

17

**Promoción de la
Medicina y Terapias
Indígenas en la
Atención Primaria de
Salud: El Caso de los
Garífunas de**

Sr. Russbel Hernández Rodríguez,
Sr. Jorge Alberto Amaya,
Sra. Marina Alicia Chávez de Aguilar
Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán
Dirección de Investigación
OPS/OMS - Honduras

Abril de 2002
Washington, D.C.



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

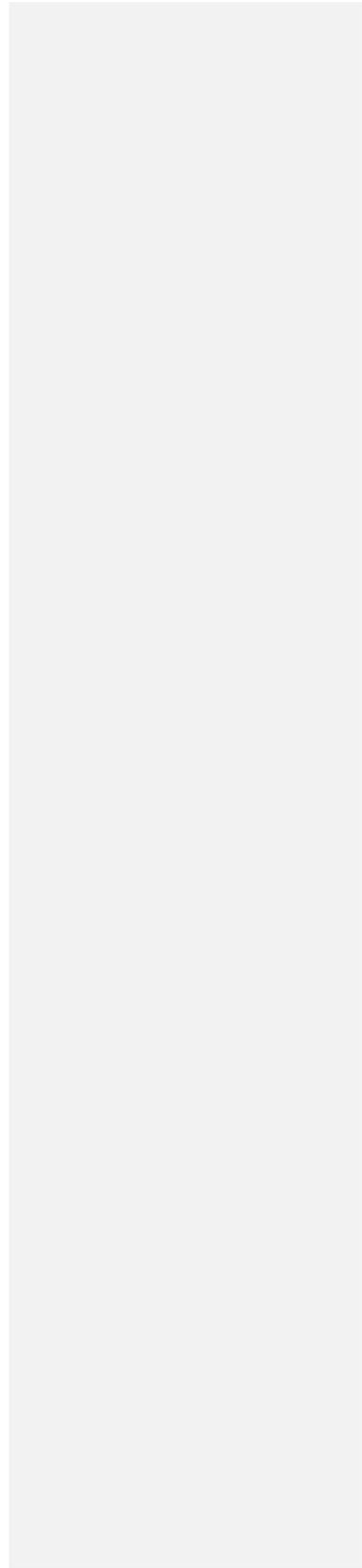
© Organización Panamericana de la Salud, 2002

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

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
METODOLOGÍA.....	7
TIPO DE ESTUDIO	7
SELECCIÓN DE LA COMUNIDAD.....	7
FUENTES DE INFORMACIÓN	7
INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN	7
1. COSMOVISIÓN EN MATERIA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS AMERICANOS	9
1.1. CONCEPTO DE LA SALUD/ENFERMEDAD.....	9
1.2. AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL/INDÍGENA Y SU ROL EN LA COMUNIDAD	12
1.3. SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD Y SU UTILIZACIÓN.....	14
1.4. POLÍTICAS NACIONALES SOBRE MEDICINA TRADICIONAL.....	15
1.5. ARTICULACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD TRADICIONAL E INSTITUCIONAL/OCCIDENTAL	15
2. CONTEXTO ÉTNICO A NIVEL LOCAL, NACIONAL Y REGIONAL DE LOS NEGROS GARÍFUNAS DE HONDURAS	17
2.1. SITUACIÓN DE LOS PUEBLOS ÉTNICOS DE HONDURAS EN LA ACTUALIDAD	17
2.2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL PUEBLO GARÍFUNA DE HONDURAS	20
2.2.1. Población garífuna actual y ubicación geográfica	20
2.2.2. Aspectos sociales económicos, culturales, políticos y ambientales de las comunidades garífunas.....	21
3. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD GARÍFUNA	27
3.1. SANTA FÉ, COLÓN. LA COMUNIDAD EN ESTUDIO.....	27
3.2. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD PARA LA POBLACIÓN GARÍFUNA	28
3.3. ORÍGENES DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN EL PUEBLO GARÍFUNA.....	29
3.3.1. Origen de las enfermedades espirituales.....	29
3.3.2. Origen de las enfermedades naturales	36
3.4. RECURSOS HUMANOS DE LAS COMUNIDADES GARÍFUNAS QUE SE DEDICAN A LA MEDICINA TRADICIONAL	37
3.5. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, CURACIÓN, REHABILITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES	40
3.6. MARCO LEGAL PARA LA MEDICINA TRADICIONAL GARÍFUNA.....	45
4. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD INSTITUCIONAL U OCCIDENTAL	49
4.1. SISTEMA DE SALUD EN LA REGIÓN (ÁREA DE SALUD No. 5).....	49
4.1.1. Organización Técnico-Administrativa, Regional, Niveles y Cobertura	49
4.1.2. Algunos indicadores relacionados con la salud y tasas de mortalidad.....	52
4.1.3. Recursos Financieros y Humanos.....	53
4.1.4. Atención a la comunidad garífuna	54
4.2. SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SANTA FÉ.....	55
4.2.1. Indicadores de Salud.....	55
4.2.2. Recursos Humanos, disposición de medicamentos y equipo	57
4.2.3. Enfermedades más comunes controladas (y otras atenciones) por la UPS.....	57
4.2.4. Capacitación y promoción en materia de salud a nivel comunitario	58
4.2.5. Nivel de aceptación o rechazo a la medicina institucional por parte de la comunidad garífuna de Santa Fé.....	59
5. ARTICULACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE SALUD GARÍFUNA Y EL SISTEMA DE SALUD INSTITUCIONAL.....	61
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
6.1. CONCLUSIONES	65
6.2. RECOMENDACIONES	67

BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXO 1: DEPARTAMENTO DE COLÓN, Y EL MUNICIPIO DE SANTA FÉ HONDURAS.....	79
ANEXO 2: TÉRMINOS DE REFERENCIA	81



PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas,¹ está promoviendo un proceso que contribuirá al mejor conocimiento de los factores condicionantes y estrategias comunitarias que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud de la población indígena de las Américas. Esto se hace en cumplimiento del numeral 2, inciso D de la Resolución CD37.R5² que recomienda “instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad” y de los enunciados de la Resolución CD40.R6³ que, entre otros puntos, resuelve “exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas”.

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

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

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

En el anexo se describen los términos de referencia enviados a las representaciones de la OPS/OMS para ser entregados a los investigadores responsables de la elaboración de los estudios de caso. La información que se presenta en los documentos preparados, responde a los procesos

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

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

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

seguidos en cada país, a la disponibilidad de documentación y datos, y al criterio profesional de los autores.

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos y culturales de la última década han influido en el estado de salud y bienestar de la mayoría de los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe, los cuales han sido marginados de las políticas estatales de desarrollo. En estos pueblos se presentan altas tasas de mortalidad infantil cuyas causas, en la mayoría de los países, son las enfermedades infecciosas gastrointestinales y las enfermedades respiratorias. Entre los adultos las causas de mortalidad son las enfermedades infecto-contagiosas, parasitarias, y las transmitidas por vectores. Asimismo, la desnutrición y sus consecuencias son un denominador común en la población de muchas comunidades indígenas.

Si bien es cierto, que en los países latinoamericanos los recursos humanos para la salud han aumentado, se aprecian desigualdades en la distribución de los mismos aun cuando varios ministerios o secretarías de salud cuentan con unidades, lineamientos o planes para la atención de los pueblos indígenas, con el propósito de solucionar los problemas de acceso y cobertura a los servicios de salud. Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, han resultado inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución en América Latina y el Caribe.

La búsqueda del desarrollo y fortalecimiento de diferentes estrategias, que confluyan en el establecimiento de sistemas nacionales de salud acordes con las características de la población beneficiaria, es una alternativa válida para mejorar la salud de la población indígena y no indígena. De hecho, los pueblos indígenas de la Región han desarrollado desde tiempos ancestrales un conjunto de prácticas y conocimientos muy complejo y bien estructurado. La milenaria relación con la naturaleza, les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas en sus hábitats respectivos, las que son parte integral de la cultura y lo cotidiano. Sus categorías y usos se entrelazan con lo mágico y religioso de la cosmovisión indígena. Los terapeutas tradicionales son los especialistas en el conocimiento médico. Las normas y conceptos generales de los sistemas médicos indígenas son conocidos a nivel comunitario en donde sus prácticas y terapias pueden ser administradas en cualquier momento en el ambiente familiar.

En el marco del rescate del conocimiento indígena, los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, en la Resolución CD37.R5, ratificaron cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas, los cuales orientan la labor, facilitan los criterios para la vigilancia y sientan las bases para la evaluación al final del Decenio, en el 2004. Estos principios son: la necesidad de un abordaje integral de la salud; el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación; el derecho a la participación sistemática; el respeto por las culturas indígenas y su revitalización y la reciprocidad en las relaciones (OPS/OMS, 1998:i).

Considerando lo anterior, es que en el presente estudio se describe de manera general la cosmovisión en el campo de la salud que tienen los Garífunas, la mayor cultura étnica hondureña de la actualidad. En la comunidad garífuna del Municipio de Santa Fé, en el Departamento de Colón se construyen los conceptos de salud y enfermedad, se identifican los agentes de salud que allí trabajan y conviven, se describen elementos particulares de los *buyei* —una clase sacerdotal y médica garífuna—, de las parteras, de los sobadores, de los hierberos y otros. También se describe el sistema de salud institucional que opera en la zona, y posteriormente se identifican algunas opiniones y actitudes que tienen los garífunas hacia los sistemas de salud existentes en sus comunidades.

Además, se puntualizan algunos elementos que articulan los dos sistemas de salud y que ayudan a delinear varios considerandos que podrían incluirse en un nuevo modelo de salud.

Es así que la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, con el apoyo de la OPS/OMS, decide contribuir con el proceso de convergencia nacional en salud, realizando el presente estudio sobre el sistema de salud tradicional garífuna y su vinculación con el sistema de salud institucional. El propósito es identificar puntos de convergencia para fortalecer, apoyar y derivar algunas sugerencias para reorientar los modelos de atención y contribuir con nuevas herramientas en la formación de los recursos humanos en salud, como parte de los procesos de reforma del sector salud. Este estudio se realizó como parte del programa de formación del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para las comunidades garífunas, que se llevó a cabo en Trujillo, Colón, y en el cual los docentes y los estudiantes tenían una alta participación y protagonismo durante el desarrollo del mismo.

Se presenta este estudio para que sirva como aporte en el rescate de la identidad de los pueblos indígenas y negros de América Latina y el Caribe, y especialmente de la cultura garífuna de Honduras.

Aprovechamos también esta introducción para agradecer la valiosa colaboración de las Licenciadas en Enfermería Telma Gotay y Ana Valladares, docentes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para comunidades garífunas y a todas las estudiantes garífunas de dicho curso por su decidido apoyo: Yanina Álvarez, Yessenia Arzú, Merly Ballesteros, Idalia Batiz, Teodora Batiz, Magda Batiz, Yolany Caballero, Daysi Castillo, Pia Castillo, Vilma David, María Fernández, Esther Figueroa, Regina Figueroa, Lilian Güity, Geily Güity, Lorna Gotay, Delsa González, Gloria Gutiérrez, Edith Lino, Kenia Martínez, Adela Martínez, Karen Martínez, Rosa Quevedo, Ada Ramírez, Emelda Romero, Zenaida Sambulá, Irma Solórzano, Elsa Valencia y Marcia Zapata.

También nuestro agradecimiento a Esly García y Lorena Saldaña, *buyei* (sacerdote o adivino) de la comunidad de Cristales por ser partícipes en este estudio proporcionando conocimientos relevantes, y a toda la comunidad de Santa Fé por brindar información valiosa en cuanto a la medicina tradicional garífuna y su actitud hacia la misma y hacia el sistema de salud institucional.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la articulación del sistema de salud tradicional de la salud indígena con el sistema de salud institucional del área, con el fin de desarrollar lineamientos para un nuevo modelo de salud dentro de dicha población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar los aspectos relevantes particulares y comunes de la cosmovisión indígena en materia de salud, los agentes de medicina indígena y su rol en la comunidad, las políticas nacionales sobre medicina tradicional, la articulación del sistema de salud tradicional/indígena y el sistema de medicina institucional/occidental.

- 2) Caracterizar los sistemas y servicios de salud existentes en la comunidad garífuna de Honduras (enfermedades más comunes y su prevención, curación, promoción, rehabilitación, recursos humanos).
- 3) Conocer la interpretación de la salud y la enfermedad en la cultura garífuna y en la medicina institucional.
- 4) Proponer lineamientos (considerandos) para un modelo de salud en la comunidad garífuna que contemple elementos del sistema tradicional/garífuna y del sistema institucional.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de caso de carácter descriptivo-analítico-propositivo en la comunidad garífuna de Santa Fé, Colón, en donde las variables de estudio se abordaron de forma cuantitativa y cualitativa. Este estudio comprendió un trabajo documental-bibliográfico, así como un trabajo de campo.

SELECCIÓN DE LA COMUNIDAD

En el Primer Foro Nacional “Salud Indígena e Interculturalidad” desarrollado en Tegucigalpa entre el 5-7 julio de 2000 se hicieron contactos con representantes garífunas, entre ellos la Coordinadora del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para comunidades garífunas, Licda. Telma Gotay, para seleccionar las comunidades de estudio. Así pues, la población, seleccionada intencionalmente, contempla principalmente a la comunidad de Santa Fé, en el departamento de Colón, considerando su arraigo a la cultura garífuna y su acceso cercano a algunos servicios de salud institucional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Información de carácter secundario y primario de los especialistas de la salud, líderes o agentes comunitarios de salud (ancianos, hierberos, *buyei*, parteras, sobadores), y de la población en general para validar, respaldar y complementar la información recolectada y enriquecer los conocimientos desde varios puntos de vista.

INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN

- Se realizaron **entrevistas en profundidad** a diversos especialistas relacionados con la temática, a saber: médicos, enfermeras, *buyei*, sobadores, parteras, hierberos, ancianas.
- Se llevaron a cabo **grupos focales** con los estudiantes y docentes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para las comunidades garífunas con sede en el Barrio Cristales, del municipio de Trujillo. En dichos grupos focales, se abordó la caracterización de los sistemas de salud garífuna e institucional así como sus elementos vinculantes.
- **Aplicación de una encuesta a la comunidad de Santa Fé.** Se consideró una muestra del 4%, es decir 150 habitantes (la población total es de 3.783 habitantes según PNUD-Honduras (1998)). Dicha muestra fue de carácter intencional y por cuotas considerando los siguientes criterios: sexo (masculino y femenino), edad (15 a 17, 18 a 30 y mayor de 30 años) y nivel de escolaridad (primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, y técnica o universitaria), tal como se detalla en el cuadro siguiente.

Cuadro No.1: Muestra por cuotas para la comunidad de Santa Fé, Colón

Sexo	Edad (en años)	Nivel de Escolaridad				
		Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Técnico, diplomado, universitario
Femenino	15-17	5	5	5	5	5
	18-30	5	5	5	5	5
	> 30	5	5	5	5	5
Masculino	15-17	5	5	5	5	5
	18-30	5	5	5	5	5
	>30	5	5	5	5	5

Con este tipo de muestreo se obtuvo una información representativa de la comunidad de Santa Fé, recolectada a través de una encuesta aplicada por las 30 estudiantes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería con la supervisión y apoyo del equipo de investigadores. Previamente a la aplicación de la encuesta, se realizó una capacitación a las estudiantes como parte de un taller de investigación impartido por los investigadores, durante un día de trabajo.



Estudiantes y docentes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para Comunidades Garífunas, e investigadores.
Fotografía: Jorge Amaya

1. COSMOVISIÓN EN MATERIA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS AMERICANOS

“A veces he llegado a pensar que los curanderos son mejores que los médicos de mayor prestigio”. Mahatma Ghandi.

1.1. CONCEPTO DE LA SALUD/ENFERMEDAD

La cosmovisión supone un conjunto de elementos que determinan la forma que las diferentes culturas tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Esto incluye su patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos, así como instituciones económicas, políticas, religiosas y la familia, las cuales sirven para preservar a un grupo social dado. En el caso de los pueblos indígenas, la cosmovisión define las relaciones del individuo con otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza, con los seres espirituales y se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad (OPS/OMS. No.12, 1998:17).

Es claro que el saber médico resumido en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud, permitió que las diferentes culturas hayan especializado grupos mágico-religiosos y que a través de la observación sistemática y continua, del ver y recordar, de igualar la planta, el órgano y la enfermedad, de adivinar a través del augurio, del éxtasis y la iluminación, hayan explicado y tratado las enfermedades del hombre tomando en consideración su medio ambiente propio: natural, social y cultural.

Es bajo esta óptica, que en este apartado se observan algunos elementos que configuran la cosmovisión en materia de salud de algunos de los 400 diferentes pueblos de la Región de América y el Caribe, abordando a partir de la documentación bibliográfica los conceptos de salud y enfermedad. La información del Recuadro No. 1 resalta la similitud que tienen las diferentes culturas étnicas de América respecto a su cosmovisión en salud, en donde existen hilos conductores, sobre todo la armonía con la naturaleza y el ambiente, elemento central en el concepto de salud y enfermedad. Si se tiene una muy buena relación con la naturaleza, entonces la salud está en el individuo y la comunidad, y en caso de romperse la relación armoniosa con ella, la enfermedad no se tarda en aparecer; parece ser la proposición lógica condicional que se desprende de estas culturas indígenas.

**Cuadro No. 1: Concepto de Salud y enfermedad
en las culturas étnicas de América Latina**

Cultura Étnica	Concepto de Salud/enfermedad	Referencia bibliográfica
Kichwa del Ecuador	En esta cultura se define la salud como el logro de la armonía y el equilibrio de lo físico, lo mental y lo espiritual en el individuo, la comunidad, la cultura, la naturaleza y la tierra o Allpamama, que permite el desarrollo humano en lo biológico, en lo social y en lo espiritual. La enfermedad, por lo contrario, es la ruptura del equilibrio y la falta de armonía que provoca el excesivo trabajo, el maltrato, la tristeza, la desorganización, la contaminación y agotamiento de los recursos naturales.	Ulcuango. 1998
Aymara de Bolivia	Desde el punto de vista semántico, resulta difícil hallar un vocablo	Fernández

Cultura Étnica	Concepto de Salud/enfermedad	Referencia bibliográfica
	equivalente a salud. El concepto más aproximado sería “ <i>kankaña</i> ” que significa bienestar, paz moral e integridad física. Este puede ser el concepto que más se acerque a salud. Por otro lado, para el aymara, la enfermedad es un desequilibrio fisiológico y social que puede ser originado por un cuerpo extraño o por la voluntad de los dioses a consecuencia de una serie de faltas (pecados) que pudo haber cometido el individuo, igualmente puede resultar de la acción de los hechiceros. La dimensión religiosa de la enfermedad y la curación es parte fundamental de esta cultura.	Juárez. 1999 Losa Balsa. 1995
Shipibo-Conibo y Asháninka de las comunidades indígenas amazónicas del Distrito de Tahuania-Ucayali, en Perú.	La salud se presenta como un estado de normalidad y equilibrio entre: hombre/espíritu, hombre/familia, hombre/grupo social, hombre/ naturaleza. La pérdida de ese equilibrio trae sufrimiento, tristeza y necesidad del restablecimiento de un nuevo equilibrio. El equilibrio supone buena provisión de recursos, buena respuesta de los elementos naturales, auto-respeto, consideración social, relaciones familiares buenas, confianza en los propios valores, valorización del propio grupo. Es así que la salud no debe ser considerada como una falta de enfermedad, o de bienestar únicamente, sino como calidad de vida y forma armónica de vivir.	Guevara Torres. 1999
Pueblos indígenas ubicados en el Vaupés, sureste de Colombia. Grupo mayoritario: Tucano.	La explicación que hace la medicina de estas poblaciones con respecto a la salud y la enfermedad se basa en la “convivencialidad” —positiva o negativa— del sujeto con relación a la comunidad tanto biológica como social. La medicina del pueblo indígena Tucano es una medicina ecológica, ya que al enfermarse la relación de los seres vivos con la naturaleza, se enferman las personas.	Guevara Garzón. 1998
Cuna de Panamá	Para el indio cuna, la enfermedad es el resultado de la lucha entre las fuerzas del mal y el hombre. Los espíritus malignos están por todas partes, siempre dispuestos a hacer daño al ser humano. Hay, sin embargo, enfermedades que no reconocen este origen, y el indio explica su etiología por medios naturales. Pero en la mayoría de los casos, el rapto del alma por los demonios es la causa de la enfermedad.	Reverte. 1963. 276-294
Ngöbe de Panamá	La salud para los ngöbes es el producto de una relación armónica con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses. Al romperse la armonía con el medio ambiente y con los dioses, se produce la enfermedad, que se expresa en el individuo y que afecta a toda su familia.	Vergés de López y Farinoni. 1998
Miskitos del Río Coco de la Costa Atlántica de Nicaragua	Persona sana es una persona alegre, se viste mejor, tiene apetito, se mira gordo, está contento en su trabajo, se pasea por su vivienda, le gusta su vida. En el caso de las mujeres, se pinta la cara, está contenta y puede andar por cualquier parte sin pensar en nada. La salud, pues, está configurada por sus experiencias históricas y su visión espiritual del mundo.	Cunningham M. y Cunningham W. 1994
Huichola de la Comunidad de San Andrés Cohamiata, Jalisco, México	En la visión del huichol, las causas de todas las enfermedades y de la muerte que no son atribuidas a la vejez, han de encontrarse en lo sobrenatural. Existe creencia de que algunas deidades ofendidas envían enfermedades por haber faltado a un ceremonial obligado. Una segunda causa de enfermedad es la brujería o magia malévol, y un tercer peligro para la salud y la vida es la “pérdida del alma”.	Casillas Romo. 1990

Es evidente, según se desprende del recuadro anterior, que en estas culturas indígenas el concepto de salud/enfermedad es predominantemente de tipo holístico o global donde se consideran los aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, espirituales y ambientales. Es decir, que en la mayoría de las culturas indígenas americanas se considera al ser humano de manera integral.

En este sentido, enmarcado en las culturas indígenas latinoamericanas, y siendo básicamente un sistema de salud “holístico”, la salud se podría definir como “el funcionamiento armónico de los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona, el cual, además, está en armonía con el medio ambiente, social y natural”. O como sostiene Stout (1992) y Rozental (1988), que el concepto holístico o integral de la salud atiende elementos dinámicos entre lo individual (físico, mental, espiritual y emocional); lo colectivo (político, económico, cultural y social), así como entre lo natural y lo social.

Es claro que estos conceptos de salud/enfermedad enmarcados en los sistemas de salud indígenas comprenden un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos —sean explicables o no— relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explica los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud y se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de las comunidades indígenas (OPS.1998:16).

Los conceptos anteriores marcan una clara diferencia con el concepto de salud/enfermedad que se maneja en la medicina institucional u occidental. Aun más, en las últimas décadas han aparecido numerosos estudios que han intentado definir la salud desde diferentes puntos de vista: antropológicos, sociológicos, médicos, históricos y filosóficos.

De esta manera, la palabra “salud” u otra palabra tendrá un significado diferente dependiendo del contexto en el que se use. Por lo tanto, es necesario distinguir algunos contextos en los que se emplea esta palabra, tal como lo describe el Dr. Miguel Sánchez-González de la Universidad Complutense de Madrid:

El contexto médico-asistencial, configurado por la actividad y las necesidades de los profesionales sanitarios. Predominan los objetivos curativos y pragmáticos. Su paradigma de acción es la asistencia médica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con alteraciones corporales evidentes. El concepto primario es el de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos, y la salud tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad.

El contexto cultural de los pacientes, es el que aportan las personas que se sienten enfermas, en el seno de una determinada cultura. Cada cultura delimita o construye un conjunto peculiar de enfermedades, que son las que otorgan la condición de enfermo. El concepto primario es el de dolencia, interpretada según los códigos culturales.

El contexto sociológico, configurado por el estudio de la sociedad como un todo integrado. Aquí se entiende la salud de los individuos como un estado de funcionalidad eficiente dentro de un rol social. Así puede entenderse la definición: “salud es el estado de capacidad óptimo de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado” Talcott Parsons (1958:57-81).

El contexto económico y político, la perspectiva económica hace ver que la salud es un bien económico e intenta ponerla en relación con otros factores económicos. En el nivel político, la salud es concebida como el fundamento de la libertad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política. De esta forma, en el Preámbulo a la Constitución de la OMS se reconoce que: “la salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la paz y la seguridad”.

En general, el prototipo de estas definiciones parciales se podría resumir en la definición promulgada por la OMS en 1946 y que dice que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento”.

Esta última definición es la que más se aproxima a la que manejan la mayoría de comunidades indígenas de la Región de las Américas, aunque no se considera el elemento ambiental (la armonía con la naturaleza) ni el espiritual, que son fundamentales en la medicina indígena.

Por tanto, es evidente que en un mundo como el nuestro, en el que la salud es tan importante, el concepto que se tenga de ella puede tener repercusiones considerables, tanto en la planeación y diseño de estrategias de intervención, como en la prestación de servicios de salud en las distintas comunidades que apoyen la formulación de un modelo de salud sostenible e integral.

1.2. AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL/INDÍGENA Y SU ROL EN LA COMUNIDAD

Dentro de cualquier sistema de salud, sea institucional/occidental o tradicional/indígena, es importante identificar a los agentes de salud que se involucran. Por ejemplo, un médico, según la mejor definición para el académico y los pueblos occidentales es la legal, es decir, un sujeto que ha realizado estudios en una academia oficial, que tiene licencia legal para aplicar sus conocimientos y reconocido por el Estado como tal.

En contraste con lo anterior, en muchos países la mayor parte de la población considera como médico/terapeuta al individuo que ha recibido el beneplácito divino para poder curar.

Por lo tanto, es importante conocer cuáles son los agentes de la medicina tradicional/indígena y su papel en la comunidad, dado que las referencias que tienen los indígenas del sistema de salud institucional/occidental son preocupantes; tal es el caso de los aymaras, que llamaban a los hospitales “casa de la muerte”, ya que la atención era descuidada, escaseaban los remedios y los médicos casi nunca tenían éxito en sus intervenciones. Se agrega, que el médico hace durar la enfermedad y que no sólo hace vomitar al enfermo, sino que consigue que vomiten los bolsillos de la familia (Loza-Balsa. 1995:143,146).

