo, con la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y con otras universidades privadas, con las escuelas de ciencias médicas de San Pedro Sula. Estos convenios oficializarían esta coordinación y permitirían la generación de becas para estudiantes indígenas, el intercambio de experiencias y la asesoría técnica continua.

### 3) Análisis de las condiciones de vida y estado de salud de los pueblos indígenas: Sistemas de información, detección y abordaje de inequidades

En esta línea se propone el desarrollo de un sistema de información que proporcione los datos necesarios que permitan la identificación de prioridades y el análisis y evaluación del impacto de las acciones en favor de los pueblos indígenas.

Entre las acciones específicas se recomienda:

- + En coordinación con la CONPAH, la sistematización de los datos disponibles sobre indicadores demográficos, epidemiológicos y de acceso y cobertura, para facilitar su difusión y utilización en materia de salud.
- + Incorporar en el análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas y etnias variables que apoyen a la comprensión global y los condicionantes políticos, económicos, sociales y culturales que influyen en la salud de estos pueblos.
- + Promover acciones que faciliten la identificación de indicadores de calidad que tomen en cuenta, además de la excelencia técnica, la satisfacción del usuario. De igual manera, la identificación de indicadores de acceso en términos geográficos, económicos y culturales.

4) Mejoramiento de las condiciones ambientales en las comunidades indígenas, con énfasis en agua y saneamiento.<sup>21</sup>

Con esta línea de trabajo se busca contribuir en la disminución de los riesgos de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales, principalmente los relacionados con el acceso y calidad del agua, saneamiento básico, hábitos higiénicos y otros, favoreciendo la participación comunitaria y el desarrollo de tecnologías apropiadas.<sup>22</sup>

Entre otras acciones se recomienda:

- + Promover programas de capacitación para la movilización de recursos, preparación de proyectos de agua, saneamiento básico y análisis de los índices de salud ambiental.
- + Favorecer el contacto de las organizaciones y líderes indígenas con las instituciones públicas y privadas relacionadas con el agua y saneamiento básico, mediante seminarios, foros, talleres y reuniones de concertación.
- + Impulsar proyectos demostrativos de agua y saneamiento básico con la promoción y difusión de metodologías y tecnologías apropiadas.
- + Promover acciones de vigilancia de la calidad del agua y de los hábitos de higiene individual, familiar y comunitaria.

5) Modelos de atención: Caracterización de los pueblos indígenas y etnias

En esta línea se propone el reconocimiento al carácter multiétnico, pluricultural y plurilingüe de la población de Honduras y la necesidad de conocer las particularidades de los nueve pueblos indígenas y etnias que forman parte de la población del país.

Entre las acciones específicas se recomienda:

- + Facilitar acciones que permitan la caracterización de los pueblos indígenas y etnias del país, en cuanto a su localización geográfica (aislamiento geográfico, comunidades fronterizas, etc.), formas de vida, alimentación, nutrición, medicina indígena, recursos comunitarios, etc.
- + Recuperar trabajos de investigación y socializarlos con la comunidad de tal manera que sean aprovechables en la comprensión de la dinámica de estos pueblos y en la identificación de estrategias de atención a su salud.
- + Promover actividades que faciliten el trabajo en la interculturalidad con las diferentes Unidades Técnicas de la Secretaría de Salud y mandos intermedios en cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de servicios de Salud (PRONAS-

---

21 En el marco del proyecto "La salud de los pueblos indígenas: Mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en las comunidades indígenas, patrocinado por la OPS/OMS y GTZ, mediante el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, CEPIS, septiembre de 1999.

22 Por tecnología apropiada se entienden aquellas operaciones o procesos de trabajo que se ajustan a las condiciones culturales y capacidades de las poblaciones indígenas para resolver problemas de agua y saneamiento básico.

SA)<sup>23</sup> que básicamente se encaminan al logro del bienestar de la población del país.

- + La información disponible sobre la salud de la mujer indígena indica las precarias condiciones en las que ella se desenvuelve, por lo cual se recomienda impulsar un análisis que determine acciones coordinadas entre las propuestas del enfoque intercultural de la salud y del enfoque de género.
- + Promover acciones que permitan ampliar el conocimiento de las plantas medicinales como parte integral de la cultura de los pueblos indígenas y etnias del país y su rol preponderante particularmente en la atención primaria de salud.
- + Promover la coordinación y el fortalecimiento de las diferentes Unidades Técnicas involucradas en el desarrollo de la medicina indígena y reactivar la Unidad Técnica de Medicina Natural dentro de la Secretaría de Salud

## 6) Intercambio de experiencias

Como un proceso de aprendizaje y fortalecimiento mutuo, en esta línea se promueve la difusión y el intercambio de las experiencias que se han desarrollado en Honduras, tanto dentro del país desde diferentes instituciones y sectores, como entre los diferentes países de Centroamérica y de la Región de las Américas en su totalidad.

Entre las acciones específicas se recomiendan:

- + Promover acciones que faciliten el intercambio de conocimientos y experiencias tanto dentro de la Secretaría de Salud entre las diferentes Unidades Técnicas y otras instituciones, por ejemplo con la Fiscalía de las Etnias, como entre las diferentes áreas de salud y pueblos indígenas y no indígenas del país.
- + Difundir información sobre la experiencia de Honduras entre los países de la Región de tal manera que facilite la identificación de áreas comunes que determinen acciones puntuales de cooperación técnica y la formulación de proyectos de cooperación técnica multipaís.

---

23 El Programa Nacional de Servicios de Salud (PRONASSA) es la Unidad Técnica Normativa dedicada exclusivamente a la construcción de Obras Civiles. El Departamento de Atención de las Etnias, actualmente coordina con PRONASSA la ejecución de 15 Centros de Salud. Anteriormente, 26 Centros de Salud fueron construidos en zonas de alto porcentaje de población indígena por el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) en el marco de la negociación gubernamental.



## 8. Avances hasta la fecha

### 8.1 Ampliación y fortalecimiento de las alianzas entre el Gobierno de Honduras y los pueblos indígenas y etnias del país

En seguimiento a las recomendaciones de la Misión Técnica Conjunta OPS/Servicio de Salud Indígena de los E.U.A. (Indian Health Service) realizada del 18 al 24 de julio de 1999, se celebró el I Foro sobre Salud Indígena e Interculturalidad. El Foro fue organizado por la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras y la Secretaría de Salud con el apoyo del Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud AS-DI/OPS/OMS, la Representación de la OPS/OMS en Honduras y la Oficina Central de la OPS en Washington.

Este Foro fue considerado como una expresión de la voluntad política de los pueblos autóctonos de Honduras, de la Secretaría de Salud y de otras instituciones involucradas en los procesos de convergencia nacional iniciados en julio de 1994 y fortalecidos por la administración del presente gobierno.

El Foro contó con la asistencia de 70 participantes entre los cuales estaban representantes del nivel nacional y local del Ministerio de Salud, OPS/OMS, Honduras, OPS/OMS, Washington, Universidad Pedagógica, la CONPAH y representantes de los nueve pueblos indígenas de Honduras: Lenkas, Pech, Garífunas, Chortís, Tawahkas, Tolupanes o Xicaques, Misquitos, Nahuatl y la población negra de habla inglesa (Anexo 5: Lista de Participantes).

En la sesión inaugural estuvieron presente el Dr. Plutarco Castellanos, Ministro de Salud, el Dr. Miguel Machuca, en Representación de la OPS/OMS, Honduras; la Sra.

Ellenor Eckman, Representante del Gobierno de Suecia en Honduras, el Sr. Justo Jiménez, Presidente de la Comisión de Asuntos Etnicos del Congreso Nacional y el Sr. Natán Pravia, en representación de la CONPAH. Todos en sus palabras reafirmaron el



Dr. Jorge Medina, Director de la División de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, Sra. Ellenor Eckman, Representante del Gobierno de Suecia en Honduras, Sr. Justo Jiménez, Presidente de la Comisión de Asuntos Etnicos del Congreso Nacional, Dr. Plutarco Castellanos, Ministro de Salud; Dr. Miguel Machuca, Representante interino de la OPS/OMS; Prof. Natán Pravia. Representate Indígena de CONPAH. Foto:

compromiso del gobierno, de la cooperación internacional y de la organización de pueblos autóctonos con los pueblos indígenas y negros del país.

El propósito del Foro fue facilitar la comprensión de los procesos que se están desarrollando en el país desde la perspectiva nacional e internacional, así como la revisión de los marcos conceptuales y estrategias para la operacionalización del enfoque intercultural de la salud en Honduras a través de un proceso de trabajo conjunto, multidisciplinario e intersectorial, con plena participación de los pueblos indígenas y etnias del país.

En cuanto a la metodología, ésta incluyó exposiciones magistrales, trabajo grupal y plenarias. El trabajo grupal del segundo día tuvo como referencia preguntas guía preparadas con anterioridad. En cada uno de los componentes de la Agenda se contó con sesiones de preguntas y comentarios por parte de los participantes.



Iris Aquino, Pueblo Chortí. Foto: Rocío Rojas, 2002

Cabe resaltar la participación de los representantes indígenas en cada una de las sesiones de trabajo, particularmente en aquellas relacionadas con la caracterización de los pueblos indígenas y etnias, los procesos de convergencia y el liderazgo indígena.



Las sesiones de trabajo abordaron las siguientes áreas temáticas:

- + Salud de los pueblos indígenas y negros de Honduras.
  - Caracterización de los pueblos indígenas y negros de Honduras.
  - Perspectiva sociocultural de la mortalidad materna.
  - El enfoque intercultural de la salud como una estrategia de promoción de la salud.

- + Procesos de convergencia nacional
  - Avances del proceso de convergencia nacional
  - Avances del enfoque intercultural en la formación de recursos humanos
  - Apoyo al proceso de aplicación del enfoque intercultural: Proyecto ASDI/OPS e intercambio de experiencias
- + Perspectiva internacional
  - Políticas, acuerdos, declaraciones a favor de los pueblos indígenas
  - Liderazgo indígena
- + Enfoque intercultural de la salud
  - Multiculturalidad e interculturalidad
  - Medicina indígena y medicina occidental

Los acuerdos de los participantes del Foro se agruparon en cuatro líneas estratégicas congruentes con el Plan de Acción del Departamento de Atención de las Etnias:

1. Promoción de la interculturalidad
2. Fortalecimiento de los recursos humanos para la aplicación del enfoque intercultural de la salud
3. Investigación que apoye a la caracterización de los pueblos indígenas y negros del país
4. Caracterización de los modelos de salud de los pueblos indígenas y negros

A continuación se especifican los acuerdos logrados por los pueblos participantes en cada una de las líneas estratégicas:

#### 1) Promoción de la interculturalidad

- + Honduras es un país multiétnico, multilingüe y pluricultural, por lo tanto, se acuerda fomentar la realización de eventos que muestren esta riqueza cultural hondureña y que a la vez contribuyan a la valorización, al intercambio y al mejor conocimiento entre las culturas con la participación de los diferentes sectores involucrados en el bienestar de estos pueblos, particularmente de las instancias gubernamentales y de los mismos pueblos indígenas y negros.
- + Honduras ha ratificado varios acuerdos internacionales que favorecen a los pueblos indígenas y negros y que promueven la interculturalidad, en este sentido, se acuerda hacer seguimiento y evaluar los esfuerzos llevados en la implementación de los mismos, particularmente del Convenio 169 de la OIT y de las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 de la OPS/OMS.
- + La lucha permanente de los pueblos indígenas y negros no solamente ha beneficiado a sus comunidades sino que ha contribuido al bienestar de la sociedad nacional, por lo cual se acuerda reconocer las contribuciones de estos pueblos en el desarrollo del país.

