

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN
EN GESTIÓN DEL DESARROLLO**



TESIS DOCTORAL

**Tuberculosis en las principales ciudades de Honduras
desde el enfoque de determinantes sociales.
Construyendo una estrategia de salud para el
desarrollo humano sostenible.**

Presentada por
CECILIA ELENA VARELA MARTINEZ

Para optar al grado de
**DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN GESTIÓN DEL DESARROLLO**

Asesora de tesis
DRA. MARGARITA OSEGUERA

**TEGUCIGALPA, M.D.C. HONDURAS. C.A
MARZO 2017**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA

JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE-RECTORA ACADÉMICA

BELINDA FLORES

SECRETARIA GENERAL

ENMA VIRGINIA RIVERA

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

MARTHA LORENA SUAZO

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

LETICIA SALOMÓN

COORDINADORA DEL DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES CON ORIENTACIÓN A LA GESTIÓN DEL DESARROLLO

MARGARITA OSEGUERA DE OCHOA

AGRADECIMIENTO

***A todos los que contribuyeron para el logro de esta meta,
en especial a los pacientes, quienes son una fuente inagotable
de aprendizaje e inspiración,***

***a los docentes del Doctorado en Ciencias Sociales con orientación
al Desarrollo, particularmente a la a la Dra. Margarita Oseguera por su
orientación, enseñanzas y acompañamiento,***

***al personal del Programa Nacional de control de la Tuberculosis por
su anuencia a facilitar información,***

a mi esposo George, por su comprensión, apoyo y orientación crítica

***A mi madre, hermanas y sobrinos por su cariño y con quienes
formamos un equipo para lograr lo que nos proponemos.***

DEDICATORIA

A George, con amor, admiración y agradecimiento.

DEGT-UNAH

RESUMEN EJECUTIVO

Tuberculosis en las principales ciudades de Honduras desde un enfoque de las determinantes sociales. Hacia una estrategia de salud para el desarrollo humano sostenible.

El objetivo general de la investigación se dirigió a incorporar al debate científico de manera documentada cuatro temas y sus relaciones: 1. El Desarrollo Humano Sostenible; 2. La salud y sus determinantes sociales, como componentes fundamentales del desarrollo; 3. La tuberculosis como afección a la salud, referente de la enfermedad socialmente determinada, la cual continua siendo la mayor causa de morbilidad y mortalidad por enfermedad infectocontagiosa en el mundo después del VIH y en Honduras constituye un verdadero problema de Salud Pública. El país exhibe la tercera tasa más alta de la enfermedad en la región centroamericana, problema que se magnifica en las principales ciudades y donde el análisis desagregado demuestra que un tercio de los casos se concentran en el Distrito Central y de San Pedro Sula; 4. Las Políticas Públicas internacionales y nacionales, relativas al control y eliminación de la Tuberculosis como enfermedad de interés público.

En ese contexto se presenta la tesis de que “El marco de políticas y estrategias de control de la Tuberculosis en Honduras, enfrenta serias limitantes en su formulación y aplicación para garantizar una verdadera y sostenida transformación de la realidad nacional sobre esta problemática, especialmente en las ciudades más pobladas del país, debido a que el enfoque está limitado al paradigma biologicista del germen, insuficiente para atender la complejidad del problema, por lo que, lograr descensos importantes de la incidencia de la enfermedad y promover la salud integral de los ciudadanos, requiere la inclusión de estrategias multisectoriales, integradas, equitativas y contextuales que transformen condiciones relacionados a las determinantes sociales de la enfermedad, lo que redundaría en una reducción significativa de la enfermedad hasta lograr su control y eliminación”.

ABREVIATURAS

AITER/PAL	Atención Integral a la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
AL	América Latina
APS	Atención Primaria en Salud
BM	Banco Mundial
CESAR	Centro de Salud Rural
CESAMO	Centro de Salud Medico-Odontológico
CEPAL	La Comisión Económica para América Latina
CODEL	Comité de Desarrollo Local
CODEM	Comité de Desarrollo Municipal
COLVOL	Colaboradores voluntarios
CS	Centro de salud
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
DO	Desarrollo Organizacional
EAPS	Equipo de Atención Primaria de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
EVN	Esperanza de vida al nacer
FLACSO	Federación Latinoamericana de Ciencias Sociales
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOSDEH	Foro Social de la Deuda Externa de Honduras
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INCP	Instituto Nacional Cardiopulmonar
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
INT	Instituto Nacional del Tórax
MNS	Modelo Nacional de Salud
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
LNRTB	Laboratorio Nacional de Referencia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPD	Organización Privada de Desarrollo

PENTB	Plan Estratégico de respuesta Nacional a la Tuberculosis
PIB	Producto Interno Bruto
PNT	Programa Nacional de control de la Tuberculosis
PVVIH	Persona viviendo con el virus del VIH
RSS	Reforma del Sector Salud
SR	Sintomático Respiratorio
SARS	Síndrome Agudo Respiratorio Sistémico
TAES/DOTS	Estrategia tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TB	Tuberculosis
TB/MDR	Tuberculosis Multidrogoresistente
UICter	Unión Internacional contra la Tuberculosis
ULMIE	Unidad Logística de Medicamentos Insumos y Equipos
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UPEG	Unidad de Planificación Estratégica de la Gestión
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
USAID	Agencia de los Estados Unidos para la Ayuda al Desarrollo

DEGT-UNAH

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
LA CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA	13
I. EL DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE	21
A. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE Y LOS ENFOQUES.....	21
1. Desde la arqueología, la historia, la filosofía y la economía clásica	21
2. Nuevas teorías económicas explicando el desarrollo y subdesarrollo.....	29
3. La contrarevolución neoclásica	35
4. Desde la política internacional. La Organización de las Naciones Unidas	36
5. Sobre el nacimiento del concepto de “países subdesarrollados” y la ayuda para el desarrollo.....	42
6. El desarrollo social, la democracia y el crecimiento económico.	45
7. El consenso de Washington.	47
8. Desarrollo desde la Ecología: El informe Brutland: “Nuestro futuro común”.....	55
9. Un concepto de desarrollo multidisciplinar, ético y sostenible, al servicio de la gente.....	63
II. SALUD Y EL DESARROLLO	67
A. SALUD, DISCUSIONES CENTRALES SOBRE EL CONCEPTO.	67
B. RELACIÓN ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO	77
1. Conexión histórica entre la búsqueda de la salud y el desarrollo	77
2. Los aspectos económicos de la salud. El informe de la Comisión de la ONU sobre macroeconomía y salud.....	80
3. Inequidad en las inversiones para la salud.....	90
C. LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA.....	97
D. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO Y SUS INDICADORES.....	100
E. LA SALUD COMO DERECHO Y PRIORIDAD POLÍTICA.....	103

III. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUE A LAS CIUDADES.....	105
A. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	105
1. <i>Sobre el concepto de los determinantes sociales de la salud.</i>	105
2. <i>Determinantes sociales, desigualdades e inequidades en salud.</i>	109
3. <i>La Comisión de la OMS sobre las determinantes sociales de la salud y su informe.</i>	115
B. LA CIUDAD Y LAS DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDADES EN SALUD.....	124
1. <i>“La ciudad concebida no desde el poder, sino desde la justicia”</i>	124
2. <i>Los determinantes de la salud en las ciudades</i>	128
3. <i>Inequidades en salud en el contexto urbano</i>	130
4. <i>Vivir en ciudades y sus potenciales efectos en la salud.</i>	143
5. <i>Inequidades en la salud de las poblaciones en las ciudades.</i>	144
IV. LA TUBERCULOSIS COMO PARADIGMA DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD EN LAS CIUDADES.....	146
A. ALGUNOS ASPECTOS DE LA HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO Y EN HONDURAS	146
1. <i>La tuberculosis, en la historia antigua y desde antes de Hipócrates (460-370 aC).</i>	146
2. <i>Los grandes descubrimientos y el inicio del paradigma microbiológico, de la enfermedad.</i>	147
3. <i>La época de los sanatorios, la era quirúrgica y la era de la quimioterapia</i>	148
4. <i>La reemergencia de la tuberculosis y las estrategias de la OMS</i>	152
5. <i>Aspectos históricos de la Tuberculosis en las Américas y en Honduras.</i>	153
B. ETIOPATOGENIA, HISTORIA NATURAL, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	168
C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO Y EN LAS AMÉRICAS.....	175
D. LA TUBERCULOSIS Y SU RELACIÓN CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	178
V. LA TUBERCULOSIS EN HONDURAS CON ENFOQUE EN LAS CIUDADES DEL DISTRITO CENTRAL Y SAN PEDRO SULA Y SUS DETERMINANTES SOCIALES.....	184
A. CONTEXTO POLÍTICO-NORMATIVO	184
1. <i>La Constitución de la República de Honduras</i>	184
2. <i>El Código de Salud</i>	185
3. <i>La Reforma y el Modelo Nacional de Salud</i>	189
4. <i>El Plan Nacional de Salud 2021.</i>	193
5. <i>Plan de Nación, Visión de País</i>	198
6. <i>Ley Marco de Protección Social.</i>	203
B. CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	207
C. EL FENÓMENO DE LA URBANIZACIÓN Y LA TUBERCULOSIS.....	210

1. Las ciudades del Distrito Central, Honduras.....	212
2. La ciudad de San Pedro Sula, Honduras.....	213
D. CONTEXTO ECONÓMICO-SOCIAL.....	215
1. Pobreza	215
2. Grupos étnicos.....	219
3. Educación.....	222
4. Vivienda, hogares y hacinamiento.....	223
5. Condición laboral, desempleo, desempleo invisible.	227
6. Violencia Urbana y Cárceles	230
7. El fenómeno de la migración	237
8. Desarrollo Humano Sostenible e Índice de Desarrollo Humano.....	240
9. La Coinfección TB/VIH	242
10.El estilo de vida como determinante de salud	245
E. EL CONTEXTO ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA DE SALUD	245
1. Sector público.....	247
F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PROGRAMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO CENTRAL Y EN SAN PEDRO SULA.....	255
VI. HACIA UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS CON ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE	260
A. POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.....	261
1. La estrategia TAES/DOTS.....	261
2. Estrategia Alto a la Tuberculosis	274
3. Estrategia Fin a la Tuberculosis.....	284
B. PLAN ESTRATÉGICO DE RESPUESTA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN HONDURAS 2016-2020” (PENTB 2016-2020).....	286
C. DESAFÍOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA TUBERCULOSIS EN LAS CIUDADES HONDUREÑAS DESDE EL ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES Y CON VISIÓN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE.....	295
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	304
ANEXOS	327

INTRODUCCIÓN

Aunque el progreso del ser humano puede ser evidenciado a través de las huellas que han dejado diversas ciencias a lo largo de la historia, es hasta la segunda mitad del siglo XX, en el período posterior a la segunda guerra mundial, que el tema del desarrollo y el concepto de países subdesarrollados, surgen como objetos de intenso debate, de investigación e intervención, tanto para políticos como para estudiosos de las ciencias. Más de medio siglo ha requerido entender, que el desarrollo humano si se espera que sea sostenible y equitativo, requiere de todas las ciencias y de la formulación e implementación de políticas públicas globales que lo hagan posible. El desarrollo humano, concebido como el despliegue del potencial social de todo ser humano, de manera libre, justa, participativa, responsable, cívica y con visión de futuro que le sostenibilidad, es en gran medida determinado por la salud y esta a su vez, determinada por factores tanto biológicos como sociales, económicos y culturales.

El tema del desarrollo humano, abordado desde la dimensión de la salud, obliga a conceptualizar ésta, no solamente como la mera ausencia de enfermedad, sino como bienestar físico, mental, social y ambiental (OMS, 1948); como capacidad de enfrentar y superar en forma autónoma el malestar, el riesgo, la inseguridad; a considerar la salud como un bien social y como un derecho, por lo cual es necesario superar paradigmas simplificadores, como el del germen o el del estilo de vida (que responsabiliza únicamente a un germen o a la persona de su falta de salud), para la formulación y aplicación de políticas y estrategias para el control y eliminación de las enfermedades. La integración de análisis y propuestas de soluciones a factores como los determinantes sociales son fundamentales para alcanzar el estado de salud, particularmente si se trata de controlar o eliminar enfermedades como la tuberculosis y de invertir en salud para el desarrollo humano sostenible, especialmente en contextos complejos, como lo son las ciudades.

El caso de la tuberculosis (TB), así como otras enfermedades denominadas infectocontagiosas y/o crónicas no transmisibles como la diabetes o la drogadicción, afectan grandes proporciones de la población, expresan amplias conexiones con factores

sociales y demuestran que las políticas, estrategias y programas centralizados en combatir factores biológicos o el estilo de vida para controlarlas y erradicarlas, son insuficientes.

La tuberculosis (TB) en las ciudades, fue escogido como tema para abordar la salud como componente esencial en el desarrollo humano, por varias razones: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa socialmente determinada, conocida desde la antigüedad, tan antigua como la formación de los asentamientos humanos, la que Hipócrates describía en su *Corpus Hipocraticum* y antes que él los vedas y los indúes, pero que, a pesar de ello, durante su larga trayectoria acompañando al ser humano, no ha logrado ser comprendida, mucho menos controlada, constituyéndose en una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad de todos los tiempos.