Los agentes de salud de algunos pueblos étnicos latinoamericanos se observan en el Recuadro No.2 que se presenta a continuación:

Cuadro No. 2: Agentes de salud de las culturas indígenas de América Latina

Cultura	Agentes de su sistema de salud
Kichwas del Ecuador	<i>Yachac</i> o “maestro”. Es grande la importancia que tiene el <i>yachac</i> como conocedor de la sabiduría de los abuelos, del viento, de la madre tierra, de la piedra y del <i>Innitayta</i> (padre sol); como mensajero de lo divino en la curación de la enfermedad; como intermediario entre el enfermo y la comunidad, y como el

Cultura	Agentes de su sistema de salud
	administrador de la necesaria penitencia reparadora ante las acciones cometidas contra la naturaleza, el alma o la misma comunidad. El <i>yachac</i> es capaz de generar los procesos de diagnóstico y cura a través de mesadas de purificación con sus pacientes, permitiendo reconocer a través del éxtasis no solo el origen de las enfermedades sino sus métodos y medios de curación.
Aymara de Bolivia	<p><i>Yatiri</i>, "el que sabe". Conoce la naturaleza de las enfermedades que dañan y afligen a los aymaras. Su terapia se basa en el diagnóstico establecido tras la consulta a la hoja de coca; posteriormente actúa sobre la afección utilizando sus conocimientos como medico "naturista", y en los casos precisos, prepara una ofrenda compleja (misa) para seducir a los seres tutelares implicados en la afección sufrida por su paciente.</p> <p>El <i>ch'amakani</i> (el "dueño de la oscuridad"). Su carácter específico resulta de su capacidad para comunicarse y hablar con los seres tutelares aprovechando la oscuridad, las sombras y la noche. Es un eficaz intermediario entre los seres sagrados aymaras y la gente. Convoca a los seres que lo apoyan (<i>aphällas</i>) y modera un dialogo entre ellos y los afectados para establecer las causas del mal que les aqueja, así como la identidad de los responsables.</p> <p>Los médicos "naturistas" <i>kallawayas</i>. Poseen un vasto conocimiento de especies naturales: flora, fauna, sustancias orgánicas y minerales que emplean como remedios en el tratamiento de las enfermedades. Conocen igualmente diferentes prácticas rituales vinculadas con tratamientos terapéuticos específicos; son consumados especialistas en la lectura de la suerte de coca, los naipes y la elaboración de ofrendas complejas.</p>
Tucano del Vaupés. Colombia	<p><i>Payés o chamanes</i>. Son los agentes fundamentales de salud y poseedores de un conocimiento ecológico que los convierte en los administradores de los recursos naturales y a la vez, dan las directrices para el comportamiento social y mental de la comunidad sobre la que rigen.</p> <p><i>Cumús</i>. Agente de la medicina tradicional indígena que ha tendido a hacer sincretismos entre elementos teórico-prácticos de la medicina tradicional y elementos popularizados de la medicina occidental.</p> <p>Ancianos. Tienen algunos conocimientos médicos y mágicos que los habilitan para manejar ciertos conceptos básicos, fundamentados especialmente en la relación trófica que tienen los diferentes elementos de la naturaleza entre sí.</p>
Cunas de Panamá	El indio cuna cuenta con su élite compuesta por <i>Absoguedis</i> , <i>Neles</i> , <i>Inatuledis</i> y <i>Kantules</i> , representantes del chamanismo ístmico. Lo mágico, la idea del poder congénito para curar, adivinar, hablar con los espíritus protectores o maléficos, se entremezcla con el aprendizaje de los poderes curativos de productos vegetales, animales y minerales. Las medicinas, tales como el agua para baños y las pócimas o infusiones, suelen ser preparadas por la mujer
Ngöbe de Panamá	<p><i>Sukia</i>. Es la persona que puede reintegrar su alma al cuerpo mediante un sistema terapéutico, puede convocar y hablar con las fuerzas sobrenaturales. Las funciones principales que cumple son: terapeuta, adivino, fitoterapeuta, y rector de la sociedad.</p> <p><i>Bicho</i>. Es una mujer que actúa como agente de la medicina Ngöbe. En el terreno de la salud el papel de la mujer es central, porque ella toma en sus manos el cuidado de la salud familiar y también algunas brindan sus servicios a la comunidad.</p> <p>Existen otros personajes que solamente administran plantas medicinales.</p>
Miskitos de Nicaragua	<p><i>Sukia</i>. Médico, adivino y dirigente principal de la comunidad desde el punto de vista espiritual y dedicado por entero a la actividad de la medicina y la actividad ritual. El <i>sukia</i> es el protector de la sociedad miskita. No hay restricciones de género, ya que pueden aspirar a ser <i>sukias</i> tanto hombres como mujeres.</p> <p>Profeta (<i>prapit</i>). Realiza tratamientos similares a otros médicos tradicionales.</p> <p>Curanderos. También se les llama <i>sika upla</i>, que quiere decir gente de la medicina o inteligentes. Se dice que son especialistas en venenos, extractores de espinas y domadores de serpientes.</p> <p>Partera. Es conocida con el nombre de Grande. Su acción se extiende a procesos como el embarazo, el parto y el puerperio normales.</p>

Cultura	Agentes de su sistema de salud
Huichola de México	<p><i>El Mara-acame (Chamán huichol)</i>. Aunque se considera a ciertos <i>maca-acate</i> (plural de mara-acame) como brujos, cada mara-acame tiene el poder, aunque no la intención, de producir magia malévolas contra otro individuo. El <i>mara-acame</i> se ve a sí mismo, y la mayor parte de su gente lo ve también, como el guardián de la comunidad y como escudo contra toda amenaza a la integridad espiritual y al equilibrio de los miembros de aquella. Aunque algunos <i>mara-acate</i> conocen muchas hierbas medicinales, como regla general, la mayoría de ellos no las usan en forma extensa.</p> <p>Curanderos a nivel sub-chamánico (algo parecido al hierbero rural mestizo). Hacen uso extenso de las hierbas medicinales. Los poderes atribuidos a algunas de estas plantas son mágicos en gran medida.</p>

Es evidente que todos los agentes de salud de las diversas culturas étnicas tienen una gran presencia y respeto en las comunidades donde realizan su papel de líderes. Su llamamiento o formación tiene un origen básicamente espiritual, y no se puede hablar de los agentes principales de salud indígena sin una relación estrecha con seres espirituales, sean superiores como Dios, o inferiores como algunos espíritus a los cuales les dan órdenes en algunas ocasiones. Tienen la habilidad para poder diagnosticar las diferentes enfermedades, así como la facultad de recomendar las medicinas o rituales a seguir para la curación total de los pacientes.

Así mismo, tienen una relación importante con la naturaleza, de la cual extraen las medicinas necesarias para la curación de las enfermedades, es admirable el conocimiento que tienen sobre las propiedades medicinales de plantas y productos de origen animal, adquirido a través de los años y que transmiten de generación en generación.

Finalmente, se destaca que en casi todas las culturas étnicas de América, existen diferentes agentes de salud como por ejemplo: los que tratan las enfermedades espirituales (y también naturales) que sirven de consejeros comunitarios; las parteras que están encargadas de la atención a la mujer antes, durante y después del parto y del recién nacido; los sobadores encargados de las fracturas de huesos y safaduras, empacho, "mollera caída", etc., y también agentes encargados de administrar plantas medicinales, éstos son los hierberos que tienen conocimientos sobre las plantas y productos de origen animal con sus propiedades medicinales respectivas, y por último, hay que mencionar que existen personas que se encargan de embrujos, maleficios, etc..

1.3. SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD Y SU UTILIZACIÓN

En términos generales, los pueblos indígenas han estado marginados por muchos años en lo que respecta a los servicios de salud, ya que los diversos gobiernos han prestado muy pocos y deficitarios servicios de salud. Ejemplos de esta desigualdad, se manifiestan en la mayoría de las etnias de América. En los pueblos Kichwas del Ecuador, como en casi toda el área rural del país, existe un agravamiento de la situación en materia de salud porque no existe cobertura profesional, inclusive en los centros médicos rurales solo existe la infraestructura, sin un equipo profesional que brinde atención curativa/preventiva (ECUARUNARI.1999:65).

Entre los habitantes del pueblo Ngöbe de Panamá, se llevan a cabo casi todos los programas de salud que tienen que ver con la atención de las personas, aunque en casi el 50% de los puestos de salud no existe el personal necesario para dar la debida atención en salud. (Vergés y Farinoni. 1998:90).

1.4. POLÍTICAS NACIONALES SOBRE MEDICINA TRADICIONAL

En materia de políticas nacionales sobre la medicina tradicional, Latinoamérica ha mostrado pocos avances, solo en algunos países se han mostrado pequeños adelantos o en el intento de reglamentar la medicina tradicional indígena.

El desconocimiento de la medicina indígena y sus agentes es común, además, se manifiestan normas prohibitivas en donde se considera un delito la práctica de la medicina tradicional, como lo previsto y penado en el artículo 290 del Código Penal de 1990 de Perú, que a la letra dice: "Será reprimido con pena privativa de la libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio voluntario de veinte a cincuenta jornadas, quien careciendo de título realiza cualquiera de las acciones siguientes: 1) Anuncia, emite diagnósticos, prescribe, administra o aplica cualquier medio supuestamente destinado al cuidado de la salud, aunque obre de modo gratuito; 2) Expide dictámenes o informes destinados a sustentar el diagnóstico, la prescripción o la administración a que se refiere el inciso 1" (Ibérico Mas. 1999:17-19).

En este sentido, los Gobiernos necesitan revisar sus normativas y generar una apertura al funcionamiento de la medicina tradicional, en el cual sus agentes sean certificados o respaldados para que puedan actuar con libertad en el ejercicio de sus funciones, y que la comunidad indígena sea la más beneficiada.

Aunque existen casos excepcionales, como en Bolivia, que a partir de 1997 aceptó formalmente la vigencia de las medicinas indígenas y llegó a reglamentar el ejercicio de las alternativas (Fernández Juárez. 1999:240). Otro caso es la medicina miskita de Nicaragua, que fue reconocida y legalizada en el Estatuto de la Autonomía desde el año 1987, aunque no se han manifestado mayores cambios en el ejercicio de los servicios de salud en la zona (Cunningham y Cunningham. 1994:13).

1.5. ARTICULACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD TRADICIONAL E INSTITUCIONAL/OCCIDENTAL

El vacío en las políticas y normativas nacionales respecto a la medicina tradicional e intervención en la salud indígena por parte del Estado, se refleja además en la poca articulación entre el sistema de salud tradicional indígena y el sistema de salud institucional u occidental, ya que resulta difícil encontrar a médicos formados a la "occidental" dispuestos a aceptar equivalencias y respeto sobre el quehacer de los agentes de salud de las diferentes culturas étnicas de América.

Sin embargo, se han dado algunos casos de importancia que son esfuerzos personales o de comunidades particulares que tratan de articular o vincular los sistemas de salud tradicional e institucional u occidental. Algunos de estos esfuerzos se describen a continuación:

- En la cultura aymara de Bolivia, el Dr. Enrique Pinto menciona su atrevimiento en el intento de articular los dos sistemas de salud (aymara e institucional) y, recuerda que " en los años 1970-1975 trabajando en el Instituto del Tórax, tuve un niño de 12 años enfermo con tuberculosis que no respondía apropiadamente al tratamiento, hasta que, cometiendo sacrilegio que nunca me perdonarán los doctores, permití que un *yatiri* (maestro), en horas apropiadas, acudiese al hospital, hiciese lo que debía hacer y, a partir de aquel momento, el niño repuntó asombrosamente en su recuperación." (Fernández Juárez. 1999:221-222). Si

bien es cierto que los médicos indígenas y occidentales, se dan cuenta de que la "interconsulta" no es posible, pero tienen la idea de trabajar en consultorios distintos, con un personal bilingüe y bicultural que ayuda a que cada cual vaya al consultorio que le corresponda (Fernández Juárez 1999:235-236).

- En 1997 se realizó un Encuentro para la Enseñanza de la Medicina Tradicional en las universidades bolivianas, y ya existe una Base de Datos para Plantas Medicinales y Medicina Tradicional en Bolivia (METRABOL) (Fernández Juárez. 1999:240).
- En el Ecuador, los pueblos indígenas han logrado definir el alcance de una Escuela de Capacitación de Salud Indígena (ECUARUNARI. 1999:70).
- Entre los Ngöbes de Panamá, se han realizado encuentros e intercambios de tipo académico, a través de seminarios nacionales e internacionales, explicando métodos y recursos terapéuticos, también se han realizado diversas capacitaciones (parteras empíricas y promotores de salud). Por otro lado, auxiliares de salud ngöbe formados en el sistema oficial de salud, brindan sus servicios en los puestos de salud ubicados en el área del oriente.

Estos esfuerzos indican que en algunos países hay cierto interés en el rescate de los conocimientos médicos indígenas y que pueden aportar lineamientos de importancia en modelos de salud articulados (tradicional-occidental) que beneficien de una manera más efectiva a las comunidades de la Región. Obviamente, estos pequeños pasos deben ser la punta de lanza para desarrollar proyectos verdaderamente sostenibles en las comunidades indígenas, para que se respeten sus propias culturas y que se encaminen a resolver problemas de una manera integral (aspectos de salud, sociales, económicos, políticos, educativos, etc.) y que no vayan en detrimento de las futuras generaciones, sino por lo contrario, que garanticen un mejor futuro a las próximas generaciones.

2. CONTEXTO ÉTNICO A NIVEL LOCAL, NACIONAL Y REGIONAL DE LOS NEGROS GARÍFUNAS DE HONDURAS

2.1. SITUACIÓN DE LOS PUEBLOS ÉTNICOS DE HONDURAS EN LA ACTUALIDAD

La República de Honduras está localizada en el istmo centroamericano, con una extensión territorial de 112.492 km². Estimaciones recientes indican que en el año 2000, el país tiene una población de 6.126.532 habitantes con una densidad de 53,7 habitantes por km². La población urbana representa el 45% y la rural el 55%. El crecimiento demográfico anual es de 2,6%, la tasa de natalidad es de 33,38% y la tasa de mortalidad de un 5,83% (PNUD.1999:2,9).

Por otra parte, la tasa de alfabetismo, según estimaciones para el año 2000, es de un 72,5% y el ingreso per cápita de US\$ 624.70 (PNUD.1999:202-203). Los principales productos de exportación son el café, bananos, madera, plomo, zinc, plata, carne refrigerada, camarón y langosta, azúcar, tabaco, piñas, melones, sandías, prendas de vestir, jabones y detergentes, y derivados del petróleo (Océano.2000:v). La división política territorial es de 18 departamentos, la capital es Tegucigalpa, que cuenta con 818.690 habitantes, y también son ciudades importantes San Pedro Sula, La Ceiba, El Progreso, Choluteca, Tela, Santa Rosa de Copán y Comayagua. Honduras presenta una rica diversidad étnica cultural que se encuentra dispersa por las diferentes partes del territorio nacional.

En cuanto a los orígenes étnicos, la población está distribuida en 1% de blancos, 3% de negros, 7% de indígenas y 90% de mestizos.⁴ En relación con el resto de países de Centroamérica, Honduras ocupa el segundo lugar después de Guatemala en cuanto al porcentaje de población indígena, tal como señala el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2: Población total indígena de Centroamérica, según países. 1994.

País	Población Total	Población Indígena	% de Población Indígena
Guatemala	10,300,000	4,945,511	48.01%
Honduras	5,300,000	630,000	11.88%
El Salvador	5,200,000	88,000	1.69%
Nicaragua	4,300,000	326,000	7.59%
Costa Rica	3,200,000	24,300	0.75%
Panamá	2,500,000	194,719	7.78%
TOTAL	30,800,000	6,209,130 (20.15%)	20.15% (del total)

Fuente: Matos Mar, José. 1994. Instituto Indigenista Americano, vol. III, No. 4. p. 165.

En su conjunto, Centroamérica tiene una población de 30.800.000 habitantes siendo Guatemala el país que concentra mayor población indígena con el 48% del total; Honduras con 5.300.000 habitantes cuenta con 630.000 indígenas y negros que representan el 11,8% de la población total.

⁴ El término mestizo se ha referido tradicionalmente a la mezcla que se dio en el período colonial entre los españoles e indígenas y así se ha usado en la historiografía latinoamericana a lo largo del siglo XX. En este estudio también agregamos como mestizos a los diferentes cruzamientos de españoles e indígenas con población negra.

Es interesante analizar y reflexionar sobre estos datos pues expresan que Honduras, a nivel regional, es uno de los territorios en donde se manifiesta claramente una riqueza multicultural de enormes proporciones que debe ser tomada en cuenta por el Estado al momento de definir políticas de atención dirigidas a los pueblos indígenas y negros del país.

En la actualidad, existen en Honduras nueve pueblos⁵ indígenas y negros culturalmente diferenciados en relación con la mayoritaria población mestiza, los cuales son: garífunas, misquitos, negros de habla inglesa o creoles, lencas, chortís, pech, tolupanes, tawahkas y los nahoa o nahualt que recién se están autoidentificando. En esta investigación se utilizarán los datos poblacionales que se manejan a nivel nacional y que representan un número aproximado de 460.595 personas, distribuidas en todo el país en los nueve grupos indígenas y negros. Llama la atención que existen diferencias en el resultado total con relación al cuadro anterior. La distribución se puede apreciar en el cuadro que sigue.

Cuadro No. 3

Pueblo Indígena o Negro	Ubicación Actual	Población Actual
Garífuna	Litoral Atlántico, desde Puerto Cortés hasta Gracias a Dios, Islas de la Bahía y ciudades importantes del país	300.000
Lencas	Intibucá, Lempira, Ocotepeque y pequeños poblados en la Paz, Santa Bárbara y Francisco Morazán	90.000
Misquitos	Gracias a Dios y pequeñas conglomeraciones en ciudades importantes del país	35.000
Negros habla Inglesa	Litoral Atlántico, Islas de la Bahía	20.000
Tolupanes o Xicaques	Yoro, Francisco Morazán	10.000
Chortís/Maya	Copán, Ocotepeque	3.500
Pech/Paya	Olancho, Colón, Gracias a Dios	1.595
Tawahka/Sumo	Río Patuca, Gracias a Dios, Olancho	500
Nahoa o Nahualt	No se tienen datos	
	TOTAL	460.595

Fuente: Rivas, Ramón. 1993. Pueblos indígenas y Garífunas de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. p. 46-53

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 varios documentos se les nombra como indígenas y etnias. En este estudio se utiliza el término de pueblo indígena y negro, de acuerdo a la definición propuesta por el Convenio No. 169 de la OIT, la cual indica 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 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, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas" (OIT.1989). En cuanto a su ubicación geográfica, los pueblos indígenas de Honduras están

⁵ El concepto pueblo se entiende como el conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales, históricos, culturales y étnicos que le dan sentido de unidad.

diseminados en todo el territorio nacional, aunque la mayoría tiende a concentrarse en las zonas fronterizas y en los litorales. En efecto, cinco de los nueve pueblos existentes en Honduras habitan en esas regiones. En la frontera con Guatemala, hacia el occidente del país se encuentran los chortí-maya (Ocotepeque y Copán); por su parte, los lencas se asientan en la frontera con El Salvador (Lempira, Intibucá, La Paz y parte de Santa Bárbara, Francisco Morazán, Ocotepeque y Valle); los misquitos y tawahkas-sumos habitan la región conocida como La Mosquitia, en el Departamento de Gracias a Dios, fronterizo con Nicaragua. Asimismo, los garífunas y los negros creoles habitan a lo largo del Litoral Caribe hondureño, así como en las zonas insulares de Islas de la Bahía y Cayos Cochinos. Los tolupanes-xicaques, se encuentran asentados en los departamentos de Francisco Morazán y Yoro, en el centro oriente del país. Los pech habitan en el departamento de Olancho, así como en algunos poblados de los departamentos de Colón y Gracias a Dios, en el noreste; y los nahoa o nahuatl están autoidentificándose en la región oriental del departamento de Olancho.

En cuanto a la **situación económica**, se estima que el ingreso per cápita promedio mensual de la población indígena y negra de Honduras es de 1,000 Lempiras, equivalente a unos US\$60.00. Sin embargo, en comunidades lencas, pech y chortí se calcula en 300.00 Lempiras (apenas US\$20.00) lo cual obliga en temporadas de escasez a muchas familias a vivir de la agricultura de subsistencia, la colecta de raíces y frutos silvestres, así como de la caza y pesca (OPS.Honduras.2000:11). Los indígenas de Honduras desarrollan una agricultura tradicional de subsistencia de tipo migratorio 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, ya que con algunas divergencias tienen acceso a fuentes de trabajo mejor remuneradas relacionadas con la pesca en gran escala, la pesca como patrimonio familiar, el comercio en zonas turísticas y la industria hotelera.

Por su parte, la **situación de salud** de los pueblos indígenas y negros de Honduras es en la mayoría de los casos, deficiente o miserable. Durante el decenio de 1990, Honduras aplicó programas de ajuste estructural en las últimas tres administraciones presidenciales, Rafael Callejas (1990-1994) del Partido Nacional y también en los regímenes liberales de Carlos Roberto Reina (1994-1998) y Carlos Flores (1998-2002). Esta economía neoliberal ha incrementado los niveles de pobreza y miseria de la población hondureña. Hacia 1999, diversas fuentes indican que el 80% de la población vive en la pobreza o por debajo de ella, es decir la miseria. La pobreza aqueja a tres millones de hondureños cuyos bajos ingresos les impide comer y crecer en forma adecuada. La desnutrición continua afectando cerca del 57% de los menores de 5 años. Solamente el 46% de los hondureños posee agua potable y un 57% tienen algún medio para la disposición de excretas.

De las 900.000 viviendas existentes en el país más de la mitad tienen problemas de hacinamiento y carecen de infraestructura de agua y saneamiento (El Herald, Tegucigalpa, 24/08/96:6).

Sin embargo, a pesar de su pobreza, Honduras (entre 1988 y 1994) pagó en intereses y abonó al capital de la deuda externa 3,500 millones de dólares, equivalente a 40 años del presupuesto del rubro de educación o al 82% de la deuda externa presente (Varela y Amaya.1996:245). En esas condiciones, la atención que el Estado presta en el campo de la salud es insuficiente para poder satisfacer las demandas de los hondureños.

En el caso de las comunidades indígenas y negras, la situación es todavía más dramática, pues ellos constituyen el grupo más desatendido. Según datos de la OPS referentes al año de 1998, la población indígena hondureña tiene una desnutrición generalizada, llegando a afectar al 95% de la población menor de 14 años. De cada 100 indígenas que nacen, 60 mueren de enfermedades infecto-contagiosas (OPS. 1998. No. 569, Vol.II:349). Además, en 1993, la esperanza de vida estimada para los indígenas fue de 36 años para los hombres, y 43 años para las mujeres, mientras que la esperanza de vida de la población general se estimaba en 67 años (64,8 años para los hombres y 69,6 para las mujeres). En la zona fronteriza con El Salvador, donde se concentran las poblaciones lenças, las cinco primeras causas de mortalidad en 1994 fueron las enfermedades respiratorias, las infecciones intestinales, las afecciones originadas en el período perinatal, los accidentes y las neumonías.

2.2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL PUEBLO GARÍFUNA DE HONDURAS

2.2.1. Población garífuna actual y ubicación geográfica

El pueblo garífuna habita a lo largo del litoral Caribe hondureño, se encuentra distribuido en 46 comunidades dispersas en la costa y en las islas del Mar Caribe. En las últimas décadas también se han asentado en las ciudades más importantes del país como Tegucigalpa, San Pedro Sula y El Progreso, entre otras. Además, también existen seis comunidades garífunas en Belice, una comunidad en Guatemala y dos en Nicaragua. Asimismo, una buena parte de la población ha emigrado a los Estados Unidos, especialmente a New York, New Orleans, Miami y Los Angeles, así como a la capital inglesa, Londres (González, Nancie. 1988).

La población garífuna fue estimada por una fuente oficial en 1987 en 300.000 personas (SECPLAN. 1993), cifra que ha sido reproducida ampliamente y la cual muchos autores consideran exagerada por la ausencia de registros confiables y falta de censos poblacionales en los últimos 12 años. Una de las cifras más aceptadas acerca del total de la población garífuna es la de 98.000 personas (Rivas. 1993:257), que es significativamente menor a la arriba mencionada. En todo caso, las diferentes fuentes y autores no coinciden en apuntar una cifra real o aproximada sobre la población garífuna de Honduras, la cual se evidencia al comparar los datos del Cuadro No. 4 sobre los estimados de la población garífuna.

Cuadro No. 4: Estimados de población garífuna según fuente, autor y año

Autores o Fuentes	Población Garífuna	Año
Davidson (Cruz, Fernando. América Indígena. XLIV:427)	60.900	1976
SECPLAN/OIT/FNUAP. 1988:6	300.000	1987
Censo 1988	22.020	1988
Wilk y Chapin (América Indígena. LII (4). 1992:165)	60.000	1992
Rivas, Ramón (1993:257)	98.000	1993
Alvarez, Fausto Miguel (1993)	220.000	1993

Pese a las diferencias sustanciales entre las fuentes y autores, se sostiene que la cifra oficial de 300.000 garífunas no está comprobada. Seguramente esa cantidad pueda corresponder realmente a la población garífuna hondureña diseminada en el país y en el extranjero, sin embargo, por ser una fuente oficial esa será la cantidad que se acepta en el presente estudio.