- + En muchas comunidades indígenas las tradiciones, costumbres y conocimientos se hallan en peligro de desaparecer, por lo cual se acuerda promover acciones que fortalezcan la identidad y cultura de los pueblos indígenas y negros, especialmente entre los niños y jóvenes de estos pueblos.
- + El trabajo coordinado entre el Departamento de Atención de las Etnias de la Secretaría de Salud y las Organizaciones Indígenas tiene logros importantes, su fortalecimiento favorecerá la promoción de la interculturalidad hacia las comunidades que se están integrando a los procesos de trabajo conjunto. En este sentido se acuerda identificar personas responsables del área de salud en cada una de las organizaciones indígenas locales para que sean el enlace con las respectivas dependencias y niveles tanto de la Secretaría de Salud como de otras dependencias gubernamentales y la sociedad civil, incluyendo los medios de comunicación. Esto además beneficiará el impulso de procesos de sensibilización y la movilización de recursos técnicos y financieros.
- + Los pueblos indígenas y negros de Honduras comparten problemas similares, por lo cual se acuerda fomentar las alianzas entre ellos como una estrategia de fortalecimiento y revitalización de las culturas.

## 2) Fortalecimiento de los recursos humanos para la aplicación del enfoque intercultural de la salud

- + La mayoría de puestos en los niveles de decisión y ejecución están ocupados por personas no indígenas, por lo cual se acuerda promover la incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de capacitación dirigidos al personal indígena y no indígena que forma parte del equipo de salud, tanto al nivel nacional como local.
- + El analfabetismo es un problema que afecta a la mayoría de comunidades indígenas y negras. La falta de recursos humanos locales capacitados influye en la dificultad de dar continuidad al trabajo con estas poblaciones, por lo que dentro de los procesos de convergencia, se acuerda promover acciones que faciliten el acceso de los niños y adultos de los pueblos indígenas y negros a la educación, incluyendo la obtención de becas que beneficien a estos pueblos. De igual manera, se acuerda fomentar acciones para la formulación de políticas que beneficien a los recursos humanos capacitados de los pueblos indígenas y negros en su permanencia en la comunidad.
- + La salud de la población indígena y negra es el resultado de las decisiones que recaen tanto en el ámbito del sector salud como en otros sectores, en este sentido, se acuerda promover la capacitación continua del personal de salud y diversificarla al personal de otras disciplinas.
- + El conocimiento sobre el estilo de vida de las comunidades indígenas y negras, al igual que la comprensión de sus prácticas en el mantenimiento y restauración de la salud por parte del personal de salud son limitados, por lo cual se acuerda impulsar acciones que permitan incorporar el conocimiento sobre las características socio-culturales de la población en los programas de formación y capacitación del personal de salud.

- + En muchas comunidades indígenas el único recurso de salud permanente son los terapeutas indígenas y ancianos, en este sentido, los participantes al I Foro acuerdan reconocer las contribuciones de los ancianos, parteras, ditalias, buyes, sukias, huatás en la salud de la comunidad e impulsar acciones para fortalecerlos y promover la permanencia de sus conocimientos y prácticas.
- 3) Investigación que apoye a la caracterización de los pueblos indígenas y negros del país
- + En la mayoría de estudios los pueblos indígenas y negros han sido objeto y no sujetos de las investigaciones, por lo tanto los participantes del Foro acuerdan generar mecanismos que permitan a estos pueblos ser partícipes activos en el diseño, implementación y evaluación de los estudios de investigación que los involucran.
  - + El idioma de los pueblos es parte fundamental de su cultura e identidad, por lo cual se acuerda promover acciones que faciliten el aprendizaje de los idiomas nativos por parte de la población indígena y no indígena, particularmente del personal de salud que labora en zonas de alta población indígena y negra.
  - + El conocimiento indígena se basa en la visión holística de la salud, es decir, incluye conocimientos sobre la conservación del medio ambiente, agricultura, nutrición, veterinaria, y sobre el diagnóstico, tratamiento, prevención y pronóstico de las enfermedades, así como sobre la rehabilitación, prevención y promoción de la salud. En este sentido, en la caracterización de los pueblos indígenas y negros del país, los conocimientos sobre sus prácticas curativas y las propiedades de las plantas medicinales serán documentados en el contexto de la cosmovisión indígena y no de una forma aislada.
  - + El conocimiento sobre los estilos de vida de los pueblos indígenas y negros apoyará la adaptación de los modelos de salud a la realidad de estas comunidades.
  - + Los cambios en la dinámica de las comunidades han generado en muchas de ellas mayor pobreza, afectando particularmente a los niños, mujeres y adultos mayores. En este sentido, se acuerda favorecer estudios que permitan el mejor conocimiento de la estructura social de la comunidad, los factores que están impactando negativamente en su vida, y la comprensión del enfoque de género, la socialización infantil y la atención al adulto mayor en estas comunidades.
  - + La operacionalización del enfoque intercultural de la salud presenta retos en la generación de paradigmas complementarios y nuevos que apoyen la incorporación de la perspectiva y conocimiento dentro de los modelos de atención. En esta tarea, se acuerda promover estudios de investigación que contribuyan a la formulación de metodologías e instrumentos que aporten a esta ampliación de paradigmas del denominado método científico, y a la aplicación del principio de propiedad intelectual colectiva en un contexto de respeto a la diversidad cultural.
- 4) Caracterización de los modelos de salud de los pueblos indígenas y negros
- + Muchos de los documentos escritos sobre los pueblos indígenas y negros se hallan en idiomas extranjeros, por lo cual se acuerda emprender acciones que tiendan a la recuperación, sistematización y devolución de esta información a los pueblos.

- + Por lo general, los estudios de investigación sobre los pueblos indígenas y negros han sido elaborados con fines académicos, pero por el formato y lenguaje usados no son accesibles a estas comunidades. En este punto, se acuerda realizar un trabajo conjunto de adaptación de la información existente para hacerla accesible y útil a las necesidades de las comunidades.
- + La investigación en cuanto a los conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas respecto al mantenimiento y restauración de la salud es incipiente, por lo cual se acuerda promover estudios que con la participación activa de estos pueblos, recojan la perspectiva indígena de los conceptos de salud y enfermedad, y que promuevan la incorporación de las medicinas indígenas y negras en los modelos de atención.
- + El cuidado de la madre y del niño indígena merece especial consideración en la cultura de los pueblos indígenas y negros, por lo cual se acuerda apoyar estudios que faciliten la comprensión del cuidado de su salud dentro de un contexto que promueva el bienestar de los individuos, la familia, la comunidad y el pueblo como tal.
- + En la formulación de los modelos de atención de la salud de los pueblos indígenas y negros, tanto el conocimiento de su cosmovisión como el conocimiento sobre los indicadores demográficos, socioeconómicos, de acceso y epidemiológicos son de crucial importancia. Lamentablemente, la información disponible es incompleta y enmascara las reales condiciones de estos pueblos. Por lo tanto, se acuerda promover acciones que faciliten la ampliación de la información existente, la incorporación de la perspectiva sociocultural en los análisis de las condiciones de vida y salud de estos pueblos, y la incorporación de la variable de etnia en los sistemas de información.



Ceremonia Miskito. Clausura I Foro Nacional sobre Interculturalidad y Salud, 5-7 de Julio, 2000. Tegucigalpa, Honduras. Foto: Rocío Rojas.

## 8.2 Formación y desarrollo de recursos humanos

### Antecedentes

#### Formación de Auxiliares de Enfermería Indígena.<sup>24</sup>

Como parte de los programas regulares que a través del tiempo ha impulsado la Secretaría de Salud, de las escuelas formadoras de auxiliares de enfermería de Honduras han egresado permanentemente recursos humanos procedentes de los pueblos indígenas y negros, los cuales están en distintas zonas del país prestando sus servicios profesionales. Sin embargo, es hasta 1995 como producto de las demandas realizadas por las organizaciones y líderes autóctonos nacionales, que se da un salto cualitativo para reconocer las condiciones y necesidades culturales particulares de los pueblos indígenas. En este año, se logró incorporar a los centros formadores de San Pedro Sula y de Choluteca a 13 estudiantes Lenca procedentes de la Campa y Guajiquiro.

A partir de estas experiencias y utilizando la estrategia de “cursos emergentes, descentralizados”, se creó el primer curso de auxiliares de enfermería indígena con sede en la Esperanza Intibucá, de donde egresaron 29 profesionales del pueblo Lenca. A pesar de que dicho curso fue negociado por los indígenas el proceso de selección privilegió los recomendados por otras entidades ocasionando malestar y pérdida de credibilidad en los líderes indígenas.

En 1998 se desarrolló una segunda experiencia con 26 estudiantes del pueblo Tolupán realizado en la Tribu El Palmar, Municipio de Morazán en el Departamento de Yoro. A pesar de que se contó con el apoyo político central y de los mandos intermedios de la Secretaría de Salud, no fue evidente el soporte técnico, político y logístico del personal de salud local, lo cual generó serias limitaciones para el desarrollo normal del programa.

El grupo era mixto conformado por indígenas y estudiantes mestizos. Las manifestaciones de grandes diferencias culturales influyeron negativamente en la armonía normal del curso. Las organizaciones y líderes indígenas mostraron alto interés por el proyecto y asignaron recursos adicionales de apoyo a los estudiantes, pero no los suficientes como para evitar el malestar de sus recomendados. El Huracán Mitch inundó por completo el lugar donde se desarrollaba el curso obligando a dar por finalizado el evento un mes antes del tiempo previsto. Catorce fueron los egresados de los cuales la mitad son Tolupanes.

Simultáneamente, en la zona de la Mosquitia, en el Municipio de Ahuas, en coordinación con la iglesia y Clínica Moraba, se desarrolló, con más éxito, otro curso de donde egresaron 29 profesionales. Este curso se desarrolló con poco apoyo central, con escasos recursos, pero con un gran compromiso local, tanto de sus docentes como del personal de salud. Los contenidos educativos, en su mayoría se desarrollaron con tra-

<sup>24</sup> Lic. Adan Barahona Pineda y Licda. Zonia Castellanos López, Departamento de Atención a las Etnias de la Secretaría de Salud, “Resumen Ejecutivo de las Experiencias de Formación de Auxiliares de Enfermería Indígena de Honduras”. Tegucigalpa, MDC, Octubre de 1999.

ducción simultánea a su idioma nativo, pues tanto las docentes como los estudiantes pertenecían al mismo pueblo Misquito.

En los actuales momentos se están ejecutando cinco cursos de auxiliares de enfermería indígena con aproximadamente 70 estudiantes de los pueblos Lenca, Chortí, Tolupán y Misquito. En todos ellos se está haciendo un esfuerzo para incorporar el enfoque intercultural,

Sin embargo, persiste resistencia para reconocer y estudiar los sistemas tradicionales de salud, el papel de los médicos tradicionales, las comadronas, el uso de las plantas medicinales y otros valores y creencias de nuestros pueblos sobre el proceso salud enfermedad.

A continuación se describen los pasos seguidos en la organización e implementación del Primer Curso Descentralizado de Formación de Auxiliares de Enfermería Garífuna, el cual fue concertado entre la Secretaría de Salud, la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) y la Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH).