La larga trayectoria histórica de la tuberculosis (TB) demuestra que ésta enfermedad ha venido afectando a las personas en sus edades de mayor potencial productivo, en las regiones, países y zonas más pobres del mundo y, aunque se conoce su causa biológica, existen técnicas diagnósticas y drogas muy potentes que posibilitan su cura, la *ptisis* como se le conoce también, no ha podido ser superada por los avances de la ciencia, la tecnología, ni las estrategias implementadas para su control, esencialmente porque el enfoque estratégico para su abordaje ha sido simplificado, fundamentalmente dirigido al componente biomédico y por tanto medicalizado, desconociéndose en su manejo, al mismo ser humano y al ambiente social en que se desenvuelve. La tuberculosis no solo es una enfermedad infectocontagiosa sino una enfermedad socialmente determinada.

En pleno siglo XXI, a más de siglo y medio de que Robert Koch descubriera en Alemania al *Mycobacterium tuberculosis* como agente causal de la lesión orgánica de la TB, a más de 60 años de que se obtuvieran las drogas antifímicas y se diseñaran combinaciones efectivas de cura, es decir, la TB es una enfermedad que se puede curar, en los últimos quince años alrededor de 150 millones de personas enfermaron de Tuberculosis, siendo que en promedio, alrededor de 10 millones de nuevos enfermos aparecieron por año en el mundo, de los cuales se estima que el 15 % fallecieron, en edades cuando el ser

humano tiene su mayor potencial productivo y en los lugares en donde más se requiere de su participación ciudadana.

De acuerdo al reporte anual de la OMS, en el año 2015 (World Health Organization, Global TB Report, 2016), 10.4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron por esta enfermedad en el mundo. Más del 95% de las muertes ocurren anualmente en países de ingresos bajos y medianos, afectando principalmente a los jóvenes. Esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Un millón de niños enfermaron de tuberculosis y 140 000 de ellos murieron por su causa. La tuberculosis es la causa principal de muerte en las personas infectadas por el VIH y el VIH es el principal factor de riesgo de la TB. La drogoresistencia se ha sumado al problema de la carga de la enfermedad, existiendo un estimado de 480 000 personas con la forma más temida que es la tuberculosis multirresistente a las drogas.

Honduras, hasta hace un par de años, el segundo país con más carga de TB de la región centroamericana y el octavo de la región latinoamericana, ha pasado a ocupar el tercer lugar ya que actualmente Guatemala y Nicaragua ocupan los primeros lugares, lo cual sitúa a Honduras en medio de dos países con importantes problemas de TB. En la década 2005-2014 se diagnosticaron en Honduras, un promedio de 3 000 casos anuales de enfermos. En el 2014 la tasa de notificación ascendió a 32.1/100,000 habitantes detectándose 2801 casos, carga inferior a la estimada por la OMS para el país (3,400/100 000), lo que sugiere la existencia de problemas en la detección, brechas importantes y retrasos en el diagnóstico, lo cual favorece la posibilidad de contagio a otras personas y perpetúa la situación. Se considera que un país ha logrado el control de la enfermedad cuando ha alcanzado tasas menores de 5/100 000 habitantes, lo que significa que Honduras presenta una importante carga de la enfermedad. La TB ha sido priorizada en el Plan Nacional de Salud.

En Honduras los enfermos de TB se concentran especialmente en las ciudades, principalmente en el Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) y San Pedro Sula, las cuales albergan un tercio de los casos, distribuyéndose en ciertos grupos poblacionales

que exhiben condiciones de vulnerabilidad, tanto para infectarse (hacinamiento, contacto continuado con enfermos en los lugares públicos, de trabajo, hospitalización, transporte) o de desarrollar enfermedad (inmunosupresión secundaria a infección por VIH, drogadicción, diabetes).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera a Honduras como un país prioritario para tratar el tema de la TB y la Secretaria de Salud ha considerado la necesidad de su inclusión en el Plan Nacional de Salud 2006-2021, como problema nacional de salud pública. Hay brechas importantes en materia de prevención, diagnóstico oportuno tratamiento humanizado y rehabilitación, aunque el país ha alcanzado metas de curación de pacientes a nivel nacional. El costo social de la enfermedad y su impacto en el desarrollo, los costos directos e indirectos institucionales, individuales y colectivos son desconocidos y así como la TB, otras enfermedades comparten la misma génesis en la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición, el hacinamiento, la falta de acceso a la atención oportuna y equitativa de la salud, todo lo cual obstaculiza el desarrollo humano sostenible del país.

A lo largo de las últimas décadas la Tuberculosis ha sido enfrentada con enfoques dirigidos a la eliminación del germen a través de la administración regular, prolongada y supervisada de fármacos combinados. En 1994 la OMS lanzó la estrategia TAES/DOTS (Tratamiento acortado estrictamente supervisado) la cual incluye cinco pilares de respuesta institucional: 1) Compromiso político reflejado en financiamiento; 2) Red de laboratorios para diagnóstico microbiológico de calidad; 3) Dotación regular de medicamentos; 4) Sistema de información, monitoreo y evaluación; 5) Tratamiento normado en condiciones de Programa.

En el año 2006 la OMS reconoció otros retos en la lucha antituberculosa: la existencia de poblaciones vulnerables, la necesidad de fortalecer los Sistemas de Salud, de incorporar a todos los proveedores de salud, al paciente, la comunidad, la necesidad de impulsar las investigaciones en el tema de la TB y lanzó la estrategia “Alto a la Tuberculosis”; sin embargo no se hizo énfasis en incluir en el paquete, una estrategia para la implementación de los indicadores que dieran cuenta de las condiciones sociales

y necesidades de los pacientes y su familias. En el 2014, la OMS hizo un nuevo lanzamiento, la estrategia Fin a la Tuberculosis, la cual lleva como propósito, eliminar la TB para el 2035. Esta meta es parte de las metas relacionadas a la salud, incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), (WHO, 2014). A nivel global, regional e incluso de país, los resultados de las estrategias implementadas desde 1990 al 2015, han sido satisfactorios en términos de reducción de mortalidad, siendo que se salvaron 43 millones de personas con TB (Reducción del 47% de la mortalidad a nivel mundial) que lograron diagnóstico temprano y tratamiento farmacológico.

La estrategia TAES fue implementada en Honduras en el periodo 1998-2003 lográndose integrar sus componentes en toda la red de atención de salud. En el 2008 se elaboró el Plan Estratégico de control de la TB, PENTB 2009-2015, basado en la estrategia Alto a la TB, que incluyó tratar los temas de la coinfección (11% de los pacientes), drogo resistencia (1.7% en pacientes nuevos y 12.3 % en pacientes con retratamiento), TB en privados de libertad (tasas 137 veces mayores que la nacional) y en migrantes (Tasas 2.5 veces mayores que la nacional). Sin embargo, las tasas de TB siguen siendo muy altas en las principales ciudades del país, situación que amerita análisis profundos y planteamientos estratégicos diferenciados, más allá del TAES convencional.

El reconocimiento de que en la génesis y desarrollo de la tuberculosis existen causas que se sobreponen al germen, es obligado, siendo que desde finales de siglo XIX se ha reconocido que la enfermedad tiene amplias conexiones con determinantes sociales, tanto así que la mortalidad y tasas de incidencia se lograron reducir en algunos países, aun antes de la era de la quimioterapia, al mejorar las condiciones de vida de las poblaciones.

Estos cuatro temas, la tuberculosis como afección a la salud, la salud como derecho y como pilar del desarrollo humano sostenible, los determinantes sociales de la salud y la ciudad como contexto social que posibilita el desarrollo pero que a su vez implica riesgo, inseguridad, inequidades y condiciones sociales y ambientales que afectan a la salud, son incorporados al debate científico sobre las estrategias de control y eliminación de la

tuberculosis en el país, considerando que sin su inclusión no será posible alcanzar la erradicación de la enfermedad, particularmente en el contexto de las ciudades.

Aunque la tuberculosis es una enfermedad que ha afectado la totalidad del país, siendo que se notifican casos en todas las regiones sanitarias, el problema parece ser más grave y complejo en las regiones Metropolitanas del Distrito Central (ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela) y la de San Pedro Sula, cuyas tasas continúan siendo considerablemente altas en especial la de San Pedro Sula que es 2.5 veces mayor que la tasa nacional. El Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) notificó en el 2014, 348 casos para una tasa de 28.3/100,000 habitantes y San Pedro Sula 541 para una tasa de 78.1/100,000 habitantes. Ambas regiones sanitarias concentran el 32% (889/2803) de los casos del país, siendo el descenso de las tasas sumamente lento en ambas ciudades en el periodo 2005-2014.

Existen dentro de estas ciudades problemas más acentuados en ciertos grupos poblacionales, por ejemplo, la proporción de niños y niñas afectados en San Pedro Sula, está por encima de la media regional, en tanto que en el Distrito Central (D.C.) hay importante proporción de personas de la tercera edad. El porcentaje de coinfección en el D.C. es de 11% y en San Pedro Sula de 8.0%. La proporción de personas privadas de libertad, trabajadores de maquila, personal de salud, requieren especial atención.

El resultado de la cohorte de tratamiento, evidencia que el Distrito Central alcanza las metas de éxito, el cual es superior al 88 % mientras que San Pedro Sula logra solamente un 81% (la meta es de 85% como mínimo), con importante proporción de pérdida de seguimiento de los pacientes. El mayor número de pacientes con TB drogoresistente, especialmente con la forma más temida, la tuberculosis multidrogoresistente (TB/MDR), que afecta las dos drogas más potentes contra el bacilo (la isoniacida y la rifampicina), provienen de San Pedro Sula, donde existe una inaceptable proporción de pacientes que no completan su tratamiento y sufren recaídas. La TB/MDR es difícil de tratar, es costosa y exige mucho sacrificio de parte del paciente, su familia, del sistema de salud y la comunidad.

En los últimos 10 años el D.C. ha mostrado lento pero progresivo descenso de las tasas de notificación sin embargo San Pedro Sula mantiene tasas muy altas que ameritan innovaciones y acciones multisectoriales enérgicas.

Se sospecha que en las ciudades existen tanto factores institucionales, socioeconómicos, ambientales, así como condiciones del paciente que están perpetuando el problema y que es necesario determinar, caracterizar, enfrentar y solucionar de manera integral, multisectorial, participativa, contextual y ética.

Ante el problema de estudio expuesto, la tesis de la tesis es la siguiente:

“El marco de políticas y estrategias de control de la Tuberculosis en Honduras, enfrenta serias limitantes en su formulación y aplicación para garantizar una verdadera y sostenida transformación de la realidad nacional sobre esta problemática, especialmente en las ciudades más pobladas del país, debido a que el enfoque está limitado al paradigma biologicista del germen, insuficiente para atender la complejidad del problema, por lo que, lograr descensos importantes de la incidencia de la enfermedad y promover la salud integral de los ciudadanos, requiere la inclusión de estrategias multisectoriales, integradas, equitativas y contextuales que transformen condiciones relacionados a los determinantes sociales de la enfermedad, lo que redundaría en una reducción significativa de la enfermedad hasta lograr su control y eliminación”.

El objetivo general del estudio va dirigido a incorporar al debate científico de manera documentada, el tema de los determinantes sociales de la salud y el control de la tuberculosis en Honduras, particularmente en las principales ciudades, considerando que, sin la inclusión de estos temas en las estrategias, no será posible de alcanzar el control y eliminación de la TB en el país.

Con ese objetivo general, se identifican tres objetivos específicos orientados a: Caracterizar con un enfoque mixto, cuantitativo/cualitativo, de desarrollo humano sostenible (dialectico-sistémico) el problema de la Tuberculosis en las principales ciudades de Honduras, el Distrito Central y San Pedro Sula, con el propósito de destacar

sus relaciones con determinantes sociales, tanto desde el punto de vista teórico-metodológico como epidemiológico-programático y proponer lineamientos generales para la construcción participativa de una estrategia multisectorial, equitativa, contextual y ética de atención y prevención de la tuberculosis y promoción de la salud.

El segundo objetivo es el de analizar desde una visión constructivista, la formulación e implementación de las políticas públicas dirigidas a enfrentar la tuberculosis especialmente en las ciudades, desde año 2004, su correspondencia con las determinantes sociales que inciden en la problemática y la participación de los principales actores.

El tercer objetivo específico es el de proponer de acuerdo a los resultados encontrados en la investigación, lineamientos generales para la formulación de una estrategia de atención y prevención de la Tuberculosis en las ciudades, que sea participativo, contextual y ético, con visión de desarrollo humano sostenible.