A lo largo del tiempo, varios han sido los gentilicios que han tenido los garífunas y esto ha respondido ya sea a la regla impuesta por los mestizos o también por el grado de autoafirmación que ha ido configurando el pueblo garífuna. Por ejemplo, durante gran parte del siglo XIX y XX, la mayoritaria sociedad mestiza hondureña denominaba a los garífunas como “morenos” o “trigueños”, términos despectivos y comúnmente rechazados por los garífunas. Igualmente, en términos de la historiografía tradicional se les ha conocido como “negros caribes” (Galvao. 1995) derivado del propio origen racial de los garífunas producto de la mezcla de negros africanos con indígenas caribes. Actualmente, el pueblo ha reafirmado el gentilicio garífuna, el cual proviene de la palabra Caribe. El verdadero nombre de los caribes era Callínago (vocablo que proviene de la palabra callína o karína) que era el nombre original de su lengua. De este vocablo derivaron las palabras galibana, que se convierte a calípona y luego a garífuna (Rennard. 1929:45). Más correctamente, los garífunas se llaman así mismo como garinagos (Rivas.1993:259).

2.2.2. Aspectos sociales económicos, culturales, políticos y ambientales de las comunidades garífunas.

En lo **social** las características culturales de los garífunas se manifiestan en sus arcaicas estructuras sociales y familiares, las que han sufrido muchos cambios en los últimos 300 años, en respuesta a nuevas necesidades y por el contacto con otras poblaciones. Es una etnia que conserva su identidad cultural, precisamente porque cambia sus patrones culturales conforme a sus necesidades. Su cultura cambia rápida y voluntariamente, imprimiendo su propio sello a lo novedoso. En otras palabras, convierten en propias, las costumbres que adoptan.

Los poblados garífunas presentan una apariencia regular y ordenada, con construcciones que siguen un patrón rectangular. Todos los poblados, excepto los más pequeños, están divididos en secciones (barrios) que compiten entre sí en forma más o menos amistosa. Estas divisiones son más que todo territoriales, sin embargo, esto proporciona a la gente, especialmente en los jóvenes que han crecido juntos, un sentimiento de participación en un grupo común.

El patrón ideal propuesto para las relaciones individuales hace énfasis en la armonía, la cooperación y la ayuda mutua, y cuando está a punto de ocurrir un acto que pueda romper la armonía, los amigos comunes de las partes indisputadas se preparan para activar como mediadores (Galvao. 1995:55).

Por otro lado, la estructura familiar es de carácter matrifocal, es decir, centrada en la figura materna. La patrilocalidad está casi excluida porque la mujer debe tener su casa y no vivir en la de su marido. Existe además, una marcada dispersión geográfica del grupo parental y la disposición del mismo en núcleos familiares (Rivas.1993:270). La influencia de los ancianos (*agüburigu*) es notoria en todas las esferas de la vida pública y privada.

Aunque actualmente los ancianos poseen poco poder político, sus opiniones tienen mucho peso, por ser ellos los intérpretes vivos de las tradiciones garífunas, y ninguna actividad se realiza sin previa consulta a los ancianos. La jerarquía de cada miembro en el seno de la familia depende más de la edad que de cualquier otro factor individual, por tanto, son notables en este pueblo las diferencias por edad. Por cada fase del desarrollo existe una serie bien definida de reglas de conducta. A los niños menores se les asignan pocas responsabilidades, aunque se espera que ayuden a su madre en las tareas domésticas; en el caso de las niñas, éstas ayudan en la cocina, en el aseo de la casa y haciendo diligencias, no obstante, la mayor parte del tiempo lo tienen libre. Luego a partir de los 12 años los niños van aprendiendo a ser más eficientes en las ocupaciones de los adultos.

Después de los padres y los abuelos, los padrinos son las personas más influyentes en la vida de un niño. El bautizo crea lazos no solo entre el padrino y el niño, sino también entre los padres y los padrinos, quienes se llaman mutuamente *nugíferan*, del francés *Compère*. Este rasgo, esencialmente católico, ha sido totalmente incorporado al sistema garífuna de parentesco. El término usado para padrino es *nébenene*, mientras que ahijado es *niámasin*.

En cuanto al matrimonio, según la costumbre, al llegar a la edad idónea alrededor de 20 años para los varones y 18 para las mujeres, ambos novios comunican a sus respectivas familias su deseo de formalizar su unión. Se consulta a ambos parientes de ambos lados para examinar la historia pasada de ambas familias, buscando indicios de esterilidad y registros de niños nacidos muertos o de muertes frecuentes de recién nacidos. Si ambas familias dan su aprobación, se realiza una ceremonia sencilla, cuando existe oposición de los padres, la pareja tiende a fugarse.

La alta inestabilidad de las uniones es un hecho del cual los garífunas están muy conscientes. Por esta razón, el matrimonio legal, así como lo conciben las leyes de los mestizos, no es considerado tan funcional por los garífunas. La inestabilidad ocasionalmente es provocada por la ausencia del marido, la cual puede ser total —cuando se va del poblado— o por un período menos prolongado cuando por ejemplo se muda al hogar de otra mujer (una amante, su madre o su hermana). En este caso, es notorio que los garífunas aceptan abiertamente la infidelidad masculina, pues consideran natural que el hombre, además de su esposa o compañera de hogar, también puede tener otras amantes e hijos aparte.⁶

En cuanto a la **economía** de los garífunas, en casi toda su historia ha sido de subsistencia fundamentalmente concentrada en la pesca y la pequeña producción agrícola. La pesca es una actividad que se ha tornado difícil, debido a que empresas nacionales y extranjeras han invadido las zonas pesqueras garífunas; y de igual manera, por lo inhóspito de las comunidades, las redes del narcotráfico han encontrado espacios adecuados para realizar sus actividades.

La pesca no es solo un medio para asegurar el consumo de proteínas sino la actividad masculina por excelencia, y como tal, un deporte y fuente de prestigio. Pescar en preparación a una festividad en honor de los ancestros, es parte de un ritual. Por su parte, se espera que los ancestros protejan a las expediciones pesqueras de sus descendientes. Se utilizan diversas técnicas: rampas, redes, anzuelos y cordel para pescar.

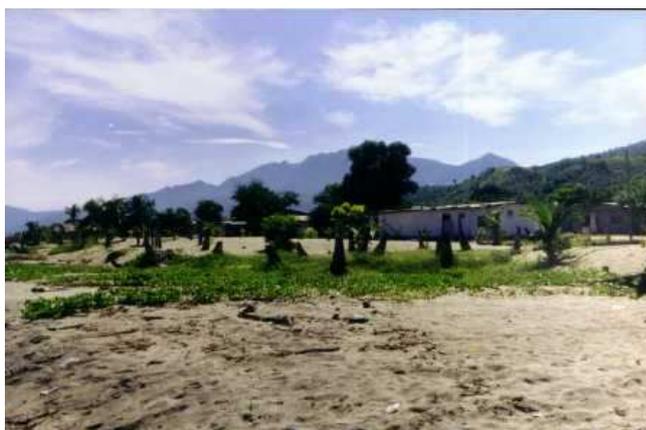
En el pasado, normalmente, se abstendrían de tener relaciones sexuales el día antes de ir al mar. Los miembros del grupo no debían guardarse rencor, pues eso echaría a perder su suerte. Los garífunas también usan dos tipos de trampas para pescar, una hecha con caña llamada *masiwa*, y la otra hecha de alambre, comúnmente denominada con la palabra española *nasa*. Asimismo, las redes (*siriwia*) son de diferentes tamaños. Algunos garífunas también suelen pescar con arpón, aunque consideran esta técnica como más arriesgada (Galvao.1995:94-95). Como puede verse, la pesca es una actividad económica fundamental en los garífunas, pues su hábitat a lo largo del litoral caribe hondureño les faculta para ello.

⁶ Entrevista grupal con las estudiantes del “Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para las comunidades garífuna” I promoción, coordinado por la Lic. Telma Gotay, Trujillo, Colón, 01/10/00.

De igual manera, durante gran parte del siglo XX, los garífunas han compensado la actividad de la pesca con la del trabajo asalariado en las plantaciones de las compañías bananeras que se afincaron en Honduras desde finales del siglo XIX. En efecto, la United Fruit Company, con su subsidiaria la Tela Railroad Company y la Standard Fruit Company, han constituido espacios en donde los garífunas han sido contratados devengando un salario arriba del promedio nacional, lo cual provocó que muchos abandonaran la forma de explotación económica tradicional como la pesca (Kepner y Soothil, 1957; May, Stacy y Galo, 1959; Valadés, 1975). Asimismo, muchos garífunas han comenzado a buscar posiciones de trabajo en las flotas camaroneras de Islas de la Bahía. Los productos de la pesca, generalmente pescado y crustáceos (cangrejos, langostas, caracoles) se complementan con los que se obtienen de la agricultura.

La agricultura, tradicionalmente una actividad realizada por mujeres, aunque también participan los hombres, ha tenido como cultivos principales los tubérculos (yuca, camote, mandioca, malanga), los frijoles, el arroz y en menor medida el maíz. Cualquier garífuna puede limpiar y preparar un nuevo lote donde sea necesario. Después de tres o cuatro años deja que la huerta (*ichari*) descansen y pronto es invadida por la vegetación, hasta que otra persona que desee trabajarla la ocupe cuando esté nuevamente lista para ser sembrada, pues los garífunas han preservado el concepto de propiedad comunal de la tierra. De la yuca, de la cual existen muchas variedades, los garífunas preparan el cazabe o *ereba*, una especie de tortilla que comen a diario.

Entre las frutas más importantes en la dieta garífuna también se encuentran las de la familia de las *musaceae* (plátanos, bananos y chatos, llamados por los garífunas *butucos*, los cuales se comen verdes, ya sea fritos en aceite de coco o en puré). Otra fruta importante ha sido el coco, pues su aceite es comúnmente empleado por los garífunas y su leche se utiliza para elaborar una variedad de caldos o sopas, sin embargo, últimamente el litoral Caribe de Honduras ha sido asolado por una plaga — **amarillamiento letal** (ver fotografía)— la cual ha liquidado la mayor parte de los cocotales de la costa, poniendo en precario el producto que representa la base de la dieta de los garífunas, pues el coco lo utilizan en la elaboración de casi todos sus platos: sopas, pescado, pan, dulces, bebidas, etc. (Galvao. 1995:97). Por su parte, las frutas silvestres se comen como merienda o durante el día, las más comunes son las “uvas de mar” (*coceoloba uvifera*), los icacos (*chrysobolanus icaco*), los nances (*byrsonima crassifolia*), mamey (*lucuma mammosa*), así como piñas, papayas, melones, caimitos, mangos, aguacates, guanábanas, chirimoyas y otras.



Efecto del amarillamiento letal en la playa de Santa Fé, Colón
Fotografía: Russbel Hernández R.

Por otro lado, el ganado es una fuente secundaria de proteínas, de tal manera que algunas familias crían vacas, cerdos y aves de corral como gallinas y jolotes (pavos). La leche se proporciona a los niños y se usa como ingrediente en una variedad de platos, aunque la mayor parte se convierte en queso (*furúmasu*, del francés *fromage*) y en cuajada (*kuahu*, del español cuajada). Aunque las comidas de los garífunas no son tan variadas, su dieta incluye una gran cantidad de productos diferentes, ya que utilizan más de veinte plantas que proporcionan carbohidratos.

Últimamente, el desempleo en las comunidades garífunas es considerable y se habla aproximadamente del 70% entre las edades de 17 a 32 años (Rivas. 1993:290). Muchas personas reciben ayuda económica de sus familiares en los Estados Unidos, algunas cifras que se manejan extraoficialmente acerca de la población garífuna residente en los Estados Unidos es la de 100.000 personas (González. 1988:175), sin duda una cantidad importante. De esa manera, las divisas generadas de las remesas que envían los emigrados ayuda a sostener a muchas familias, empero, muchos comentarios de los garífunas indican que a la larga esto solo estimula el conformismo, pues los familiares se atienen a los dólares que envían sus parientes.

En el aspecto **cultural**, los garífunas constituyen uno de los pueblos más fascinantes de todo el continente por la riqueza y variedad de sus manifestaciones. Una de las características más extraordinarias de la cultura de los garífunas es la unidad que han logrado a través de la sintetización de elementos de procedencia africana, indoamericana y europea, y la consistencia de las tres diferentes tradiciones ha sido, en la mayoría de los casos, tan completa que un observador no informado sobre la historia del grupo tendría dificultad en admitir que la cultura actual es un producto híbrido.

La religión de los garífunas está formada por enseñanzas y prácticas católico-romanas, creencias heredadas de sus antepasados africanos o indoamericanos. El culto a los ancestros, si se considera en términos de sus implicaciones prácticas y como agente para preservar las tradiciones del grupo, es considerado el corazón del credo garífuna. Según el credo garífuna, de la jerarquía de los seres sobrenaturales, los espíritus de los ancestros están al mismo nivel de los “ángeles”, con quienes a menudo se les identifica. El trato entre los espíritus (*gubida*) y los vivos lo realiza un sacerdote o adivino (*buyei*) que se ocupan en actividades médicas y como consejeros. Son muchas las personas que hacen uso de sus servicios, sobre todo las de mayor edad. Las principales celebraciones religiosas de los garífunas son el *dugú* y el *chugú*, que son rituales que las familias ofrecen a sus ancestros deificados, los *gubida*.

En cuanto a la lengua, además del español, los garífunas hablan su lengua (garífuna) y mantienen las costumbres y tradiciones que manifiestan su mezcla afro-indígena. El origen de la lengua, según algunos investigadores, es una mezcla de lenguas, entre ellas el caribe-arawak (*igñeri*), el francés, el español, el inglés y las lenguas africanas yoruba y bantú. Así, la palabra garífuna define no solamente el idioma, sino también a la gente (Rivas. 1993:269). Por otro lado la expresión artística tradicional más famosa de los garífunas, tanto a nivel nacional como internacional es la música y la danza, en donde se percibe fuertemente su origen africano. El más famoso de los bailes es el conocido como “la punta”, así como el *yancunu*, la parranda, el *jungu-jungu* y el *piyamanadi* (Centeno García. 1996:99). Actualmente usan como instrumentos musicales, la guitarra, típicamente hispana, además de tambores, caracoles, conchas, caparzones de tortuga, etc.

Con respecto a lo **político**, los garífunas “viven en armonía” aunque las comunidades compiten sanamente entre sí, lo cual, lejos de generar diferencias insalvables permite desarrollar en el imaginario colectivo de los pueblos y aldeas un fuerte compromiso por preservar la tradición. A nivel de organizaciones étnicas, han logrado mantener una posición beligerante ante el gobierno central a través de la Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH), ENLACE de mujeres negras y otras.

En cuanto al **ambiente** el área donde habitan los garífunas se puede dividir en tres regiones: La línea costera norte–sur de Belice y Guatemala; la costa este–oeste de Honduras (prácticamente todo el litoral caribe) y la costa norte central de Nicaragua. En el caso de Honduras, la mayor parte de los asentamientos están localizados en la playa, a menos de 200 metros sobre el nivel del mar, (Davidson.1976:89). Los asentamientos se expanden primero paralelos a la costa, y luego en dirección al interior alejándose de la playa. Hay dos estaciones, la lluviosa, que se extiende desde noviembre hasta marzo y la seca desde abril a octubre. La temperatura promedio es de 20°C (80°F) (Galvao. 1995:51). En muchos asentamientos garífunas, existe un pantano en la parte del área entre la playa y la cadena de colinas y montañas paralelas al mar. Esto ofrece un medio propicio para el desarrollo de los mosquitos o zancudos, y por tanto las consiguientes plagas que transmiten.

3. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD GARÍFUNA

3.1. SANTA FÉ, COLÓN. LA COMUNIDAD EN ESTUDIO

El municipio de Santa Fé en el departamento de Colón, está ubicado hacia el occidente de Trujillo, a 10Km de distancia. Sus límites son: al norte, el mar Caribe; al sur y al este, la ciudad de Trujillo; y al oeste el municipio de Balfate. Su extensión territorial es de 210.3 km², cuenta con cuatro aldeas y 20 caseríos. Su feria patronal se realiza el 16 de julio, día de la Virgen del Carmen (Fiallos. 1991:64). Según datos de Centeno García, uno de los principales estudiosos de la cultura garífuna, Santa Fé empezó a ser poblada en 1799, dos años después de la llegada de los garífunas a Honduras. Él relata que uno de los garífunas que arribó a Honduras, quien adoptó el nombre castellano de José María González, desembarcó en el lugar y encontró un pelo de Hicaco, por tal razón le puso el nombre Punta Hicaco⁷ (Tichigu Igagu). Luego llegaron a establecerse otras familias garífunas y posteriormente en 1812, denominaron al poblado como Santa Fé (Centeno.1996:56-57). Otros registros históricos indican que el poblado de Santa Fé se comenzó a formar con la llegada de varias familias garífunas del Barrio Negro, de Trujillo, quienes buscando terrenos adecuados para trabajos agrícolas, formaron los caseríos de David, hoy Guadalupe, y Punta Hicaco, hoy Santa Fé.

Según el Censo de Población de 1988, Santa Fé tenía una población de 3.227 habitantes, siendo el 95% de origen garífuna, de los cuales 1.418 eran hombres (43,94%) y 1.809 eran mujeres (56,06%) (DGEC.1988). Estudios más recientes señalan que actualmente la población de Santa Fé asciende a 3.783 personas, registrándose un incremento de 556 personas en una década. Además, se presenta un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,533, una esperanza de vida de 68,40 años, una tasa de desnutrición de 36,51 y una tasa de alfabetismo de 61,20. Los años de escolaridad corresponden a 2,60 y la estimación del PIB per cápita real (PPA) para 1996 era de L.1912.68 equivalente a US\$161.54 al tipo de cambio promedio 1996 (PNUD/Honduras. 1998:181). Estos datos indican que Santa Fé tiene un desarrollo humano medio en relación con promedio nacional.

Urbanísticamente, Santa Fé es un típico poblado garífuna, construido paralelamente a la playa; con una calle principal que atraviesa el pueblo de este a oeste, y a partir de la cual parten calles adyacentes a las demás “cuadras”. Santa Fé cuenta con los servicios básicos como energía eléctrica, agua potable, cabina telefónica pública (en las Oficinas de la Empresa Hondureña de Telecomunicaciones, HONDUTEL), servicio de correo (oficina de HONDUCOR), transporte terrestre interurbano diario entre Trujillo y Santa Fé, jardín de niños, una escuela y un instituto de educación media, así como una biblioteca pública. Además, cuenta con restaurantes, algunos clubes sociales (COROZO, Pescado) para promover las actividades culturales. A nivel étnico existen representaciones de la Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH) y Enlace de Mujeres Negras de Honduras.⁸

A pesar que muchos garífunas están concentrados en poblaciones urbanas como Tela, La Ceiba, Trujillo y San Pedro Sula, y por tal razón reciben atención médica del sistema oficial, también es

⁷ Hicaco, es el nombre que se le da al mono en algunas comunidades garífunas.

⁸ Información de campo recogida en la gira de trabajo en Santa Fé. 02/10/00.

cierto que en general la mayor parte de los poblados preservan una enorme lista de prácticas de su medicina tradicional.



Biblioteca Pública de Santa Fé, Colón
Fotografía: Russbel Hernández R.

3.2. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD PARA LA POBLACIÓN GARÍFUNA

En Santa Fé, así como en todas las comunidades garífunas de país, los conceptos de salud y enfermedad, así como de la muerte, están íntimamente relacionados con la cosmovisión. Durante la estadía en las comunidades, se investigó la complejidad de los síntomas físicos y conductuales, así como los contextos médicos en los que estos síntomas suceden.

En general, el concepto de salud entre los garífunas no solamente está relacionado con las dolencias físicas de las personas, sino también con los estados emocionales. Durante la investigación de campo se entrevistó a muchas personas garífunas relacionadas con el sistema de salud tradicional como los *buyei*, las parteras, los sobadores y los hierberos, así como a personas particulares, y casi todas coinciden en ese aspecto. Por ejemplo, un grupo de jóvenes garífunas que obtendrán un diploma en enfermería, considera que alguien tiene salud cuando:

“No se le dificulta nada. Está alegre. Una persona enferma, por el contrario, solo pasa acostada, no tiene ánimos de nada, está triste, se le olvidan las cosas, tiene problemas hasta para cantar”. Otro grupo de estudiantes afirma que la salud es: *“ el buen estado físico y mental de las personas. Es cuando una persona se siente bien, cuando puede hacer todo”.*⁹

⁹ Entrevista grupal con las estudiantes y docentes del “Curso Emergente para Auxiliares de Enfermería para las Comunidades Garífunas”. Trujillo, Colón, 01/10/00.

Por su parte, para personas que se dedican a la medicina tradicional garífuna en Santa Fé, como lo señala Jovita Loredo, una sobadora de 76 años, una persona está enferma:

“...cuando tiene malestar, no tiene ganas de hacer algo, y una persona sana está libre, tiene ánimo de hacer cualquier cosa, no tiene cansancio para nada”.¹⁰

Como se observa, el concepto de salud para los garífunas, está determinado no solamente por las afecciones físicas, sino también por las afecciones emocionales. Si una persona está con salud, ellos piensan que la gente “...puede hacer de todo”, puede cantar, bailar, tiene ánimo, etc. Todo ello está vinculado con estados emocionales, comportamientos y actitudes relacionados con la vida cotidiana de los garífunas tal como pescar, sembrar, cocinar, charlar, cantar, bailar, etc.

La enfermedad, por lo contrario, es la antítesis de la salud. El grupo de estudiantes antes referido define la enfermedad como: “*el desequilibrio físico de las personas. La persona enferma es aquella que no tiene ganas de hacer algo, tiene malestar, está desanimada, deprimida, impaciente, su autoestima es baja, está preocupada y decaída*”.

En conclusión, el estado de salud o enfermedad para los garífunas está ligado a causas físicas, pero también a causas espirituales, emocionales, económicas, etc.

3.3. ORÍGENES DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN EL PUEBLO GARÍFUNA

Para el pueblo garífuna, el origen de las enfermedades está condicionado no solamente por causas de índole natural, sino también por el mundo sobrenatural, el mundo de los espíritus. Ello demuestra que los garífunas tienen y han construido su propia cosmovisión sobre el sentido vital de la existencia humana: la salud. Por ello, de acuerdo con la investigación bibliográfica y el trabajo de campo realizado, se hace una explicación del origen de la enfermedad en el pueblo garífuna de acuerdo con causas espirituales y naturales.

3.3.1. Origen de las enfermedades espirituales

Resulta difícil hacer distinción entre una enfermedad de carácter espiritual y una enfermedad natural entre los garífunas. Debido a las enfermedades presentes en el medio habitado por los garífunas y al problema que representa la identificación de desórdenes físicos y psiquiátricos, no está totalmente claro el momento en el cual una enfermedad es inducida por razones socioculturales. Algunos estudios médicos y antropológicos han propuesto el término de "enfermedades culturales" para aquellas afecciones que a través de la medicina institucional-occidental no se pueden explicar desde la ciencia, tal como lo describe el Dr. Sánchez González, quien afirma que cada cultura delimita o construye un conjunto particular de enfermedades, y otorgan la condición de enfermo. De esa forma, existe y se manifiesta en este pueblo una serie de enfermedades y prácticas médicas propias o *sui generis*. En este estudio se entenderá entonces como "enfermedades espirituales" a las que —según los garífunas— son inducidas por la acción de fuerzas sobrenaturales como los espíritus de los ancestros, los embrujos, la hechicería, la posesión, etc.

¹⁰Entrevista con la señora Jovita Loredo, sobadora de Santa Fé, 06/10/00 .

De las enfermedades espirituales de los garífunas, quizás la más extendida y reconocida es la llamada "*gubidaz*", que es una condición reconocida émicamente, causada por los espíritus de los parientes muertos, llamados por los garífuna como *gubida*. Esta puede referirse a cualquier manifestación de anormalidad en la conducta y estado de salud que es reconocido por la familia, la comunidad y los rituales garífunas (Bianchi. 1986:1).

De acuerdo con Milton Cohen (Antropological Quarterly, 57 (1). p.16-27), se culpa a los *gubida* de una enfermedad si la condición del paciente es seria o está incapacitado; si se resiste a la curación con tratamiento de parte de un médico u otros medios; si está asociada con sueños de parientes muertos y si un *buyei* determina que la enfermedad está relacionada con los espíritus. Carol Jenkins agrega que si algún tratamiento de una enfermedad tiene éxito, se considera que ésta tiene causas naturales, pero si no hay resultados positivos, o el paciente tiene una recaída, entonces las causas son los *gubida* (Jenkins:1983:429-442).

En la cosmovisión garífuna, la enfermedad es un misterio y las actividades diarias giran alrededor del miedo de hacerse daño. Cada hora, la vida está llena de peligros potenciales, provenientes de las fuerzas naturales y sobrenaturales; de los poderes espirituales que vuelan por todos lados. El miedo hace la vida más excitante, vital y más apreciada debido a su misma vulnerabilidad, por tanto los garífunas tratan de "gozar" al máximo la vida. El mayor miedo de los garífunas es respecto al mundo espiritual, habitado por varios seres, tanto desconocidos como familiares. De éstos, los seres más dinámicos son los espíritus de los antepasados —los *gubida*— quiénes son muy peligrosos. Bianchi (1986:8) en un estudio sobre la enfermedad de *gubida* menciona que los síntomas generales que presentan las personas que padecen esta enfermedad son los siguientes: sueños con parientes muertos pidiendo comida o la celebración de un ritual, fuertes dolores de cabeza, hablar en voz alta con parientes muertos, pérdida del apetito, dolores en todo el cuerpo y la cabeza " volando", fiebre, visiones con parientes muertos y falta de energía. Cuando los espíritus o *gubida* están disgustados, retiran la protección a sus descendientes y cesan de actuar como mediadores entre ellos y las autoridades supremas del universo, y ya no evitan los peligros que se ciernen sobre las vidas y fortuna de los vivos. No solamente castigan las ofensas contra el código moral y la negligencia en cumplir con los deberes religiosos; también el abandono de las formas tradicionales de vida, como vender propiedades o mudarse a un centro poblacional más grande puede acarrear la ira de los *gubida* (Galvao. 1995:132). Si el pariente del muerto no ha mostrado el respeto apropiado a través de la celebración de las misas o del *beluria* (del español velorio), o simplemente porque el espíritu desea una fiesta en su nombre, el *gubida* de ese antepasado causará la enfermedad conocida como *gubida* en un miembro de la familia, y que se empieza a manifestar a través de sueños. Generalmente, la dolencia es casi siempre médicamente incurable. Entre más tiempo tenga dudas la familia para actuar en el control del espíritu, más grande será el riesgo de que el *gubida* mate a la persona (Mc Cauley. 1981:21...).