El proceso de formación que tendrá una duración de 11 meses, se inició en el mes de marzo de 2000 en Trujillo, Departamento de Colón. El curso capacitará a 30 aspirantes de la Etnia Garífuna procedentes de los departamentos de Colón y Atlántida de la Región de Salud #6, correspondientes a las Áreas de Salud 1, 2, 3 y 5. El enfoque intercultural está siendo desarrollado como un eje transversal y se espera que estos líderes garífunas, una vez formados, regresen a sus comunidades a prestar sus servicios, convirtiéndose así en entes de salud de sus propias comunidades.

Las lecciones aprendidas en los cursos anteriores de formación de auxiliares de enfermería han beneficiado tanto los mecanismos seguidos en la negociación y concertación con los diferentes niveles de responsabilidad, como en la incorporación de los contenidos de los cursos.



Firma de los Acuerdos para la realización del Curso de Auxiliares Garífunas. De izquierda a derecha, segunda de la fila, Lic. Telma Gotay, Directora del Curso; Dr. Carlos Samayoa, Representante de OPS/OMS Honduras; Dr. Plutarco Castellanos, Ministro de Salud de Honduras; Sra. Gregoria Flores, Presidenta de OFRANEH y Dr. Rafael Mejía Borjas, Director de la Región

La responsabilidad en la ejecución de este curso es compartida entre instancias del nivel central, regional y de área. A nivel central los responsables de este curso son los Proyecto de Extensión, Consolidación y Profundización del Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud, 1999-2002, ASDI/OPS/OMS, y por la Secretaría de Salud son la Unidad de Formación y Capacitación de Recursos Humanos y el Departamento de Atención a las Etnias. A nivel regional los responsables son la Región de Salud No. 6, la Escuela de Auxiliares de Enfermería de La Ceiba, y a nivel local los responsables son las Áreas de Salud No. 1, 2, 3 y 5 y la Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH).

El objetivo del curso es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las comunidades garífunas, principalmente aquellas de los departamentos de Colón y Atlántida, mediante la formación de auxiliares de enfermería en su contexto cultural, como respuesta a los compromisos contemplados en el plan de convergencia contraído entre el Gobierno y la Etnia Garífuna.



Estudiantes y docentes del Curso de Auxiliares Garífunas. Enfrente, primera de la fila, Sra. Gregoria Flores, Presidenta de OFRANEH. Al fondo de izquierda a derecha, Lic. Adán Barahona; Dr. Marco Antonio Pavón Ponce, Alcalde Municipal de Trujillo; Dr. Plutarco Castellano, Ministro de Salud; Dr. Carlos Samayoa, Representante de OPS/OMS Honduras y Dr. Rafael Mejía Borjas, Director de la Región de Salud Seis.

En cuanto a la metodología, este es un curso descentralizado con sede en la ciudad de Trujillo, en el departamento de Colón. Se enmarca en los lineamientos del currículum oficial de la Secretaría de Salud, prioriza la participación social e incorpora el enfoque de interculturalidad como eje integrador del proceso educativo que abarca contenidos en epidemiología, seguridad alimentaria nutricional, administración y atención integral en los servicios de salud, ecología y ambiente.

El currículum de formación está siendo adaptado progresivamente de acuerdo a la situación de salud y al perfil epidemiológico de la población, así como a las necesida-

des del alumno. El programa educativo hará énfasis en la atención a la mujer, al niño, al adulto, al adulto mayor y a otros grupos prioritarios. Los contenidos se desarrollan bajo el enfoque de la problematización, fundamentado en el análisis de la población y la incorporación del enfoque biopsicosocial.

En el desarrollo del curso se han planteado dos momentos en la formación de los estudiantes:

- + El momento teórico conceptual (concentración), el cual se desarrollará en los recintos del espacio físico seleccionado.
- + El momento práctico (dispersión) que se realizará bajo el enfoque estudio/trabajo en las comunidades y servicios de salud local.

Los momentos de concentración y dispersión dependerán de los alcances y destrezas alcanzadas por los estudiantes que seguirán los lineamientos establecidos y el tiempo asignado para cada unidad de estudio. Durante los momentos de práctica (dispersión), los estudiantes se trasladarán a las unidades de salud ubicadas en zonas garífunas, bajo la supervisión del personal de salud de los servicios locales, con el fin de fortalecer el proceso de aprendizaje práctico. Las autoridades y personal de las Áreas de Salud No. 1, 2, 3 y 5 de la Región de Salud No. 6, actuarán como facilitadores en los momentos de concentración y dispersión de acuerdo a las necesidades definidas por la coordinación y comité técnico conductor del proceso.

En cuanto a la evaluación, la responsabilidad de acreditar el rendimiento de los estudiantes será de los profesionales de enfermería responsables del curso mediante registros e instrumentos de evaluación teóricos, prácticos y otros. Además, se elaborarán informes periódicos para las instituciones involucradas y al final del servicio social se extenderá un diploma que los acreditará como Auxiliares de Enfermería. La evaluación y sistematización del proceso son igualmente importantes, al final del curso se elaborará un informe con la sistematización y análisis del mismo.

En cuanto a la selección de los estudiantes, ésta se realizó en tres fases:

A) Fase de postulación de los candidatos

Esta acción se realizó en coordinación con OFRANEH y la Escuela de Auxiliares de Enfermería de la Ceiba. Se hizo en base a los requisitos previamente concertados entre la Unidad de Recursos Humanos, el Departamento de Atención a las Etnias, los proyectos involucrados, la Región de Salud No. 6, las Áreas No. 1, 2, 3 y 5, la Escuela de Auxiliares de Enfermería de La Ceiba y la OFRANEH.

Requisitos de selección concertados:

1. Edad de 18 a 35 años.
2. Ser hondureño.
3. Haber aprobado sexto grado.
4. Ser originario y residente de las comunidades garífunas.

5. Aprobar exámenes de conocimientos y examen psicológico.

B) Fase de selección.

Esta fase se llevó a cabo con el apoyo técnico de los docentes de la Escuela de la Ceiba, con el acompañamiento del nivel central, regional, áreas de salud y la OFRANEH. La comisión de preselección presentó un informe de cada aspirante el cual incluyó nombre completo, nombre de los padres, situación socioeconómica y probabilidades de apoyo al estudiante por parte de su familia y la comunidad.

En las pruebas de selección, se consideró imprescindible la realización del examen psicométrico para determinar vocación, personalidad y coeficiente intelectual del estudiante. Los resultados de esta prueba fueron presentados al comité técnico conductor de este curso, instancia responsable de determinar la selección de los candidatos.

C) Fase de incorporación del estudiante.

Con la participación de los estudiantes se desarrolló un curso propedéutico de orientación preparatoria que les permitió conocer la magnitud y trascendencia del curso, al igual que las responsabilidades y compromisos individuales y colectivos.

La OFRANEH y los miembros del comité técnico analizaron el reglamento interno del curso y cada estudiante firmó una acta especificando sus compromisos durante y después del período de formación. De igual forma la OFRANEH, el Director Regional, los Jefes de Areas, la Unidad de Recursos Humanos, el Departamento de Atención a las Etnias y el Proyecto ASDI/OPS II etapa, estudiaron la carta de entendimiento firmada al inicio del curso y formularon un cronograma de trabajo de apoyo. De esta manera se garantizó la participación y transparencia en la ejecución del curso.

Para la coordinación, conducción y evaluación del proceso de educación se estableció un comité integrado con representantes de:

- + Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos.
- + Escuela de Auxiliares de La Ceiba.
- + Departamento de Atención a las Etnias.
- + Proyecto de Extensión, Consolidación y Profundización del Proceso Nacional de Acceso a los Servicios de Salud, II Etapa.
- + Región de Salud #6 y áreas de salud.
- + OFRANEH.

La pobreza es uno de los factores que limitan el acceso de la población indígena y negra a la educación. Las necesidades de financiamiento de los participantes de este curso han sido en parte cubiertas por becas y otros incentivos. La Secretaría de Salud otorgó a cada estudiante una beca por la duración del curso por un valor de 300 lempiras mensuales. Dicha beca fue tramitada cuando se conocieron oficialmente los nombres de las personas seleccionadas a través del comité de selección.

Reconociendo que el grupo de estudiantes eran personas de escasos recursos económicos, que permanecen fuera de su hogar durante el proceso de aprendizaje, y que incurren en gastos extraordinarios que sus familias afrontan con mucha dificultad, se concertaron recursos adicionales con las alcaldías, OFRANEH y otros para cubrir los gastos de alojamiento y alimentación.

Dada las características propias de estos estudiantes y la forma descentralizada del curso, se acordó contratar dos enfermeras profesionales, una para que asuma la responsabilidad directa de coordinar y desarrollar actividades docentes y otra como apoyo asistencial. Para el desarrollo teórico y práctico del curso la distribución del material de oficina, papelería, material de consulta y el equipo básico necesario, ha sido asumida por la Secretaría de Salud y la OFRANEH.

El contenido curricular se desarrolló en base a los lineamientos del curriculum de auxiliares de enfermería de la Secretaría de Salud y está siendo adaptado de acuerdo al perfil epidemiológico y social de las comunidades garífunas, incorporando el enfoque de la interculturalidad en salud.

El contenido curricular consta de dos cursos iniciales de orientación e inducción (Curso propedeútico y Curso de inducción) y 10 unidades o módulos temáticos, todos ellos desarrollados bajo la modalidad de estudio/trabajo, utilizando la metodología participativa, análisis y formas de abordar los problemas sociales en salud: 1) Realidad nacional, 2) Epidemiología, 3) Participación social, 4) Enfoque intercultural 5) Seguridad alimentaria nutricional, 6) Ecología y ambiente, 7) Atención integral a la mujer, 8) Atención integral al niño(a), 9) Atención al adulto y tercera edad, 10) Administración de los servicios de salud y atención integral en salud (El detalle de las 10 unidades consta en el Anexo 6).

Los auxiliares de enfermería deben cumplir un período de servicio social cuando obtienen su diploma. La Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud y la Región de Salud No. 6 son responsables de hacer un seguimiento en este período con el propósito de consolidar el aprendizaje y mantener la direccionalidad y calidad de la atención esperada.

## 8.3 Intercambio de experiencias

### Misión de Observación MINSA-COMPAH-OPS

En cumplimiento de las acciones concernientes a la línea estratégica No.5: Intercambio de Experiencias, del 6 al 8 de abril del año 2000 se realizó una misión de observación a las instalaciones y proyectos del Indian Health Service (IHS) en el Estado de Arizona. Esta misión obedeció a las recomendaciones de la Misión Conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos, Indian Health Service, que prestó cooperación técnica en Honduras en julio de 1999. El Dr. Michael Trujillo, Asistente del Cirujano General de los Estados Unidos, Director del Servicio de Salud Indígena del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos extendió una invitación oficial a la OPS y al Ministerio de Salud de Honduras y a la CONPAH.



Integrantes de la Misión de Observación MINSA-COMPAH-OPS. De izquierda a derecha: Dr. Ramón Pereira, Sr. Natán Pravia, Dra. Rocío Rojas, Lic. Adán Barahona, Ing. Emilio Ramírez, Dr. Craig Vanderwagen (Dr. Humberto Jaime-Alarid). Además: Dr. Wayne Mitchell, Dr. George Pauk. Foto: Rocío Rojas, 2000

El objetivo de esta misión fue conocer los procesos que han llevado a la implementación de políticas de apoyo en el desarrollo de los pueblos indígenas de los Estados Unidos e identificar áreas de interés común para la futura colaboración interinstitucional.