El enfoque de esta investigación es una combinación del enfoque cuantitativo y del cualitativo. Se parte de una concepción de la realidad, donde tanto la persona con tuberculosis, como la enfermedad como problema de salud pública en las ciudades, tienen dimensiones de carácter biológico, social, ambiental, cultural e histórico, los cuales afectan de manera multidimensional, el desarrollo humano sostenible. De igual manera, el desarrollo humano, las determinantes sociales, la ciudad, la sociedad, crean una red compleja de relaciones que, desde sus múltiples ámbitos, tienen impacto en la salud individual y colectiva, siendo la tuberculosis un ejemplo histórico.

Con un abordaje, dialéctico-sistémico, se indagan los aspectos epidemiológico-programáticos de la enfermedad, sus determinantes sociales, la formulación de las políticas públicas y su implementación, tomando en cuenta múltiples realidades dependientes de las diferentes percepciones de los diferentes grupos de actores.

Desde esa visión, el presente estudio se llevó a cabo teniendo en cuenta los paradigmas del positivismo y el modelo biomédico (respaldado por método cuantitativo); el de la

indagación constructivista (respaldado por la metodología cualitativa), que trata de interpretar la realidad en el contexto y desde diversos puntos de vista de los implicados.

En el capítulo I se sigue en el tiempo y desde diversas disciplinas, pero más detenidamente desde la economía, la política internacional y la filosofía, cómo el concepto de desarrollo humano sostenible trasciende el de crecimiento económico. Desde las teorías de los economistas clásicos, que no parecen tener en cuenta el tema de la salud y su relación con el crecimiento económico, se revisan sus principales aportes al concepto, pasando por Keynes y el Estado como empresario, las etapas del crecimiento de Rostow, las teorías de los cambios estructurales de Lewis, el modelo de la dependencia internacional, las diferentes teorías de la contrarrevolución neoclásica.

También se expone cómo desde la política internacional, durante y posterior a la segunda guerra mundial, nacen los términos y la concepción de “países subdesarrollados” y su contraparte los “países desarrollados”. Se observa el proceso de conformación de instituciones como las Naciones Unidas (1945), sistemas bancarios y comerciales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Internacional de Desarrollo. Después de un largo andar de las ciencias y la política internacional, el concepto de desarrollo humano sostenible va adquiriendo su significado como despliegue de potencialidades del ser humano sobre la base de la libertad, la justicia y la composibilidad.

El capítulo II trata sobre la relación entre la salud y el desarrollo humano sostenible. Se comienza con el análisis crítico del concepto universal de la salud establecido en la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud: “*Estado de total bienestar físico, síquico y social*” al cual se le ha agregado la dimensión ambiental; concepto al cual se le hacen importantes señalamientos relativos al término bienestar y su significado, particularmente haciendo ver cómo el concepto tiene el potencial de orientar las políticas públicas y estrategias que dirigen los estados miembros para el logro de la salud y cómo ésta se constituye en pilar fundamental del desarrollo humano sostenible.

Los aspectos que vinculan el desarrollo humano sostenible y la salud y viceversa, son expuestos con el correspondiente soporte de evidencias dentro de un marco de

indicadores que la organización del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha definido para monitorear progresos o retrocesos de los países. La salud, como componente del Índice de Desarrollo Humano (IDH), tiene como principal indicador la esperanza de vida al nacer, indicador complejo, pues puede ser reflejo de aspectos como la educación de las madres, tipo de ocupación *etc.* El IDH ajustado a inequidades resulta ser más bajo en sociedades que, como la de Honduras, existe inequidad de manera desproporcionada, injusta e intolerable. Latinoamérica es una de las regiones más inequitativas del mundo y Honduras uno de los países que exhibe los mayores grados de inequidad de la región.

Todos los índices, tasas, promedios, pueden enmascarar grandes desigualdades si no se desagregan por poblaciones, sectores, género, grupos étnicos, etnias, ya que como medidas globales de país pueden esconder grandes problemas internos. Las ciudades suelen ser ejemplos donde coexisten sectores con amplio bienestar y otros en el extremo, con profundas necesidades. Este capítulo enfatiza además sobre el tema de la salud como derecho humano universal contemplado también en la constitución de la República de Honduras.

El capítulo III trata sobre los “Determinantes Sociales de la Salud” y las evidencias que conectan diversos indicadores de bienestar social con indicadores de valoración de la salud de las poblaciones. Aunque desde 1973, Laframboise H y Lalonde M (1973-1974) en Canadá, propusieron un modelo de análisis de la salud en campos que permitiera elaborar un plan con mayor comunicación e integración entre sectores de salud y los sanitarios, fue hasta en el 2006 cuando la OMS creó la Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud para investigar, dar un informe basado en evidencias y recomendaciones sobre la conexión entre la pobreza, malas condiciones de vivienda, de salubridad, de alimentación y la salud, en donde se trata de reivindicar el tema social en las políticas de salud. Dalgreen G., y Whitehead M. en el 2006 propusieron un esquema visual de estos campos llamados determinantes sociales de la salud, el cual se utiliza para desarrollar el tema de la Tuberculosis en las ciudades.

En el Capítulo IV, se enfoca el tema de la tuberculosis, desde los aspectos históricos, los grandes descubrimientos llevados a cabo en el siglo XIX y XX y consecuente enfoque microbiológico de enfermedad, pasando por los aspectos epidemiológicos, la situación de la esta enfermedad en el mundo, la región de las Américas y en Honduras, para llegar al tema de la tuberculosis en las ciudades y sus determinantes sociales

Se resalta cómo la ciudad, puede por un lado brindar grandes oportunidades para el desarrollo del individuo, pero, por otro lado, puede albergar grandes amenazas e inequidades capaces de afectar la salud de la población, favorecer la aparición de padecimientos y obstaculizar las medidas sanitarias para el control y eliminación de enfermedades. Particularmente con la tuberculosis, la revolución industrial y subsecuente formación de megaciudades, las malas condiciones de vida de ciertos sectores de la población, condicionó el aumento dramático de la transmisión, morbilidad y mortalidad por TB.

El descubrimiento de la etiología microbiana de la TB en 1882, así como de otras enfermedades infectocontagiosas, orientó la búsqueda de la curación y control de la transmisión hacia la eliminación del germen en el organismo del ser humano, pero el enfoque permitió dejar sin abordar los componentes o determinantes sociales de muchas de esas enfermedades, lo cual, como lo expresan expertos en el tema, han resultado insuficiente para lograr su eliminación aunque ha contribuido a disminuir las tasas de mortalidad. En las ciudades, estos determinantes sociales pueden ser amplios, profundos, complejos y pueden favorecer la transmisión y desarrollo de las enfermedades como la Tuberculosis.

En el capítulo V es presentado el análisis empírico e interpretación del problema de la TB en las principales ciudades de Honduras. Con el enfoque de la salud para el desarrollo humano sostenible se analizaron indicadores de determinantes sociales de la salud desde el nivel de contexto de las ciudades y de acuerdo a las categorías propuestas en el modelo Laframboise-Lalonde, esquematizados por Dalgree-Whitehouse, pero representados de una nueva manera.

Los datos socioeconómicos de las ciudades más pobladas de Honduras (Distrito Central y San Pedro Sula) son presentados como tendencias desde 2005 al 2014: población y composición demográfica (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2005-2014), ingreso per cápita, condición de viviendas (hacinamiento), educación (analfabetismo), empleo (Desempleo abierto e invisible), dotación de recursos en el sistema de salud como unidades de salud, talento humano (médicos y enfermera) datos obtenidos de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, (INE, 2005-2014); número de laboratorios por ciudad (Laboratorio Nacional de Referencia); Índice de Desarrollo Humano (IDH) y expectativa de vida, del Informe anual sobre Desarrollo Humano del Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2005, 2007, 2009); tasa de homicidios, (Observatorio de la Violencia, UNAH, 2007-2014) tipo (pulmonar y extrapulmonar) y categoría de la tuberculosis (paciente nuevo o recaída) y resultados de la cohorte de tratamiento (Curado, tratamiento completado, falta de seguimiento, fracaso, fallecido) fueron obtenidos de la base de datos del Programa Nacional de control de la Tuberculosis con su consentimiento.

También se utilizaron los datos de las fichas individuales de notificación de caso de pacientes con tuberculosis del año 2014, de ambas regiones metropolitanas de salud, para analizar e interpretar resultados sobre los determinantes biológicas (grupos de edad y sexo), indicadores socioeconómicos: lugar de residencia, que permitió la elaboración de un mapa de georeferenciación de la TB tanto en el Distrito Central y como de San Pedro Sula; educación, ocupación; la determinante condiciones de vida que tiene relación con los riesgos de infectarse o de desarrollar enfermedad por ejemplo pertenencia a grupos vulnerables con mayor riesgo de infección (privado de libertad, trabajador de salud) y riesgo de desarrollar la enfermedad una vez infectados (Persona viviendo con VIH, comorbilidades). Un artículo preliminar fue publicado por la autora y colaboradores con la iniciativa SORT IT de la OPS/OMS, la UICTER y Médicos sin Fronteras. (Varela-Martínez, C., Yadon, Z., Marin, D., Henda E., 2016)

Se muestran resultados de investigaciones sobre TB en hospitales, realizados por la autora, siendo que el hospital es un ámbito importante de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en las ciudades, pero además son lugares reconocidos donde

aumenta el riesgo de transmisión de infecciones. Se presentan además algunos comentarios efectuados durante las entrevistas a grupos focales de enfermeras y de pacientes que dan cuenta de barreras que obstaculizan medidas para el diagnóstico oportuno de la enfermedad, de prevención y promoción de la salud.

Finalmente, en el Capítulo VI se presenta una revisión de los principales elementos de las estrategias internacionales de la OMS para el control de la Tuberculosis, la estrategia TAES/DOTS (Tratamiento acortado estrictamente supervisado), Alto a la TB, y Fin a la Tuberculosis, los cuales han orientado los planes estratégicos nacionales de control de la Tuberculosis, formulados e implementados desde el periodo del 2003. Así mismo se analizan las dos propuestas nacionales presentadas al Fondo Global para la Lucha contra el VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria, con las cuales el Estado ha obtenido fondos para el control de la Tuberculosis en municipios priorizados entre los cuales han figurado las ciudades del Distrito Central y la de San Pedro Sula.

Con el marco referencial teórico y empírico previo, teniendo en cuenta los hallazgos sobre las determinantes sociales relacionadas con la Tuberculosis en las ciudades del Distrito Central y de San Pedro Sula, se efectúan algunas observaciones y recomendaciones a tener en cuenta a para la formulación e implementación de una estrategia de atención de la tuberculosis, integral, participativo, contextual y ética.

LA CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

La presente investigación se llevó a cabo con el propósito de contribuir a descubrir patrones conceptuales y estructurales en torno a la problemática de la tuberculosis de los dos municipios más populosos de Honduras, que tienen la mayor carga de la enfermedad en término de número o tasas, las ciudades del Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) y de San Pedro Sula, analizar e interpretar la situación a la luz de la información relacionada con el paciente, la enfermedad y sus determinantes sociales. Así mismo, analizar la situación y la pertinencia de las líneas estratégicas de acción contenidas en el Plan estratégico de la respuesta Nacional a la Tuberculosis 2016-2020 y efectuar recomendaciones para la construcción de un plan estratégico que incluya el

enfoque de determinantes sociales y desarrollo humano sostenible y que sirven en la construcción de un modelo de atención integral, multisectorial, equitativo, contextual y ético.

El enfoque de esta investigación es mixto, cuantitativo y cualitativo. Se parte de una concepción de la realidad, donde tanto persona con tuberculosis, como la enfermedad como problema de salud pública en las ciudades, tienen condiciones de carácter biológico, social, económico, histórico, ético, cultural y contexto-ambiental, que interactúan y han determinado el fracaso para erradicar la enfermedad, afectando como consecuencia, el desarrollo humano sostenible de las personas afectadas y a la sociedad de manera global. De igual forma el desarrollo humano, las determinantes sociales, la ciudad, como construcción compleja de una sociedad, ejercen impacto en la salud individual y colectiva, siendo la tuberculosis un referente histórico.

Desde un abordaje, dialectico-sistémico (Peñuela Velásquez, L.A., 2005; Cristina Zurbriggen, C., 2006; Delgado R., 2009, Gordis, L., 2013), se indagan los aspectos epidemiológico-programáticos de la enfermedad, sus determinantes sociales, la formulación de las políticas públicas y su implementación, tomando en cuenta múltiples realidades dependientes de las diferentes percepciones de los diferentes grupos de actores. De acuerdo a J Sousa Silva, “la realidad es socialmente construida y debe ser socialmente transformada” y el mejor método permite la interacción entre investigadores y actores del contexto que es clave para comprender el significado de los fenómenos. (de Sousa Silva, J., 2010)

Desde esa visión, el presente estudio se llevó a cabo tanto desde los paradigmas de la indagación materialista, representada por el positivismo y el modelo biomédico (respaldado por métodos cuantitativos); el de indagación constructivista (respaldado por la metodología cualitativa) que trata de interpretar la realidad en el contexto y desde diversos puntos de vista de los implicados. El diseño está abierto a la invención, la obtención de datos al descubrimiento y el análisis a la interpretación; y el paradigma de indagación socio crítica o ecológica que enfoca la realidad de la dominación, la distribución del poder y desigualdades asociadas apuntando a los efectos del sistema.