Para los garífunas, la enfermedad de los *gubida* no puede ser curada por la medicina institucional, de tal manera que cuando la familia y la comunidad sospechan que una persona tiene la enfermedad, acuden al *buyei*, especie de chamán o sacerdote encargado de realizar los principales ritos del culto garífuna. El *buyei* o *boyé* (literalmente: el que expone o revela) desempeña varias funciones: conduce los ritos mayores, es adivino, curandero y maestro del culto. El *buyei*, que puede ser hombre o mujer, está en capacidad de escoger cuál de las varias funciones que le han sido transmitidas por la tradición se adapta mejor a su personalidad y a sus tendencias intelectuales; o para expresarlo en términos de su propia cultura, debe recibir la revelación sobre cuáles son los dones que las entidades sobrenaturales le han conferido y de esta forma aprender cómo hacer el mejor uso de

ellos. Se supone, por consiguiente que los *buyei* nacen, no se hacen; la mayoría de los *buyei* suceden a sus padres en las funciones religiosas y para ellos esto es evidencia de que existe una herencia tanto biológica como sobrenatural y no de una transmisión por medio del aprendizaje. En este estudio se tuvo la oportunidad de entrevistar a dos *buyei* de la comunidad de Cristales en Trujillo, vecina de Santa Fé: Esly García y Lorena Saldaña que aparecen en la fotografía siguiente.



Esly García y Lorena Saldaña, *buyei* garífunas. Trujillo, Colón
Fotografía: Russbel Hernández R.

En el caso de Esly, comentó que su llamado se dio después de "...un proceso en el cual caí desmayado en la calle en las fiestas que acudía en la comunidad. En sueños los espíritus ancestrales me manifestaban que debía ser *buyei*, pero yo me resistía. Los espíritus me atacaban con los desmayos, apareciendo posteriormente en mi casa sin saber lo que había pasado, o también realizaban relajo donde yo estaba y además me enfermé. Esto cesó hasta que accedí a ser *buyei* de la comunidad, diciéndoles a los espíritus que aceptaría ser *buyei* para que dejaran de molestarme y que no me hicieran pasar vergüenza en la calle".¹¹

La creencia que los *gubida* pueden comunicarse a través de sueños con sus parientes vivos es esencial para el funcionamiento del culto. Durante el sueño, un pariente muerto puede pedir comida, bebidas, una fiesta, un baño, ropa limpia, la celebración de una misa o en última instancia la realización de un *chugú* o un *dugü*. Con frecuencia, las personas con enfermedad de *gubida* dicen que han tenido tales sueños. Los individuos que no cumplen con los deseos expresados en los sueños por los muertos, enfermarán a causa del *gubida* enojado. En este caso, la persona que está enferma de *gubida* acude al *buyei* y éste determina después de un ritual de contacto con los espíritus si hará un *chugú* o un *dugü*.

Los tratos entre los *buyei* y los espíritus de los ancestros nunca, en principio, se llevan a cabo sin la intervención de otros espíritus llamados *hieruha* que ocupan una posición inferior en relación a los ancestros. Se dice que los *hieruha* viven en una región inferior del reino de los muertos llamada *sairi*,

¹¹Entrevista con los *buyei* Esly García y Lorena Saldaña, Trujillo, Colón, 6 de octubre de 2000.

con reminiscencias de la isla que los garífunas conceptúan como **paraíso**, aunque algunas veces se identifica con el limbo de la teología católica (Barret.1977:51...).¹²

Cuando el *buyei* decide sanar al enfermo de *gubida* con un *chugú* o un *dugü*, los garífunas se preparan para celebrar los rituales más importantes y trascendentales de su cultura. Ambos rituales incluyen grandes ofrendas de comida y bebida y el sacrificio de gallos, pero solo el *dugü* incluye el sacrificio de cerdos y trances rituales de posesión de los espíritus. La diferencia entre el *chugú* y el *dugü* estriba en que éste último es más costoso y elaborado, por tanto, se tiene la percepción que el *chugú* es para la gente pobre y el *dugü* para gente de mayores recursos económicos. El *buyei* comienza sus consultas con los espíritus, presenta sus respetos y los de sus clientes. Si los ancestros están muy enojados con sus descendientes, pasará mucho tiempo antes de que consientan en bajar y expresar sus quejas, según el rito llamado *arairaguní* (literalmente, hacer bajar). Como resultado de las muchas discusiones que siguen, los miembros sobrevivientes de la familia dan su promesa formal de llevar a cabo una fiesta (*chugú*) o una ceremonia de danzas (*dugü*) en un día preciso y se acuerdan los detalles exactos de las mismas.

Por lo general, se concede un retraso suplementario de dos o tres meses para que la familia tenga la oportunidad de hacer los planes necesarios para la ceremonia. Todos los parientes son informados de la decisión a fin de que reserven ese día y puedan venir a la celebración. En este caso, se espera que todos ayuden a sufragar parte de los gastos, de acuerdo con la posición y medios de cada uno (Galvao. 1995:158). En teoría, todos los miembros de la familia deberían reunirse para celebrar el *chugú* en la aldea donde se originó el linaje, no obstante, en la práctica esto no sucede porque los miembros del grupo están esparcidos dentro y fuera del país. Los que no pueden hacerse presente ayudan con sus contribuciones o con ofrendas tales como cerdos, gallinas, bebidas, etc. Igualmente, los músicos, tamboristas o bailarines pueden componer canciones o preparar la coreografía de una danza. Cuando son muchos los miembros que viven en la misma aldea o pueblo, el rito se celebra allí mismo. En ese caso, un miembro es enviado al centro donde nacieron los ancestros o donde vivieron la mayor parte de sus vidas. De allí traen un puñado de tierra de los senderos por donde las personas muertas caminaron y agua de las fuentes donde acostumbraban bañarse. Todo esto constituye el *lanigi chugú*, (el corazón del *chugú*) un pequeño montículo de tierra que las parientes más viejas de los difuntos construyen para el ritual en una zona apartada de la casa. La anciana que tiene a su cargo el ritual, llamada *lúyawa mua* (abuela tierra) entra al cuarto más pequeño de los dos o más que componen la casa, llevando una canasta en su mano. Todos se van de la casa y regresan horas más tarde. Para entonces, el pequeño montículo ya ha sido construido en el cuarto y de ahí en adelante se le denomina *gulí* (el santuario). La razón por la cual se erige ese cúmulo de tierra llamado *lanigi chugú* es la de atraer y retener a los espíritus de los antepasados, quienes están místicamente apegados a la tierra que pisaron, al agua que bebieron y en donde se bañaron. Cuando regresan a la casa los demás miembros de la familia, cuelgan en las vigas de las casas unas canastas de forma hexagonal llamadas *guagai*, para cada uno de los miembros muertos. A la mañana siguiente, antes del alba, un grupo de pescadores se hacen a la mar, llevando todos sus instrumentos de pesca, tratando de recoger, además de pescado, cangrejos, pues los espíritus son aficionados a los mariscos (Galvao. 1995:160...).

¹²Debemos recordar que los garífunas fueron convertidos al catolicismo en los años sesenta del siglo XIX, cuando el misionero catalán Manuel de Jesús Subirana recorrió la costa norte de Honduras, logrando catequizar a cerca de 20.000 personas. Él se percató de la gran cantidad de ritos de origen afro-americanos de los garífunas, y con su visión dogmática y etnocentrista los calificó como paganos y "...en gran número diabólicamente supersticiosos".

A su regreso, los pescadores, las mujeres y los niños se bañan, se ponen sus mejores ropas y van a la iglesia a escuchar una misa, después sacan candelas y las llevan al lugar donde se celebrará el *chugú*. En la casa, las mujeres de la familia preparan los platos de comida y los demás miembros se reúnen en el cuarto principal, al que se le han retirado todos los enseres. El *buyei* entra y se dirige al santuario o cuarto cerrado (*guli*) seguido por sus asistentes. Sobre el *lanigi chugú* se colocan litografías de los santos y un crucifijo, junto a una candela encendida de las que se usó en la misa. También se coloca un jarrón con cerveza de *hiyú* (mandioca) y botellas de ron. Cuando todo está preparado, se celebra el rito *arairaguní* (hacer que bajen los espíritus). Luego el oficiante entona un sonido con una sonaja (*sísira*), los espíritus supuestamente dan a conocer su presencia moviendo el marco de la casa. Inmediatamente después se escucha una voz débil, nasal, que saluda al oficiante principal y a los miembros de la familia. Después del intercambio de cortesías se procede a convocar a los espíritus y ellos se instalan en los montículos de tierra que han sido preparados para tales propósitos.

Las mesas cubiertas con las ofrendas de comida se traen al santuario y sobre ellas se dispone queso recién hecho y cuajada, cazabe, carnes frías y trozos de pescado frito, mientras los cocineros siguen preparando otros platos. En el cuarto principal de la casa, poco después de la conclusión del rito introductorio, una fila de mujeres ha comenzado a entonar y bailar las canciones *abaimahani*,¹³ se recibe con saludos cariñosos y tragos de ron a los que tocan los tambores, generalmente tres, se les ofrece asiento, comienzan a batir sus tambores y empieza la danza. Los amigos y vecinos, —siempre que traigan ron y comida— pueden llegar sin invitación especial; se supone que sus propios difuntos también están tomando parte en la celebración. Puede que uno de los *gubida* pida que se interprete una danza antigua que era muy apreciada en su juventud y los vivos accederán con gusto, entre risas y bromas. De tiempo en tiempo, los tamboristas descansan, mientras los más ancianos se sienten inducidos a revivir alguna melodía *aruhumaní*¹⁴ que sus antepasados amaban. Mientras tanto, el oficiante va presidiendo la distribución de la comida y el ron, hasta que lo llaman para el *amalihaní* (literalmente, apaciguar). La sala de baile se deja libre para el *buyei* y los tambores. Cuando reina el silencio, el oficiante recoge sus maracas grandes (*maraka*) y las mueve al compás del ritmo, bailando hacia los tambores mientras los miembros de la familia bailan juntos. Cuando sus pies casi tocan los tambores, se detiene bruscamente, golpea sus maracas una con otra, los músicos se levantan y él se mueve hacia atrás, acompañado por los devotos que ondean los pañuelos teñidos de rojo llamados *ahugülei* (*abanicos*). Los amigos y parientes pueden unirse a las danzas o servirse ron o *fínsu* (*ponche*) hecho con leche caliente, ron y especias, como también cerveza, refrescos, guaro (aguardiente), pero si los parientes o huéspedes comen demasiado los muertos pueden disgustarse y hacer que el resto de la comida se vuelva amarga como la hiel.

Ya tarde, cuando los platos calientes están listos se llevan al santuario. El oficiante y sus asistentes inspeccionan los platos apreciados por los ancestros. Luego, todos los niños del pueblo, que han estado esperando este momento, comienzan a reunirse frente a la casa. Al cabo de media

¹³ Canciones gesticuladas, semisacras cantadas por un coro de mujeres. Las *abaimahani* no están restringidas a las solemnidades religiosas; las mujeres a menudo también las cantan en las fiestas civiles y se supone que tienen valores curativos, para apaciguar cualquier dolor. Para cantar *abaimahani*, se ponen un grupo de mujeres en línea, cada una sosteniendo el dedo meñique de su vecina; cantan al unísono, a veces inclinando el cuerpo hacia delante, simulando el movimiento que hacen al rallar la yuca.

¹⁴ El *aruhumaní* es similar al *abaimahani* en cuanto a la forma, pero interpretada sin tambores y además es ejecutada por los hombres. En el baile, los hombres sostienen un remo en su mano, haciendo movimientos repentinos y vigorosos, como si remarán o lanzaran sus redes. Con ello pretenden narrar y describir los peligros de la vida en el mar.

hora o más, cuando se considera que los espíritus de los ancestros ya han consumido la sustancia espiritual de las ofrendas y ya han comido y bebido, la familia es libre de repartir la comida. Entonces se llenan los platos y se obsequian a los amigos. Lo que sobra se envuelve en hojas de plátano y se lleva al cuarto del santuario. A una señal del *buyei*, los cánticos terminan y los niños invaden la casa riendo y gritando, tratando de agarrar los mejores bocados de comida. El significado de este ritual (*abayuhani*, pillaje) es que permite a los miembros más jóvenes y a los niños la oportunidad de "llegar a conocer" a los espíritus de sus antepasados y, por otro lado, existe la creencia que los *gubida* se divierten mucho observando el entusiasmo de sus nietos al jugar y hacer ese pillaje.

Cuando los niños se retiran, se recogen los desperdicios de comida que quedan en el suelo, se envuelven en hojas de plátano y se colocan dentro de las canastas rituales. Los hombres se llevan esos desperdicios a las canoas para arrojarlos al mar. Lo que resta se da a los más ancianos, quienes se retiran a un lugar apartado del patio trasero en compañía del oficiante a celebrar el rito de "remover la tierra", ceremonia que se puede comparar con un entierro. Ya no queda nada por hacer, excepto la purificación de las mesas antes de que vuelvan a su uso cotidiano; entonces se hace el *agudahani* (la quema) echando ron sobre las mesas y prendiendo fuego. Al día siguiente, la mujer más vieja de la familia, actuando como abuela de la tierra va sola al santuario, llevando un balde lleno de tierra que va a arrojar al mar. El cuartito deja de ser santuario y ya no queda vestigio de la tierra que se usó para el ritual, con lo cual finaliza el *chugú*.

Por su parte, el rito del *dugü* o danza del *adugürahaní* (hollar la tierra para las almas) es para los garífunas el ritual de mayor trascendencia. Según ellos, la diferencia entre el *chugú* y el *dugü* estriba en que éste último es una ceremonia más elaborada, precisando del esfuerzo conjunto de varias familias extensas y de los oficios de más de un sacerdote oficiante, además de la disposición de mayores recursos económicos. El rito *dugü* se planea con dos o tres años de anticipación y se abre un fondo común en el que participan por lo menos una docena de familias. Es comprensible que la decisión de celebrar la "danza con las almas" se haga después de mucha reflexión.

Un *dugü* nunca dura menos de dos días. Se construye una "casa para los ancestros" (*gayünari*) siendo esta una de las características especiales del rito. El grupo de "proveedores" que sale a pescar para la ceremonia del *dugü* es más numeroso que el del *chugú*, así como el de los músicos y los bailarines del *abaimahani* y *arumahaní*. El rito del "apaciguamiento", ya descrito antes, se celebra igual en el *dugü*. La diferencia sustancial es que en el *chugú*, los espíritus o *gubida* se alojan en el *lanigi chugú* (santuario) desde donde pueden ver las danzas mientras consumen las sustancias espirituales de la comida y bebida; en cambio, cuando vienen al *dugü* tienen libertad para moverse de un lado a otro y "meterse en la cabeza" de los descendientes que bailan para ellos. Cuando suenan los tambores del *dugü*, los espíritus se excitan; bailan por todo el *gayünari*, hasta sobre las vigas del techo y algunas veces se llevan una muchacha allá arriba. En este momento, se ejecuta la "danza del gallo", poniéndose los bailarines el animal bajo el brazo antes del sacrificio. Luego, la parte principal de la ceremonia es la danza *adügürahaní*. Los pasos de esta danza, arrastrando los pies como si estuvieran aplanando el suelo de la tierra y el ritmo de los tambores que la acompañan, son idénticos al baile punta que se observa en los velorios. En ambos casos, se cree que los espíritus de los muertos se unen a la danza. La presencia de los ancestros en el *dugü* se vuelve más dramática cuando ocurre la posesión de los espíritus, que generalmente penetran en las muchachas solteras que han sido preparadas para recibirlo. Cuando llega el momento de la ceremonia, pintan la cara de la muchacha con *ruku* (achiote, bixa orellana) haciéndole manchas en forma de cruz. Esas decoraciones se hacen también sobre la cara de las mujeres que sienten dolor y a quienes sus amigas cantan *abaimahani*.

Puede ocurrir una posesión espontánea, pero para que no suceda se hacen nudos a los pañuelos de tela roja (*ahuragülei*).

Según la teoría de algunos *buyei*, los pasos del *dugü* reproducen la lenta progresión de los espíritus hasta su última morada. El propósito del grupo de danzas que marchan en formación compacta hasta las puertas de la casa guiados por un oficiante y un adivino, es el de "sacar a los *gubida* de la casa" y obligarlos a tomar el camino de los espíritus. Finalmente, agotados después de tres días de danza, los espíritus a veces expresan su necesidad de "refrescarse" (*amuñedahani*), entonces preparan un baño de agua para ellos. Después de esto están listos para iniciar el viaje de regreso a su mundo.

En general, la enfermedad de *gubida* es tratada entonces con el *chugú* y el *dugü*. Hoy en día, como las ceremonias representan erogaciones de dinero (el ritual puede costar de L.200.000.00 a L.300.000 (entre US\$ 13.000.00 – US\$ 20.000.00 al tipo de cambio) según información brindada por Esly y Lorena Saldaña, *Buyei* de Trujillo, Colón). El *dugü* lo realizan cuando la enfermedad está avanzada. El *chugú*, se realiza en un día, de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., según lo pidan los *gubida*; y el *dugü* durante dos días y dos noches, a veces hasta tres. Casi no se realizan con la misma frecuencia de antaño, sin embargo, para los *buyei*, tamboristas y pescadores oficiales representan un trabajo bien pagado. Para el resto del pueblo, significa una grata y esperada diversión.

En nuestro trabajo de campo, varias de las personas entrevistadas relataron que en sus familias existían casos de *gubida*. Una de las alumnas del Curso de Enfermería relató: "fui afectada por un *gubida*, el espíritu de mi abuelo y hasta que le dieron una comida que él pidió a través de sueños me pude restablecer. Cuando es *gubida*, el enfermo sueña y pide en sus delirios lo que los espíritus ancestrales piden; entonces van al *buyei* para confirmar esta enfermedad. Él recomienda si hay que hacer el *dugü* o el *chugú* y luego de esto la persona se sana".¹⁵

Los *buyei* Esly y Lorena relataron que a veces envían enfermos de *gubida* a los médicos del hospital, los cuales no pueden determinar las causas de la enfermedad. Dicen que a veces hasta las agujas de las jeringas se doblan cuando los médicos quieren introducirlas en los cuerpos de los pacientes con esta enfermedad desconocida para la medicina occidental. Esly mencionó incluso que no solamente los garífunas sin instrucción creen en los *gubida*, sino también aquellos que han logrado escalar posiciones sociales en las principales ciudades del país. Esly argumentaba que "... hasta doctores, diputados y una juez que trabaja en Tegucigalpa creen en los *buyei* y *gubida*. Esta juez fue atacada por los *gubida*, y ella ahora casi es una *buyei*, aunque no ejerce esta profesión por sus otras labores en el derecho".¹⁶

Bianchi (1986:8-11), en su estudio realizado en Trujillo y Santa Fé, extrajo una muestra de 429 personas, de las cuales 33 mujeres y 13 hombres afirmaron haber padecido la enfermedad (46 personas, es decir el 10,7% de la muestra). Ella logró determinar que la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad y algunos individuos pueden experimentarla más de una vez. Su conclusión fue que los sueños estereotípicos con parientes muertos que solicitan comida o celebración de un ritual, son

¹⁵ Entrevista con el grupo focal del "Curso de Auxiliares de Enfermería Garífuna", Coordinado por la Lic. Telma Gotay, Trujillo, Colón, 02/10/00.

¹⁶ Entrevista con los *buyei* Esly García y Lorena Saldaña, Trujillo, Colón, 05/10/00.

un ejemplo de un **estado de tensión**, inducido culturalmente, el cual puede producir ansiedad debido a su significado sobrenatural dentro de la cultura garífuna.

En el trabajo de campo, se encontró que algunas enfermedades mentales —como la locura— están asociadas a la enfermedad de *gubida*. Cuando se les preguntó a los encuestados sobre la causa de algunas enfermedades, el 30% contestó que la locura tiene causas de origen mágico-espiritual, como se puede ver el cuadro siguiente:

Cuadro No. 4:¹⁷ Causa de las enfermedades, según la comunidad garífuna de Santa Fé

Tipo enfermedad	Hereditaria		Mágica/ espiritual		Ambiental		Otra	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gripe	15	10%			129	88%	3	2%
Locura/demencia	33	52%	19	30%	9	14%	3	4%
SIDA	4	7%	4	7%	25	44%	24	42%
Cáncer	42	80%	4	8%	4	8%	2	4%

Como se puede ver en el cuadro 4, la gente garífuna de Santa Fé expresa en un 52% que la locura es por causas naturales; un 30% la considera como mágico/mítico/espiritual y un 4% le otorga otra causa. En el caso de enfermedades terminales como el VIH SIDA, un 7% considera que está asociada a causas espirituales; un 7% la considera como hereditaria y en cambio la mayoría, el 44% expresa que su causa es ambiental o derivada de otra causa (42%). En el caso del cáncer, la mayoría, el 80% considera que la causa es hereditaria; un 8% mágica espiritual y un 8% ambiental, un 4% consideró otra causa. Finalmente, en el caso de la gripe, es evidente que la mayoría expresó su causa como ambiental, el 88%; un 10% opinó que era hereditaria y apenas el 2% le otorgó otra causa.

Por otro lado, además de la enfermedad de *gubida*, los garífunas creen que existen otras enfermedades espirituales o causadas por efectos mágicos; quizás sea la etnia hondureña más aferrada a estas creencias, sin duda debido a su herencia cultural afrocaribeña.

A diferencia de los *buyei*, también hay personas que se dedican a la magia en forma profesional, así como también brujos que se dedican a hacer el mal.

En general, se puede percibir que las creencias de los garífunas en torno al origen de las enfermedades están asociadas fuertemente al componente religioso, en donde lo mítico-mágico se entrelaza con la tradición católica-romana y las tradiciones ancestrales heredadas de la cultura africana, la caribe-americana y la europea.

3.3.2. Origen de las enfermedades naturales

En la investigación de campo, el grupo de estudiantes garífunas afirmó que de acuerdo a su conocimiento del medio, las principales enfermedades que se presentan en Santa Fé y en la mayoría de comunidades son en su orden: hipertensión, infecciones respiratorias agudas (IRA's), diarreas y diabetes. Por su parte, Bianchi (1986:8) señala que las enfermedades más comunes en las comunidades garífunas eran: malaria, asma, anemia, enfermedades parasitarias, gripes y diarreas. Sin embargo, en el análisis de los datos de la encuesta aplicada durante este estudio en la comunidad de

¹⁷ Encuesta realizada en Santa Fé, Colón, 05/10/00.

Santa Fé, la gente opinó que las enfermedades más comunes eran de tipo infeccioso, como se puede ver en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 6:¹⁸ Enfermedades más comunes en la comunidad garífuna de Santa Fé

Nombre de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	Tipo de enfermedad
Gripe	62	49%	Infecciosa
Parásitos	20	16%	Infecciosa
Varicela	13	10%	Inmuno-prevenible
Diarrea	8	6%	Infecciosa
Artritis	6	5%	Degenerativas
Enfermedades mentales	6	5%	Mentales
SIDA	5	4%	Transmisión Sexual
Tos	4	3%	Infecciosa
Paperas	3	2%	Inmuno-prevenible

Como se puede ver, tres de las cuatro enfermedades más comunes de Santa Fé son de tipo infeccioso (gripe, parásitos y diarrea); conjuntamente con la varicela que es de tipo inmuno-prevenible). La gripe, con un 49%, es la enfermedad más común en ésta y en casi todas las comunidades garífunas adyacentes. La segunda enfermedad en importancia de acuerdo con la opinión de los encuestados son los parásitos con un 16% y luego, muy por debajo de éstas se encuentran otras enfermedades como el VIH-SIDA con un 4%; la tos con un 3%, posiblemente asociada con la gripe y las paperas, con un 2%.

Es importante resaltar que las enfermedades más comunes en Santa Fé (gripe y parásitos), conjuntamente con la cuarta en el orden de la frecuencia (la diarrea) tienen que ver en gran parte con las malas condiciones sanitarias de los centros poblacionales, en donde los servicios básicos como agua potable, centros de salud, letrinas y programas de capacitación en salud son casi inexistentes; lo que en ciertas épocas del año —sobre todo en temporada de lluvias— genera el avance de estas enfermedades. También, ellos atribuyen que estas enfermedades son muy comunes debido a las plagas de zancudos, tan abundantes en el hábitat garífuna compuesto de ríos, lagunas y riachuelos, y al descuido de la gente al ingerir agua contaminada de los pozos y ríos locales; además, la gente a veces se resiste a los proyectos de letrización del ministerio de salud o a los que patrocinan algunas ONG's, porque alegan que el manto de agua no está muy profundo, razón por la cual pueden contaminarse.