A continuación se resumen las conclusiones y recomendaciones de esta misión:

## Conclusiones

1. Si bien los procesos históricos que han seguido los pueblos indígenas de los Estados Unidos difieren de aquellos presentes en Honduras, la lucha permanente por sus derechos es un aspecto común entre los pueblos indígenas de estos países y en toda la Región.

2. Aunque algunos indicadores muestran brechas de inequidad entre la población indígena y la población mayoritaria de los Estados Unidos, la presencia y aplicación de los mandatos constitucionales que favorecen a los pueblos indígenas han apoyado el desarrollo económico, social y político de estos pueblos en los Estados Unidos. En el caso específico de la salud, la relación de naciones indígenas con el Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos se originó en 1787 y se basa en el artículo I, sección 8 de la Constitución. Este artículo ha dado forma y contenido a numerosos tratados, leyes, decisiones de la Corte Suprema de Justicia y Decretos presidenciales, por ejemplo, en 1975 la Ley de Autodeterminación dio a los pueblos indígenas la autoridad para administrar varios servicios anteriormente proporcionados por el Consejo de Asuntos Indígenas (educación, salud, oportunidades de empleo, provisión de programas de agua y saneamiento). En esta aplicación, la formación y desarrollo de recursos humanos indígenas ha sido un aspecto crucial.

3. En el caso de la organización y provisión de sistemas y servicios de salud, el Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos tiene retos similares a los que afrontan los Ministerios de Salud en los países de América Latina en lo que se refiere a la atención a las poblaciones indígenas, es decir, la superación de barreras geográficas, económicas y culturales. Por ejemplo, existen jurisdicciones geográficamente



Dr. Ramón Pereira, Dr. Humberto Jaime, Ing. Emilio Ramírez. Oficina de Programas de Salud del Servicio Indígena de Phoenix. Foto: Dra. Rocío Rojas, 2000

aisladas y con población dispersa. Además la concepción y percepción de la salud y los estilos de vida de la población indígena de los Estados Unidos son diversos.

4. Aunque estos retos no han sido totalmente superados, las estrategias y acciones identificadas pueden ser una referencia importante para los países de la Región, en este caso para Honduras, en el reto de atender a las poblaciones indígenas.

5. En cada una de las presentaciones, la experiencia de Honduras en la aplicación de las propuestas del Ministerio de Salud en la atención de los pueblos y etnias de este país, fue elogiada por enfatizar en el respeto la diversidad cultural y a la importancia de promover el desarrollo del enfoque intercultural de la salud.

6. La incorporación de la variable etnicidad en los sistemas de información ha apoyado la identificación de inequidades entre los diferentes grupos (afro-americanos, hispanos, indígenas, asiáticos, blancos) que conforman la población de los Estados Unidos. El manejo de la información referente a la población indígena además de haber apoyado el análisis de la situación de los pueblos indígenas, ha facilitado el establecimiento de prioridades, la abogacía entre otros sectores y la movilización de recursos técnicos y financieros.

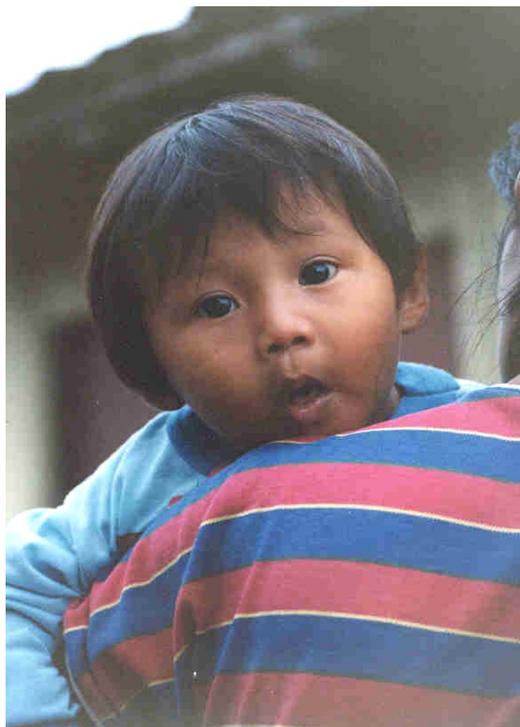
7. La visita a las instalaciones de los Hospitales y centros de salud del IHS, además de ser una oportunidad para conocer avances tecnológicos, fue la ocasión para observar la estructura misma y disposición física de las respectivas salas y espacios de recepción y administración. Igualmente, el Gobierno de Honduras está realizando acciones para obtener un uso más eficiente de recursos en la construcción de centros de salud, este conocimiento adquirido por el Servicio de Salud Indígena es una importante referencia en estos esfuerzos.

#### Recomendaciones:

1. Es importante continuar la cooperación técnica entre E.U.A. y Honduras, por lo cual se recomienda oficializarla a través de un convenio. El convenio privilegiará la capacitación de los recursos humanos, el desarrollo de los sistemas de información y de las estructuras sanitarias que hagan uso eficiente del espacio.

2. Encontrar los procesos idóneos para que el Servicio de Salud Indígena de los E.U.A. (IHS) ejerza funciones de Centro Colaborador en Salud Indígena debido a su experiencia y trayectoria de colaboración con la OPS.

3. Iniciar los mecanismos políticos, técnicos y legales para propiciar un modelo de hermanamiento entre etnias de Honduras y naciones indígenas de los Estados Unidos.



Los avances hasta la fecha incluyen además acciones que promueven la incorporación de la perspectiva sociocultural, tanto en los análisis de las condiciones de vida y salud de estos pueblos, como en la formulación de estrategias y metodologías dirigidas a abordar la problemática de salud que afecta a los pueblos indígenas y negros del país. En este marco se destaca la necesidad de comprender, valorar y respetar los recursos, conocimientos y terapeutas comunitarios y su contribución en la restauración y mantenimiento de la salud de la población. Niño Pech. Foto: Ismael Soriano, 2000.

Aunque los datos disponibles sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas y negros de Honduras ilustran la situación de pobreza y marginación en la que se encuentran todavía muchas de éstas comunidades, desde 1996 los procesos de convergencia nacional tendientes a contribuir al bienestar de estos pueblos se han visto fortalecidos. En esta perspectiva se reconoce el rol del liderazgo indígena como fundamental.

# Anexo 1: Resolución CD37.R5-OPS

Resolución CD37.R5: "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS"  
Aprobada por la XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

*El Consejo Directivo,*

Visto el Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;

Tomando en cuenta las recomendaciones efectuadas por los participantes en la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993;

Reconociendo que las condiciones de vida y de salud que prevalecen entre una población estimada en unos 43 millones de indígenas en la Región de las Américas son deficitarias, expresándose en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia y aun la acentuación de las desigualdades de las poblaciones indígenas en relación con otros grupos sociales homólogos;

Considerando las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente;

Reconociendo la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, a la biodiversidad y al equilibrio ecológico, y muy especialmente a la salud y nutrición de la sociedad;

Resaltando la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud, y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias, y

Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS) como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas,

## *RESUELVE:*

1. Adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- a) Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;
- b) Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad;
- c) Pongan en marcha las acciones intersectoriales que corresponda en los campos de la salud y el medio ambiente, tanto a nivel del sector oficial como a través de organizaciones del sector no gubernamental (ONG), universidades y centros de investigación que trabajan en colaboración con organizaciones indígenas;
- d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;
- e) Promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en sus países.

3. Solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos, que:

- a) Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas;
- b) Identifique, dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y preste apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;
- c) Coordine el esfuerzo regional para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos, organizaciones y comunidades indígenas, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas de la Organización ya existentes en la Región y en los países, y procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;
- d) Amplíe las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países;
- e) Promueva la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas.

(Aprobada en la  
celebrada el 28



## Anexo 2: Resolución CD37.R6-OPS

### **El XL Consejo Directivo,**

- habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/14);
- reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y
- considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

### **Resuelve:**

- Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la resolución CD37.R5, reafirmar el compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/14.
- Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.
- Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
- Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

*(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 25 de septiembre de 1997).*



# Anexo 3: Borrador del Convenio de cooperación entre la Secretaría de Salud, OPS y la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH)

Nosotros la Secretaría de Salud representada por el *Dr. Plutarco Castellanos*, mayor de edad, casado, con Cédula de Identidad No.....; en su condición de Secretario de Estado en el Despacho de Salud y el señor *José Ernesto Suchite*, mayor de edad, casado, hondureño, con Cédula de Identidad No. ...., en su condición de Presidente de la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras; y ante la presencia del Dr. CARLOS SAMAYOA, Representante de la OPS/OMS en Honduras; el Licenciado GILBERTO SANCHEZ CHANDIA Fiscal especial de las Etnias y el Licenciado JUSTO JIMENEZ Presidente de la Comisión de Asuntos Etnicos del Congreso Nacional, del Convenio 169 de la OIT y de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, así como los acuerdos firmados desde 1994 con las Organizaciones miembros de la Confederación de Pueblos Autóctonos, para atender los problemas de salud y de condiciones de vida de los pueblos indígenas y negros en sus respectivas localidades.

## CONVENIMOS

1. Que el objetivo fundamental de este convenio es lograr un impacto positivo en las condiciones de vida y salud, optimizando el acceso a servicios de salud de los pueblos indígenas y negros de acuerdo a prioridades:
  - + Acuerdos: Trato culturalmente diferenciado de los pueblos indígenas y negros
  - + Tratados: El reconocimiento de Honduras como país multiétnico y pluricultural
2. Que las dos instituciones tienen entre sus fines, propósitos y objetivos lograr el desarrollo social mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr la plena realización humana.
3. Que se reconoce la presencia de nueve (9) pueblos indígenas y negros identificados como lenca, chortí, pech, misquitos, tawahcas, tolupanes, garífunas, negros de habla inglesa, nahoas; distribuidos en los departamentos de Intibucá, Lempira, La Paz, Fco. Morazán, Santa Bárbara, Copán, Ocotepeque, Olancho, Gracias a Dios (La Mosquitia), Cortés, Atlántida, Colón e Islas de la Bahía.
4. Que los suscriptores comparten su aspiración por una sociedad en la cual el respeto a los derechos indígenas, el abordaje culturalmente diferenciado en pro de su salud física, mental, social y espiritual son implementados con auténtica participación ciudadana.
5. Que es de mutuo interés promover acciones e iniciativa en el campo de la educación en diversas áreas científicas y culturales para enfrentar con éxito los grandes desafíos que enfrenta la nación hondureña en el campo de la salud.