Durante un año del 2008-2009, la autora trabajó directamente con el Programa Nacional de control de la Tuberculosis y en comunicación con las regiones sanitarias, el nivel regional, el nivel local, particularmente el de las regiones metropolitanas, los trabajadores de salud y los pacientes. Así mismo, en comunicación y con la colaboración de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud fue posible supervisar y evaluar las 20 regiones sanitarias del país y así obtener, conocer, analizar e interpretar los datos de los indicadores clásicos que maneja el Programa y su tendencia en el tiempo (2005-2009) además el qué hacer rutinario del Programa, las políticas, estrategias para el control de la enfermedad en el país. Posteriormente como consultora independiente y docente de los Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas, se pudieron llevar a cabo varios estudios de investigación relativos a tema de la tuberculosis.

En la fase preparatoria y durante la presente investigación, se efectuó revisión bibliográfica sobre diferentes teorías de la temática del desarrollo humano, desarrollo humano sostenible y sus conexiones con la salud, la tuberculosis como referente histórico de la conexión entre las enfermedades, las condiciones sociales y el tema de desarrollo humano, abordado desde la realidad de las ciudades (Tuberculosis en las ciudades) y con los cuales se construyó el objeto de estudio y el proyecto de investigación: la Tuberculosis en las ciudades del Distrito Central y San Pedro Sula desde el enfoque de los determinantes sociales y desarrollo humano sostenible. También son objeto de análisis, reflexión e interpretación, las políticas públicas en salud, planes estratégicos, normativas y proyectos, para finalmente exponer los principales lineamientos que desde el punto de vista de la autora deben tomarse en cuenta para formular un plan estratégico integral, multisectorial, contextual, equitativo participativo y ético de atención y prevención de la tuberculosis y de promoción de la salud.

Se seleccionaron las dos ciudades más populosas de Honduras, teniendo en cuenta dos características: elementos demográficos (ciudades con más de 500,000 habitantes) y número de personas afectadas por la TB o tasas de notificación de casos. El Distrito Central y San Pedro Sula notificaron 9668 de los 30, 292 pacientes (32%) que se diagnosticaron en Honduras en la década 2005-2014. Otro elemento tenido en cuenta

fue la accesibilidad de datos desagregados por ciudad. Desde el año 2004 los municipios del Distrito Central y San Pedro Sula, se constituyeron como dos regiones sanitarias de la Secretaría de Salud y es posible encontrar datos epidemiológicos y programáticos desagregados de los dos municipios, los cuales son cabeceras departamentales.

Para indagar sobre el objetivo 1: “Identificar patrones estructurales significativos que caracterizan la Tuberculosis en las ciudades del Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) y San Pedro Sula, Honduras”, con enfoque de determinantes sociales y desarrollo humano sostenible, desde el punto de vista:

- a. Teórico y metodológico. Se efectuó revisión crítica de diversa literatura que trata sobre los temas siguientes: Desarrollo humano sostenible, salud y desarrollo, determinantes sociales de la salud, las ciudades y la salud, determinantes sociales de la tuberculosis, tuberculosis en contextos urbanos, estrategias de la Organización Mundial de la salud para el control de la tuberculosis ((TAES/DOTS (1996), Alto a la Tuberculosis (2006), Fin a la Tuberculosis (2015)), normas nacionales para el control de la Tuberculosis (2003 y 2012), planes estratégicos y proyectos nacionales para el control de la TB. ((Secretaria de Salud de Honduras, PNT (2003), Secretaria de Salud de Honduras, PNT, (2009), Secretaria de Salud, PNT (2016)).
- b. Epidemiológico y programático. Se utilizó metodología cuantitativa para analizar e interpretar la información de la base de datos del Programa Nacional de control de la Tuberculosis, específicamente las variables epidemiológicas (Número y tasas de incidencia de casos notificados nuevos y totales, número y tasa de personas con tuberculosis y baciloscopía positiva). Las variables de proceso o programáticas (Número y tasa de sintomáticos respiratorios esperados, detectados y examinados, porcentajes de positividad del examen de esputo, grupos de edad y sexo de los pacientes, status VIH); tipo de TB (Pulmonar o extrapulmolar) y categoría (nueva o recaída), resultado de tratamiento de las cohortes de ambas ciudades. La fuente de obtención de datos epidemiológicos y programáticos de la TB en las ciudades fué el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, de la región sanitaria No. 19, (Distrito Central compuesto por las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela) y la Región No. 20 (Ciudad de San Pedro Sula). Se analizó la base de datos del 2005 al

2014. Un estudio previo fue publicado (Varela M. *et al*, 2016). La misma base de datos fue utilizada para revisar la información, completarla y analizarla desde la perspectiva de las determinantes sociales de la salud y desarrollo humano sostenible.

- c. De determinantes sociales de la salud. Para indagar sobre las determinantes sociales que caracterizan a los pacientes y el contexto de las dos ciudades, se examinaron los datos de las variables contenidas en la ficha de notificación de caso de los pacientes diagnosticados con TB en las ciudades del Distrito Central y San Pedro Sula, durante el año 2014. Dicha ficha de notificación fue introducida por el Programa Nacional de control de la Tuberculosis en Tegucigalpa en el 2013 inicialmente como ciudad piloto y después fue implementada en los centros de salud de todo el país. Se exploraron determinantes sociales de salud según las categorías contempladas por Laframboise (1973) y Lalonde (1974) y esquematizadas según categorías o niveles por Dahlgren, G., y Whitehead, M. (2006).

- Primera categoría: Esta categoría explora determinantes personales biológicos como la edad, sexo y factores hereditarios y constitucionales.

Los datos se obtuvieron tanto de la base de datos del PNT del 2005-2014, así como de la ficha de notificación de caso del 2014. No se consigna la codificación del barrio o colonia de residencia del enfermo para facilitar la georeferenciación del problema, sin embargo, se construyó mapa de georeferenciación de la TB con el nombre del barrio o vivienda consignado. La variable estado nutricional no está contemplada en los indicadores de notificación de caso ni de seguimiento. (Ver anexo 1)

- Segunda categoría: se analizaron variables reconocidas de riesgo para adquirir la infección y/o desarrollar la enfermedad de acuerdo a estilos de vida, factores de riesgo o condiciones patológicas como: alcoholismo, uso de drogas ilícitas, el tabaquismo no fue analizado porque la ficha de notificación no lo incluye, a pesar de que se ha reconocido como factor de riesgo. (Maurya, V., Vijayan, V. K., Shah A., 2002). Se incluyeron en esta categoría: presencia de comorbilidades (VIH, Diabetes, Enfermedad Pulmonar crónica, EPOC o asma), pertenecer al grupo de migrantes, (cambio de residencia en los últimos seis meses), a determinado grupo

étnico (de acuerdo a la propia consideración del paciente), indigencia, personas viviendo en asilos, privados de libertad, actividad laboral. Los datos se obtuvieron de la ficha de notificación de caso del 2014 del PNT de ambas regiones sanitarias, el Distrito Central y San Pedro Sula.

- Tercera categoría: Redes sociales y comunitarias. La ficha de notificación de caso no recoge información sobre la existencia de redes sociales, grupos de autoayuda, red de voluntarios o grupos comunitarios afines al paciente. Se indagaron estos aspectos en las entrevistas a grupo focales con las enfermeras de los centros de salud con mayor número de pacientes (Centros de Salud de Villa Adela, Alonso Suazo y las Crucitas en el Distrito Central y colonia Rivera Hernández, Miguel Paz Barahona y Calpules en San Pedro Sula) y entrevistas a profundidad con las enfermeras coordinadoras del programa de cada municipio, la enfermera integrante de la Dirección de Normalización de la Secretaría de Salud, ex directora del PNT y entrevistas a profundidad con pacientes de ambas regiones sanitarias.
- Cuarta categoría: Explora, alimentación, educación, ambiente laboral, condiciones de vida y de trabajo, desempleo, agua y saneamiento, servicios de salud y vivienda. Esta categoría fue explorada analizando la información individual proveniente de la ficha de notificación de pacientes del año 2014. Las variables estudiadas fueron educación, barrio y zona de residencia, tipo de empleo, Unidad de Salud consultada. En la ficha no se solicita información de otras variables que forman parte de los determinantes sociales de enfermedad como ingresos o Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).
- Quinta Categoría, se refiere a condiciones del contexto, en este caso la ciudad, explorando variables de carácter socioeconómico, cultural y ambiental. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las ciudades estudiadas se obtuvo de los informes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005, 2007, 2009. No se encontró información sobre el IDH de años subsiguientes. Los datos sobre, ingreso bruto per cápita (IBP), analfabetismo, pobreza, desempleo abierto (desempleo invisible 2005 y 2014), vivienda (hacinamiento) analfabetismo, servicios de atención a la salud (unidades de salud, médicos, enfermera, Centros de Atención Integral de personas viviendo con VIH) de la Encuesta Permanente

de Hogares para Propósitos Múltiples (anual, 2005-2014), Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006 y 2011-2012) y Anuario Estadístico, del Instituto Nacional de Estadística. El número de laboratorios en cada ciudad se obtuvo de la entrevista a la directora del Laboratorio Vigilancia de la Salud; la tasa de homicidios datos del Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Algunas de estas variables fueron presentadas previamente (Varela-Martínez, C. et al, 2016).

Para complementar el análisis de los datos y efectuar un acercamiento dialectico-sistémico de la problemática de la Tuberculosis en las ciudades del Distrito Central y San Pedro Sula, se entrevistaron a: Directores de Programas y gestores del PNT a nivel nacional, de las regiones sanitarias del Distrito Central y de San Pedro Sula y del Programa Nacional de infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH/Sida, a través de entrevistas semiestructuradas a profundidad. También se entrevistó a profesionales encargados del manejo programático de pacientes con TB en el Instituto Nacional Cardiopulmonar; a encargadas del Programa de control de la TB en las Unidades Prestadoras de Servicios con mayor carga de TB del Distrito Central y San Pedro Sula; a destinatarios directos e indirectos, es decir al enfermo y su familia a quienes, durante la visita a esos Centros de Salud se contactaron y se efectuó entrevistas a profundidad semiestructurada, a fin de explorar aspectos relacionados a la cosmovisión de su enfermedad, dificultades en la ruta de recuperación de la salud y recomendaciones al sistema. Otros referentes profesionales y responsables de políticas, científicos sociales y expertos fueron también entrevistados.

Para desarrollar el objetivo 2: “Analizar desde una visión constructivista y socio crítica, el contenido de la formulación de las políticas públicas respecto a tuberculosis, implementadas desde año 2004 en las principales ciudades de Honduras” y su correspondencia con las determinantes sociales y la participación de los principales actores, es decir con los pacientes, su familia, redes sociales y el equipo local de salud, se efectuó análisis críticos de los siguientes documentos: Estrategia TAES/DOTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (OMS, 1994), Estrategia Alto a la TB, (OMS, 2006), Estrategia Fin a la Tuberculosis (OMS, 2014), Normas Nacionales de atención

para el control de la TB 2003 y 2012, (Secretaria de Salud de Honduras, PNT, 2003 y 2012), ficha de notificación de caso y de seguimiento, Plan Estratégico del Programa Nacional de control de la Tuberculosis (PNT) 2009-2015 (Secretaria de Salud, 2009), Propuesta al Fondo Global, para el control de la TB 2003-2006 o Ronda 1 (The Global Fund, 2003), la propuesta para la Ronda 10 (The Global Fund, 2010), correspondiente al período 2011-2016 y el Plan estratégico del PNT 2016-2020 (Secretaria de Salud de Honduras, 2016). Estos documentos fueron analizados en forma sistemática evaluando en cada uno de ellos, la presencia o ausencia de planteamientos relativos a cada categoría de las determinantes sociales, complementando y fortaleciendo la información con métodos cualitativos (Anexo No. 2). El método fenomenológico (para investigar realidades cuya naturaleza y estructura peculiar solo pueden ser captadas desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta, una realidad cuya esencia depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, una realidad interna y personal única y propia del ser humano) (Rodríguez Gómez G, Flores JG, García Jiménez E, 1996), se utilizó llevando a cabo entrevistas a profundidad de pacientes con TB y reuniones con grupos focales de enfermeras responsables del Programa de TB de los Centro de Salud con más carga de TB del Distrito Central (Centro de Salud de Villa Adela, Las Crucitas, Alonso Suazo) y de San Pedro Sula (Centro de Salud Miguel Paz Barahona, Rivera Hernández, las Palmas y Calpules). Para tales efectos se construyó una matriz de análisis e interpretación donde las filas constituían los campos de las determinantes sociales con los respectivos indicadores y las columnas, la presencia de dichos indicadores en las estrategias y planes de control y eliminación de la TB (Anexo No. 2)

Para desarrollar el objetivo 3 de proponer de acuerdo a los resultados encontrados en la investigación, lineamientos generales para la formulación de una estrategia de atención y prevención de la TB y promoción de la salud, particularmente en las ciudades, con visión de integralidad, multisectorial, equitativo, participativo, solidario, contextual y ético, con enfoque en las determinantes sociales de la enfermedad y de desarrollo humano sostenible, se analiza y se hacen propuesta al “*Plan estratégico de respuesta nacional para la prevención y control de la Tuberculosis en Honduras 2016-2020*”

I. EL DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

A. Evolución del concepto Desarrollo Humano Sostenible y los enfoques

1. Desde la arqueología, la historia, la filosofía y la economía clásica

El progreso del ser humano a través de los tiempos, ha podido ser evidenciado por las huellas que ha dejado a la luz de diversas ciencias (Childe, V.G., 1954). De similar manera, las enfermedades que han acompañado a la humanidad desde la antigüedad, como la Tuberculosis, han podido ser identificadas por los avances en arqueología, por hallazgos identificados por los patólogos forenses o por crónicas de los historiadores.