3.4. RECURSOS HUMANOS DE LAS COMUNIDADES GARÍFUNAS QUE SE DEDICAN A LA MEDICINA TRADICIONAL

Ya se ha mencionado que uno de los recursos humanos fundamentales en la práctica médica tradicional de los garífunas son los *buyei* los que actúan como sacerdotes, adivinos y consejeros. Por lo general, la percepción que tienen los mestizos o ladinos (los *muladu* para los garífunas) es que los

¹⁸ Encuesta realizada en la comunidad de Santa Fé, Colón, 05/10/00.

buyei pertenecen a la jerarquía social de los garífunas y además son los que tienen mayores oportunidades para hacer dinero, sin embargo, esto no es totalmente cierto. Esly y Lorena, contrario a la creencia de que los *buyei* cobran excesivamente en sus servicios y que tienen amplias posibilidades de hacerse ricos, viven modestamente con sus familias (Lorena vive en una de las casas más modestas o pobres del barrio Cristales, según se constató en una visita a su casa, y Esly también vive modestamente), empero, ellos se dedican exclusivamente a las labores sacerdotales, por lo tanto, la comunidad reconoce que deben cobrar por los servicios que prestan, ya que ellos son portadores de la tradición. Ellos afirmaron que “no pueden vivir lujosamente, ni en total miseria, ya que los espíritus no los abandonan”.¹⁹

La gente llama a los *buyei* para que adivinen cuáles son las causas que aquejan a una familia, especialmente si la enfermedad es persistente o de naturaleza exclusivamente espiritual, no obstante, solo se acude al *buyei* cuando todos los demás medios han fracasado, pues actualmente la tendencia indica que los garífunas acuden al médico del sistema oficial, aunque a menudo dudan de su eficiencia, tal como se puede notar en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 7: Preferencia de atención de la comunidad garífuna en caso de una enfermedad común (fiebre, infección en garganta, gripe). Municipio de Santa Fé, 2000

Agente de Salud	El primero a quien acude		Si el tratamiento no es adecuado acude a:		Finalmente si lo anterior no resulta acude a:	
Madre/abuela (familia)	43	50%	6	6%	4	6%
Enfermera (Centro Salud)	20	24%	38	46%	3	4%
Médico	15	17%	32	39%	43	61%
Curandero/a	3	3%	4	5%	14	20%
<i>Buyei</i>	3	3%			5	7%
Partera	2	2%				
Sobador/a	1	1%	3	4%	2	2%

Es claro que al primer agente de salud al que acuden los garífunas en caso de una enfermedad común es a la misma familia (madre, abuela) con un 50%, lo que es natural, pues casi todos los grupos humanos al interior de la familia transmiten por generaciones las prácticas para el tratamiento de las enfermedades comunes. Luego, si el tratamiento no es adecuado, el 46% acude a la enfermera del Centro de Salud, y solo si finalmente el tratamiento no resulta, apenas un 7% acude acudir al *buyei* para recibir el tratamiento apropiado. Solamente el 3% de los garífunas encuestados afirman que acuden prioritariamente al *buyei* para recibir tratamiento médico.

En la comunidad de Santa Fé, todavía vive un *buyei*, sin embargo, no se pudo realizar una entrevista con él, ya que últimamente no ha realizado atenciones, según lo mencionado por la comunidad; no obstante, la gente del pueblo acude a los *buyei* del barrio Cristales del municipio de Trujillo que son Porfirio Norales (a quien le llaman Lili), Esly García y Lorena Saldaña.

¹⁹ Entrevista con Esly García y Lorena Saldaña, *Buyei* garífunas. Trujillo, Colón, 05/10/00.

Ellos reciben la investidura sacerdotal para poder ejercer su profesión y tienen sus propias vestimentas como la que se muestra en la fotografía.



Vestimenta de *buyei*: Lorena Saldaña. Trujillo Colón.
Fotografía Russbel Hernández



Altar de la *buyei*: Lorena Saldaña. Trujillo, Colón
Fotografía: Russbel Hernández

También tienen algunos objetos necesarios para los rituales (maracas, imágenes de ídolos, santos, la Biblia, candelas que permanecen siempre encendidas en su altar y otros objetos). Tanto en Trujillo, como en Santa Fé, San Antonio, Guadalupe y demás comunidades garífunas del litoral Caribe conocen de sus servicios, a tal grado que los han entrevistado investigadores de Estados Unidos, Rusia y España, país al cual tienen invitación para poder asistir en el año 2001.

Los *buyei* tienen asistentes espirituales (*hieruha*), quienes se ponen en contacto con el *buyei* a la hora de realizar las ceremonias del *chugú* o *dugú*. Esly comenta: “yo tengo la ayuda de cinco espíritus que son los que me ayudan a curar a las personas”.²⁰ Agrega, que los espíritus asistentes no necesariamente tenían que haber sido espíritus de ancestros de origen garífuna, sino también mestizos o de otras culturas y dice que: “tengo el espíritu de una mujer, así como otro espíritu que se llama Juan Catarino, que vivió en Roatán, quien se reencarna en mí. El otro espíritu se llama Anastasio, que también era de Roatán, pero murió hace 90 años en un accidente. Anastasio era un muchacho humilde, bien estudioso, bien inteligente, él es quien indica todas las medicinas que yo debo usar, porque él murió queriendo ser doctor. El otro espíritu se llama Juan Pedro, es mestizo, la mamá era india [así llaman los garífunas a los mestizos] y el papá era garífuna; él me acompaña siempre”. Asimismo, según Lorena, a ella la apoyan dos espíritus de parteras que saben tratar además el empacho, sobar la mollera, saben “tender la paletía” y agrega: “yo no sé sobar, pero cuando estoy concentrada en los espíritus, me convierto en otra persona y siento el poder para realizar las sobadas”.

²⁰ Entrevista en profundidad con Esly García y Lorena Saldaña, *buyei* de Trujillo, Colón.

Ambos sostienen que no pueden irse a otro lugar sin el permiso de los espíritus. Si les toca embarcarse a otro sitio, deben regresar después de seis u ocho meses para atender a las personas. También manifiestan que la comunidad garífuna últimamente ha demostrado incredulidad hacia la labor de los *buyei*, especialmente los jóvenes y por tal razón la gente ya casi no acude al tratamiento con los *buyei* con la frecuencia de hace algunos años.

Otro agente de salud importante en la comunidad garífuna es la partera. En Santa Fé, existen cinco parteras tradicionales, las que últimamente han sido capacitadas a través de un programa dirigido por el Hospital Salvador Paredes de Trujillo.²¹ De hecho, la labor de estas parteras está coordinada a través del Centro de Salud local de Santa Fé.

De las parteras, la más famosa y experimentada es doña Catalina, una señora de 97 años, quien comenzó su labor a los 25 años de edad. A pesar de su avanzada edad, tiene una lucidez impresionante, tiene algunos secretos y conocimientos admirables.

También en las comunidades garífunas es importante la labor de los sobadores. De los más conocidos en Santa Fé, se entrevistó a doña Jovita Loredó, quien todavía realiza atenciones.

Igualmente, a principios del año 2000 llegó a Santa Fé, procedente de Tegucigalpa, el hierbero Marco Antonio González Laboriel de 52 años, dueño de la tienda de medicina natural El Girasol. Él es de origen garífuna, quien relató que después de combinar la medicina tradicional garífuna con algunos elementos de la hoy famosa homeopatía de los indígenas y mestizos, logró convertirse en hierbero en Tegucigalpa y decidió retornar a su tierra natal, Santa Fé a poner en práctica sus conocimientos.²²

También están los *surusia* o curanderos (del francés *chirurgien*) quienes son los que conocen las virtudes curativas de las hierbas. Reciben el nombre de herbalistas.

Finalmente hay que mencionar que en casi todas las familias garífunas hay alguna anciana que ha heredado de su madre recetas sobre hierbas, para tomarlas o para mezclarlas con el baño y que curan las erupciones cutáneas, las fiebres, torceduras y los dolores que afectan a diferentes órganos. Estas hierbas se obtienen por lo general en los alrededores de las aldeas y en los bosques o en la playa, pero deben recogerse durante ciertas fases de la luna y a ciertas horas para que sean efectivas.

3.5. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, CURACIÓN, REHABILITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES

Con respecto a la prevención y al diagnóstico de las enfermedades más comunes, los garífunas han logrado resumir la experiencia de las culturas que la formaron (africana, indoamericana y europea) para resolver sus problemas de salud.

²¹ Área de Salud No. 5. "Evaluación de la productividad de los servicios del Hospital Salvador Paredes". Primer Semestre. Trujillo, Colón. Año 2000.

²² Entrevista con el hierbero Marco Antonio González Laboriel. Santa Fé, Colón, 05/10/00.

En el caso de los *buyei*, ellos afirman que no solamente pueden curar enfermedades espirituales, sino también otras enfermedades “naturales”. En efecto, aparte de curar la enfermedad de *gubida* y otros males causados por la magia (sacar males o hechizos, curar los embrujos hechos con muñecos y alfileres realizados por los brujos, etc.), también expresan que pueden curar enfermedades naturales a través de sus *hieruha* (espíritus asistentes). El *buyei* Esly García afirma que atiende muchos casos de demencia y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente el VIH-SIDA. Él agrega que cuando el SIDA está muy avanzado, le dan al paciente un licuado de madreño que los deja “tranquilos”, ya que actúa como un sedante. Este tratamiento de madreño lo aprendieron porque los espíritus asistentes se los enseñaron.

Esly también dice que hay muchos garífunas que no creen en el SIDA, y agrega que entre los garífunas hay más casos de SIDA que en otros pueblos, y lo atribuye a la existencia de poca precaución y atención a las campañas de prevención contra las ETS. También arguye que ellos pueden hacer curaciones a los drogadictos y alcohólicos, sea voluntariamente o solo con el consentimiento de los familiares. Para los drogadictos, es mejor que ellos estén de acuerdo y les dan unas hierbas (no quisieron decir que tipo y nombre tienen las hierbas) en los refrescos naturales para que aborrezcan la droga.²³ Esly comenta que ellos recomiendan algunas pastillas e inyecciones a sus pacientes, como vitaminas, extracto de hígado y otras para que puedan restablecerse.

En el caso de la maternidad, fue interesante la experiencia de la partera doña Catalina, de Santa Fé, quien refirió algunos secretos de la profesión que ha ejercido por 75 años. Ella manifestó, entre otras cosas lo siguiente: *“yo sé con exactitud el sexo del niño a los cinco meses de embarazo de la madre. Además conozco cuando una mujer va a tener solo un hijo, o más. Cuando saco la placenta identifico si es larga o no, y luego cuento el número de nudos que aparecen en la placenta. Ese será el número de hijos que tendrá la mujer”*.²⁴

Al determinar con exactitud el sexo del niño (pues afirma que nunca ha fallado) relata que esos son “secretos” que ha aprendido a través de la experiencia. Doña Catalina relata que *“el médico sabe más que mí, ya que él ha estudiado muchos libros, aunque yo sé cosas que el médico no sabe. A veces enviaba algunas parturientas para probar la calidad del doctor y saber cuánto conocía él”*.

Para que la madre no sufriera anemia y el niño no padeciera desnutrición intrauterina, le daba una pastilla que ella llama “raíz de india”, que actúa —como también el aceite de Tiburón— como reconstituyente, aunque dice que ya no existe ese tipo de pastillas.

La preparación que da a las parturientas antes del parto, también nos la relata así: *“antes del parto, realizo masajes en el vientre de la madre para que los dolores sean menos intensos y para verificar la posición del bebé. Si está en mala posición y es difícil colocarlo correctamente y no lo puedo arreglar, entonces, la envío al hospital”*.

Doña Catalina, manifiesta también, que nunca se le murió una mujer en ningún parto y que cuando la mujer da a luz, espera una hora para que le salga la placenta. Si no sale durante ese tiempo, enciende una candela dedicada a “San Ramón Partera” y luego la introduce en la garganta de la mujer (para que le den ganas de vomitar) y cuando se realiza el intento de vómito, entonces la

²³ Entrevista con los *Buyei* Esly García y Lorena Saldaña. Trujillo, Colón, 05/10/00.

²⁴ Entrevista con la partera doña Catalina. Santa Fé, Colón, 05/10/00.

placenta sale inmediatamente. A la pregunta de que cómo aprendió esa técnica, ella observa el cielo y contesta que es sabiduría de Dios, que es sobrenatural.

Un dato curioso que ella refirió es que no cobraba dinero por atender los partos y dejaba que las personas le pagaran la cantidad que pudieran o quisieran. Hoy en día, el parto de un niño varón es cobrado en una cantidad mayor que el de una niña (L.300.00 para el varón y L.200.00 para las niñas, un aproximado de US\$20.00 y US\$14.00 respectivamente). Esta es una práctica también muy extendida en las comunidades rurales de los ladinos, debido al arraigo del machismo centroamericano, donde se maneja que el hombre vale más que la mujer, porque es él quien genera el ingreso económico.²⁵

Otra persona también importante en el proceso de curación de enfermedades provocadas por traumatismo, problemas gastrointestinales y otras, es la Sra. Jovita Loredo, una de las sobadoras más solicitadas en Santa Fé. Ella expresa que soba a personas que tienen problemas de fracturas, embarazo, molleras y empachos. Además, tiene el conocimiento para determinar si una mujer tiene matriz pequeña y no podrá tener hijos. Dice que puede hacer una medicina para eliminarle la esterilidad, para lo cual utiliza unas hierbas que obtiene en Trujillo. Cobra L.10.00 (US\$ 0.65) por sobar y L.30.00 (US\$ 1.96) por la botella de medicina para las mujeres estériles. Se necesitan solamente dos botellas para la curación. Agrega que hasta a mujeres garífunas que viven en Estados Unidos ha curado de problemas de esterilidad.²⁶ Agrega que trata otras enfermedades: “*sobo a personas con problemas de artritis cuando esta enfermedad está comenzando. También conozco cuando una persona tiene SIDA*”.

Es importante resaltar que muchos médicos del sistema oficial, y aún muchos garífunas incorporados a la “modernidad”, consideran que estas prácticas médicas de los agentes de salud garífuna son una farsa y argumentan que todo esto forma parte de la superstición. Evidentemente, muchas técnicas y métodos de curación tienen que ver con prácticas no aceptadas desde la ciencia, sin embargo lo importante de esta medicina radica en que la población garífuna que todavía cree en ella tiene una fe ciega y absoluta en el diagnóstico y curación de la enfermedad, pues su verdad la transmite de generación en generación, de tal manera que es la experiencia —tal vez sea por ensayo y error— a lo largo de la historia garífuna lo que hace válidas y efectivas a muchas de estas prácticas.

Por ejemplo, los críticos de la racionalidad económica, que censuran el *dugü* porque se desaprovecha la mitad de los alimentos, no infieren que el hecho de tirar al mar o enterrar parte de la alimentación no consumida, tiene la finalidad de lograr la paz y la armonía con el mar y la tierra, las fuentes que sustentan la vida garífuna. No hay nada irracional en el *dugü*. A la tierra y al mar se les consideran vivos, sometidos eso sí a la permanente destrucción de los seres humanos. Por ello, amándolos como fuente de vida, devuelven parte del alimento destinado al consumo humano, compartiendo una relación fraterna, el vínculo de la vida con quien da la vida. Así lo ilustra el *buyei* Esly García: “*una parte de la comida hecha para el dugú se echa al mar o se entierra, porque algunas veces en tiempos de verano no se saca pescado, entonces cuando se hacen estos rituales, se van a echar los alimentos mar adentro. Una semana después, usted viera como se sacan los pescados. Cuando se va a sembrar algo, nosotros alimentamos la tierra, oramos por la tierra,*

²⁵ Doña Catalina manifiesta que actualmente ya no realiza labores de parto, aunque si asesora a las parteras más jóvenes.

²⁶ Entrevista con la sobadora Jovita Loredo. Santa Fé, Colón, 05/10/00.

*oramos por el mar, entonces nosotros hacemos estos rituales para que den producción, para que nos provean”.*²⁷

Los remedios caseros y los brebajes de hierbas, por tanto, son abundantes y los curanderos locales (Surusia), quienes preparan sus propias medicinas, son también consultados (Sanford, 1979:553). El uso de plantas y productos de origen animal es muy común. Por ejemplo, para curar el “aire” (cualquier dolor o calambre que ataque diferentes partes del cuerpo) se ha de tomar pomada de cebo de vaca, de ajo y de hojas de árboles de siguapate, apazote y wanilama hervidas con hojas de plátano. El tratamiento más caro parece ser el de las picaduras de la Sirudunatu, una pequeña Mantarraya. Este animal permanece en la arena durante las mareas bajas y es casi imposible verlo. Su pinchazo produce sangrado, paraliza toda la pierna, la inflama y causa un dolor insoportable. Los garífunas dicen que la única cura es la secreción vaginal. Se dice que debe ser de una anciana ya que por su edad no tiene ningún contacto sexual, pero otras personas manifiestan que debe ser de una mujer virgen. En todo caso, el líquido vaginal es recogido en un algodón y puesto a presión sobre la herida, la cual a su vez es envuelta en hojas de plátano. Esta curación es de conocimiento universal (a nivel de la comunidad garífuna), pero rara vez se habla de ella en público (Mc Cauley. 1981:42-44).

La hipertensión la curan con la calaica hervida, que es una hoja muy amarga. Asimismo, la utilizan para tratar los calambres. El “bajo” que es un tipo de enfermedad originada por el contacto cercano con los muertos, se contrarresta dando un baño con la planta de “velo de muerto”.

En la encuesta aplicada a la población de Santa Fé, se logró identificar una extensa lista de hierbas o productos de origen animal que los garífunas utilizan en su medicina tradicional, algunas de los cuales se pueden observar en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 8: Hierbas o Productos de origen animal que utilizan los Garífunas dentro de su medicina tradicional. Santa Fé, Colón. Año 2000

Hierba o producto de origen animal	% Frecuencia	Hierba o producto de origen animal	% Frecuencia
Calaica	42	Aceite de Coco	8
Manzanilla	37	Naranja Agria	7
Apazote	34	Limón	7
Aceite de Tiburón	27	Clavo de Olor	7
Albaca	16	Altamisa	7
Eucalipto	16	Mano de Lagarto	6
Valeriana	12	Zacate Té	6
Frijolillo	10	Palo de Hombre	5
Epacina	9	Miel de Abeja	5
Madreado	8	Malva	5
Siempre Viva	8	Marihuana	4

²⁷ Entrevista con los *Buyei* Esly García y Lorena Saldaña, Trujillo, Colón, 05/10/00.

De los cinco productos más mencionados por los garífunas, cuatro son de origen vegetal (calaica, manzanilla, apazote y albaca o albahaca) y uno es de origen animal (aceite de tiburón). Evidentemente, de la lista total, la mayoría son productos vegetales (21) y dos de origen animal (aceite de tiburón y miel de abeja).

La diferencia en la frecuencia de uso entre los seis primeros productos y el resto de productos es sustancial, por tanto, se cree oportuno realizar estudios sobre las propiedades de esos productos medicinales. En este sentido, es importante la tesis de grado elaborada por Vilma Lorena Ochoa L. en el año 1991 sobre el análisis etnobotánico en varias comunidades garífunas. El análisis de los datos, demostró que en las comunidades garífunas, se mantiene vivo el uso de plantas de diferentes formas. Ochoa L. clasificó las plantas de acuerdo con las categorías de uso: medicinales, comestibles, mágico-religiosas, alucinógenas, embriagantes, artesanales y cosméticas. La mayoría de las plantas son comunes en todas las comunidades.

De las plantas comestibles, destacan el coco (*cocos nucifera*), de las plantas mágico-religiosas se detectaron el barre horno (*hyptis verticilla*) usada para alejar los “malos espíritus” y la siempreviva (*gomphrena serrata* para evitar el mal de ojo en los recién nacidos. De las embriagantes se encontró la caña santa (*costus*) para hacer un refresco embriagante y la polydium decamanum con la que se elabora una bebida de calaguala. Estas bebidas tienen un sabor algo ácido pero agradable que se toma como refresco. Dentro de las plantas cosméticas se ubicaron plantas usadas en el embellecimiento de la apariencia, la malva (*sida rhombifolia*) para hacer crecer el cabello y malvaviscus arboreus para alisar el cabello. Entre las plantas artesanales se encuentra la *crescentia cujeto* y *gynerium sp.* utilizadas para elaborar sombreros y construir viviendas respectivamente.

El mayor uso que dan los garífunas a las plantas, de acuerdo con el análisis de Ochoa (1991) en las tres comunidades estudiadas, es el uso medicinal (88% en Corozal, 92,38% en Nueva Armenia y 81% en Travesía) y luego aparece el uso comestible (29,31% en Corozal, 28,57% en Nueva Armenia y 32,91% en Travesía). En todas las comunidades en estudio el menor uso fue para fines cosméticos.

Por otra parte, en la comunidad de Santa Fé, la enfermedad con mayor frecuencia que apareció en las encuestas aplicadas en el año 2000, fue la gripe (véase el cuadro No. 6). Las estudiantes y docentes manifestaron que esta enfermedad se atiende primero en la casa con té de eucalipto. Cuando tiene calentura se le hacen a la persona enferma, baños en la noche con hojas de eucalipto y singa negrito, luego se acuesta en cama para evitar el viento, con esto se le baja la temperatura. Para la anemia se cocina la calaica y se toman tres vasos al día.

Sin embargo, en las últimas décadas, la población garífuna paulatinamente ha ido variando en sus preferencias de atención en salud y actualmente se nota una mayor inclinación hacia la medicina institucional u occidental como se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro No. 10: Demanda de recursos humanos para la salud, según el tipo de enfermedad. Santa Fé. Año 2000

Tipo de Enfermedad	Agentes de salud a quien acude la comunidad de Santa Fé									
	Familiares		Centro Salud		Médico Público		Médico Privado		Brigadas Médicas	
Inmuno-prevenibles	11	37 %	14	47%	3	10%	1	3%	1	3%
Infeciosas	55	42%	61	47%	15	11%				

Terminales	1	50%	1	50%						
Incapacitantes	1	14%			5	72%	1	14%		
ETS			3	42%	2	29%	2	29%		
Mentales			1	20%	3	60%			1	20%
Degenerativas	5	50%	1	10%	4	40%				
Crónicas			1	50%	1	50%				

Fuente: Encuesta aplicada en la comunidad de Santa Fé, Colón. 04/10/00

Resulta ilustrativo el hecho que la mayor parte de la población de Santa Fé acude al centro de salud comunitario en primera instancia. En efecto, en el caso de las enfermedades terminales, el 50% decide acudir al centro de salud y también el 50% de las personas con enfermedades degenerativas y crónicas deciden acudir al centro de salud para recibir la atención médica. Es importante señalar que en los casos de enfermedades degenerativas y terminales, la población garífuna de Santa Fé argumentó tratarles prioritariamente en casa con la ayuda de familiares (50% en cada caso). Tanto en el caso de las enfermedades inmuno-prevenibles e infecciosas, el 47% de los encuestados prefieren ir al tratamiento brindado en el centro de salud. Para las ETS una buena parte (42%) prefiere asistir al centro de salud.

Por otra parte, las estudiantes y docentes garífunas del curso para auxiliares de enfermería comentaron que en el pueblo garífuna se presenta una enfermedad denominada trepanositosis, una enfermedad de la sangre que provoca una deformación de los glóbulos rojos, sin embargo, expresaron que esta enfermedad no ha sido estudiada. Ellos la consideran como una especie de leucemia, y cuando se les preguntó cuál era la causa de esta enfermedad, relataron que: *“debe ser producto del origen racial de los garífunas, que son una mezcla entre negros africanos e indios caribes, entonces ha existido poco en la comunidad ladina, por tanto solo nos hemos mezclado entre nosotros mismos”*.²⁸

3.6. MARCO LEGAL PARA LA MEDICINA TRADICIONAL GARÍFUNA

En el caso de Honduras, durante el decenio de 1990 se han dado pasos sustanciales en relación a los derechos de los pueblos indígenas y negros, que en las legislaciones anteriores, se les negaban, no obstante, todavía se tiene que avanzar mucho. En este sentido, es importante visualizar la evolución de esos cambios y la reivindicación de los derechos que estos pueblos han logrado.

La Constitución vigente de la República de Honduras, no especifica el carácter multiétnico y pluricultural de sus poblaciones, sin embargo, el Estado ratificó en 1994 el Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, por tal razón, el Gobierno tiene la obligación de garantizar los derechos de los pueblos contenidos en el Convenio mencionado.

²⁸ Entrevista grupal con estudiantes y docentes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para comunidades garífunas. Trujillo, Colón, 02/10/00.

Si se hace un repaso a la Constitución de la República de Honduras, se manifiestan algunos elementos para la protección y el cumplimiento de los derechos de los pueblos indígenas, aunque existen artículos que limitan el desarrollo de un país multilingüe como el Artículo No. 6.

Cuadro No. 11

Principios generales	Constitución de la República de Honduras
Tierras/Territorios/Medio Ambiente	Art. 346. Es deber del Estado dictar medidas de protección de los derechos en las comunidades indígenas existentes en el país, especialmente de las tierras y bosques donde estuvieron asentadas.
Educación	
Idioma	Art. 6. El idioma oficial de Honduras es el español. El Estado protegerá su pureza e incrementará su enseñanza.
Religión y Culto	Art. 77. Garantiza el libre ejercicio de todas las religiones y cultos sin preeminencia alguna, siempre y cuando no contravengan las leyes y el orden público.
Salud	
Participación social de los pueblos	
Medicina tradicional indígena	

Como se puede notar, la Constitución de la República no especifica originalmente derechos culturales de los pueblos indígenas y negros en cuanto a la educación, idioma, salud, participación social o medicina tradicional, evidenciando claramente un vacío.

Sin embargo, es de destacar que a partir de 1990 se empezaron a dar algunos pasos en la dirección de apoyar a las etnias hondureñas, y en 1993 se firmó un convenio entre el Ministerio de Educación y la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) para la implementación del Programa de Educación Intercultural Bilingüe. De esa manera, en ese año la organización indígena Mosquitia Pawisa (MOPAWI) inició un plan de educación intercultural bilingüe en la zona de la Mosquitia hondureña, y a la vez se inició la educación bilingüe intercultural (EBI) con población de negros creoles de habla inglesa en Islas de la Bahía.

En el caso específico de los garífunas, se creó el Programa Nacional de Educación para las Etnias Autóctonas y Afro-antillanas (PRONEEAAH) en el año 1994, el cual empezó a redactar materiales educativos en las lenguas misquitas, pech, tawahca y garífuna.²⁹ En 1997 se estableció la coordinación de la EBI a través de PRONEEAAH. Posteriormente en ese mismo año de 1997, el Congreso Nacional en conmemoración del bicentenario de la llegada de los garífunas al país, decretó el 12 de abril como el día de la “Etnia Negra Hondureña”.

En el ámbito de la salud, en 1994, a raíz de las peregrinaciones que los pueblos indígenas hicieron a Tegucigalpa, capital de la república, para demandar sus derechos en materia de salud, tenencia de tierra, infraestructura vial, etc. el Ministerio de Salud crea la Unidad de Atención a las Etnias que comenzó a implementar un plan que se basa en los compromisos adquiridos por Honduras al ratificar el Convenio No. 169 de la OIT (1989.Parte V), entre ellos está:

²⁹ “Panorama de la Educación Indígena en América Latina”, material mimeografiado, p.6.