6. Que se mantendrá el diálogo, negociación y concertación permanente entre la Secretaría de Salud y las Organizaciones miembros de CONPAH, como mecanismo base para la superación de asuntos críticos, la planificación; desarrollo y control de actividades concertadas.
7. Que los convenios, cartas de entendimiento o actas de compromiso, serán los instrumentos de ordenamiento y legalización del proceso de negociación; compromisos, ejecución y control entre la CONPAH, la Secretaría de Salud y la Red de Servicios.
8. Que las partes se comprometen a desarrollar un plan de trabajo mediante programas específicos en las áreas de educación para la salud, asistencia médica, infraestructura y otros programas encaminados al fortalecimiento del sistema de salud en las comunidades indígenas y negras del país.
9. Que se facilitará la caracterización de los sistemas tradicionales de salud, como elemento básico para la implementación de modelos interculturales a nivel local, a través de la investigación científica participativa y laboratorial.
10. Que se buscará el fortalecimiento institucional, tanto de la CONPAH como de la Secretaría de Salud, a través del Departamento de Atención a los Pueblos Indígenas y Negros, para garantizar la capacidad de gerencia y conducción técnica y operativa de los procesos concertados.
11. Que se buscará en forma conjunta fuentes financieras tanto nacionales como internacionales, para la elaboración de proyectos de cogestión, a fin de lograr una utilización adecuada de los recursos en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de los pueblos indígenas.
12. Que las partes se comprometen a ejecutar programas orientados a:
  - a) Capacitación de Auxiliares de Enfermería, Promotores de Salud, Laboratoristas y Anestesiólogos mediante la programación de Talleres entre las partes firmantes del presente Convenio y que los capacitados serán seleccionados por las Federaciones representantes de los pueblos indígenas y negros de Honduras, a través de la CONPAH, según los requisitos previamente concertados con la Secretaría de Salud.
  - b) Capacitación a personal y terapeutas tradicionales comunitarios en las comunidades indígenas y negras con el propósito de brindar asistencia en salud a nivel local
  - c) Promover oportunidades de estudio a nivel universitario en el área de salud para los jóvenes indígenas y negros para que puedan ellos fortalecer el sistema de salud en las comunidades.
13. Que los convenios, acuerdos y actos que CONPAH y/o la Secretaría de Salud suscriban con otros Organismos para desarrollar acciones de salud en las comunidades indígenas y negras deberán ser conocidos por las instituciones correspondientes.
14. Que ambas Instituciones en los próximos 60 días integrarán una comisión para revisar la problemática de salud, desde el punto de vista técnico y administrativo, de participación de acuerdo a lo cual se elaborará una propuesta operativa.
15. Que los firmantes se comprometen a brindar el apoyo institucional que se requiera para implementar los programas y actividades que se generen en el marco del presente convenio.

16. Que las instituciones firmantes se comprometen a intercambiar información, de carácter científico documental a fin de fortalecer los bancos de datos correspondientes a temas de interés mutuo.
17. Que los suscriptores de este convenio se comprometen a publicar los resultados de las investigaciones que se realicen, debiendo al final de su vigencia editar una memoria relativa a la experiencia de cooperación.
18. Que para la articulación permanente y seguimiento de este convenio se establecen las siguientes instancias de comunicación:
  - + En el nivel superior, la directiva de CONPAH y el Consejo Consultivo del Ministerio de Salud (CONCOMI)
  - + En el nivel técnico con el personal técnico de CONPAH
  - + En el nivel operativo, las Federaciones, Direcciones Regionales y Areas de Salud
19. El presente convenio tendrá una duración de dos años y medio, contados a partir de la fecha en que se suscribe y podrá ser renovado por voluntad de las partes expresadas con tres meses de anticipación a su vencimiento. Cualquiera de los firmantes podrá rescindirlo siempre y cuando lo manifieste a la otra con noventa días de anticipación.

En fe de lo anterior para constancia se firma el presente CONVENIO de Cooperación entre la Secretaría de Salud y CONPAH, por triplicado original en la ciudad de Tegucigalpa Municipio del Distrito Central, República de Honduras a los .....

.....  
*Dr. Plutarco Castellanos*  
*Ministro de Salud*

.....  
*Sr. Ernesto Suchite*  
*Presidente de CONPAH*

*Testigos de Honor*

.....  
*Dr. Carlos Samayoa*  
*Director OPS*

.....  
*Lic. Gilberto Sánchez Chandía*  
*Fiscal Especial de las Etnias*

.....  
*Justo Jiménez*  
*Presidente de la Comisión de Etnias del Congreso Nacional*



# Anexo 4: Convenio 169 de OIT

Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (ILO No. 169)

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 7 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión;

Observando las normas internacionales enunciadas en el Convenio y en la Recomendación sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957;

Recordando los términos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y de los numerosos instrumentos internacionales sobre la prevención de la discriminación;

Considerando que la evolución del derecho internacional desde 1957 y los cambios sobrevenidos en la situación de los pueblos indígenas y tribales en todas las regiones del mundo hacen aconsejable adoptar nuevas normas internacionales en la materia, a fin de eliminar la orientación hacia la asimilación de las normas anteriores;

Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven;

Observando que en muchas partes del mundo esos pueblos no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de los Estados en que viven y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas han sufrido a menudo una erosión;

Recordando la particular contribución de los pueblos indígenas y tribales a la diversidad cultural, a la armonía social y ecológica de la humanidad y a la cooperación y comprensión internacionales;

Observando que las disposiciones que siguen han sido establecidas con la colaboración de las Naciones Unidas, de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y de la Organización Mundial de la Salud, así como del Instituto Indigenista Interamericano, a los niveles apropiados y en sus esferas respectivas, y que se tiene el propósito de continuar esa colaboración a fin de promover y asegurar la aplicación de estas disposiciones;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones sobre la revisión parcial del Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957 (No. 107), cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional que revise el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957,

Adopta, con fecha veintisiete de junio de mil novecientos ochenta y nueve, el siguiente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989:

## PARTE I.- POLÍTICA GENERAL

### Artículo 1

1. El presente Convenio se aplica:
  - a) A los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;
  - b) A los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.
2. La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.
3. La utilización del término «pueblos» en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional.

### Artículo 2

1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.
2. Esta acción deberá incluir medidas:
  - a) Que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población;
  - b) Que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;
  - c) Que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.

### Artículo 3

1. Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.
2. No deberá emplearse ninguna forma de fuerza o de coerción que viole los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos interesados, incluidos los derechos contenidos en el presente Convenio.

## Artículo 4

1. Deberán adoptarse las medidas especiales que se precisen para salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados.
2. Tales medidas especiales no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos interesados.
3. El goce sin discriminación de los derechos generales de ciudadanía no deberá sufrir menoscabo alguno como consecuencia de tales medidas especiales.

## Artículo 5

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:
  - a) Deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;
  - b) Deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos;
  - c) Deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.

## Artículo 6

1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:
  - a) Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;
  - b) Establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan;
  - c) Establecer los medios para el pleno desarrollo de las instituciones e iniciativas de esos pueblos, y en los casos apropiados proporcionar los recursos necesarios para este fin.
2. Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

## Artículo 7

1. Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente.
2. El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarro-

llo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.

3. Los gobiernos deberán velar por que, siempre que haya lugar, se efectúen estudios, en cooperación con los pueblos interesados, a fin de evaluar la incidencia social, espiritual y cultural y sobre el medio ambiente que las actividades de desarrollo previstas puedan tener sobre esos pueblos. Los resultados de estos estudios deberán ser considerados como criterios fundamentales para la ejecución de las actividades mencionadas.
4. Los gobiernos deberán tomar medidas, en cooperación con los pueblos interesados, para proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan.

## Artículo 8

1. Al aplicar la legislación nacional a los pueblos interesados deberán tomarse debidamente en consideración sus costumbres o su derecho consuetudinario.
2. Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Siempre que sea necesario, deberán establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.
3. La aplicación de los párrafos 1 y 2 de este artículo no deberá impedir a los miembros de dichos pueblos ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes.

## Artículo 9

1. En la medida en que ello sea compatible con el sistema jurídico nacional y con los derechos humanos internacionalmente reconocidos, deberán respetarse los métodos a los que los pueblos interesados recurren tradicionalmente para la represión de los delitos cometidos por sus miembros.
2. Las autoridades y los tribunales llamados a pronunciarse sobre cuestiones penales deberán tener en cuenta las costumbres de dichos pueblos en la materia.

## Artículo 10

1. Cuando se impongan sanciones penales previstas por la legislación general a miembros de dichos pueblos deberán tenerse en cuenta sus características económicas, sociales y culturales.
2. Deberá darse la preferencia a tipos de sanción distintos del encarcelamiento.

## Artículo 11

La ley deberá prohibir y sancionar la imposición a miembros de los pueblos interesados de servicios personales obligatorios de cualquier índole, remunerados o no, excepto en los casos previstos por la ley para todos los ciudadanos.

## Artículo 12

Los pueblos interesados deberán tener protección contra la violación de sus derechos, y poder iniciar procedimientos legales, sea personalmente o bien por conducto de sus organismos representativos, para asegurar el respeto efectivo de tales derechos. Deberán tomarse medidas para garantizar que los miembros de dichos pueblos puedan comprender y hacerse comprender en procedimientos legales, facilitándoles, si fuere necesario, intérpretes u otros medios eficaces.

## PARTE II.- TIERRAS

### Artículo 13

1. Al aplicar las disposiciones de esta parte del Convenio, los gobiernos deberán respetar la importancia especial que para las culturas y valores espirituales de los pueblos interesados reviste su relación con las tierras o territorios, o con ambos, según los casos, que ocupan o utilizan de alguna otra manera, y en particular los aspectos colectivos de esa relación.
2. La utilización del término «tierras» en los artículos 15 y 16 deberá incluir el concepto de territorios, lo que cubre la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos interesados ocupan o utilizan de alguna otra manera.

### Artículo 14

1. Deberá reconocerse a los pueblos interesados el derecho de propiedad y de posesión sobre las tierras que tradicionalmente ocupan. Además, en los casos apropiados, deberán tomarse medidas para salvaguardar el derecho de los pueblos interesados a utilizar tierras que no estén exclusivamente ocupadas por ellos, pero a las que hayan tenido tradicionalmente acceso para sus actividades tradicionales y de subsistencia. A este respecto, deberá prestarse particular atención a la situación de los pueblos nómadas y de los agricultores itinerantes.
2. Los gobiernos deberán tomar las medidas que sean necesarias para determinar las tierras que los pueblos interesados ocupan tradicionalmente y garantizar la protección efectiva de sus derechos de propiedad y posesión.
3. Deberán instituirse procedimientos adecuados en el marco del sistema jurídico nacional para solucionar las reivindicaciones de tierras formuladas por los pueblos interesados.

### Artículo 15

1. Los derechos de los pueblos interesados a los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos.
2. En caso de que pertenezca al Estado la propiedad de los minerales o de los recursos del subsuelo, o tenga derechos sobre otros recursos existentes en las tierras, los gobiernos deberán establecer o mantener procedimientos con miras a consultar a los pueblos interesados, a fin de determinar si los intereses de esos pueblos serían perjudicados, y en qué medida, antes de emprender o autorizar cualquier programa de prospección o explotación de los recursos existentes en sus tierras. Los pueblos interesados deberán participar siempre que sea posible en los beneficios que reporten tales actividades, y percibir una indemnización equitativa por cualquier daño que puedan sufrir como resultado de esas actividades.