El concepto de progreso o de crecimiento económico no significa necesariamente desarrollo humano. Es hasta la segunda mitad del siglo XX, en el período posterior a la segunda guerra mundial, en que el tema del desarrollo y el concepto de países subdesarrollados, surgen como objeto de intenso debate y de investigación, tanto para políticos, como para estudiosos de las ciencias (De Sousa Silva, J. 2004). Sin embargo, para lograr un concepto satisfactorio de desarrollo humano, se ha requerido de la participación de todas las ciencias, a fin de que sea justo y llene las expectativas de las personas. El desarrollo humano, aquel que es también sostenible, es concebido entonces, como *“el despliegue del potencial social, con libertad y justicia, generador de capacidades y de satisfactores, que se realiza de manera participativa, con conocimiento de su alcance, sus límites, con sentido de futuro, que llevan a la superación creciente y consciente de todo tipo de determinismos sean estos naturales y sociales”* (Serrano A., 2013).

En su obra sobre Desarrollo Económico, Todaro (Todaro, M., 1994) compara una familia típica de un país desarrollado, en su ejemplo, Estados Unidos, con la composición y la condición socioeconómica de familias de países “menos desarrollados”. La primera familia cuenta en general, con padres educados, que están empleados y tienen ingresos suficientes para proveer a sus hijos de techo, comida, vestidos, educación, esparcimiento y acceso a servicios especializados. En contraposición, una familia típica de la mayor parte de los países de África, Asia o Latinoamérica, países catalogados como

“subdesarrollados, en vías de desarrollo, tercermundistas, periféricos o del sur”, suele tener una composición extendida, es decir, con la presencia de otros familiares además de padres e hijos, carece de la mayoría de las condiciones de bienestar, tiene una menor expectativa de vida y claramente una mayor posibilidad de enfermar y morir. En Honduras más del 60% de los hogares son pobres por cualquiera de los métodos en que esta sea medida (FOSDEH, 2013).

Existen enormes diferencias en la calidad de vida de los seres humanos, donde cerca de 1,220 millones de los 6,900 millones de personas en el mundo (Banco Mundial, 2015) siguen viviendo con menos de \$1.25/día (Banco Mundial, 2015), en condiciones de extrema pobreza, padeciendo o con riesgo de padecer enfermedades, como la Tuberculosis, enfermedad que ya está bajo control en otras latitudes, tienen menor expectativa de vida a pesar de tantos adelantos de la ciencia, de la tecnología y del incremento de la producción. Esas enormes diferencias en desarrollo humano existen entre las regiones en el mundo, entre naciones y aun, internamente, en los países tanto desarrollados como los menos desarrollados, particularmente entre la población que habita las ciudades.

¿Por qué existen esas diferencias en desarrollo humano? ¿Cómo definir el concepto de desarrollo humano sostenible en nuestros días, haciendo justicia a las sociedades y a los ciudadanos? ¿Qué diferencia hay entre crecimiento económico, desarrollo, desarrollo humano y desarrollo humano sostenible? Todos estos cuestionamientos han sido planteados inicialmente desde las ciencias económicas, particularmente de la economía política, posteriormente se advierte que el desarrollo es, además, tema de la sociología, la historia, la antropología, la filosofía, la medicina, en especial de la salud pública y de otras ciencias. Con el propósito de valorar la evolución del concepto de desarrollo, seguiremos la pista histórica del concepto según algunas de estas ciencias.

Mucho antes de que los economistas clásicos trataran el tema, más bien de crecimiento económico, que de desarrollo, los arqueólogos dieron cuenta del “progreso humano” a través de *“los descubrimientos e invenciones que parecen, a los arqueólogos, pruebas tangibles del progreso que son justamente, después de todo, la incorporación concreta*

y la expresión de las innovaciones en la tradición social” (Childe V.G: 1996). Interesantemente, la multiplicación de la especie humana es para Childe, la prueba definitiva del progreso, mediado por su excedente productivo en la sociedad, multiplicación que sería posteriormente considerada, más bien como una amenaza, a la seguridad de las sociedades con mejores niveles de desarrollo. Childe califica ciertos períodos de la historia humana, como verdaderas revoluciones, semejantes a la revolución industrial británica del siglo XVIII.

La primera revolución es identificada en el periodo neolítico, en la región del Nilo y del Mediterráneo oriental, en la cual el ser humano se mostró capaz de controlar su propio abastecimiento de alimentos. La segunda revolución, posterior a los 3,000 años antes de Cristo, corresponde a la conformación de ciudades populosas, organizadas en forma de estados, donde los trabajadores se habían especializado, se constituyeron clases sociales y, además, industrias y comercio. Estas ciudades, ubicadas siempre al éste del Mediterráneo, aledañas al Nilo, Éufrates y al Indo, eran el producto de descubrimientos e invenciones en los campos de la agricultura, topografía, metalurgia, astronomía (el descubrimiento del año solar y del calendario solar constituyeron hechos históricos de suma importancia en las ciencias), en la química, zoología, botánica, del incremento del capital cultural y del excedente en la producción. Las ciudades-estados se propagaron, ya fuera por difusión o por intervenciones imperialistas.

Un aspecto importante descrito por Childe como revolución del conocimiento, en base a la interpretación de hallazgos arqueológicos, fue la escritura (pictogramas, ideogramas, jeroglíficos), las matemáticas, la astrología y otras ciencias que ocurrieron simultáneamente con el desarrollo de las ciudades. La escritura y las matemáticas, fueron probablemente inspiradas por una necesidad económica urbana para la administración de la riqueza producida y por el intercambio. Pero “la verdadera importancia de la escritura radica en que estaba destinada a revolucionar la transmisión del conocimiento humano” “Constituye el primer paso para elevar a la ciencia por encima del espacio y del tiempo”. La escuela de escribas, quienes no se limitaban a leer y escribir, sino que también se dedicaban a las matemáticas, la astrología, la química y

la medicina, organizaba y sistematizaba el conocimiento por impartir, es decir la enseñanza.

Entre 2,600-600 aC, según Childe, se produjeron relativamente pocas contribuciones de importancia al progreso: la notación decimal que inspiró la medición decimal de nuestra era, en 1590 dC, un método económico para fundir el hierro que permitió la utilización de instrumentos metálicos en la agricultura y el cultivo de alimentos en amplias extensiones de tierra que posibilitó el aumento de la población, la escritura alfabética que puso la escritura y lectura al alcance de muchos, los acueductos para proveer agua a las ciudades. El progreso ocurrido posterior a la revolución de las ciudades se detuvo debido, probablemente, tanto a contradicciones internas como externas: las internas debido a la creación de clases surgidas en el proceso administrativo de las ciudades que permitió un sistema distributivo inequitativo de los excedentes productivos; y las externas producidas por falta de materia prima local, lo que obligó a la creación de ejércitos para embarcarse en empresas inestables de conquista imperialistas.

Según Serrano (Serrano, A., 2013) en su escrito “La senda del Desarrollo”, el “progreso” o civilización de Gordon Childe, se enfoca más bien a la dimensión tecnológica del desarrollo humano y el tema de la sostenibilidad no se aprecia claramente, sin embargo resultan muy elocuentes la descripción destacada de momentos en la historia del ser humano, que han constituido verdaderas revoluciones y evidencias de progreso.

La filosofía ha dado evidencia desde la época antigua, que el bien y la felicidad de los pueblos era objeto de reflexión de los filósofos. Platón (427-347 a.C.), fundador de la “Academia”, en su obra, La República (En griego Politeia, de polis, ciudad-estado), presenta un diálogo entre Sócrates y sus parientes, donde describe la concepción idónea de una ciudad-estado, o más bien de su gobierno, con el fin de alcanzar la visión intelectual del “Bien absoluto”.

Aristóteles (384-322 a.C.) uno de los más grandes filósofos de la historia, cuyo pensamiento influyó y configuró el pensamiento occidental en campo de la filosofía,

teología, disciplinas científicas y humanísticas, en dos de sus obras más preciadas la “Ética a Nicómaco” y “La Política” escribía en aquellos tiempos “El bien es ciertamente deseable cuando interesa a un solo individuo; pero reviste de un carácter más bello y más divino cuando interesa a un pueblo y a un estado entero”. Para Aristóteles, la familia, la ciudad (*polis*) y el Estado no solo eran necesarios para la subsistencia y satisfacción de necesidades cotidianas, sino que se trataba de “vivir bien” (Bienestar), es decir, de procurar el bienestar para todos (Justicia).

En el siglo XVIII varios pensadores sin formación académica como economistas, se formularon preguntas desde diferentes ámbitos, intentando explicar los “cambios evolutivos” de la sociedad capitalista europea en el contexto de la revolución industrial y el colonialismo. Las nuevas fuerzas productivas y la cantidad de mercancías disponibles se tuvieron como resultados de la civilización, aunque muchos también lo vieron como un atentado a la libertad y la justicia. (Novy, A., 2015)

Se puede considerar que los estudios sobre el desarrollo de las sociedades en nuestra era, iniciaron con los principios de la economía como ciencia, donde se trataba más bien sobre el crecimiento económico con poca reflexión sobre el desarrollo humano y el papel de la salud en el mismo. Esto a pesar de que las poblaciones eran diezmaradas por las epidemias y la tuberculosis iba instalándose cómodamente en los contextos urbanos.

Antes de la teoría económica clásica, los fisiócratas consideraron que la productividad de la agricultura era la causa de la riqueza de las sociedades. El mercantilismo era la teoría diseñada antes de los clásicos y surgió con el desarrollo del comercio británico de ultramar de los siglos XVI- XVIII. Su tesis era que las exportaciones traían riqueza a las naciones (Novy, A., 2015). Posteriormente con la revolución industrial y el ascenso de la burguesía, diferentes teorías económicas fueron desarrolladas con importantes grados de sistematización de sus observaciones, sus autores, más conocidos como los que desarrollaron la Escuela de Economistas Clásicos, fueron: Adam Smith, David Ricardo, TR Malthus, N Senior, J Stuart Mill, JB Say (Brand, S.O., 1984).

Adam Smith, (1723-1790), doctor en leyes y filósofo escocés, considerado el padre de la economía, escribió la obra “Investigación de la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones” (1776), fundamento de la economía clásica. En esta obra describió la dominación de “la mano invisible” (el interés personal), en el funcionamiento de la sociedad, en un sistema de economía de mercado. Según esta teoría, las personas, al buscar satisfacer su interés personal, contribuyen involuntariamente, como guiados por una mano invisible, al interés (bienestar) colectivo. Smith tomó partido en contra de reyes y terratenientes y a favor de la burguesía.

David Ricardo (1772-1823), agente de bolsa inglés, considerado el exponente más claro de los principios básicos de la economía clásica inglesa y del capitalismo, formuló la teoría de las ventajas comparativas según la cual, un país debería especializarse en la producción de aquellos bienes para los cuales tiene una ventaja comparativa (menor costo de oportunidad). Según Ricardo, un comercio internacional basado en el principio de las ventajas comparativas es mutuamente beneficioso para los participantes y, por lo tanto, promueve el crecimiento económico de los países (Eumed.Net, 2015).

Thomas R. Malthus (1776-1834), proveniente de una familia terrateniente inglesa, economista y sacerdote, intentó explicar las desigualdades económicas, la pobreza y la miseria recurriendo a leyes de la naturaleza. Su obra más conocida “Ensayo sobre la ley de la población” afirmaba que la población tiende a crecer en una progresión geométrica, mientras que la producción de alimentos en progresión aritmética. Según este ritmo de producción, después de algún tiempo, los alimentos serían claramente insuficiente para mantener la población por lo que defendía la posición de los terratenientes y la necesidad de restringir el crecimiento poblacional a niveles correspondientes a la producción agrícola. En consecuencia, el crecimiento económico estaría limitado por la productividad del sector agrícola (Borisov, E. F., Zhamin, V. A., Makarova M. F. y Otros, 1965).