“Artículo 25

1. *Los gobiernos deberán velar porque 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.”*

En este marco, algunas de las líneas estratégicas y los retos del Plan de Trabajo de la Secretaría de Salud respecto a los pueblos indígenas de Honduras fueron: i) acompañamiento y fortalecimiento de la medicina tradicional; ii) abordaje nutricional incorporando alimentación autóctona; iii) investigación-acción participativa; iv) fortalecimiento de los recursos humanos; v) revisión y recaudación de los mensajes de salud; vi) estructuración, promoción y creación de espacios de diálogos; vii) definición y concertación con representantes locales (OPS/OMS, Honduras, 2000:13).

De igual manera, desde ese momento, la Secretaría de Salud, la OPS y las organizaciones indígenas, han organizado y brindado tres cursos de auxiliares de enfermería con una duración de tres meses y la participación de 30, 39 y 20 estudiantes respectivamente a los pueblos misquitos, lenca y tolupán. Actualmente, con el apoyo del Proyecto de Acceso a Servicios de Salud ASDI/OPS en su segunda fase 2000-2002 se están desarrollando tres cursos con la participación de 75 indígenas de origen lenca, chortí y tolupán. Este proyecto está apoyando la formación de 30 auxiliares de enfermería garífuna en Trujillo, Colón con el respaldo de la Unidad de Atención a las Etnias de la Secretaría de Salud.

Estas experiencias de alguna manera han tratado de dar una respuesta a la creciente crítica a los programas convencionales de formación de auxiliares de enfermería y han sido la ocasión para identificar la necesidad de hacer adecuaciones temáticas y metodológicas. Asimismo, 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 en un modelo de interculturalidad.

4. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD INSTITUCIONAL U OCCIDENTAL

4.1. SISTEMA DE SALUD EN LA REGIÓN (ÁREA DE SALUD NO. 5)

4.1.1. Organización Técnico-Administrativa, Regional, Niveles y Cobertura

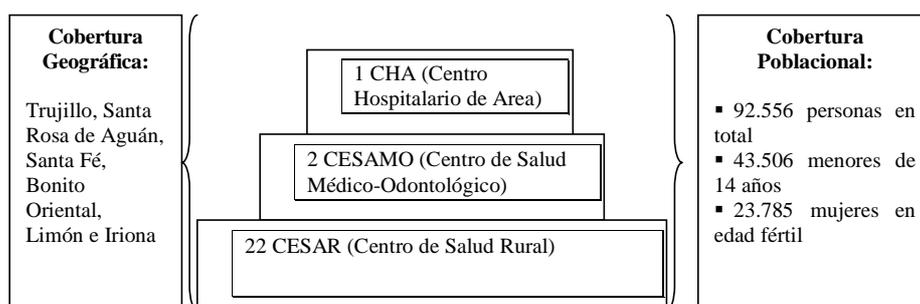
En el departamento de Colón, la salud a nivel institucional es administrada por la Secretaría de Salud a través del Área de Salud No. 5 que cubre 6 municipios: Trujillo, Santa Rosa de Aguán, Santa Fé, Bonito Oriental, Limón e Iriona.

Los niveles con los que cuenta el Área de Salud No. 5 son:

- 1 Centro Hospitalario de Área (CHA) o de referencia (Hospital Salvador Paredes en el Municipio de Trujillo)
- 2 Centros Médico-Odontológicos (CESAMO's)
- 22 Centros de Salud Rural (CESAR's)

Los niveles de referencia (CESAR, CESAMO y CHA) tienen cobertura geográfica en 6 municipios y una cobertura poblacional de 92.556 personas atendidas; de las cuales 43.506 son menores de 14 años y 23.785 son mujeres en edad fértil. Estos datos se pueden resumir en la siguiente figura.

Figura No. 1: Área de Salud No. 5 (Niveles y Cobertura)



Es importante resaltar que en el año 1999, dentro del Área de Salud No. 5, se generó una demanda en los servicios de salud en la cantidad de 50.334, es decir el 54% de cobertura poblacional, también se atendieron 62.965 habitantes en condición de “atenciones subsiguientes”, para totalizar 113.299 atenciones brindadas.³⁰

Cobertura de Atención en Planificación Familiar y Atención por Partos

La cobertura alcanzada en atención de planificación familiar es muy deficiente y apenas alcanzó al 9% en promedio municipal, tal como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 12: Cobertura de atención de planificación familiar y de partos en el Dpto. de Colón. Primer Semestre 2000

Municipio	Atención de planificación familiar (%)	Atención de partos (%)
Trujillo	9	77
Santa Rosa de Aguán	14	76
Bonito Oriental	6	74
Santa Fé	7	36
Limón	9	56
Iriona	5	40
Promedio en el Dpto.	9	60

Fuente: Área de Salud No. 5. Trujillo, Colón. 1999

Se observa que el Municipio de Santa Rosa de Aguán es quien tiene la mayor cobertura — respecto a la población en edad fértil— en la atención de planificación familiar y educación sexual (14%), aunque este porcentaje es considerablemente bajo, si se afirma que la planificación familiar es un elemento importante en la prevención de ETS. Según estudios, en este municipio existe una alta incidencia del VIH entre hombres, mujeres y niños. El estudiante de medicina, Dr. Selim Flores, que realiza su año de servicio social en el Hospital Salvador Paredes, sostiene que se han realizado investigaciones que pronostican que la comunidad de Santa Rosa de Aguán puede desaparecer en el término de 10 a 15 años, pues habrá perdido la mayor parte de su población debido al virus del SIDA.³¹

En vista de ello, es importante y necesario reforzar la planificación familiar y la prevención en las relaciones sexuales de hombres y mujeres (ante el inminente riesgo de contraer ETS) y sobre todo en las comunidades garífunas, ya que según otros estudios, en 1988 Honduras tenía una tasa de 134 casos de SIDA por cada 100.000 habitantes; en Puerto Cortés había 400 casos, en San Pedro Sula 600 casos y en las comunidades esencialmente garífunas como Tornabé, Sambo Creek y Corozal el número de casos se acercaba a los 2000, cifras verdaderamente preocupantes (Sierra, 2000). Esta preocupación es reforzada por el Dr. Sierra en su “Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B

³⁰ Estadísticas con base en: Informe "Evaluación: productividad de los servicios del Hospital Salvador Paredes, primer semestre 2000". Área de Salud No. 5. Trujillo, Colón, 2000.

³¹ Entrevista realizada al Dr. Selim Flores, practicante de medicina y realizando su año de servicio social en el Hospital Salvador Paredes. Trujillo, Colón, 03/10/00.

y VIH en población garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal", en donde encuentra que el 29% de la muestra seleccionada tiene Hepatitis B y el 8.4% tiene el VIH, siendo esto una fuente de elevada diseminación de la enfermedad dentro de las comunidades garífunas. El Dr. Sierra agrega que la población garífuna está concentrando la epidemia del VIH, pues en las comunidades de estudio se manifestó una prevalencia entre el 10% y 12%, en donde el grupo de edad con mayor peligro e infección es el de 20 a 29 años con un 18% y el de 15 a 19 años con un 10%, es decir, la población joven. Esto refuerza la hipótesis del Dr. Selim Flores, en cuanto al peligro que tienen algunas comunidades garífunas de desaparecer debido a la alta incidencia del VIH.

Por otra parte, se puede considerar que la cobertura de atención por partos no es tan buena, ya que el promedio municipal en el año 2000 fue de 60%, siendo Trujillo el municipio con mayor cobertura (77%) y Santa Fé el municipio con la menor cobertura, apenas el 36%.

Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en niños menores de 2 años

Hay que enfatizar que las medidas preventivas en salud son más importantes que las medidas correctivas. Esto ha sido considerado por el Área de Salud No. 5 y en la prevención de enfermedades inmuno-prevenibles en niños menores de dos años ha tenido una cobertura considerablemente baja (alrededor del 70% y 80%) en el período 1997-1999, es decir, que el Programa Ampliado de Inmunización ha mostrado una deficiente cobertura en la vacunación de los niños menores de 2 años en el Área de Salud No. 5, si se compara con la cobertura nacional que en el período 1995-1998 superaba el 90% (PNUD. IDH.2000:192).

Cuadro No. 13: Comparación en la cobertura de vacunación en el menor de 2 años. Departamento de Colón. 1997-1999 (porcentaje)

Año	Tipo de Vacuna			
	SABIN	D.P.T.	B.C.G.	S.R.P.
1997	74	74	73	73
1998	87	82	74	95
1999	73	71	62	73

Fuente: Área de Salud No. 5. Trujillo, Colón. 1999.

Se observa que en el año 1998 se presentaron los mayores porcentajes en la cobertura poblacional de niños menores de 2 años en la vacunación preventiva para enfermedades como la poliomielitis, difteria, tétano, sarampión, rubéola, paperas, tuberculosis y varicela.

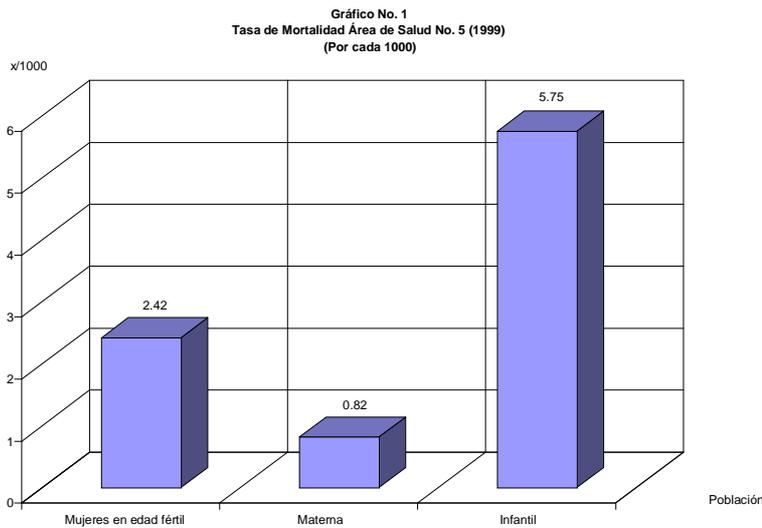
Por otra parte, en el Hospital Salvador Paredes, según el Dr. Selim Flores, los mayores casos de atención en los hombres adultos se relacionan con problemas de hipertensión, diabetes; en el caso de las mujeres, existen muchos casos con problemas de aborto, y embarazo en adolescentes. Agrega el Dr. Flores que hay una alta incidencia de VIH entre los hombres, mujeres y niños provenientes de comunidades garífunas, vinculado posiblemente a la promiscuidad sexual y poligamia como los

factores de mayor influencia,³² aunque esto no es estadísticamente significativo según estudios realizados por el Dr. Sierra (2000).

4.1.2. Algunos indicadores relacionados con la salud y tasas de mortalidad

Según el Censo de 1988 (DGEC 1988), en el Dpto. de Colón, 12.965 viviendas (40,6% del total) carecían de tubería de agua potable, razón por la cual se ven obligados a la perforación de pozos. Esto constituye un gran riesgo de contaminación cuando están cerca de las fosas sépticas y letrinas que se usan para eliminar excretas debido a las viviendas no cuentan con servicios de aguas negras. Así mismo, la presencia de pisos de tierra en las casas, que en el Dpto. de Colón asciende al 79.9% del total, atenta contra la salud ambiental. Este tipo de piso es propenso para acumular basura y desperdicio que favorecen la proliferación de microorganismos nocivos para la salud.

Las deficiencias en los servicios de saneamiento básico inciden en las tasas de mortalidad, y para el año 1999 en el Área de Salud No. 5 resultó una tasa de mortalidad materna de 242 por 100.000; una tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil de 0,82 por 1.000 y una tasa de mortalidad infantil de 5,75 por 1.000, ésta mejoró sustancialmente, ya que en 1980 era de 100 por cada 1.000 niños (DGEC y EDENH-II. 1983), ver gráfico No. 1.



Las tasas de mortalidad de mujeres en edad fértil e infantil se han derivado de varias causas, entre las que se destacan: el SIDA en el caso de las mujeres, y la neumonía en el caso de los niños, según las estadísticas que maneja el Área de Salud No. 5 (cuadro No. 14).

³² Entrevista con Selim Flores, estudiante de medicina que realiza su año de servicio social en el Hospital Salvador Paredes. Trujillo, Colón, 03/10/00.

Cuadro No. 14: Principales causas de mortalidad infantil y mortalidad de la mujer en edad fértil, en el Departamento de Colón. 1999

Mortalidad Infantil		Mortalidad de la mujer en edad fértil		
Causa	Porcentaje	Causa	Número de muertes	Porcentaje
Neumonía	34	SIDA	9	45
Diarrea	18	Materna directa	5	25
Perinatal	14	Ahogamiento	2	10
Shock Séptico	8	Materna indirecta	1	5
Desnutrición	5	Tromboembolis	1	5
Ahogamiento	2	Accidente con armas	1	5
Mal formación	2	Muerte violenta	1	5
Asfixia neonatal	2	Total Área	20	100

Fuente. Área de Salud No. 5. Trujillo, Colón. 1999. Informe de Labores.

Es preocupante observar que el 45% de las muertes de las mujeres en edad fértil reportadas en el año 1999, fue causado por el SIDA, lo que refuerza el criterio del Dr. Selim Flores. Además, las muertes relacionadas al período de embarazo y alumbramiento tienen un considerable porcentaje (44%) al unir las muertes por causa perinatal en los niños y materna directa e indirecta en las mujeres.

4.1.3. Recursos Financieros y Humanos

En el aspecto financiero del presupuesto total asignado en el año 1999, el Área de Salud No. 5 obtuvo de los fondos nacionales, la cantidad de L. 252.776.08 (US\$16.521.31),³³ ejecutándose el 73% de los mismos. Además ésta área de salud dispuso de la cantidad de L.389.376.50 (US\$25.449.44) provenientes de fondos externos con el 90% ejecutado.

Las cifras muestran el poco apoyo estatal en materia presupuestaria, ya que al contabilizar el total de fondos asignados, se evidencia que solamente el 31% proviene de los fondos nacionales y el resto (69%) provienen de fondos externos.

En el Centro Hospitalario de Área, Hospital Salvador Paredes de Trujillo, los fondos nacionales se dedican exclusivamente al pago de sueldos y salarios y a la compra del medicamento básico. Los fondos externos se invierten exclusivamente en la compra de equipo médico y en el mejoramiento y ampliación de la infraestructura. Los fondos externos provienen de la ayuda que realizan Gobiernos como los de Holanda, Suecia, Alemania (recientemente realizó una donación de camas), y de organizaciones como las Brigadas Médicas Cubanas, Médicos del Mundo, Médicos Sin Fronteras, Cooperación Española (actualmente está realizando un proyecto de oxidación de aguas en la

³³ Tipo de cambio: L.15.30 / 1 US\$ al 11/30/00.

comunidad de San Martín, Trujillo), entre otras. Además, actualmente reciben el apoyo de la iglesia mormona de Trujillo, con la realización del aseo de todo el hospital durante dos días a la semana.³⁴

En cuanto a los recursos humanos, el Área de Salud No. 5 cuenta con 140 personas laborando actualmente en el Hospital Salvador Paredes (personal médico, administrativo y de servicio), entre los cuales hay cuatro médicos especialistas (medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía), médicos generales, una odontóloga, tres estudiantes de medicina realizando su servicio social y que se quedan por turnos atendiendo a las personas luego que los especialistas se retiran, y dos médicos de las brigadas médicas cubanas. El resto de personal lo conforman las enfermeras, personal administrativo y personal de servicio. En una visita al Hospital Salvador Paredes se observaron en los pasillos y clínicas muchas enfermeras de origen garífuna atendiendo a los pacientes.³⁵ El Área de Salud No. 5 cuenta también con enfermeras auxiliares en los dos Centros de Salud Médico-Odontológicos (CESAMO) y en los 22 Centros de Salud Rurales (CESAR) de las comunidades garífunas que por lo general son de origen garífuna, según la información de las estudiantes del curso de auxiliares de enfermería.

El sistema de salud institucional u occidental también cuenta con cuatro odontólogas que laboran en sus clínicas privadas en el Municipio de Trujillo y un médico general (de origen garífuna) que además atiende en su clínica privada.

4.1.4. Atención a la comunidad garífuna

En el Hospital Salvador Paredes, se presta atención a pacientes de las comunidades garífunas y según la Sra. Paula Anselma Bermúdez, de origen garífuna y que pertenece al personal de aseo del hospital, no existen preferencias raciales en la atención de pacientes, lo que fue apoyado por el Dr. Selim Flores.

Estas opiniones difieren de las vertidas por los estudiantes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para comunidades garífunas, que sostienen que en la medicina institucional existe una “especie de racismo” y discriminación a la comunidad garífuna (algunas veces los médicos del CHA les dicen sarcásticamente a los pacientes garífunas que tienen “diablos” y no enfermedades), y que los trámites para recibir atención médica institucional son muy engorrosos. Agregan, que los agentes de la medicina institucional se molestan muchas veces cuando al enfermo se le ha tratado con la medicina garífuna y el tratamiento no ha funcionado.

Sin embargo, ellos sostienen que el sistema institucional sí brinda un cuidado y trato especial y agradable en los centros de salud que existen en las comunidades garífunas, debido a que las personas que atienden son en su mayoría auxiliares de enfermería de origen garífuna.³⁶

³⁴ Entrevista realizada al Sr. Nelson Gómez, Administrador del Hospital Salvador Paredes. Trujillo, Colón. 05/10/00.

³⁵ Visita de observación al Hospital Salvador Paredes realizada por el equipo investigador el 03/10/00.

³⁶ Plenaria realizada con los estudiantes y docentes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para Comunidades Garífunas. Trujillo, Colón, 02/10/00.

Es de notar que en una visita de observación realizada a las salas y pasillos del hospital, el 5 de octubre a las 10 de la mañana, solo habían tres pacientes de origen garífuna del total de 40 pacientes.³⁷

Por otro lado, es importante destacar que el Dr. Flores menciona haber tenido algunas dificultades en el tratamiento de enfermedades “raras”, posiblemente de origen espiritual, que presentan personas de origen garífuna y que ha tratado de resolver desde sus propias capacidades. La Sra. Bermúdez, manifiesta que las enfermedades espirituales, como las “*gubidas*” no son atendidas por los médicos del hospital, sino que algunas veces remiten a los pacientes con esta enfermedad a los *buyei* garífuna. Agrega la Sra. Bermúdez que otros médicos del hospital conocen algunas enfermedades garífunas, pero que siempre les recomiendan medicinas de origen químico.³⁸

En este sistema de salud institucional u occidental, la demanda de atención odontológica por parte de los garífunas es muy poca, y según la Dra. Sabio, es debido a la inexistente educación dental dentro de la comunidad garífuna, y posiblemente a los precios de atención sobre todo en las clínicas privadas, (ella cobra L.80.00 equivalente a US\$ 5.23 por extracción dental).³⁹

Respecto a la medicina occidental privada, las estudiantes sostienen que las clínicas privadas brindan un cuidado especial y agradable a los pacientes, aunque son muy pocas, ya que los costos son muy altos para los garífunas y casi solo lo utilizan las personas con altos ingresos económicos.⁴⁰

4.2. SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SANTA FÉ

4.2.1. Indicadores de Salud

Como se observó en el Cuadro No. 11, el Municipio de Santa Fé presenta indicadores de salud deficitarios. La cobertura institucional en la atención de partos en el primer semestre del año 2000 refleja una cobertura de solamente 36%, siendo este el porcentaje más bajo a nivel del Área de Salud No. 5 (que tiene una cobertura promedio del 60%), lo que induce a creer que las madres confían más en las parteras comunitarias que en la medicina institucional al momento de dar a luz a sus hijos.

Por otra parte, la cobertura en la atención de planificación familiar es bajísima, solo 7% a nivel municipal, evidenciándose la baja proyección comunitaria de la medicina institucional en este aspecto, o el poco interés de la comunidad garífuna de Santa Fé, que prefiere obviar el asunto de la planificación familiar o en su defecto hacer uso de métodos de planificación familiar desde la medicina tradicional garífuna. A pesar de ello, el crecimiento demográfico del municipio de Santa Fé

³⁷ La entrevista a la Sra. Paula Bermúdez y al Dr. Selim Flores se realizó en distintos días.

³⁸ Entrevista a la aseoadora del Hospital Salvador Paredes, Paula Anselma Bermúdez, quien es de origen garífuna. Trujillo, Colón, 05/10/00.

³⁹ Entrevista realizada a la Dra. Alicia de Sabio, odontóloga que atiende en su clínica privada en la comunidad de Cristales. Trujillo, Colón, 05/10/00.

⁴⁰ Plenaria realizada con las estudiantes y docentes del Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para Comunidades Garífunas. Trujillo, Colón, 02/10/00.

es de 1,7% anual, siendo bajo si se compara con el crecimiento demográfico nacional que es de 2,6% anual (PNUD. Honduras. 1999:2,9).

En el Cuadro No.14 se agregan otros indicadores que reflejan el estado de salud del municipio de Santa Fé, como son la incidencia y tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA's), y además el índice de cobertura en la vacunación a menores de 2 años en las enfermedades inmuno-prevenibles.

Cuadro No. 14: Cobertura de vacunación, incidencia y tasa de mortalidad por IRA's. Municipio de Santa Fé. 1999

Municipio	Incidencia de IRA's (%)	Tasa de Mortalidad de IRA's x 100	Cobertura en la Vacunación (%)			
			SABIN	D.P.T.	B.C.G.	S.R.P.
Santa Fé	9	6.36	68	62	59	49
...
Total en el Área No.5		6.27	73	71	62	73

Fuente: Área de Salud No. 5. Trujillo, Colón. 1999. Informe de Labores. p. 14,16.

El cuadro muestra que el municipio de Santa Fé tiene una incidencia del 9% en las infecciones respiratorias agudas, una tasa de mortalidad de 6,36/1000 habitantes, arriba de la tasa de mortalidad a nivel del Area de Salud No.5. Además se observa que de cada 100 niños menores de 4 años, entre 30 y 50 se quedaron en el año 1999 sin la prevención para enfermedades inmuno-prevenibles como la poliomielitis, difteria, tétano, sarampión, rubéola, paperas, tuberculosis y varicela que se contemplan como parte del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). La cobertura en el PAI es sumamente baja respecto a la cobertura a nivel nacional que está sobre el 90% (PNUD.IDH. 2000:192), por lo que se requiere un fortalecimiento del PAI para proteger a los niños de la comunidad de Santa Fé. En el presente año 2000, en el PAI se han aplicado algunas dosis de vacunas D.P.T. (61), S.R.P. (93), Toxoide (85), B.C.G.(para la tuberculosis) (37), H.I.B. (para la meningitis (39), y también para la prevención de poliomielitis (60).

Además, Santa Fé presentó una tasa de incidencia de diarrea del 8% en los niños de 1 a 4 años que es bastante baja si se compara con la tasa del Área No.5 que presentó el 16% (Área de Salud No. 5: 1999:5).

En cuanto a la mortalidad, en el año 2000 (enero a septiembre) la UPS (Unidad Productora de la Salud) de Santa Fé había registrado tres muertes por otro tipo de causa (dos menores de 5 años y una persona registrada entre los 12 y 49 años).

Por otra parte, un elemento importante para el análisis de la salud comunitaria es el nivel de desnutrición, y según el Censo de Talla en Escolares de Primer Grado realizado en 1993 (MEP/SAEH/PRAF.1994), el municipio de Santa Fé contaba con el menor porcentaje — departamento de Colón— de escolares de primer grado en estado de desnutrición, 19,71%, es decir que el 80,29% de los niños tenían un estado nutricional normal, constituyéndose éste en un indicador alentador para este municipio (Secretaría de Educación Pública. 1993:28,31). Este elemento favorable, según Zúñiga del Cid (1999:24) es debido al tipo de alimentación, basada en los mariscos, la yuca y el coco.

4.2.2. Recursos Humanos, disposición de medicamentos y equipo

La comunidad de Santa Fé cuenta con un centro de salud que es atendido por un auxiliar de enfermería de origen garífuna, un grupo de 16 colaboradores voluntarios, y un grupo de ocho guardianes de la salud que sirven como equipo de apoyo.

El presupuesto asignado es básicamente para el pago del sueldo de la encargada de la UPS y para pequeñas compras de medicinas. El costo de atención de los pacientes es bajo y accesible, pagándose por consulta y medicinas la cantidad de L.2.00 (US\$ 0.13), y la comunidad garífuna de Santa Fé considera que el costo es razonable a sus posibilidades económicas.

El medicamento con el que cuenta la UPS de Santa Fé corresponde a antiparasitarios (Mebendazol, Piperazina, Metranidazol), antibióticos (Trimetropín sulfá, Amoxicilina, Penicilina), broncodilatadores (Teofilina, Sulfán, Salbutranol), antiácidos, analgésicos, anticonceptivos (Depoprovera, DIU's, píldoras, condones), multivitamínico prenatal, y para las enfermedades de la piel. A ello se agregan algunos materiales como el agua destilada, gasas, alcohol, guantes, esparadrapo, suero, material de limpieza y el equipo básico como estetoscopio, nebulizador, termo para guardar vacunas, refrigeradora, olla de esterilización, espéculos, burra para apoyar el parto, atril para colocar suero, camilla, balanza y otros.⁴¹

4.2.3. Enfermedades más comunes controladas (y otras atenciones) por la UPS

Las enfermedades gastrointestinales y específicamente la diarrea, son las que más atiende a través de consultas la UPS de Santa Fé, seguido de la malaria y asma bronquial. Todas ellas tienen como causa importante, el ambiente tropical. De acuerdo con la guía médica de Brian MacGuaith's titulada "Clinical Tropical Diseases" (1980), existe una serie de enfermedades en América Central y el Caribe que pueden estar presentes en la región del Golfo de Honduras y todo el litoral atlántico. Esto incluye, entre otras, malaria, fiebres virales como el dengue, la fiebre del jején y hepatitis infecciosa; fiebre transmitida por garrapatas, tifoidea, varias infecciones parasitarias, disentería amibeacea y bacilar, y anemia asociada con alguna de estas enfermedades (McGuaith, 1980 citado por Bianchi, 1986:7-8). A estas causas ambientales (naturaleza tropical) hay que apuntar que el Dr. Flores considera que los garífunas descuidan las condiciones de vida, lo que incide en la adquisición de enfermedades.