## Artículo 16

1. A reserva de lo dispuesto en los párrafos siguientes de este artículo, los pueblos interesados no deberán ser trasladados de las tierras que ocupan.
2. Cuando excepcionalmente el traslado y la reubicación de esos pueblos se consideren necesarios, sólo deberán efectuarse con su consentimiento, dado libremente y con pleno conocimiento de causa. Cuando no pueda obtenerse su consentimiento, el traslado y la reubicación sólo deberá tener lugar al término de procedimientos adecuados establecidos por la legislación nacional, incluidas encuestas públicas, cuando haya lugar, en que los pueblos interesados tengan la posibilidad de estar efectivamente representados.
3. Siempre que sea posible, estos pueblos deberán tener el derecho de regresar a sus tierras tradicionales en cuanto dejen de existir las causas que motivaron su traslado y reubicación.
4. Cuando el retorno no sea posible, tal como se determine por acuerdo o, en ausencia de tales acuerdos, por medio de procedimientos adecuados, dichos pueblos deberán recibir, en todos los casos posibles, tierras cuya calidad y cuyo estatuto jurídico sean por lo menos iguales a los de las tierras que ocupaban anteriormente, y que les permitan subvenir a sus necesidades y garantizar su desarrollo futuro. Cuando los pueblos interesados prefieran recibir una indemnización en dinero o en especie, deberá concedérseles dicha indemnización, con las garantías apropiadas.
5. Deberá indemnizarse plenamente a las personas trasladadas y reubicadas por cualquier pérdida o daño que hayan sufrido como consecuencia de su desplazamiento.

## Artículo 17

1. Deberán respetarse las modalidades de transmisión de los derechos sobre la tierra entre los miembros de los pueblos interesados establecidas por dichos pueblos.
2. Deberá consultarse a los pueblos interesados siempre que se considere su capacidad de enajenar sus tierras o de transmitir de otra forma sus derechos sobre estas tierras fuera de su comunidad.
3. Deberá impedirse que personas extrañas a esos pueblos puedan aprovecharse de las costumbres de esos pueblos o de su desconocimiento de las leyes por parte de sus miembros para arrogarse la propiedad, la posesión o el uso de las tierras pertenecientes a ellos.

## Artículo 18

La ley deberá prever sanciones apropiadas contra toda intrusión no autorizada en las tierras de los pueblos interesados o todo uso no autorizado de las mismas por personas ajenas a ellos, y los gobiernos deberán tomar medidas para impedir tales infracciones.

## Artículo 19

Los programas agrarios nacionales deberán garantizar a los pueblos interesados condiciones equivalentes a las que disfruten otros sectores de la población, a los efectos de:

- a) La asignación de tierras adicionales a dichos pueblos cuando las tierras de que dispongan sean insuficientes para garantizarles los elementos de una existencia normal o para hacer frente a su posible crecimiento numérico;
- b) El otorgamiento de los medios necesarios para el desarrollo de las tierras que dichos pueblos ya poseen.

## PARTE III.- CONTRATACIÓN Y CONDICIONES DE EMPLEO

### Artículo 20

1. Los gobiernos deberán adoptar, en el marco de su legislación nacional y en cooperación con los pueblos interesados, medidas especiales para garantizar a los trabajadores pertenecientes a esos pueblos una protección eficaz en materia de contratación y condiciones de empleo, en la medida en que no estén protegidos eficazmente por la legislación aplicable a los trabajadores en general.
2. Los gobiernos deberán hacer cuanto esté en su poder por evitar cualquier discriminación entre los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados y los demás trabajadores, especialmente en lo relativo a:
  - a) Acceso al empleo, incluidos los empleos calificados y las medidas de promoción y de ascenso;
  - b) Remuneración igual por trabajo de igual valor;
  - c) Asistencia médica y social, seguridad e higiene en el trabajo, todas las prestaciones de seguridad social y demás prestaciones derivadas del empleo, así como la vivienda;
  - d) Derecho de asociación, derecho a dedicarse libremente a todas las actividades sindicales para fines lícitos, y derecho a concluir convenios colectivos con empleadores o con organizaciones de empleadores.
3. Las medidas adoptadas deberán en particular garantizar que:
  - a) Los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados, incluidos los trabajadores estacionales, eventuales y migrantes empleados en la agricultura o en otras actividades, así como los empleados por contratistas de mano de obra, gocen de la protección que confieren la legislación y la práctica nacionales a otros trabajadores de estas categorías en los mismos sectores, y sean plenamente informados de sus derechos con arreglo a la legislación laboral y de los recursos de que disponen;
  - b) Los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sometidos a condiciones de trabajo peligrosas para su salud, en particular como consecuencia de su exposición a plaguicidas o a otras sustancias tóxicas;
  - c) Los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sujetos a sistemas de contratación coercitivos, incluidas todas las formas de servidumbre por deudas;
  - d) Los trabajadores pertenecientes a estos pueblos gocen de igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en el empleo y de protección contra el hostigamiento sexual.
4. Deberá prestarse especial atención a la creación de servicios adecuados de inspección del trabajo en las regiones donde ejerzan actividades asalariadas trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados, a fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de esta parte del presente Convenio.

## PARTE IV.- FORMACIÓN PROFESIONAL, ARTESANÍA E INDUSTRIAS RURALES

### Artículo 21

Los miembros de los pueblos interesados deberán poder disponer de medios de formación profesional por lo menos iguales a los de los demás ciudadanos.

## Artículo 22

1. Deberán tomarse medidas para promover la participación voluntaria de miembros de los pueblos interesados en programas de formación profesional de aplicación general.
2. Cuando los programas de formación profesional de aplicación general existentes no respondan a las necesidades especiales de los pueblos interesados, los gobiernos deberán asegurar, con la participación de dichos pueblos, que se pongan a su disposición programas y medios especiales de formación.
3. Estos programas especiales de formación deberán basarse en el entorno económico, las condiciones sociales y culturales y las necesidades concretas de los pueblos interesados. Todo estudio a este respecto deberá realizarse en cooperación con esos pueblos, los cuales deberán ser consultados sobre la organización y el funcionamiento de tales programas. Cuando sea posible, esos pueblos deberán asumir progresivamente la responsabilidad de la organización y el funcionamiento de tales programas especiales de formación, si así lo deciden.

## Artículo 23

1. La artesanía, las industrias rurales y comunitarias y las actividades tradicionales y relacionadas con la economía de subsistencia de los pueblos interesados, como la caza, la pesca, la caza con trampas y la recolección, deberán reconocerse como factores importantes del mantenimiento de su cultura y de su autosuficiencia y desarrollo económicos. Con la participación de esos pueblos, y siempre que haya lugar, los gobiernos deberán velar por que se fortalezcan y fomenten dichas actividades.
2. A petición de los pueblos interesados, deberá facilitárseles, cuando sea posible, una asistencia técnica y financiera apropiada que tenga en cuenta las técnicas tradicionales y las características culturales de esos pueblos y la importancia de un desarrollo sostenido y equitativo.

## PARTE V.- SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

### Artículo 24

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

### Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

## PARTE VI.- EDUCACIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

### Artículo 26

Deberán adoptarse medidas para garantizar a los miembros de los pueblos interesados la posibilidad de adquirir una educación a todos los niveles, por lo menos en pie de igualdad con el resto de la comunidad nacional.

### Artículo 27

1. Los programas y los servicios de educación destinados a los pueblos interesados deberán desarrollarse y aplicarse en cooperación con éstos a fin de responder a sus necesidades particulares, y deberán abarcar su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales.
2. La autoridad competente deberá asegurar la formación de miembros de estos pueblos y su participación en la formulación y ejecución de programas de educación, con miras a transferir progresivamente a dichos pueblos la responsabilidad de la realización de esos programas, cuando haya lugar.
3. Además, los gobiernos deberán reconocer el derecho de esos pueblos a crear sus propias instituciones y medios de educación, siempre que tales instituciones satisfagan las normas mínimas establecidas por la autoridad competente en consulta con esos pueblos. Deberán facilitárseles recursos apropiados con tal fin.

### Artículo 28

1. Siempre que sea viable, deberá enseñarse a los niños de los pueblos interesados a leer y a escribir en su propia lengua indígena o en la lengua que más comúnmente se hable en el grupo a que pertenezcan. Cuando ello no sea viable, las autoridades competentes deberán celebrar consultas con esos pueblos con miras a la adopción de medidas que permitan alcanzar este objetivo.
2. Deberán tomarse medidas adecuadas para asegurar que esos pueblos tengan la oportunidad de llegar a dominar la lengua nacional o una de las lenguas oficiales del país.
3. Deberán adoptarse disposiciones para preservar las lenguas indígenas de los pueblos interesados y promover el desarrollo y la práctica de las mismas.

### Artículo 29

Un objetivo de la educación de los niños de los pueblos interesados deberá ser impartirles conocimientos generales y aptitudes que les ayuden a participar plenamente y en pie de igualdad en la vida de su propia comunidad y en la de la comunidad nacional.

### Artículo 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo,

a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

### Artículo 31

Deberán adoptarse medidas de carácter educativo en todos los sectores de la comunidad nacional, y especialmente en los que estén en contacto más directo con los pueblos interesados, con objeto de eliminar los prejuicios que pudieran tener con respecto a esos pueblos. A tal fin, deberán hacerse esfuerzos por asegurar que los libros de historia y demás material didáctico ofrezcan una descripción equitativa, exacta e instructiva de las sociedades y culturas de los pueblos interesados.

## PARTE VII.- CONTACTOS Y COOPERACIÓN A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS

### Artículo 32

Los gobiernos deberán tomar medidas apropiadas, incluso por medio de acuerdos internacionales, para facilitar los contactos y la cooperación entre pueblos indígenas y tribales a través de las fronteras, incluidas las actividades en las esferas económica, social, cultural, espiritual y del medio ambiente.

## PARTE VIII.- ADMINISTRACIÓN

### Artículo 33

1. La autoridad gubernamental responsable de las cuestiones que abarca el presente Convenio deberá asegurarse de que existen instituciones u otros mecanismos apropiados para administrar los programas que afecten a los pueblos interesados, y de que tales instituciones o mecanismos disponen de los medios necesarios para el cabal desempeño de sus funciones.
2. Tales programas deberán incluir:
  - a) La planificación, coordinación, ejecución y evaluación, en cooperación con los pueblos interesados, de las medidas previstas en el presente Convenio;
  - b) La proposición de medidas legislativas y de otra índole a las autoridades competentes y el control de la aplicación de las medidas adoptadas en cooperación con los pueblos interesados.

## PARTE IX.- DISPOSICIONES GENERALES

### Artículo 34

La naturaleza y el alcance de las medidas que se adopten para dar efecto al presente Convenio deberán determinarse con flexibilidad, teniendo en cuenta las condiciones propias de cada país.

## Artículo 35

La aplicación de las disposiciones del presente Convenio no deberá menoscabar los derechos y las ventajas garantizados a los pueblos interesados en virtud de otros convenios y recomendaciones, instrumentos internacionales, tratados, o leyes, laudos, costumbres o acuerdos nacionales.

## PARTE X.- DISPOSICIONES FINALES

### Artículo 36

Este Convenio revisa el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, 1957.