Karl Marx (1818-1883), periodista y escritor alemán, fundador del comunismo científico y de la economía proletaria, en la época del paso del capitalismo de manufactura al capitalismo de la gran industria que dominó Europa y Estados Unidos. En este contexto se intensificaron las contradicciones inherentes al capitalismo, la estratificación de las

clases y la lucha entre la burguesía y el proletariado. Marx y Engels desarrollaron el materialismo dialéctico como método científico y lo pusieron al servicio del proletariado. Posteriormente en “El Capital”, Marx analiza el proceso de producción de capital y el origen y producción de plusvalía. Partiendo de la teoría ricardiana valor-trabajo, descubrió que el salario percibido por los trabajadores es exactamente igual al valor del trabajo y que la plusvalía que es la diferencia entre el valor de la mercancía producida y el valor de la fuerza de trabajo utilizada, era apropiado por la clase burguesa o dueña de los medios de producción, formulando la teoría de la explotación de los trabajadores y asumiendo una posición crítica a la sociedad capitalista.

En general, la escuela clásica es partidaria del libre mercado, en el cual la mano invisible pretende alcanzar el bienestar colectivo sin la intervención del Estado en los mercados. La economía clásica y neoclásica aspiran a un avanzado mundo capitalista y mercados perfectos: soberanía del consumidor, ajuste automático de precios, decisiones hechas sobre cálculos de utilidad marginal y beneficios privados. Su racionalidad es materialismo puro, individual y con una orientación a intereses personales en las decisiones sobre aspectos económicos (Todaro, M., 1994). Finalmente, parece claro que el gran problema de la economía clásica y neoclásica es la distribución inequitativa de los beneficios del trabajo para que la sociedad como un todo se beneficie.

A finales del siglo XIX, el estudio de la economía logró reconocimiento académico, social y político. Se utilizaron las matemáticas para fundamentar, medir, definir criterios de calidad. La teoría neoclásica cumple estos criterios, pero no logró explicar satisfactoriamente el desempleo masivo durante la gran depresión. En ese entonces surge la escuela keynesiana.

John Mainard Keynes (1883-1946) economista inglés, cuya obra principal fue “Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero” (1936), es considerado como quien estableció los fundamentos de la Macroeconomía. Durante el período entre las dos guerras mundiales, el desempleo fue persistente, llegando a alcanzar niveles muy altos de hasta 20% de la fuerza laboral. Keynes consideró que la causa de la crisis era la insuficiencia de demanda privada originada por el desempleo y que podía remediarse

incrementando el gasto público en períodos de recesión, haciendo que el Estado creara demanda adicional al realizar el papel de empresario y gastar dinero en obras públicas.

El keynesianismo reivindicó la intervención del Estado para enfrentar las oscilaciones en el ciclo económico, especialmente las debidas a desempleo. Esta teoría influyó sobre el “New Deal” de Franklin D. Roosevelt por el cual el gobierno federal de Estados Unidos inicio en 1933, varios proyectos diseñados a dar ayuda financiera y trabajo a gran número de personas que habían perdido su empleo por la depresión, determinando así las políticas económicas de todo el mundo occidental durante más de tres décadas (Brand, S.O. 1984). Keynes jugó un importante papel en las pláticas de Bretton Woods, sede de la conferencia internacional promovida por los Estados Unidos y el Reino Unido celebrada en 1944, en la que se creó el Fondo Monetario Internacional y el Banco Internacional de Desarrollo.

Walter W. Rostow (1916-2003) economista americano, egresado de la Universidad de Yale, concibió el proceso de desarrollo desde una perspectiva económica, tomando en cuenta algunos elementos sociológicos, políticos, institucionales, culturales e históricos, que consideró, favorecían el crecimiento económico. Para Rostow el proceso de crecimiento económico, pasaba por una serie de etapas donde debían ocurrir ciertos cambios, tanto en el modo de producción, como en los valores de la sociedad. Las cinco etapas descritas por Rostow son: Sociedad tradicional con predominio de la agricultura de subsistencia; sociedad con condiciones previas para iniciar el desarrollo; etapa de despegue donde la sociedad adquiere aptitudes para aprovechar los resultados de la ciencia y la tecnología moderna, se organizan instituciones modernas, se mejora la infraestructura para responder al incremento de la productividad y expansión del comercio y se difunden ideas de progreso; la cuarta etapa o estado de madurez es el período en que una sociedad hace uso amplio de la tecnología moderna y utiliza plenamente sus recursos, se caracteriza por progreso sostenido; la quinta etapa o de consumo masivo donde los sectores principales se mueven hacia los bienes de consumo y servicios, que se convierten en el área dominante de la economía con alto y creciente ingreso, donde surge el Estado benefactor y es hasta entonces que se hacen importantes los objetivos de bienestar y seguridad social (Brand, S.B. 1984).

Según Rostow las etapas descritas han sido la ruta seguidas por los “países desarrollados”, quienes habrían llegado a la etapa tercera o más, mientras que los “subdesarrollados” se han quedado en la primera o segunda etapa. Para Rostow la estrategia para que los países “subdesarrollados” se convirtieran en “países desarrollados”, es “una inversión sustancial de capital”. Pero si el país no puede formar nuevo capital, según esta teoría, el desarrollo sería factible si se inyectase capital y tecnología como se hizo en época de la guerra fría con el plan Marshall en Europa.

Este modelo ha sido criticado porque no siempre es condición suficiente más ahorro e inversión para acelerar el crecimiento económico. El plan Marshall dio resultado en Europa porque tenía condiciones estructurales, institucionales y actitudinales a su favor: Una economía bien integrada, mercados libres, facilidades de transporte, fuerza de trabajo educada, burocracia eficiente y motivación. El modelo de Rostow no considera la necesidad de habilidades de gestión, planificación y administración de proyectos, existencia de mano de obra calificada y presencia de otras estructuras y sectores como aparatos de justicia sólidos, sistema de rendición de cuentas y transparencia, que impidan el desvío ilegal de fondos. (Todaro, M. 1995).

2. Nuevas teorías económicas explicando el desarrollo y subdesarrollo.

Las teorías económicas clásicas, que se habían centrado en temas de la producción e ignorado todos los problemas de la distribución, requerían de nuevas teorías económicas que incluyesen los problemas del desarrollo económico y trataran sobre las dificultades de los países menos favorecidos, temas como la igualdad de las personas y las naciones; la abolición de la desigualdad, la elevación del nivel de vida de los pueblos, la reforma de las instituciones.

Sir W. Arthus Lewis (1915-1990), nacido en las Antillas, compartió el premio Nobel de economía con Theodore S Shultz en 1979, por sus investigaciones sobre el desarrollo económico con atención particular a los problemas de los países “subdesarrollados”. Durante los años 60-70 estos economistas se enfocaban en los mecanismos para pasar

de una sociedad con economía tradicional basada en una agricultura de subsistencia a una economía urbanizada, industrializada y de servicios. (Eumed.Net, 2015)

Según la teoría de cambios estructurales, las economías “subdesarrolladas” exhiben dos sectores, el tradicional y el moderno. El tradicional se caracteriza por estar sobrepoblado, ser rural y/o contar con una economía de subsistencia, con un producto marginal del trabajo cercano a cero, donde la producción se relaciona a una única variable que es la fuerza de trabajo y donde los otros factores de producción, capital para inversión y tecnología, son constantes. El sector moderno industrializado se caracteriza por crecimiento del empleo y de la producción, determinado por la tasa de inversión en la industria y por la acumulación de capital en el sector moderno, en el supuesto que se inviertan los excedentes. La fuerza de trabajo es transferida del sector de subsistencia al sector industrial.

Según el modelo de Lewis, el sector moderno tiene una fuerza laboral perfectamente elástica porque puede aumentar a medida que la inversión y la producción aumentan. Los salarios mejoran a medida que cada vez más agricultores trabajan en la industria, lo cual significa también un aumento de los salarios y de los precios agrícolas. Los cambios estructurales ocurren con el traslado de la agricultura tradicional a la industria moderna urbana. (Todaro M., 1995)

Sin embargo, sucede que no necesariamente el aumento de los excedentes se invierte en aumento de empleos, sino en la compra de nueva tecnología que más bien reduce los empleos. Además, las utilidades pueden no ser invertidas en el país, sino que ser ahorradas en bancos extranjeros, sin aumentar el empleo o los salarios. Este es el crecimiento económico antidesarrollo, donde las utilidades se distribuyen entre unos pocos y no hay inversión social, aumentando el fenómeno de la inequidad. Por otro lado, el crecimiento de la población en las ciudades del “tercer mundo”, producto de la migración del área rural a la urbana también produce más desempleados en las ciudades. Hay otras fuerzas que hacen que salarios y empleos no dependan del mercado sino de otros sectores como sindicatos, legislaciones de escala de sueldos de servicio civil y otros.

En conclusión, el modelo de Lewis requiere amplias modificaciones para explicar las razones y mecanismos del desarrollo, si se toman en cuenta factores como la reducción en la contratación de fuerza laboral resultante del uso de tecnología moderna, el bajo monto de utilidades reinvertidas, la amplia inexistencia de excedente de fuerza laboral rural y amplia existencia de desempleo urbano y la tendencia a crecimiento de salarios aun cuando hay desempleo. Los analistas de los cambios estructurales enfatizan en la existencia de restrictores domésticos e internacionales que impiden el desarrollo

Holis B Chenery (Eumed.Net, 2015), economista de la Universidad de Harvard, especializado en los problemas del subdesarrollo, fue de los primeros en sugerir que no existen fases lineales de desarrollo. Hay similitudes y diferencias entre países subdesarrollados y las fases históricas de países desarrollados. Chenery hizo estudios en los cuales observó que el patrón de desarrollo depende no solo de cambios estructurales sino también de circunstancias particulares por lo que el patrón de desarrollo es variable y depende fundamentalmente de políticas gubernamentales de desarrollo del país, comercio internacional y políticas de asistencia. Los analistas de los cambios estructurales son optimistas respecto a la situación, contrario a los de la escuela de la dependencia internacional que aducen la existencia de factores críticos en la economía global, no analizados por los anteriores y que perpetúan la pobreza de las naciones del “tercer mundo”.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) diseñó un conjunto de iniciativas para el desarrollo, las cuales se caracterizaron por fomentar el modelo **de sustitución de importaciones**, debido al vacío que dejaban las restricciones a productos del extranjero, sucedido después de la Segunda Guerra Mundial. El modelo de sustitución de importaciones, según Rubi Martínez y Soto Reyes, puede dividirse en dos periodos, de 1950-1964 y 1965-1982. En el primero se ejecutaron políticas estatales de desarrollo, donde el Estado desempeñaba un papel protagónico estimulando la inversión y orientando las actividades productivas e incluyó diversas medidas de regulación que pretendían aumentar la capacidad de importar –en particular bienes de capital– y acelerar la generación de empleo. Sin embargo, el papel del Estado fue cuestionado debido principalmente, a que los beneficios del crecimiento no se reflejaban en la

población latinoamericana; además, gracias al modelo centro-periferia promovido desde la CEPAL, el crecimiento experimentado era lento. Posteriormente, en 1959, se concretó la estrategia de organización de un mercado común latinoamericano e integración regional, con la creación de una Asociación Latinoamericana de Libre Comercio, para desarrollar un mercado lo suficientemente amplio que pudiera consumir la producción interna y sustituir las importaciones. (Martínez Rangel Rubi., Soto Reyes G., 2012)

En el segundo periodo (1965-1982), los esfuerzos se concentraron en el desarrollo regional. Este periodo se caracterizó por: políticas altamente proteccionistas y estrategias concebidas para mercados más grandes que los de la región. Al favorecer la constitución de estructuras monopólicas u oligopólicas, con alto grado de proteccionismo, se afectaron las posibilidades competitivas en el plano internacional.