Varias de las enfermedades mencionadas por McGuaith, se encontraron en los registros de la UPS de Santa Fé en el período de enero a septiembre de este año, como se detalla en el cuadro No. 15.

**Cuadro No. 15: Enfermedades más comunes y otras atenciones.
UPS de Santa Fé. Enero–Septiembre, 2000**

Enfermedad	Número de atenciones (enero-septiembre)
Diarrea	221
Malaria	93
Asma bronquial	31

⁴¹ Información brindada por Julia Herrera, Auxiliar de Enfermería de la UPS de Santa Fé, Colón, 04/11/00.

Amigdalitis	29
Dengue	18
Síntomas respiratorios	12
Otro tipo de atenciones	
Embarazadas nuevas	65
Puerperas	14
Control de crecimiento y desarrollo de niños (a cada niño le corresponden tres controles)	647
Planificación familiar	
Usuarios permanentes de planificación familiar	94

Fuente: Inventario y cuadros de registro de la UPS de la Comunidad de Santa Fé, 2000

Aquí no se pretende comparar con otras zonas geográficas, sino dar a conocer la tendencia en cuanto al tipo de atenciones realizadas en la UPS de Santa Fé, donde se resalta que el mayor tipo de atención de enfermedades se hace en el caso de las diarreas, seguido de la malaria.

En este cuadro se observa que el control de crecimiento y desarrollo de los niños es realizado en forma significativa por el centro de salud, que totaliza 647 atenciones entre enero-septiembre del año 2000, estimándose que se han atendido más o menos 215 niños, por lo que las madres de la comunidad confían en este servicio brindado por la medicina institucional. Además, se han atendido 94 usuarios permanentes de planificación familiar.

Es importante mencionar que la UPS de Santa Fé atiende en promedio 27 consultas diarias: niños menores de 5 años (cinco consultas en promedio), pacientes entre 5 y 14 años (siete en promedio), pacientes entre 15 y 40 años (12 en promedio) y pacientes mayores de 40 años (tres en promedio).⁴² Es decir, que la productividad del auxiliar de enfermería de la UPS promedia las cinco personas atendidas por hora.

4.2.4. Capacitación y promoción en materia de salud a nivel comunitario

Según el informe de labores (1999) del Área de Salud No. 5, se han brindado diferentes charlas educativas al personal comunitario de los diferentes municipios. Sin embargo, de un total de 1.255 charlas educativas para la atención al medio, en el municipio de Santa Fé no se impartió ni siquiera una charla; de la misma manera sucedió con las charlas sobre las enfermedades de transmisión sexual, que de 199 en total, ninguna fue impartida en la comunidad de estudio.

Sin embargo, la UPS de Santa Fé ha brindado capacitación a 11 parteras durante el primer semestre del año 2000. Además, la encargada de la UPS se reúne cada 15 días con parteras, sobadores y otros agentes de la medicina garífuna con el objetivo de darles orientación y conversar sobre los casos que atienden dentro y fuera de la comunidad.

⁴² Información de los registros de la UPS de Santa Fé, brindada por la auxiliar de enfermería Julia Herrera, encargada del Centro de Salud Santa Fé, Colón, 06/10/00.

4.2.5. Nivel de aceptación o rechazo a la medicina institucional por parte de la comunidad garífuna de Santa Fé

En la comunidad garífuna de Santa Fé existe un alto grado de aceptación hacia la medicina institucional u occidental, según la encuesta aplicada en esta comunidad a partir de un muestreo seleccionado estadísticamente.

En el caso de enfermedades comunes como gripes, dolores de cabeza, fiebres, infecciones respiratorias y otras, la comunidad garífuna acude en un alto porcentaje al sistema institucional (UPS de Santa Fé, Hospital de Trujillo), al que visitan con regularidad, según los resultados de la encuesta y que se presentaron en el cuadro No. 7 del capítulo anterior.

Allí se observó que en el caso de las enfermedades comunes, la primera opción de atención la tiene la familia (43%) y posteriormente la medicina institucional 41% (al sumar el porcentaje de preferencia de la enfermera y el médico); en caso de que el tratamiento inicial no sea efectivo, la comunidad garífuna prefiere acudir en un 85% a la medicina institucional u occidental, y como última instancia también prefiere este tipo de medicina (65%), en segundo lugar acuden a los curanderos garífunas (20%).

Por otra parte, en el caso de enfermedades graves como el cáncer, locura y otras, el nivel de aceptación por la medicina institucional se mantiene en primer lugar de preferencia, como se observa a continuación.

Cuadro No. 16: Preferencia de atención de la comunidad garífuna en caso de una enfermedad grave (locura, cáncer...). Municipio de Santa Fé, Año 2000

Agente de Salud	A quien acude primero		Si el tratamiento no es adecuado acude a:		Finalmente, si lo anterior no resulta acude a:	
Madre/abuela (familia)	12	17%	3	5%	3	6%
Enfermera (Centro Salud)	11	15%	6	9%		
Médico	38	54%	30	50%	7	33%
Curandero/a	7	10%	16	27%	15	29%
<i>Buyei</i>	3	4%	3	5%	16	32%
Partera			1	2%		
Sobador			1	2%		

En primera instancia la comunidad garífuna de Santa Fé acude prioritariamente al sistema de salud institucional (69% sumando los porcentajes de la enfermera y médico); en caso de no resultar adecuado el tratamiento inicial el 59% de los garífunas acuden a enfermeras y médicos.

Sin embargo, en el caso de las enfermedades graves, al fallar los tratamientos anteriores, como última instancia la población garífuna acude en primer lugar al sistema de salud garífuna en un 67% (curandero, *buyei*, familiares) y posteriormente a la medicina institucional en un 33%. Este tipo de enfermedades por lo general la comunidad garífuna las asocia a elementos espirituales, donde la medicina institucional no cree mucho, según la opinión de los garífunas.

La actitud que tienen los pobladores garífunas de Santa Fé también es positiva hacia la medicina institucional u occidental, ya sea pública o privada, resultados que se desprenden de la encuesta aplicada y que se detallan en el Cuadro No.17.

Cuadro No. 17: Actitudes y opiniones de la comunidad garífuna hacia los sistemas de salud. Santa Fé, año 2000. (Frecuencias absolutas y porcentajes por tipo de actitud u opinión).

Sistema salud	Médico público		Médico privado		Centro de Salud		Medicina Garífuna	
¿A qué tratamiento le tiene más confianza?	39	28%	56	41%	13	9%	30	22%
¿Cuál es el tratamiento más efectivo?	46	33%	54	40%	8	6%	29	21%
¿Cuál tratamiento es más conveniente?	43	32%	47	35%	9	7%	36	26%
¿Quién conoce mejor las enfermedades físicas?	63	46%	43	32%	2	2%	27	20%
¿Quién conoce mejor las enfermedades espirituales?	9	7%	6	5%			114	88%
¿Quién atiende mejor a las personas garífunas?	40	30%	13	10%	14	10%	67	50%
¿Quién cura con mayor efectividad?	37	28%	62	47%	2	1%	32	24%
¿Quién hace el tratamiento más rápido?	38	28%	62	45%	11	8%	26	19%
¿Quién hace el mejor diagnóstico?	50	36%	69	50%	5	4%	13	10%

A la pregunta: ¿a qué tratamiento le tiene más confianza?, el 78% de los encuestados respondió que confían más en el sistema de salud occidental (médico privado 41%, médico público 28%, enfermera del centro de salud 9%), solamente el 22% confía más en el sistema de salud garífuna.

El 79% de los encuestados cree que el sistema institucional/occidental tiene el tratamiento más efectivo, dentro del cual el 40% confía más en el médico privado y 33% en el médico público. Además el 76% cree que los médicos de la medicina occidental conocen mejor las enfermedades físicas y el 88% cree que las enfermedades de origen espiritual las conoce mejor la medicina garífuna como ha sido afirmado en las entrevistas personales y en los talleres de discusión con los estudiantes garífunas del curso de auxiliares de enfermería.

El tratamiento más rápido y efectivo lo realiza el médico privado y también realiza el mejor diagnóstico. Es notorio que dentro de la medicina institucional, la comunidad de Santa Fé confía más en el médico privado, pero manifiestan que es difícil tener acceso a ellos por los altos precios de atención y sus escasos ingresos económicos.

Finalmente hay que destacar que la mayor parte de los encuestados prefieren el tratamiento químico-farmacéutico en las enfermedades inmuno-prevenibles (60%), infecciosas (57%), terminales (43%), incapacitantes (39%), mentales (47%), degenerativas (48%) y crónicas (42%).

5. ARTICULACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE SALUD GARÍFUNA Y EL SISTEMA DE SALUD INSTITUCIONAL

Hablar de cómo se está desarrollando una vinculación entre los sistemas de salud tradicional de los pueblos indígenas y negros de Honduras con el sistema de salud institucional resulta complejo, pues éste es un proceso que apenas se está vislumbrando en los últimos años. Sin duda que recientemente se han abierto algunos espacios que están propiciando esta vinculación y por tanto se trata de abordar algunas evidencias a continuación.

Desde 1992, los pueblos indígenas y negros comenzaron a desarrollar movilizaciones hacia Tegucigalpa con el propósito de exigir atención al gobierno central. La originalidad de las movilizaciones indígenas y negras se debe fundamentalmente a que su surgimiento se produjo en un momento de vacío ideológico y político en el movimiento popular y las organizaciones contestatarias tradicionales de Honduras, que se vieron afectadas por la desaparición de los referentes ideológicos que habían tenido hasta ese momento. Para ese tiempo, casi todas las etnias hondureñas estaban organizadas en su mayoría a través del modelo de federaciones indígenas o negras, sin embargo, un paso sustancial fue la creación de la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) en 1991.

Paralelamente, el Estado de Honduras fue adquiriendo compromisos internacionales, cuando en 1989, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó el Convenio No. 169, que fue ratificado por Honduras, a través del decreto 26-94 del 10 de mayo de 1994. Paso fundamental para asegurar el entendimiento entre los grupos étnicos y el gobierno central (Barahona y Rivas.1998:73). De esa manera, varias instancias del Estado fueron creando oficinas vinculadas directamente a atender a la población indígena y negra del país, como el Programa de Educación para las Etnias Autóctonas de Honduras (PRONEEAH) de la Secretaría de Educación; el Departamento y Unidad de Atención a las Etnias, de la Secretaría de Salud; la Fiscalía de las Etnias del Ministerio Público; el Programa "Nuestras Raíces" de la Secretaría del Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), lo que ha consolidado un proceso de auto-reconocimiento y auto-identificación de cada uno de estos pueblos, tanto a nivel interno como de parte del resto de la mayoritaria población mestiza.

Pese a la ratificación del Convenio No. 169 por parte del Estado de Honduras, éste no ha sido respetado y a pesar de los significativos avances en materia de atención a los indígenas y negros, aún hoy en día son los pueblos más postergados del país. Esto refleja la carencia de una auténtica aplicación de justicia que beneficie a los pueblos étnicos hondureños.

En el caso de la comunidad garífuna, un paso trascendental para la vinculación inicial del sistema de salud garífuna y el sistema institucional se dio con la incorporación de la Organización Fraternal Negra de Honduras (OFRANEH) a la Coordinación Operativa del departamento de Atención a las Etnias de la Secretaría de Salud. Este proceso de convergencia intra e interinstitucional planteó retos como la superación de las posiciones desarrollistas tradicionales que usualmente otorgaba el Estado a las comunidades garífunas, de tal manera, que en estos momentos, se busca la participación plena dentro de un marco de respeto y reconocimiento de su cultura, tradición, valores y creencias.

Este proceso propició que el Departamento de Atención a las Etnias de la Secretaría de Salud reformulara su visión y función para otorgar servicios de salud a los indígenas y negros. Un paso

importante se ha dado a partir de la capacitación de los recursos humanos en salud de estos pueblos a través de cursos y talleres con un enfoque de interculturalidad. Estas experiencias han tratado de dar una respuesta a la creciente crítica a los programas convencionales de formación de auxiliares de enfermería y han sido la ocasión para identificar la necesidad de hacer adecuaciones temáticas y metodológicas e incorporar a los terapeutas tradicionales como un recurso importante en la comprensión del abordaje integral de la salud.

De esta forma, el Departamento de Atención a las Etnias promovió la realización de un curso de Auxiliares de Enfermería Garífuna y en su primera promoción está capacitando a 30 jóvenes garífunas de varias comunidades, coordinadas por la Lic. en Enfermería de origen garífuna Telma Gotay. Las alumnas son: Yanina Álvarez, Yessenia Arzú, Merly Ballesteros, Idalia Batiz, Teodora Batiz, Magda Batiz, Yolany Caballero, Daysi Castillo, Pia Castillo, Vilma David, María Fernández, Esther Figueroa, Regina Figueroa, Lilian Güity, Geily Güity, Lorna Gotay, Delsa González, Gloria Gutiérrez, Edith Lino, Kenia Martínez, Adela Martínez, Karen Martínez, Rosa Quevedo, Ada Ramírez, Emelda Romero, Zenaida Sambulá, Irma Solórzano, Elsa Valencia y Marcia Zapata.

Por lo general, las estudiantes del curso de auxiliares de enfermería tienen una escolaridad de 3 a 9 años, no siempre con los requisitos convencionales, por lo que ha sido necesario hacer las readecuaciones necesarias para que puedan ser beneficiadas. Al terminar su capacitación, estas jóvenes manifiestan que volverán a sus respectivas comunidades a prestar los servicios de salud.

En este sentido, el desafío es incorporar el abordaje intercultural en la salud como un eje transversal del contenido y metodología de los programas de formación y capacitación, no solamente de los auxiliares de enfermería, sino también de los médicos, técnicos y otros. Es importante mencionar que el desarrollo del curso de auxiliares de enfermería garífuna se realiza tanto en español como en garífuna; se está utilizando un texto adaptado a la cosmovisión garífuna, con una perspectiva intercultural, y además, se contempla el área de la investigación, en donde las alumnas realizan análisis sobre el uso de las medicinas de origen vegetal y animal en la cultura garífuna.

Las estudiantes y docentes garífunas consideran importante que la Secretaría de Salud reconozca como válidas las prácticas de medicina tradicional garífuna, diciendo que *"... sería bueno que aceptaran nuestras prácticas. Nosotras con frecuencia usamos plantas para curar, por ejemplo, para el dolor de oídos usamos albahaca; cuando le duele el estómago tomamos manzanilla, para el dolor de cabeza usamos la tuna, para el dolor de cuerpo palo de hombre o guifiti"*.⁴³

En la entrevista a los *buyei*, Esly García y Lorena Saldaña comentaron que respetan la labor que realiza la medicina oficial y algunas veces remiten sus pacientes al hospital de Trujillo o viceversa, aunque hay algunos doctores que no valoran el trabajo de ellos. Esly comenta que: *"algunos médicos del hospital me envían casos para que los atienda. La semana pasada (finales de septiembre del 2000) me enviaron uno. Son casos que los médicos no determinan las causas de la enfermedad, especialmente cuando tienen gubidas ... yo creo que los médicos del hospital están tomando conciencia de la importancia de vincular los dos sistemas médicos, sin ningún recelo"*.⁴⁴

⁴³ Entrevista con el grupo focal del "Curso de Auxiliares de Enfermería Garífuna", Coordinado por la Lic. Telma Gotay, Trujillo, Colón, 02/10/02.

⁴⁴ Entrevista con los *buyei* Esly García y Lorena Saldaña, Trujillo, Colón, 05/10/02.

Sobre la experiencia de sus visitas al hospital de Trujillo y la forma de poner en práctica sus conocimientos de medicina tradicional, Esly comenta que *"una vez fui al hospital y observé que una mujer estaba con un niño gravemente enfermo... la mujer me dijo que tenía como 3 ó 5 días con diarrea y vómitos, ¿Qué le pasa al niño? le pregunté a la señora, ella me dijo, no sé, aquí le estoy dando litrosol, ya que dicen que tiene cólera, este niño no tiene cólera le contesté, y luego lo tomé y le toqué la mollera, que la tenía hundida, lo sobé inmediatamente y le levanté la mollera allí mismo en el hospital e inmediatamente desaparecieron los vómitos"*. Esly afirma que las personas y las enfermeras presentes se sorprendieron de sus conocimientos sobre una enfermedad que la medicina institucional no reconoce (mollera hundida). Además, agrega que recomiendan usualmente inyecciones, pastillas y otros fármacos a sus pacientes. En el caso de la forma en que deben articularse las actividades de los *buyei* con la labor de los médicos del sistema institucional relato que *"algunas veces les damos las recetas a los pacientes y los farmacéuticos ya conocen nuestras firmas, aunque consideramos importante tener un sello oficial que nos certifique como agentes de la medicina garífuna para operar sin problemas."*

Sin duda, conociendo las cerradas reglas y normas del gremio médico profesional del país, esta última alocución de Esly significa una de las barreras más difíciles de superar en el proceso de articulación de ambos sistemas, aunque se nota la importancia que los agentes de medicina tradicional garífuna, como los *buyei*, otorgan al reconocimiento de sus prácticas como igualmente efectivas y válidas con relación al sistema de salud institucional. Esly y Lorena creen relevante que puedan articularse con la medicina institucional y piensan que sería excelente que pudiera establecerse en el hospital de Trujillo o en el Barrio de Cristales una clínica donde ellos puedan atender las consultas de los asuntos espirituales. Ellos se han reunido con otros dos *buyei* y han analizado esta estrategia y piden que se interceda con las autoridades competentes y llevar a cabo esta idea, ya que su sueño es que esto se pueda hacer realidad.

Por otra parte, las parteras de Santa Fé atienden los partos que no se remiten al centro de salud local y se reúnen cada 15 días con el auxiliar de enfermería del centro de salud para informarse sobre cuántas embarazadas hay en la comunidad y cuál es la forma de atención particular.⁴⁵ El centro de salud ha brindado capacitación a 11 parteras durante los seis primeros meses del año 2000 y existen reuniones también con los sobadores locales y otros agentes de salud con la finalidad de dar orientaciones, consejos e intercambio de opiniones para asegurar la salud de la comunidad.

Además, la vinculación del sistema de salud garífuna y el institucional se manifiesta en ocasiones cuando las enfermeras auxiliares recomiendan medicinas naturales para algunas enfermedades y cuando algunas personas no se curan, las envían a los *buyei* para que les den el tratamiento adecuado.

Otro paso significativo en la articulación entre ambos sistemas de salud ha sido el aporte de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a través de la carrera de Biología, que ha realizado varios proyectos de investigación a nivel de tesis en donde se ha abordado el tema de la medicina tradicional garífuna y el uso de las plantas en dichas comunidades. En el caso de Ochoa (1991), se reportó el uso de 163 plantas medicinales en tres comunidades garífunas, identificando el nombre científico y común así como el uso.

⁴⁵ Entrevista con la Auxiliar de Enfermería del Centro de Salud de Santa Fé, Julia Herrera, 06/10/00.

Finalmente, para fortalecer la vinculación entre estos sistemas de salud, el Departamento de Atención a las Etnias ha realizado una importante labor en este proceso negociando actualmente un Convenio de Cooperación entre la Secretaría de Salud, la OPS y la CONPAH para la ejecución de un servicio en salud especial coordinado para los indígenas y negros hondureños.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- 1) En general, el concepto de salud y enfermedad entre los garífunas no solamente está relacionado con el aspecto físico de las personas, sino que también con los estados emocionales, espirituales, y ambientales, es decir tiene un enfoque holístico. Además, para el pueblo garífuna, el origen de las enfermedades está condicionado no solamente por causas de índole natural, sino también por el mundo sobrenatural, el mundo de los espíritus.
- 2) Las "**enfermedades espirituales**", según los garífunas, son inducidas por la acción de fuerzas sobrenaturales, como por ejemplo los espíritus de los ancestros, los embrujos, la hechicería, la posesión, etc.

De las enfermedades espirituales de los garífunas, quizás la más extendida y reconocida es la llamada "*gubida*", causada por los espíritus de los parientes muertos, y que puede referirse a cualquier manifestación de anormalidad en la conducta y estado de salud que es reconocido por la familia, la comunidad y los ritos garífunas. Para los garífunas, la enfermedad de *gubida* no puede ser curada por la medicina institucional, de tal manera que cuando la familia y la comunidad sospechan que una persona tiene la enfermedad acuden al *buyei*, para su tratamiento. La diferencia entre el *chugú* y el *dugü* estriba en que éste último es más costoso y elaborado, por tanto, se tiene la percepción que el *chugú* es para la gente pobre y el *dugü* para gente de mayores recursos económicos.

Además de la enfermedad de *gubida*, los garífunas creen que existen otras enfermedades espirituales o causadas por efectos mágicos y quizás sea la etnia hondureña más aferrada a estas creencias, sin duda debido a su herencia cultural afrocaribeña.

- 3) Entre las enfermedades que los garífunas consideran de origen natural, tres de las cuatro más comunes en Santa Fé son de tipo infeccioso (gripe, parásitos y diarrea); conjuntamente con la varicela que es de tipo inmuno-prevenible. La gripe, con el 49%, es la enfermedad más común en ésta y en casi todas las comunidades garífunas adyacentes. La segunda enfermedad en importancia de acuerdo con la opinión de los encuestados son los parásitos con el 16% y luego, muy por debajo de estas se encuentran otras enfermedades como el VIH-SIDA con el 4%; la tos con el 3% posiblemente asociada con la gripe, y las paperas con el 2%. Es importante resaltar que las enfermedades más comunes en Santa Fé (gripe y parásitos), conjuntamente con la cuarta en el orden de frecuencia (la diarrea) tienen que ver en gran parte con las malas condiciones sanitarias de los centros poblacionales, en donde los servicios básicos como agua potable, centros de salud, letrinas y programas de capacitación en salud son casi inexistentes y en ciertas épocas del año —sobre todo en temporada de lluvias— genera el avance de estas enfermedades. También atribuyen que estas enfermedades son muy comunes debido a las plagas de zancudos, tan abundantes en el hábitat garífuna compuesto de ríos, lagunas y riachuelos, así como al descuido de la gente al ingerir agua contaminada de los pozos y ríos locales; además la gente a veces se resiste a los proyectos de letrización de la Secretaría de Salud o los que patrocinan algunas ONGs, porque alegan que el manto acuífero no está muy profundo, razón por la cual pueden contaminarse.

- 4) En cuanto a los agentes de la medicina garífuna, uno de los recursos humanos fundamentales en la práctica médica tradicional de los garífunas son los *buyei* (que puede ser hombre o mujer) que actúan como sacerdotes, adivinos y consejeros. Otro agente de salud importante en la comunidad garífuna es la partera que posee los conocimientos para darle seguimiento a la mujer garífuna en estado de embarazo, hasta que da a luz y también brinda el control del recién nacido. También en las comunidades garífunas es importante la labor de los sobadores, los hierberos y curanderos, sin olvidar la labor que realiza la madre o anciana que es la primera agente de salud a la que acuden los garífunas en caso de una enfermedad común en la familia.
- 5) El sistema de salud institucional u occidental en Santa Fé se brinda básicamente a través del Centro de Salud Rural (CESAR), que es atendido por un auxiliar de enfermería de origen garífuna, un grupo de 16 colaboradores voluntarios, y un grupo de ocho guardianes de la salud que sirven como equipo de apoyo. Asimismo la población de Santa Fé puede acudir al Centro Hospitalario del Area Salvador Paredes en transporte urbano, el cual está localizado a 20 minutos, en la ciudad de Trujillo. El Centro cuenta con médicos especialistas en medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía, y además con médicos generales, odontóloga, estudiantes de medicina en servicio social y enfermeras, muchas de las cuales son de origen garífuna.
- 6) El Municipio de Santa Fé presenta indicadores de salud deficitarios. La cobertura institucional en la atención de partos en el primer semestre del año 2000 reflejó una cobertura de solamente 36%, siendo este el porcentaje más bajo a nivel del Area de Salud No. 5, lo que induce a creer que las madres confían más en las parteras comunitarias que en la medicina institucional al momento de dar a luz a sus hijos. Por otra parte, la cobertura en la atención de planificación familiar es bajísima, solo el 7% a nivel municipal, evidenciándose la baja proyección comunitaria de la medicina institucional en este aspecto, o el poco interés de la comunidad garífuna de Santa Fé, que prefiere obviar el asunto de la planificación familiar, o en su defecto hacer uso de métodos de planificación familiar desde la medicina tradicional garífuna.

Santa Fé cuenta con un centro de salud que es atendido por un auxiliar de enfermería de origen garífuna, un grupo de 16 colaboradores voluntarios y ocho guardianes de la salud que sirven como equipo de apoyo. Sin embargo, el presupuesto asignado al centro de salud es básicamente para el pago del sueldo de la encargada de la UPS y pequeñas compras de medicinas. El costo de atención de los pacientes es bajo y accesible, pagándose por consulta y medicinas la cantidad de L.2.00 (US\$ 0.13), y la comunidad garífuna de Santa Fé considera que el costo es razonable a sus posibilidades económicas. El centro de salud de Santa Fé atiende en promedio 27 consultas diarias (especialmente en caso de enfermedades gastrointestinales, malaria e infecciones respiratorias), en el cual el 19% se realiza a niños menores de 5 años; 26% a pacientes entre 5 y 14 años de edad; 44% a pacientes entre 15 y 40 años de edad y el 11% de las atenciones son a personas mayores de 40 años de edad.