### Artículo 37

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

### Artículo 38

1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

### Artículo 39

1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo, quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

### Artículo 40

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.
2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

## Artículo 41

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el Artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

## Artículo 42

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

## Artículo 43

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:
  - a) La ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 39, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;
  - b) A partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.
2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

## Artículo 44

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

# Anexo 5: Lista de participantes

## Lista de participantes a las reuniones mantenidas

Reunión con el Ing. Emilio Ramírez Pinto, Punto Focal de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington

Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos

Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Reunión con el Dr. José Antonio Pagés, Representante de OPS/OMS-Honduras

Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras

Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington

Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos

Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Reunión en el Ministerio de Salud

Dr. Ramón Pereira, Gerente del Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud

Dr. Jorge Medina, Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos

Lic. Héctor Cárdenas, Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud

Lic. José María Murillo,

Dr. Jeffrey Barahona,

Dr. Angel Vásquez

Dra. Jeanette Aguilar,

Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras

Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington

Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos

Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Reunión en la Unidad Encargada de las Etnias

Lic. Suyapa Barahona,

Lic. Adán Barhona, Jefe del Departamento de Atención a las Etnias, Secretaría de Salud

Dr. Jorge Medina, Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos

Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras

Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington

Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos

Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Reunión Técnica Ampliada en el Ministerio de Salud

Dr. Ramón Pereira, Gerente del Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud

Lic. Suyapa Barahona,

Dr. Jeffrey Barahona,

Dr. Angel Vásquez

Lic. Adán Barhona, Jefe del Departamento de Atención a las Etnias, Secretaría de Salud

Dr. Jorge Medina, Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos

Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras  
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington  
Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos  
Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

#### Reunión en CONPAH

Valeriano Cáceres, Coordinador Ejecutivo de CONPAH - Tolupán de Yoro  
Fernando Guerra, CONPAH  
Mauricia Castro Y, CONPAH  
Orlando Calderón, CONPAH  
Héctor Cárdenas Vindel, Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud  
Santos Ramírez, CONPAH  
Mateo Martínez, CONPAH  
Sonia Castellanos, Asistente Técnica del Departamento de Atención a las Etnias  
Natán Pravia, CONPAH  
Lic. Adán Barhona, Jefe del Departamento de Atención a las Etnias, Secretaría de Salud  
Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras  
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington  
Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos  
Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

#### Reunión en la Fiscalía de las Etnias

Lic. Gilberto Antonio Sánchez Chandías, Fiscal de las Etnias  
Héctor Cárdenas Vindel, Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud  
Sonia Castellanos, Asistente Técnica del Departamento de Atención a las Etnias  
Natán Pravia, CONPAH  
Lic. Adán Barahona, Jefe del Departamento de Atención a las Etnias, Secretaría de Salud  
Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras  
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington  
Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos  
Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

#### Reunión con el Grupo de Apoyo Técnico

Héctor Cárdenas Vindel, Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud  
Sonia Castellanos, Asistente Técnica del Departamento de Atención a las Etnias  
Natán Pravia, CONPAH  
Lic. Adán Barahona, Jefe del Departamento de Atención a las Etnias, Secretaría de Salud  
Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras  
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington  
Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos  
Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Participación de los Miembros de la Misión Técnica en la Reunión Ejecutiva de los Miércoles con el Sr. Ministro de Salud Dr. Plutarco Castellanos

Reunión # 22. **TEMA:** Salud de los Pueblos Indígenas y Etnias de Honduras: Enfoque intercultural de la salud

Reunión en Gracias Lempira

El foro inició a las 9:30 a.m. y se extendió hasta las 12:30p.m. con la presencia de más de 170 personas representantes de aproximadamente 30 instituciones públicas y privadas, estudiantes de enfermería indígenas y docentes.

Entre los participantes estuvieron:

Dr. Ramón Pereira, Gerente del Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud  
Dr. Jorge Medina, Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos  
Lic. Héctor Cárdenas, Proyecto de Acceso, Secretaría de Salud  
Lic. Suyapa Barahona,  
Lic. Adán Barhona, Jefe del Departamento de Atención a las Etnias, Secretaría de Salud  
Dr. Jorge Medina, Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos  
Licda. Guadalupe Urbina en Representación de la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON).  
Dr. Efraín Aguilar, Director Regional  
Dr. Víctor Díaz, Director de Área  
Sr. Ernesto Súcchite, Presidente de la Confederación de los Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH)  
Sr. Natan Pravia, Misquito y Representante de CONPAH.  
Ing. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS-Honduras  
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS Washington  
Dr. Craig Vanderwagen, Servicios de Salud Indígena de los Estados Unidos  
Dr. John Molina, Clínica Las Fuentes, Guadalupe, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Entre las instituciones participantes:

Asociación de Municipios de Honduras, AMHON  
Iglesias: vida nueva; Asamblea de Dios, Bautista  
ONGs indígenas y no indígenas: Visión Mundial; ONILH, ASONOG; CONOCHH; CONPAH; Consejería Indígena de Montaña Verde, otras  
Instituciones públicas: Educación; Instituto Nacional Agrario (INA); Poder Judicial; Hospital de Área; Policía Nacional; Secretaría de Salud y otros  
La FAO; OPS/OMS, Instituto Hondureño de la Familia (INHFA)

I Foro Nacional sobre Salud Indígena e Interculturalidad

5-7 de julio, 2000 – Tegucigalpa - Honduras

Participantes

1. Iris Aquino, CONIMCHI, Ocotepeque

2. Dorian Castillo, Escuela de Auxiliares de Enfermería de La Ceiba
3. Thelma Gatay, CEAEA, Trujillo
4. Mayra Carías, Curso Tolupán, Yoro
5. Francisco A. Figueroa, Pueblo Nahoa, Guata
6. Arturo Díaz, Pueblo Nahoa, Guata
7. Rocío Rojas, OPS/OMS-Washington
8. Gloria Vallecilla, Bonadesa, Tegucigalpa
9. Ronis Pachecho Salavarría, PRONASSA, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
10. Ma. Eugenia Lonza, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
11. Yermy Rony Chauzur, Jefe de Area, Yoro, Secretaría de Salud
12. Ellenor Ekman, ASDI, Tegucigalpa
13. Felipe Hernández, COPIN, La Paz
14. Pedro Sánchez, Lenca, La Paz
15. Mercedes Martínez, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
16. Julia Fajoresa, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
17. Nathan Pravía, CONPAH, Puerto Lempira
18. Ivonne Palma, Tegucigalpa
19. Justo Jimenez, Congreso Nacional, Tegucigalpa
20. Emma Patricia Reyes, Secretaría de Salud, La Esperanza
21. Suyapa Isabel Cruz, Secretaría de Salud, La Esperanza
22. Jorge Medina, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
23. Maritza Gallardo, INAM, Tegucigalpa
24. Rubén Darío Paz, UPN, Tegucigalpa
25. Efraín Burgos, Región 8, Puerto Lempira
26. Salvador Zúniga, COPIN, La Esperanza, Intibucá
27. Lilian Guevara, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
28. Ana Leyli Castillo, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
29. Héctor Cárdenas, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
30. Rosario Jabardo, Cooperación Española, Tegucigalpa
31. Lorenzo Tinglas, A-ASLA, Kautara, La Mosquitia
32. Miguel Machuca, OPS/OMS, Tegucigalpa
33. Marina Chávez de Aquilar, OPNFOR, Tegucigalpa
34. María de Jesús Mojica, OPS/OMS, Tegucigalpa
35. Arnaldo Hernández, OFRANEH, La Ceiba
36. Odilio Padilla, CONPAH, Tegucigalpa
37. María Enriqueta López, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
38. Ismael Soriano, OPS/OMS-Tegucigalpa
39. Jesús Muñoz, ADH, Tegucigalpa
40. Francia Carrana, P. Social, Tegucigalpa
41. J. Armando Orellana, UPN-FM, Tegucigalpa
42. Pedro Pitchs, UPN-FM, Tegucigalpa
43. Victor Díaz, Secretaría de Salud, Gracias
44. Francisca Rodríguez, Secretaría de Salud, Gracias
45. Rosa María de Berríos, CENARH, Tegucigalpa
46. Adán Barahona, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
47. Karen Benítez, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
48. Sonia Castellanos, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
49. Matilde Ramos, DCI, Tegucigalpa
50. Emilio Ramírez Pinto, OPS/OMS, Tegucigalpa
51. Porfiria López, Congreso Nacional, Tegucigalpa
52. Fernando Cruz, UNAH, Tegucigalpa

53. Ramón Córdova, FETRIX, Yoro
54. Segundo García, Tolupán, Yoro
55. Oscar Castañeda, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
56. Vanz López, Anciano de la Mosquitia, Gracias a Dios
57. Hevey Ebanks, NABIPLA, Roatán Islas
58. Carlos Levy Errada, CONPAH, Tegucigalpa
59. Gumercinda Velásquez, FETRIX, Yoro
60. Evangelina Reyes, Lenca, Yamaranguilla
61. Rina Matute, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
62. Angel Orlando Salgado, Secretaría de Salud, Región 6
63. Deisy Gallardo López, Secretaría de Salud, Tegucigalpa
64. Martina Rodríguez, Chortí, Copán Ruinas
65. Serapio Rodríguez, Chortí, Copán Ruinas
66. Reyes Martínez, AECI, Tegucigalpa
67. César Ramos, PRONASSA, Tegucigalpa
68. Gerson Centeno, CONPAH, Triunfo de la Cruz
69. Dionisia Ordóñez, Pueblo Miskito, Krautara
70. Carlos Yáñez, Secretaría de Salud, Gracias



# Anexo 6: Curso de auxiliares de enfermería: módulos

Unidad uno: Curso propedéutico

Duración: 62 horas, 2 semanas

Objetivo:

Brindar a los participantes la orientación necesaria y los conocimientos preparatorios que les permitan conocer la magnitud y trascendencia del curso, al igual que las responsabilidades y compromisos que asumirán respecto a la población.

Contenido:

1. Misión y visión de las instituciones de salud.
2. Perfil del auxiliar de enfermería.
3. Ética y moral, el deber, la responsabilidad, la honestidad, el respeto, la confidencialidad profesional, la solidaridad y compromiso.
4. Métodos y técnicas de estudio, ¿cómo aprende el adulto?. Aspectos importantes que debe tomar en cuenta.
5. Español: redacción, ortografía, signos de puntuación, lectura.
6. Matemáticas: operaciones básicas como suma, resta, multiplicación, división, decimales y fracciones, regla de tres y medidas de volumen y longitud.
7. Educación en salud, características de aprendizaje de los adultos, ¿cómo identificar y priorizar necesidades educativas, técnicas educativas y otras?
8. Diseño de planes educativos sencillos, teatro, títeres, canciones, cuentos, refranes, fichas micrográficas para círculos de reflexión, rota folio y televisión de cartón.
9. Evaluación de la unidad.

Unidad dos: Inducción

Duración: 8 horas (6 de teoría y 2 de práctica)

Objetivo:

Brindar a los participantes la inducción sobre el curso, sus responsabilidades y compromisos, así como el papel del grupo de docentes y facilitadores.

Contenido:

1. Información general sobre la relación y ubicación social del estudiante y los docentes.
2. Contenidos curriculares, actividades de los estudiantes, metodologías y sistemas de evaluación y descripción general de las unidades.
3. Normas básicas que facilitan el aprendizaje del estudiante, horario, disciplina y puntualidad, medidas higiénicas, trato entre compañeros, docentes y resto de personal.
4. Responsabilidad en áreas clínicas.

5. Relación con personal de servicio.
6. Evaluación de la unidad.

### Unidad tres: Realidad nacional.

Duración: 35 horas, 25 de teoría y 10 de práctica

#### Objetivo:

Lograr que el estudiante conozca la situación nacional de la población hondureña e identifique la importancia de su papel como auxiliar de enfermería en el mejoramiento de sus condiciones de vida, y en particular la situación de la población garífuna.

#### Contenido:

1. Análisis crítico de la situación actual del país y de la población garífuna.
2. Sector productivo nacional y garífuna.
3. Condiciones de vida del hondureño y de los garífunas.
4. Educación nacional y población garífuna.
5. Población en edad de asistir a la escuela.
6. Condición nutricional, índice de desnutrición y sus implicaciones en el desarrollo del país.
7. Calidad de la vivienda, tenencia de la vivienda aplicada a la etnia negra.
8. Salud y enfermedades, responsabilidades de la población con su salud.
9. Medicina tradicional garífuna, conceptos, creencias, mitos y procedimientos relativos a las enfermedades físicas mentales, desequilibrios sociales, interculturalidad.
10. evaluación de la unidad.