En los años 70, el modelo de la dependencia internacional ganó soporte especialmente entre los intelectuales de países pobres. Dentro de este modelo había tres corrientes: **neocolonialismo, falso paradigma y desarrollo dual.**

El modelo neocolonialista, de orientación marxista presenta la tesis de que los países de “tercer mundo” han continuado una relación histórica de desigualdad entre países ricos (centro) y los pobres (periferia). Ciertos grupos privilegiados (terratenientes, empresarios, líderes sindicales, empleados asalariados de gobierno, comerciantes) han estado interesados en mantener un estatus de privilegio. Directa o indirectamente han estado ligados a situaciones de dependencia y dominación por poderes internacionales como corporaciones multilaterales y agencias de cooperación bilateral sea por lealtad o por fondos y por grupos de poder nacionales que entorpecen iniciativas de desarrollo. A diferencia de los modelos de las etapas o de cambios estructurales, los factores que determinan el subdesarrollo son externos y no internos (ahorro, inversión, falta de habilidades o de educación). Uno de los exponentes de esta modelo es Theotonio Dos Santos (1936-) sociólogo brasileño quien sostiene que el subdesarrollo lejos de ser un estado previo al desarrollo capitalista, es una consecuencia del mismo, la economía de un país es condicionada y dependiente del desarrollo y expansión de otras. Los países desarrollados a través de tecnología, comercio, dominación sociopolítica pueden,

dependiendo de momentos históricos particulares, explotar y extraer los excedentes de otros países. (Montesinos Jerez, J.L., 2008)

Modelo del falso paradigma. Este modelo está asociado a la corriente estructuralista-internacional de desarrollo. Es menos radical sobre relaciones de dependencia con otros países, argumentando que el apoyo técnico y económico de los países más ricos es inapropiado, por cuanto, las asesorías provenientes de agencias de cooperación, se hacen con desconocimiento de las realidades sociales, económicas, culturales de los países menos desarrollados. Finalmente, esa construcción basada en falsos supuestos e importantes sesgos se transforman en políticas y estrategias para los países pobres con la consiguiente falta de resultados esperados (Montesinos Jerez, J.L., 2008). Santos da Silva expresa lo mismo “falsas premisas llevan a soluciones inadecuadas”. (Santos da Silva, J., UNAH, 2008)

Teoría del desarrollo dual. Implícita en la teoría de cambios estructurales y teoría de dependencia, considera la existencia de dos mundos, dos tipos de naciones y de grupos, los ricos que son pocos y los pobres que son muchos. Engloba cuatro elementos: 1. Diferentes condiciones pueden coexistir en un espacio, siguiendo la teoría de Lewis, sociedades con zonas que utilizan métodos modernos y otras con métodos tradicionales de producción en áreas urbanas y rurales, grupos con bienestar y altamente educados y otros sin bienestar e ignorantes 2. La coexistencia es crónica y no transicional. No se observa que el estado de pobreza y de bienestar sea un fenómeno histórico temporal. 3. La brecha entre grados de superioridad e inferioridad, de bienestar y malestar, pobreza y riqueza tienden a crecer. La diferencia entre productividad de los trabajadores en países desarrollados y la de su contraparte subdesarrollados, tiende a aumentar. 4. Las relaciones entre superior e inferior son tales que los primeros hacen poco o nada para impulsar a los de abajo, sino lo contrario, desarrollando más bien el subdesarrollo.

Según Celso Furtado (1920-2004) el subdesarrollo no es una etapa en la formación de las sociedades modernas capitalistas sino más bien un proceso de penetración de empresas capitalistas en estructuras arcaicas. El fenómeno se presenta de formas distintas y en distintas etapas. En unos casos coexisten dos, la empresa capitalista

coexistiendo con un amplio sector de economía de subsistencia y en otro, como Brasil en que existe un tercer sector, el empresarial industrial, suficientemente diversificado, que satisface la demanda interna, puede producir los bienes de capital como para su propio crecimiento y que sustituye los productos de manufactura importados en competencia con ellos. De esta manera el sector industrial interno o nacional sustituye (Modelo de sustitución de importaciones) productos propios de consumo de sociedades desarrolladas, con producción tecnológica que se aproxima a la estructura de costos/precios de países exportadores, pero no desarrolla la producción que permita la transformación más rápida de la estructura económica y absorción del sector de subsistencia. Aunque crece el sector industrial ligado al mercado interno y aumenta su participación en el PIB y en el PIB per cápita, la estructura económica de la sociedad se modifica poco y la misma permanece alejada de los beneficios del desarrollo. (Furtado, C., 1971)

Crecimiento endógeno. La principal motivación de esta teoría es explicar tanto la diferencia en la tasa de crecimiento entre países, así como la mayor proporción de crecimiento observado. Los modelos de crecimiento endógenos se estructuran en torno a una función de producción donde la tasa de crecimiento depende del stock de tres factores: “capital físico, capital humano y conocimiento o progreso técnico”, que pueden ser objeto de acumulación y generar externalidades. Esta teoría ayuda explicar el porqué se produce el flujo anómalo de capital que exacerba la disparidad entre el primer y tercer mundo. Las potenciales altas tasas de retorno a la inversión ofrecida por economías en desarrollo, con baja tasa capital trabajo, es grandemente contrarrestada por los bajos niveles de inversión complementaria en talento humano (educación), infraestructura, investigación o desarrollo. En contraste a los neoclásicos esta teoría sugiere un rol activo de políticas públicas en promover el desarrollo económico.

El etnodesarrollo se refiere a al desarrollo producido por la movilización política de un pueblo tras sus propios objetivos y no aquellos que otros le han diseñado (Nyere citado por Esteba, G), o cuando Rodolfo Stavenhagen propone el etnodesarrollo o el desarrollo con autoconfianza, consciente de que debe 'mirarse hacia adentro' y 'buscar en la propia

cultura', en vez de seguir adoptando puntos de vista prestados y ajenos; y así otros que plantean el desarrollo participativo.(Stavenhagen, R. 1992)

En conclusión, en los años 70 se debatían diferentes teorías, cambio por etapas, cambios estructurales y el modelo del neocolonialismo-dependencia. Se consideraba que era necesario no solo aumentar el PIB, sino que eran necesarias reformas domesticas e internacionales, reformas políticas, económicas e institucionales para contrarrestar el imbalance de poderes nacionales e internacionales. Mientras sucedía el debate, en los años 80 y 90 la contrarrevolución neoclásica de mercado libre dominaba el occidente, independientemente de ideologías.

3. La contrarrevolución neoclásica

Países como Estados Unidos, Inglaterra y Alemania con gobiernos conservadores, implementaron la contrarrevolución neoclásica y apostaron por los mercados, la privatización, una menor injerencia gubernamental y la desaparición de las empresas públicas. Esta política se basa en el concepto de que la situación de los países menos desarrollados, no es el resultado de la actividad depredadora de los países desarrollados, sino que proviene de “las pesadas manos del Estado intervencionista con su ineficiencia, corrupción y falta de incentivos”. (Todaro, M. 1994)

Según la teoría **tradicional neoclásica**, el crecimiento económico resulta de aumento de la cantidad y la calidad del trabajo, aumento del acervo de capital (ahorro e inversión) y de una tecnología mejorada. Las economías cerradas, con menos ahorro, crecen más lento que las economías abiertas que dejan fluir capital extranjero de países ricos hacia los pobres para la inversión.

Para los teóricos de la dependencia (en su mayoría economistas del “tercer mundo”), el problema radica en las relaciones internacionales entre los países desarrollados y los menos desarrollados, mientras que para neoclásicos el problema es interno, resultado de la excesiva intervención de Estado y malas políticas económica. Según Todaro, en términos de eficiencia, ciertamente el libre mercado es mejor que el Estado, pero no, en términos de equidad. La organización y las instituciones de los países del “tercer mundo”

no son iguales a las del “primer mundo”, por lo que las recetas de los neoclásicos, fundamentada en las características y resultados de los primeros, no siempre aplican. En los países no industrializados, el libre mercado simplemente no existe, dada la presencia de elementos históricos, institucionales, políticos, etc. Los consumidores no son soberanos, no deciden qué se va a producir, cuanto y por quien; el mercado es fragmentado, hay amplias externalidades que influyen mas alla de la oferta y la demanda, de manera que la economía tradicional capitalista, en países con amplias desigualdades socioeconómicas y rigidez institucional, las reglas del libre mercado y las del Estado a menudo fallan. (Todaro, M. 1994)

Según los neoclásicos la baja relación capital-trabajo en el tercer mundo, prometía altas tasas de retorno a la inversión, sin embargo, las reformas del mercado libre impuesto por el BM y FMI produjeron poco en los países no desarrollados con un flujo inverso de capital que fluía de países pobres hacia los ricos. A raíz de este fenómeno nace la teoría de crecimiento endógeno o teoría de nuevo crecimiento.

Todas las teorías descritas no explican de manera satisfactoria el ritmo histórico de crecimiento económico y desarrollo en todo el mundo. La teoría neoclásica considera que en ausencia de un stock tecnológico no hay crecimiento de las economías, respecto al proceso dinámico de la relación capital- trabajo a largo plazo. Sin embargo, el factor tecnológico es completamente externo a los agentes económicos y por otro lado se ha observado que a iguales tecnologías hay variación de crecimiento y desarrollo entre países, como el caso de Costa Rica y de Cuba, sobre todo con lo que respecta al tema del desarrollo humano especialmente al tema de salud y educación.

4. Desde la política internacional. La Organización de las Naciones Unidas

En el contexto de la segunda guerra mundial, sucedieron una serie de reuniones dirigidas por Franklin D. Roosevelt presidente de Estados Unidos y Winston Churchill, primer ministro de Inglaterra, a las cuales se adhirieron representantes de otros países y que culminaron con la constitución de la Organización de las Naciones Unidas en 1945. De

estas reuniones pueden destacarse la Declaración de Londres, la Carta del Atlántico y el documento de la reunión de Bretton Woods.

El 12 de junio 1941, en la Declaración de Londres, los representantes de 14 países, los cuales serían llamados países aliados en contra el Eje (Alemania, Italia, Japón), declararon su propósito de trabajar en conjunto, en la búsqueda de un porvenir más estable en los años de postguerra. (ONU, 1941). La siguiente frase del documento es destacada:

“La única base cierta de una paz duradera radica en la cooperación voluntaria de todos los pueblos libres que, en un mundo sin la amenaza de la agresión, puedan disfrutar de seguridad económica y social”

Dos meses después, el 14 de agosto de 1941, en algún lugar del Atlántico, Roosevelt y Churchill y firmaron un documento llamado “Carta del Atlántico” la cual reunía un conjunto de principios para el mantenimiento de la paz y la seguridad internacional. La Carta del Atlántico, contenía ocho puntos entre los cuales se establecía la necesidad de una organización mundial donde las naciones se comprometieran a renunciar a la dominación de otros países a través del uso “de las armas”. La cláusula quinta también expresa el propósito constructivo de una futura organización internacional de máxima colaboración entre las naciones en el campo económico a fin de que todas pudieran conseguir mejores condiciones de trabajo, progreso económico y seguridad social. (ONU, 1941)

El primero de enero de 1942, F.D. Roosevelt, W. Churchill, M. Litinov de la Unión Soviética, T.V. Soong de China, firmaron un documento conocido como Declaración de la Naciones Unidas, al cual se adhirieron 22 países, entre ellos Honduras y los demás países centroamericanos, Panamá, Haití y Dominicana de Latinoamérica, Australia, Bélgica, Canadá, Checoslovaquia, Grecia, India, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelandia, Sud-África, Países Bajos, Polonia, Yugoslavia. Más tarde se adhirieron México y otros países de Sudamérica a excepción de Argentina, así como Francia, Egipto, Siria, Irán, Arabia Saudita, Turquía, Líbano. En este documento se ratificaban los principios de la declaración emitidos en la Carta del Atlántico y se comprometían a *“poner*

su máximo empeño en la guerra y a no firmar la paz por separado". Este es el primer documento donde oficialmente se usa el término Naciones Unidas. (ONU, 1942).

El 1 de julio de 1944 en Bretton Woods, una pequeña localidad turística del estado de New Hampshire, Estados Unidos, se dio lugar a un encuentro entre países, que presenciarían la creación de un nuevo ordenamiento del capitalismo y, el establecimiento de la supremacía económico-militar de Estados Unidos. Este país consiguió imponer su propuesta formulada por el economista Harry D. White, ante la iniciativa británica de John M. Keynes. (Novy A, 2012).

El sistema de Bretton Woods tiene su origen en las ideas de Keynes (de hecho, presidía una de las tres mesas de discusión de la conferencia) que en política económica consistía en tratar de conducir el crecimiento económico desde el plano global. Esta propuesta se basaba en 4 puntos: La creación de un banco central mundial que condujera globalmente la liquidez y estabilizara la economía; un fondo para la reconstrucción y el desarrollo para apoyar a países de bajos ingresos; la creación de una organización internacional de comercio que cuidara de la estabilidad de los precios de los bienes primarios de exportación; la creación de un programa institucionalizado de ayuda vinculado a las Naciones Unidas sobre subsidios no reintegrables que se deberían adjudicar. (Novy, A. 2012)

La Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones Unidas, como se denominó oficialmente la Conferencia en Bretton Woods, (New Hampshire, el 22 de julio de 1944), era parte de los planes de reconstrucción de postguerra concebidos en la Carta del Atlántico, cuando el mundo se enfrentaba a los desastrosos resultados económicos y financieros de dos guerras mundiales y los países recién independizados de su estado colonial, a deplorables condiciones de postergación social y económica. (Urquidi, V.L. 1994).

México planteó la necesidad de igualar los esfuerzos políticos y económicos para tratar el tema de reconstrucción y "desarrollo" en igualdad de condiciones del resto de las naciones, pero las consideraciones económico-financieras dominaron el escenario.

(Urquidi, V.L., 1994). Con énfasis en los asuntos financieros y monetarios surgió el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, conjunto de instrumentos y mecanismos para crear el nuevo orden internacional, tanto en el ámbito político como en el económico y lo social. Otras propuestas en varias áreas temáticas fueron tratadas en esa conferencia, las cuales serían posteriormente desarrolladas por los organismos especiales de las Naciones Unidas.