- 7) En la comunidad garífuna de Santa Fé existe un alto grado de aceptación hacia la medicina institucional u occidental que se manifiesta tanto en caso de las enfermedades y síntomas comunes como la gripe, dolor de cabeza, fiebre; como también en caso de las enfermedades graves como la locura, el cáncer, SIDA y otras. Es decir que la medicina institucional es la primera instancia a la que acude la comunidad garífuna de Santa Fé en caso de alguna enfermedad, sobre todo de tipo natural. Además, la comunidad garífuna confía más en la

medicina institucional, manifestando que brinda el tratamiento más efectivo, conoce mejor las enfermedades físicas, realiza el mejor diagnóstico y tratamiento más rápido.

- 8) Es importante resaltar que la vinculación del sistema de salud garífuna y el sistema de salud institucional está dando pasos considerables a partir de la creación de la Unidad de Atención a las Etnias por parte de la Secretaría de Salud. Actualmente está desarrollando con apoyo de la OPS y otras organizaciones, el primer Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería para comunidades garífunas, en el cual la articulación se manifiesta en el curriculum intercultural, así como en la metodología de enseñanza y en la dotación del personal docente eminentemente de origen garífuna.

También existen experiencias vinculantes a través de los *buyei* que envían enfermos a los centros médicos institucionales y que también reciben pacientes que los médicos y enfermeras les remiten para que traten las enfermedades sobre todo de tipo espiritual. Asimismo, el Centro de Salud de Santa Fé tiene reuniones permanentes con parteras, sobadores, curanderos y otros agentes de salud garífuna para brindarles capacitaciones o para realizar programas preventivos y de atención a la población en forma conjunta.

6.2. RECOMENDACIONES

LINEAMIENTOS GENERALES PARA UN MODELO DE SALUD QUE VINCULE LOS SISTEMAS DE SALUD GARÍFUNA E INSTITUCIONAL

"Una medicina pequeña, pero nuestra". José Cecilio del Valle

El modelo de prestación de servicios de salud y de formación de recursos humanos en Honduras necesita imperiosamente una revisión para realizar las innovaciones y transformaciones que requiere el sistema de salud del país. Una razón se fundamenta en el cambio que ha sufrido la gestión del Estado por parte de las disposiciones de los organismos financieros internacionales, quienes en su afán de recuperar los préstamos que han otorgado a las naciones subdesarrolladas, imponen la aplicación de durísimos programas de ajuste estructural que limitan las acciones tendentes a asegurar la prestación de un servicio de salud digno a nuestros conciudadanos. Esto ha provocado la elevación de los costos de salud, menor acceso y calidad de los servicios, y en consecuencia se ha derivado un deterioro de las condiciones de salud de los hondureños, especialmente de los grupos más empobrecidos, como los indígenas y negros.

Honduras ha implementado una perspectiva de salud propia de los países industrializados, sin tomar en consideración los elementos culturales de cada grupo indígena o negro, ni la cosmovisión que tienen sobre la salud. En tal sentido, las prácticas sobre medicina tradicional de los indígenas y negros han sido rechazadas por la medicina institucional, ya que tradicionalmente se les ve como prácticas perniciosas, superstición, brujería o rituales exóticos en la mayoría de los casos. Por esa razón, como expresa el Dr. Juan Almendares Bonilla, ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras: "...el modelo vigente de salud en Honduras debe ser transformado bajo una misión integral para conjugar nuestra realidad, cultura, avances científicos y tecnológicos con las necesidades y demandas de la población" (Diario El Herald. Honduras, 31/07/00).

De esa manera, el divorcio entre la medicina convencional y la medicina alternativa debe ser superado mediante la incorporación en los planes de estudio, del conocimiento de las plantas

medicinales y alimenticias de los grupos indígenas y negros, así como de otras prácticas de su sabiduría popular y el reconocimiento oficial de aquellas prácticas que se comprueben como válidas por parte de estos grupos.

Frente a ese desafío, se requiere articular los principios de justicia social, enfoque de género, espiritualidad, ética, humanismo, salud física y mental y un desarrollo sostenible en la formación de recursos y prestación de servicios.

En este sentido, a partir del trabajo de campo y documental se pudieron inferir algunos lineamientos generales que pueden integrarse en un nuevo modelo de salud que vincule al sistema institucional y al tradicional garífuna, a saber:

- 1) Fortalecimiento y consolidación de los recursos humanos disponibles de ambos sistemas.
- 2) Estudio de las medicinas de origen vegetal y animal utilizadas por los garífunas.
- 3) Reconocimiento legal de la medicina tradicional garífuna.
- 4) Ampliación de los servicios en salud, la infraestructura básica y las condiciones ambientales de los poblados garífunas.

Estos lineamientos buscan fortalecer la participación activa de los pueblos garífuna y de las demás etnias que puedan servirse de dicha experiencia.

Fortalecimiento y consolidación de los recursos humanos disponibles en ambos sistemas

Se debe promover la integración de un equipo coordinador de salud a nivel local, que integre a los agentes de salud (institucionales y garífunas) y los líderes comunitarios con la función de detectar los intereses y necesidades de salud y convertirlas en propuestas y proyectos de desarrollo.

Por otra parte, en la formación de recursos humanos, la Secretaría de Salud debe darle continuidad al "Curso Emergente de Auxiliares de Enfermería Garífuna", reforzando el programa de estudios para que las egresadas del curso obtengan un perfil que incluya entre otros elementos:

- Historia de la medicina indígena y garífuna en especial;
- Estudio del organismo en la salud y enfermedad;
- Promoción de la salud;
- Técnicas y recursos diagnósticos de ambos sistemas de salud;
- Causas (hereditarias, ambientales, espirituales, etc.) y efectos de las enfermedades (individuales, familiares, comunitarios, económicos, etc.);
- Reconocimiento y uso de las medicinas (químicas y naturales);
- Tratamientos de las enfermedades;

- Formas de atención a los pacientes;
- Agentes de salud y su papel comunitario

Por otra parte, en los planes y programas de estudio de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), se deben revisar los contenidos para incorporar el enfoque intercultural y que los estudiantes, una vez egresados, también reconozcan la importancia de la práctica de la medicina tradicional, del uso de plantas y otras sustancias efectivas para el tratamiento de las enfermedades. Esto puede ser el engranaje aceptado por los dos sistemas de salud, no generando una pugna de competitividad o mercado entre los agentes de salud, sino poniendo de relieve el mutuo respeto, la aproximación y diálogo entre ellos. También, hay que incorporar en las carreras relacionadas con la salud, todo lo que tenga que ver con las particularidades de cada región étnica y sus diferencias culturales con relación a la salud y enfermedad.

Asimismo, es importante promover la capacitación de agentes de salud de ambos sistemas como los promotores de salud (que deben pertenecer a la comunidad local y que tengan el aval de las organizaciones comunitarias), técnicos, laboratoristas, parteras, sobadores, hierberos, *buyei*, y otros. También se debe promover el contacto de las organizaciones garífunas con las agencias públicas o privadas que brindan asistencia financiera o logística para la formación de recursos humanos en salud.

Estudios de las medicinas de origen vegetal o animal utilizadas por los garífunas

Para consolidar un modelo de salud articulado para el pueblo garífuna, el Consejo Hondureño de Ciencia Tecnología (COHCIT), las universidades del país y/o centros de investigación públicos o privados deberían apoyar un proyecto de investigación multidisciplinario sobre la medicina tradicional garífuna y de los pueblos indígenas del país, que pueda derivarse en una red o una base de datos que contenga las clasificaciones, usos y propiedades de las medicinas de origen vegetal o animal usadas por los pueblos indígenas y negros de Honduras. Estas investigaciones, redes y bases de datos sobre las plantas y productos de origen animal pueden generar algunos beneficios:

- Que permitan sustituir en el plano local los medicamentos importados a fin que la población los acepte sin dificultad, ya sea por los precios módicos o por la costumbre comunitaria;
- Que puedan utilizarse junto con los productos químico-farmacéuticos integrados dentro de los servicios de salud oficial;
- Que permitan a la larga, el establecimiento de una industria farmacéutica basada en recursos locales, que sería de beneficio para la economía nacional;
- Que sean un instrumento de rescate cultural de gran importancia.

Otro paso importante puede ser la publicación de libros de texto o manuales que expliquen el uso y propiedades de las plantas medicinales, destinadas prioritariamente a las comunidades garífunas. Finalmente, es oportuno señalar que se debe promover el intercambio de las experiencias en salud que se han desarrollado entre los garífunas; con las diferentes etnias hondureñas y de América.

Reconocimiento legal de la medicina tradicional garífuna

El trabajo de campo que se llevó a cabo en esta investigación fue importante para poder identificar las limitantes consideradas por los garífunas en cuanto al no reconocimiento —y en algunos casos el rechazo— que provocan sus prácticas médicas a los ojos de la medicina oficial. Las estudiantes garífunas manifestaron que “*el sistema institucional debe respetar al sistema de salud garífuna, y que se deberían incorporar algunos tratamientos garífunas en el sistema institucional, por ejemplo, los centros de salud deberían tener y recomendar manzanilla como un medicamento más*”.⁴⁶

El sistema institucional debe aceptar y apoyar a las parteras, reconociendo su sabiduría adquirida a lo largo de los años. Además se requiere una revisión de los códigos de salud vigentes que defienden y validan solo la práctica médica institucional. También para que se permita a los agentes de salud garífuna estar certificados por la Secretaría de Salud para que puedan recomendar algunos medicamentos, tal cual es la petición de los *buyei* de Trujillo que proponen puestos de salud (centro de salud y hospital) de carácter mixto, es decir, que puedan contar con una clínica para la medicina garífuna y clínica para la medicina institucional, no para competir sino para complementarse en la prestación de servicios de salud a la comunidad.

Además se debe ampliar el reconocimiento de salud indígena en la Constitución de la República, en los Códigos de Salud y en las Políticas y Programas Nacionales de Salud. También es oportuno señalar que se debe establecer un reglamento exclusivo que garantice los derechos intelectuales de las recetas garífunas, por lo tanto se debe patentar.

Ampliación de los servicios en salud, la infraestructura básica y las condiciones ambientales de los poblados garífunas

Mediante la ampliación de los servicios en salud a la población garífuna, se puede contribuir en la disminución de los riesgos de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales, principalmente los relacionados con el acceso y la calidad del agua, sistemas de acueductos, alcantarillados y letrización, saneamiento básico, hábitos higiénicos y otros, favoreciendo la participación comunitaria y el desarrollo de tecnologías apropiadas. En este sentido, una de las principales acciones es la de involucrar a las diferentes instituciones autónomas o descentralizadas, así como a las ONGs que trabajan en las comunidades indígenas y negras a coordinar e incrementar sus proyectos de desarrollo.

Sin duda, el Estado de Honduras debe asumir un compromiso más allá de estos simples enunciados que aquí se proponen para la ejecución de un modelo de salud articulado para la población garífuna, pues el bienestar de este pueblo no se va a garantizar solamente con la ampliación de presupuestos, la construcción de obras de infraestructura, etc. Por tanto, se necesita consolidar un proyecto de desarrollo integral y sostenible, en el que se incorpore —además de la salud— la educación, la construcción de obras civiles (carreteras, hospitales, centros de salud, alcantarillados, viviendas, mejoramiento de los puertos y muelles, energía eléctrica, telefonía, etc.), la participación ciudadana, el enfoque de género, la descentralización, el medio ambiente, políticas públicas, el fomento de la pequeña y mediana inversión (turismo, pesca, agricultura, arte, industria alimenticia) para que los garífunas sean gestores de su propia historia y desarrollo.

⁴⁶ Entrevista con el Grupo focal del “Curso de Auxiliares de Enfermería Garífuna”. Trujillo, Colón, 02/10/00.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, Fausto Miguel. Ponencia: "Taller Internacional. *Situación de la Niñez indígena en América*", México, 1993.
2. Argueta, Mario R. *Historia de los sin Historia*. Ed. Guaymuras. Tegucigalpa, 1992.
3. Barahona, Marvin y Ramón Rivas, compiladores. *Rompiendo el espejo. Visiones sobre los pueblos indígenas y negros en Honduras*. Ed. Guaymuras. Tegucigalpa, 1998.
4. Barret, Leonard, "African Religion in the Americas", New York, N. Booth, 1977.
5. Barth, Fredrick. "Los grupos étnicos y sus límites" México D.F., Fondo de Cultura Económica, 1976.
6. Batiz P., José David et al. *Documento de la Pastoral Garifuna al Gobierno de Honduras*. Garífuna World Inc., garifunaworld.com. 1998.
7. Berríos H. Rubén. *Espiga Ceremonial*. Ed. Rayuela. Tegucigalpa, 1999.
8. Bianchi, Cynthia M. *La enfermedad de "Gubida" y los estados de tensión en una comunidad garífuna de Honduras: algunas consideraciones psicológicas, socioculturales y médicas*; En: Revista Yax Kin. IHAH. Vol. IX. No.1. Honduras, 1986.
9. Breton, Raymond, "Gramaire caraibe", Composee par le R.P. Raymond Breton (Auxerre, M.D.C.LXVII); suivie du Catéchisme Caraibe, Nouvelle edition publiée par L. Adam CH. Leclerc, Paris, 1878.
10. Casillas R. Armando. *Nosología Mítica de un Pueblo. Medicina Tradicional Huichola*. Universidad de Guadalajara, México, 1990.
11. Centeno García, Santos "Historia del Pueblo negro caribe y su llegada a Hibueras el 12 de abril de 1797", Tegucigalpa, Editorial Universitaria, pags. 99 y ss. (colección Antropológica), 1996.
12. ----- Historia del Movimiento Negro Hondureño. Ed. Guaymuras. Tegucigalpa, 1997.
13. Cohen, Milton, "The Etnomedicine the garifuna (Black Carib) of Rio Tinto, Honduras", Antropological Quartely, 57 (1).
14. *Conocimiento, Interpretación y Propuesta*. Informe de Campo. OPS/OMS - Ministerio de Salud de Perú.
15. Cruz, Fernando, "Los indios de Honduras y sus recursos naturales" América Indígena, XLIV.
16. Cunningham, Myrna y Wilfredo Cunningham. 1994. RAAN. *Nicaragua*.
17. Chávez Borjas, Manuel. 1989. *La cuestión étnica en Honduras; En: Honduras: Panorama y perspectivas*, compilado por Leticia Salomón. CEDOH. Tegucigalpa, 1989.
18. Dallari, S. et al. "Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo". Rev. Saúde Pública, 30 (6), 1996.

19. Davidson, William V. "*Black Carib (Garífunas) Habitats in Central América: Frontier Adaptations in Lower Central America*" Philadelphia, Institute for the study of Human Issues, M. Helms And F. Loveland, Eds., 1976.
20. ----- "*Etnohistoria hondureña: La llegada de los Garífunas a Honduras, 1797*", Tegucigalpa, Revista Yaxkin, Vol. VI, No. 1 y 2, IHAH.
21. Diario "*El Heraldo*" Tegucigalpa, 1996.
22. Dubos, René y Maya Pines. *Salud y Enfermedad* (Colección científica de Time-Life). México, D.F., 1972.
23. Durón, Rómulo E. "*Bosquejo de la historia de Honduras*", San Pedro Sula, 1927.
24. ECUARUANARI. *Manual de Medicina de los pueblos Kichwas del Ecuador*. Quito, 1999.
25. Fernández Juárez, Gerardo. *Médicos y Yatiris: Salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*. OPS/OMS. CIPCA-ESA. La Paz, Bolivia, 1999.
26. Fiallos, Carmen. "*Los municipios en Honduras*". Tegucigalpa. Editorial Universitaria (Colección Realidad Nacional, No.24), 1991.
27. Galvao de Andrade Coelho, Ruy. "*Los negros Caribes de Honduras*", Tegucigalpa, Editorial Guaymuras, Segunda Edición. (Colección CÓDICES), 1995.
28. González, Nancie. "*New Evidence on the origen of the Black Carib*", Utrech, Vol. 57 (3/4), 1976.
29. ----- "*Sojourners of the Caribbean. Ethnogenesis And Ethnohistory of the Garífuna*", Chicago, University of Illinois Press, 1988.
30. ----- *La historia del pueblo Garífuna*.ASEPADE-COSUDE. Ed.Universitaria. Tegucigalpa, 1997.
31. Grupo Editorial Océano. "*Atlas Geográfico y Universal de Honduras*". Barcelona, 2000.
32. Guevara Garzón, Juan. *En busca de un modelo de salud para los pueblos indígenas. La experiencia del Vaupés*. Ministerio de Salud. Colombia, 1998.
33. Guevara Torres, Guillermo. *Salud y Antropología en Nueva Italia*, 1999.
34. INMETRA-Ministerio de Salud Perú. *Boletín del INMETRA*. Lima, Perú, 1999.
35. Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal. *Percepción de los pueblos Indígenas de la RAAN sobre propiedad intelectual y biodiversidad*. Nicaragua, 1998.
36. Jenkins, Carol. "*Ritual and Resourse Flow: The Garífuna Dügü*". American Etnologist, 10(3), 1983.
37. Kepner Charles y Jayh, Soothil. "*El imperio del banano*", Buenos Aires, Editorial Triángulo, 1957.
38. *La GACETA*. Diario Oficial de la República de Honduras. No.28 026. Decreto Número 70-96, 1996.

39. Lara Pinto, Gloria. *Educación de Adultos en contextos indígenas de habla vernácula en Honduras*. UPNFM-GTZ, 1996.
40. Leiva Vivas, Rafael. *Tráfico de esclavos negros a Honduras*. Ed. Guaymuras. Tegucigalpa, 1987.
41. Levy Strauss, Claude. "La identidad", Peltrel, Barcelona, 1981.
42. Loza-Balsa, Gregorio. *Enciclopedia de la Medicina Aymara*. Vol. I-II. Etno-Historia y Etno-Botánica. La Paz, Bolivia, 1995.
43. Matos Mar, José. *Población y Grupos Étnicos de América*, Vol. LIII, No. 4. América Indígena, Instituto Indigenista Americano; en: OPS/OMS, 1998. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Washington, D.C.
44. Mc Cauley, Ellen. "No me hables de muerte...sino de parranda", Tegucigalpa, Asesores para el Desarrollo (ASEPADE), 1981.
45. Min.Educ.Pública/SAEH/PRAF. *Tercer Censo de Talla en Escolares de Primer Grado*. Tegucigalpa, 1994.
46. Ochoa L. Vilma L. *Estudio etnobotánico en las comunidades garífunas de Corozal, Nueva Armenia (departamento de Atlántida) y Travesía (depto. de Cortés)*. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 1991.
47. OIT. *Convenio No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*, 1989.
48. OPS/HSP/HZO. *Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas. Situación de salud de los Pueblos Indígenas de Honduras*. Elaborado por Lourdes Ramirez de Padgett. Washington, D.C., 1998.
49. OPS/OMS - Ministerio Salud Perú. *Salud y antropología en Nueva Italia*. Perú, 1999.
50. OPS/OMS – Pontificia Universidad Javeriana – Ministerio de Salud Colombia. *Perfiles de Salud en poblaciones indígenas colombianas 1992-1993. Evaluación de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones 1991-1996*. Colombia, 2000.
51. OPS/OMS No. 11. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. *Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la abogacía en salud de los pueblos indígenas: Estudios sobre las legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras*. Washington, D.C., 1998.
52. OPS/OMS No. 6. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Washington, D.C., 1998.
53. OPS/OMS No. 8. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. *Iniciativa de los pueblos indígenas. Informe de Progreso*. Washington, D.C., 1998.
54. OPS/OMS No. 9. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. *Orientaciones estratégicas para el desarrollo de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. Washington, D.C., 1998.
55. OPS/OMS. *Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Informe de Progreso*. Washington, D.C., 1998.

56. OPS/OMS. *Extracto de: La Salud en la Américas*, Vol. I. No. 569. Washington, D.C., 1998.
57. OPS/OMS. HSS/SILOS-34. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los pueblos indígenas*. Washington, D.C., 1993.
58. OPS/OMS. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002*. Washington, D.C., 2000.
59. OPS/OMS. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Población y Pueblos Indígenas de las Américas*. Washington, D.C., 1994.
60. Organización de Desarrollo Étnico Comunitario (ODECO). *Construyamos la unidad de nuestro pueblo*. Honduras, 1998.
61. PNUD. "Informe sobre Desarrollo Humano, Honduras 1998", PNUD. Tegucigalpa, 1998.
62. PNUD. "Informe sobre Desarrollo Humano, Honduras 1999", Tegucigalpa, Honduras, 1999.
63. PROSAMH (Proyectos de Salud Alternativa y Ambiente Honduras). *Informe del estudio etnobotánico flora medicinal del municipio de Yamaranguila, Intibucá*. Elaborado por Praxedes José Méndez. Tegucigalpa, Honduras, 2000.
64. Rennard, Joseph. "Les Caraïbes du Guadalupe: 1635 1656". París. *Histoire Coloniale*. Vol.1, 1929.
65. Reverte, José Manuel. *Curación y Magia entre los indios Cunas de Panamá*, 1963.
66. Rivas, Ramón. "Pueblos indígenas y Garífunas de Honduras" Editorial Guaymurás, Primera edición, Tegucigalpa, Honduras, 1993.
67. Rojas, Rocío et al. *Salud de los Pueblos Indígenas y Etnias de Honduras: Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial*. OPS/OMS-CONPAH-ASDI. Honduras, 2000.
68. Sala, I. Martín Xavier. *África: ¿Viagra o malaria?*. La Vanguardia Digital 2000. 2000.
69. Sánchez-Gonzalez, Miguel. *El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales*. Fac. de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. España, 1999.
70. Sanford, Margaret. "Disease and Folk-curing among the Garifuna of Belize". *Actes du LXII Congrès International des Americanistes*. Vol. 6 Paris, 1979.
71. SECPLAN. "Censo de Población, 1988". Tegucigalpa, Honduras, 1988.
72. SECPLAN. "Primer Seminario Taller con los Grupos Etnicos Autóctonos de Honduras". Tegucigalpa, Honduras, 1993.
73. Secretaría de Salud de México. *La salud reproductiva en comunidades indígenas: una propuesta institucional*. México, 1999.
74. Secretaría de Salud. Area de Salud No. 5. "Evaluación de la productividad de los servicios del Hospital Salvador Paredes". Primer Semestre. Trujillo, Colón. Honduras, 2000.

75. Sierra, Manuel. *Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal*. Ponencia presentada en el marco de la VII Jornada Científica de Ciencias Biológicas y la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, 2000.
76. Suazo B. E. Salvador. *De Saint Vincent a Roatán. Un resumen etnohistórico garífuna*. CEDEC-SAMENWERKING-VASTENAKTIE. Tegucigalpa, Honduras.
77. Suazo, Ana Mireya y Cardona, Francis C. *Uso de plantas medicinales en los departamentos de Atlántida y Yoro: una aproximación etnobotánica*. Tesis. UNAH. Tegucigalpa, Honduras, 1992.
78. Taylor, Douglas Mc Crae. "The Black Caribs of the Brithish Honduras", Viking Fund Publications, New York, The Wiking Press, 1951.
79. Ulcuango, Ricardo. *Manual de la Medicina de los pueblos Kichwas de Ecuador*. 1998.
80. Varela, G. y Amaya, Jorge. "Historia de Honduras," EDUNITEC, Tegucigalpa, Honduras, 1996.
81. Vergés, Claude y Farinoni, Noemí. *Mujer Ngöbe: Salud y Enfermedad*. Universidad de Panamá, Panamá, 1998.
82. Zúniga del Cid, Salvador E. *Diagnóstico de la realidad educativa de los pueblos indígenas y afroantillanos de Honduras*. Colección Catedra. No. 7. Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán. Tegucigalpa, Honduras, 1999.

ANEXO 2: TÉRMINOS DE REFERENCIA

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

ESQUEMA PARA LOS ESTUDIOS DE CASO EN PUEBLOS INDÍGENAS SELECCIONADOS

- 1) Introducción
 - Antecedentes históricos
 - Selección de las comunidades
 - Descripción de la comunidad
- 2) Marco Conceptual
- 3) Condiciones de Vida y Salud
 - Aspectos sociales, culturales, y económicos: Perspectiva histórica
 - Principales problemas de salud
- 4) Sistemas y servicios de salud en la comunidad
 - Sistema de referencia: Nivel primario, secundario, terciario
 - Recursos humanos
 - Población indígena y acceso a los servicios de salud institucionales
 - Factores socioculturales relacionados con la demanda de los servicios de salud por parte de la población indígena
 - Información, educación, y comunicación para la salud

- Elementos para la evaluación de la provisión de servicios de salud en áreas indígenas: calidad, acceso, participación social, equidad
- 5) Diferencias en la interpretación de la salud y de la enfermedad en las culturas indígenas y en la medicina institucional
 - 6) Sistemas de salud indígenas
 - Concepto de salud y enfermedad
 - Orígenes de la enfermedad de acuerdo a la medicina indígena
 - Curación, prevención, promoción, rehabilitación: Perspectiva indígena
 - Procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina indígena para las enfermedades más comunes
 - Procesos de curación
 - Terapeutas tradicionales: Roles y tipos
 - Tipos de terapias tradicionales usadas en la medicina indígena
 - Espíritus principales y secundarios
 - Influencia Afro-Caribeña en la medicina indígena
 - Posición del Ministerio de Salud con respecto a la medicina indígena
 - Marco legal para la medicina indígena en el país
 - 7) Resoluciones internacionales que involucran a la medicina indígena, intercambios a nivel internacional
 - 8) Implicaciones para un nuevo modelo de salud en las comunidades indígenas
 - Justificación y fundamentos
 - Principios
 - Objetivos
 - Desarrollo de estrategias
 - Modelos de sistema de referencia
 - Primer Nivel
 - Segundo Nivel
 - Tercer Nivel
 - Sistema de financiamiento
 - Implementación del modelo
 - Población indígena y proveedores de salud: Una interacción hacia el bienestar de la población
 - Sensibilización: una aproximación entre las dos prácticas médicas
 - Promoción de la participación comunitaria
 - Introducción de las perspectivas culturales y de género
 - Capacitación

- Características de los participantes
 - Dinámica en el desarrollo de los programas o actividades de capacitación
 - Contenido temático
 - Fase de fortalecimiento
 - Indicadores de proceso e impacto
 - Seguimiento y evaluación
- 9) Consideraciones finales
- 10) Anexos
- 11) Referencias bibliográficas