### Unidad cuatro: epidemiología

Duración: 61 horas, 24 de teoría y 37 de práctica

#### Objetivo:

Facilitar los métodos y herramientas para el análisis de la situación de salud según sus condiciones de vida y salud, así como las estrategias de ataque pertinentes.

#### Contenido:

1. Interpretación del proceso salud enfermedad, análisis y evolución del concepto salud enfermedad, aplicado a la comunidad garífuna.
2. El hombre y sus requerimientos para la obtención de niveles de bienestar: necesidades de alimentación, vestuario, trabajo, recreación, educación
3. Situación de servicios de salud y sus respuestas a la comunidad, análisis críticos del funcionamiento de servicios de salud, accesibilidad de horarios de atención para la población.
4. Vigilancia epidemiológica, importancia de la vigilancia epidemiológica, técnicas utilizadas en vigilancia epidemiológica (observación, entrevista, reunión), participación de la comunidad garífuna en la vigilancia de la salud y en la parte epidemiológica.
5. Cómo lograr la comunicación con la población garífuna, con los gobiernos locales, ONGs, con el personal comunitario y de la Secretaría de Salud para establecer la red de información?

6. Evaluación, análisis de los servicios prestados, productividad, tipo de servicios, análisis de los resultados.
7. Evaluación de la unidad

### Unidad cinco: Participación social

Duración: 171 horas, 72 de teoría y 99 de práctica (4 semanas)

#### Objetivo:

Brindar conocimientos generales sobre participación social aplicados a la población garífuna a fin de lograr su empoderamiento en cuanto el desarrollo de su salud con compromisos concertados.

#### Contenido:

1. El ser humano y la salud social.
2. La comunidad, sus características y elementos ¿Qué es la comunidad, cómo se forma una comunidad, cuáles son sus costumbres y tradiciones aplicadas a la comunidad garífuna?
3. Los municipios, gobiernos locales, voluntarios de salud y su relación con los servicios de salud.
4. Participación social, cogestión y autogestión; métodos, herramientas e instrumentos, planes municipales y convenios de cogestión.
5. La comunicación, negociación y concertación como método para lograr la participación social ¿Cómo se comunica la gente?, formas de comunicación informal, entre ellos las ferias comunales, carnavales, lenguajes, ritos y otros medios.

### Unidad seis: Seguridad alimentaria nutricional

Duración: 74 horas, 32 de teoría y 42 de práctica

#### Objetivo:

Identificar acciones, específicas correspondientes al rol del auxiliar de enfermería en la detección y abordaje a los problemas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional del individuo, familia y comunidad.

#### Contenido:

1. Sector agropecuario, características de producción, disponibilidad de alimentos, animales, vegetales, utilización y consumo de alimentos, disponibilidad de la tierra, costo de los cultivos, comercialización, otros.
2. Seguridad alimentaria nutricional.
3. Características del hondureño como transformador de su realidad, orígenes históricos sociales del comportamiento, mitos y creencias con relación a la alimentación, elementos básicos requeridos para lograr el desarrollo humano, intelecto, conciencia y otros.
4. Reglas de oro para lograr la seguridad alimentaria nutricional, hacer lo primero, empezar en pequeño, labranza mínima con bajo costo, que produzca satisfacción.
5. Hombre, la mujer, la familia y la comunidad como productor; costumbres y prácticas en la vida garífuna, visitas de campo a sectores productivos y familias con iniciativas de producción.
6. Concepto de seguridad alimentaria nutricional.

7. Importancia de la seguridad alimentaria nutricional para la conservación de la vida, factores de riesgo y sus efectos en la nutrición de la población, riesgo social, riesgo ecológico, riesgo químico, riesgo epidemiológico, alternativas de solución.
8. Evaluación de la unidad.

### Unidad siete: Ecología y ambiente

Duración: 22 horas, 4 de teoría y 18 de práctica.

#### Objetivo:

Identificar acciones específicas para mejorar las condiciones de vida y estilos saludables en la comunidad.

#### Contenido:

1. Reconocimiento de los elementos que conforman el medio, hombre, agua, tierra, aire, desechos y equilibrio ecológico.
2. ¿Cómo influye el hombre en la transformación de su medio biológico, socioeconómico, cultural, ecológico?, beneficios del bosque. Visitas a zona de reserva con guías de expertos locales. Protección del ambiente, forestación y otras prácticas, agua, clima, suelo, cultivos, fauna y economía.
3. Comparación y contraste del ambiente rural y urbano-marginal. Visita a las procesadoras del aceite de palma africana, proceso de sustitución del bosque, cultivo y comercialización.
4. Análisis de la migración, malos servicios, pobreza extrema.
5. Salud ambiental, eliminación de aguas servidas, riesgos para la salud, familias, ambiente y salud, ¿de dónde se toma el agua? ¿qué se hace con los desechos, basuras, aguas servidas? ¿cómo se protegen los alimentos? ¿cuál es la relación de las prácticas a nivel de familiar, vectores, salud?, análisis del impacto ambiental ocasionados por obras de desarrollo.
6. Agua y saneamiento básico, tecnologías apropiadas en población garífuna, protección de las fuentes de agua, excavación y protección de pozos de agua, filtros de agua, construcción de letrinas, relleños sanitario, mejoramiento de viviendas.
7. Evaluación de la Unidad.

### Unidad ocho: Incorporación del enfoque intercultural de la salud

Duración: 40 horas teórico prácticas

#### Objetivo:

Desarrollar el concepto de interculturalidad involucrando las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas económicas, sociales, culturales, etareas, lingüísticas de género y generacionales, establecidas en un espacio determinados entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa.

#### Contenido:

1. Marco conceptual, pueblos indígenas, medicina tradicional / sistemas de salud tradicionales, cosmovisión, sociedades multiculturales e interculturalidad.
2. Elementos a tomarse en cuenta en la incorporación del enfoque intercultural de la salud.
3. Perspectivas de las organizaciones indígenas en el enfoque intercultural de la salud.
4. Los pueblos indígenas de las Américas y la reforma del sector salud.

5. Desafíos en la organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales.
6. Niveles de análisis: estrategias en la incorporación del enfoque intercultural de la salud

### Unidad nueve: Atención a la mujer

Duración: 366 horas, 270 de teoría y 96 horas de práctica

#### Objetivo:

Desarrollar en el auxiliar de enfermería los conocimientos y habilidades técnicas a su nivel, partiendo de la discusión de la problemática de salud y el papel que desempeña la mujer en todos los ámbitos (cultural, educativo, político, económico etc.) para poder diseñar y realizar acciones de promoción y protección de la salud y de su aplicación a la salud reproductiva en el esfuerzo de la calidad de vida de la población.

#### Contenido:

1. Evolución histórica del papel que ha desempeñado la mortalidad materno infantil, la mujer en Honduras en los diferentes campos y específicamente en el pueblo garífuna, político, económico, social, educativo.
2. Determinantes que hacen que la mujer tenga poca o ninguna participación en el desarrollo de la sociedad.
3. La mujer como factor decisivo en la formación de la sociedad.
4. Razones básicas por las cuales las mujeres se enferman y mueren.
5. Principales etapas evolutivas en la vida de la mujer.
6. Embarazo.
7. Atención del embarazo.
8. Atención del embarazo según costumbres garífunas, la partera garífuna y sus prácticas, sistema tradicional, medicina alternativa y otros.
9. Razones básicas de la mortalidad en mujeres de edad reproductiva y específicamente en las mujeres garífunas.
10. Atención del parto.
11. Atención del parto según costumbres garífunas.
12. Puerperio.
13. Problemas frecuentes durante el puerperio.
14. Costumbres garífunas durante el puerperio.
15. Cuidado integral de la salud de la mujer.
16. Servicios con base comunitaria como los hogares maternos, clínicas materno, casas comunitarias y otros.
17. Atención del recién nacido.
18. Problemas más frecuentes en el recién nacido.
19. Atención del recién nacido en las comunidades garífunas.
20. Evaluación de la unidad.

## Unidad diez: Atención al niño

Duración: 311 horas, 83 de teoría y 228 de práctica.

### Objetivo:

Desarrollar en el auxiliar de enfermería los conocimientos y habilidades técnicas a su nivel para la atención integral del niño, partiendo de la discusión de la problemática de salud de la niñez, hondureña y en particular los garífunas.

### Contenido:

1. Situación de la niñez en Honduras.
2. Acciones dirigidas a la conservación de la salud del niño.
3. ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes en la niñez hondureña y en la comunidad garífuna?
4. Enfermedades diarreicas y respiratorias.
5. Manejo del niño desnutrido.
6. Anemias, anemias trepanocítica.
7. Problemas de la piel.
8. Epilepsia.
9. Emergencias en niños que se accidentan en casa.
10. Programación local en la atención del niño.
11. Programa ampliado de inmunizaciones.
12. Evaluación de la unidad

## Unidad once: Atención al adulto joven, mayor y de tercera edad

Duración: 201 horas, 79 de teoría y 122 de práctica.

### Objetivo:

Brindar una atención segura y oportuna al adulto joven, mayor y al de la tercera edad como seres humanos pertenecientes a un grupo familiar y una sociedad determinada merecedora de las mejores condiciones de vida y salud.

### Contenido:

1. Características del adulto en Honduras y específicamente en la comunidad garífuna.
2. Conocimientos e importancia de las principales leyes que protegen al adulto y al individuo en la tercera edad.
3. Aspectos básicos a considerar en la atención en salud del hondureño y del pueblo garífuna.
4. Importancia que el garífuna haga uso de los servicios de salud.
5. Desarrollo físico y emocional del adulto y anciano, cambios físicos, comportamientos, grado de responsabilidad, reacción en situaciones de conflicto y estrés.
6. Problemas comunes de salud del adulto y tercera edad, tuberculosis, infecciones de vías respiratorias, enfermedades producidas por vectores, hipertensión, gastritis, enfermedades de la piel, proble-

mas en aparato genitourinario, trastornos mentales, farmacodependencia, alcoholismo, anemias, diabetes.

7. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. (SIDA).
8. Atención de algunos síntomas que son motivo de consulta por parte del adulto joven, mayor y de los de tercera edad.
9. Evaluación de la unidad.

Unidad doce: Administración y atención integral en los servicios de salud

Duración: 210 horas, 35 de teoría y 175 de práctica

Objetivo:

Desarrollar habilidades y destrezas que les permita brindar una atención oportuna, con eficiencia y calidez a usuarios, su familia y a la comunidad, con participación social en el logro de una mejor condición de salud y de vida.

Contenido:

1. Gerencia de los servicios de salud en función de la problemática de la población garífuna.
2. Barreras socioeconómicas culturales, de comportamiento, distancia y tiempo que impiden el acceso a servicios de salud.
3. ¿Cómo debe ser un servicio para prestar atención de calidad?
4. Administración de los puestos de salud y participación social y comunitaria en la administración de unidades garífunas.
5. Proceso del sistema de información general.
6. Fondos de recuperación.
7. Administración y desarrollo de la práctica integral.
8. Nuevos modelos de servicios de salud adaptados a las condiciones culturales y epidemiológicas de los garífunas.
9. Evaluación de la unidad.