Entre 1943 y 1948 se constituyeron la mayor parte de organismos especiales de las Naciones Unidas, que desarrollarían una agenda estratégica de apoyo económico y social para garantizar una paz perdurable, en un siglo marcado por la violencia, la guerra, avance tecnológico, consumo, con la correspondiente agresión al medio ambiente y falta de compromiso para generaciones futuras. Algunos de esos organismos especiales son: la Organización para la Agricultura y la Alimentación (Food and Agriculture Organization FAO, Quebec, Canadá 1945); la reestructuración de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO, noviembre 1945); la salud (Organización Mundial de la Salud OMS, 1948), el comercio, la aviación civil, el transporte marítimo, el empleo, y otras.

El Sistema de Bretton Woods quebró finalizando los años 60, cuando el dólar no podía seguir cumpliendo su función como dinero referente debido a la costosa guerra de Vietnam y a que las otras naciones europeas y Japón habían mejorado sus economías de manera que pudieron adaptar por separado sus paridades. En los años siguientes los países se decidieron por la liberación de sus tipos de cambio. “Actualmente no queda mucho de los acuerdos de Bretton Woods en las instituciones del FMI y el MB quienes son duramente criticadas por sus desviaciones de las ideas solidarias y estabilizadoras keynesianas”: (Novys, A. 2012)

“Nuevos Brettons Woods” (Boughton, J.M., 2009) se dieron temprano, en la segunda mitad del siglo XX, principalmente ocurridas por el golpe de los precios de petróleo y la inestabilidad del sistema cambiario, sin embargo, no se sistematizaron sus objetivos ni se trataron planes para superar los problemas de la década. En 1998, el Congreso de Estados Unidos convocó a la comisión de asesoramiento para las instituciones

financieras internacionales, quienes recomendaron que el FMI no otorgara préstamos a más largo plazos, cancelara los créditos frente a países pobres muy endeudados, que adoptaran una agenda de desarrollo aprobada por el Banco Mundial. Este debate condujo a la adopción de la iniciativa para el alivio de la Deuda Multilateral y del Instrumento de Apoyo a la Política Económica en el 2005. (Boughton, J.M., 2009)

En el siglo pasado la estructura financiera internacional evolucionó en respuesta a las circunstancias creadas por los países industrializados y la adaptación institucional frente a los cambios en la economía mundial. De acuerdo a Boughton (Boughton, J.M. 2009) los principales intentos por enmendar la estructura financiera internacional se dieron en respuestas a crisis y si tuvieron éxitos, lo hicieron parcialmente. Las crisis financieras se presentaron simultáneamente con otras crisis aún más graves: *“fuertes fluctuaciones del precio de los alimentos, del petróleo y otros productos básicos. El cambio climático y la extrema pobreza en el mundo en desarrollo, generarán una crisis en un futuro. Si el temario se centra en la enmienda de las normas financieras internacionales, la oportunidad para resolver otras cuestiones podrá perderse, quizá por muchos años.”* (Boughton, J.A.2009).

Otras reuniones se sucedieron para desarrollar objetivos, estructura y funcionamiento de la organización mundial (Declaraciones de Moscú y Teheran, Conferencias de Dubarton Oaks y Yalta,) antes de que, el 26 de junio de 1945, en la ciudad de San Francisco de Estados Unidos, 51 países firmaran la Carta de las Naciones Unidas (ONU, 1945).

La Carta de las Naciones Unidas contenía 111 artículos que fueron aprobados por unanimidad por los países aliados. En el preámbulo se destaca la resolución de las naciones a, preservar de la guerra a las generaciones venideras, reafirmar los derechos fundamentales, la dignidad y valor de la persona humana, crear condiciones para mantener la justicia, el respeto a los tratados internacionales, a *“promover el progreso social de todos los pueblos y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad”* enfatizándose en las finalidades de la Organización, el tema de la paz y seguridad. (ONU, 1945)

En el Capítulo 1 de los propósitos y principios, se declara que la organización está basada en principios de igualdad soberana de todos los miembros y que los miembros se comprometen a cumplir con las obligaciones contraídas conforme a la Carta, a arreglar sus controversias internacionales por medios pacíficos de manera que no se ponga en peligro la paz, la seguridad ni la justicia.

En la Carta se establecen los órganos principales de la institución, que son: la asamblea general, el Consejo de Seguridad (con cinco miembros permanentes y diez miembros no permanentes), el Consejo Económico y Social, el Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia y una Secretaría. Cabe mencionar que, en ese contexto, para la Organización, el aspecto de seguridad mantiene situación de privilegio ante otros temas y que la conducción del Consejo de Seguridad es en cierto sentido autónoma de la asamblea, los miembros permanentes son los representantes de los países de la iniciativa que contaban con el mayor poder parlamentario y en ese sentido ni la igualdad ni los sentidos de democracia imperan en la organización. La asamblea conoce y recomienda sobre las decisiones del Consejo de Seguridad, pero no decide.

El 24 de octubre de 1945, los representantes de 51 países ratificaron la carta de las Naciones Unidas y con ese acto establecieron la creación de una organización denominada "Naciones Unidas". Los miembros de la organización son los países que participaron en la conferencia de San Francisco y los que habían firmado la declaración de la Naciones Unidas el 1 de enero de 1942. Para ese entonces se reconocía ya como posibles causas de conflictos, la desigualdad, la falta de libertad de los pueblos y los problemas de carácter económico, social, cultural. La Asamblea General, organismo constitutivo de la institución, asumió en sus funciones según se especifica en el artículo 13, numeral 1, literal b, que la Asamblea General promovería estudios y haría recomendaciones para *"fomentar la cooperación internacional en materias de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario y para ayudar a hacer efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos sin distinción de raza, sexo, idioma o religión"*

Los capítulos IX y X les dan el marco jurídico a los propósitos de la Organización en materia de cooperación internacional económica y social. Así mismo, posibilita la creación de organismos especializados con amplias atribuciones, definidas en sus estatutos, relativas a materias en el orden de lo económico, social, cultural, educativo y **sanitario**. El artículo 55 especifica:

*“Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá: Niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social; La solución de problemas internacionales de carácter económico, social, **sanitario** y de otros conexos; la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; El respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión y la efectividad de tales derechos y libertades”.*

De esta manera, al menos de manera conceptual, se van incorporando elementos fundamentales de desarrollo, más allá del progreso económico y tecnológico, donde la justicia, la libertad y la democracia como partes constitutivas del desarrollo desempeñan un rol fundamental para el mantenimiento de la paz.

5. Sobre el nacimiento del concepto de “países subdesarrollados” y la ayuda para el desarrollo

Aunque el concepto de desarrollo se había venido construyendo desde diferentes ámbitos, especialmente en los últimos cuatro siglos, el término adquirió connotación mundial cuando fue usado desde el plano de la política internacional por el presidente Harry S Truman (1884-1972) trigésimo tercer presidente de Estados Unidos (1945-1953), quien en el discurso inaugural de su segundo mandato, el 20 de enero de 1949, expresó en el cuarto punto de la política de su gobierno, su concepto sobre desarrollo y subdesarrollo y la estrategia para la solución del subdesarrollo (Esteva G, 2011). En este

discurso se expuso las cuatro líneas que seguiría Estados Unidos, el país más poderoso del mundo, en los próximos años de la postguerra: 1. Soporte a la Organización de las Naciones Unidas; 2. Establecimiento de un programa de recuperación económica mundial, particularmente a Europa, reducir las barreras al comercio mundial e incrementar su volumen; 3. Fortalecimiento de la defensa para la seguridad de los países aliados particularmente del hemisferio occidental; 4. Ayuda para el desarrollo **de países subdesarrollados**. (Anexo 3)

De los cuatro puntos que conformaron el Plan de Truman, se destaca el tema de la defensa y de la seguridad para los países aliados llamados por él democráticos y amantes de la paz. El cuarto punto del discurso fue dedicado a promover una alianza de los países desarrollados para implementar estándares similares en los países con menor desarrollo industrial y con problemas en diferentes áreas sociales. (Truman, H. 1949)

Siendo que el punto cuatro de dicho discurso es considerado por muchos pensadores, como el origen del adjetivo “subdesarrollo”, países subdesarrollados y de la connotación político-estratégica del tema, es importante analizar el punto con mayor detalle.

Según Esteva, antes de Truman, Wilfred Benson, funcionario de la Organización Internacional del Trabajo, había usado el termino de “áreas subdesarrolladas” en sus escritos sobre las bases económicas para la paz en 1942, así como Rosestein–Rodan y Arthus Lewis y describían la brecha entre países ricos y pobres, pero el tema del desarrollo y su contraparte el subdesarrollo solo adquirió impacto, hasta que fue empleado por Truman, con las consecuentes connotaciones políticas y económicas:

*“Nos debemos embarcar en construir un nuevo programa para hacer que los beneficios de nuestros avances científicos y progreso industrial, esté disponible para el mejoramiento y crecimiento **de áreas subdesarrolladas**. Mas de la mitad de las personas en el mundo están viviendo en condiciones de miseria. Su alimentación es inadecuada. Son víctimas de enfermedades. Su vida económica es primitiva.... Los Estados Unidos es preeminente entre las naciones en desarrollo industrial y técnicas científicas...”* (Truman, 1949)

Y la fórmula para el desarrollo: *“Mayor producción es la clave de la prosperidad y la paz. Y la clave para mayor producción es la aplicación más vigorosa y amplia del moderno conocimiento científico y tecnológico.” (Truman, H. 1949)*

Así quedó reducido el concepto de desarrollo, al ámbito de la producción. La estrategia de la ayuda para el progreso, probablemente haya llevado también el interés de asegurar la adhesión de todos los países de la región a la “nueva era de desarrollo económico” o neoliberalismo, simplificándose el tema del desarrollo a la transferencia de tecnología, la industrialización y mayor producción.

Para muchos pensadores del desarrollo, el discurso de Truman y la política internacional aplicada posteriormente, es el origen de que dos tercios de los países del mundo fueran denominados como subdesarrollados o tercermundistas, término que tiene una connotación negativa por si misma, de exclusión, estigma, subyugación para muchos de los llamados países así denominados y calificados. (Sousa da Silva, J., 2001). El término desarrollo que se había estado construyendo en los últimos doscientos años fue restringido, limitado y empobrecido, dentro del enfoque positivista de crecimiento económico y aumento del comercio internacional.

Respecto a la ayuda para el desarrollo, fue el resultado de la experiencia con el Plan de Recuperación Europea (Europea Recovery Plan) nombre oficial del mejor conocido como Plan Marshall, en alusión al secretario general de Estados Unidos, George Marshall, quien lo expuso primeramente en la Universidad de Harvard y posteriormente el 27 de julio de 1947 en una cumbre de países europeos. El plan Marshall fue el más importante apoyo y estrategia de Estados Unidos dirigido, por un lado, a la reconstrucción de los países europeos devastados por la segunda guerra mundial y por otro para contener el avance del comunismo. El plan contemplaba, además, integrar un mercado europeo y el uso de indicadores de control y técnicas de gestión utilizados en los Estados Unidos. El plan estuvo vigente durante 4 años fiscales, tiempo en el cual los países que ingresaron a la Organización Europea de Cooperación Económica recibieron 13,000 millones de dólares. Al finalizar este período los países europeos que participaron en el plan habían recuperados sus economías a niveles sin precedentes. (Woods R.B.,1997)

Una serie de situaciones contribuyeron al éxito del plan Marshall en Europa: Por un lado el apoyo económico de los Estados Unidos , pero además resultado de la política de “laissez –faire” que permitió el libre comercio y eliminación de barreras arancelarias, estabilización de los mercados, libre comercio y la existencia de una base estructural de instituciones fuertes, que sabían y podían encausar esa ayuda, para alcanzar e incluso superar y reordenar los estándares reconocidos en el mundo capitalista/industrial.

Los economistas de los países industrializados llegaron a la idea de aplicar las experiencias del Plan Marshall a naciones africanas, asiáticas y de Latinoamérica, sin antes contar con marcos teóricos que explicaran la situación de desarrollo de países fundamentalmente agrarios, con aparatos económicos antiguos, no tecnificados y con débil estructura institucional postcolonial. La experiencia exitosa de envío de grandes flujos de ayuda económica y técnicas para la reconstrucción a los países europeos, considerando además que las naciones europeas habían sido también agrarias y no tecnificadas antes de las guerras, fue suficiente para buscar su réplica en otros países. Se procedió entonces a inyectar capital y a aplicar el proceso de desarrollo que habían seguido los países europeos a otras naciones con diferente condición histórica, política y económica. Después se veía que la ayuda externa en término de transferencia de capital y tecnología no bastaba, porque la ayuda externa tenía sentido, si los países contaban con estructura e instituciones fuertes, con ciudadanos empoderados y consientes, políticas de desarrollo generadas en consenso, pertinentes e integrales, con posibilidades de que se implementasen con equidad y fueran sostenibles (Escribano G.,2010)

6. El desarrollo social, la democracia y el crecimiento económico.

El debate surgido en el periodo de postguerra, acerca de cuál sistema político promovía mayor crecimiento económico, el de la Unión Soviética, o el capitalismo occidental, es decir si el crecimiento económico era inversamente proporcional a la democracia o lo contrario, permitió efectuar análisis más profundos que demostraron que el crecimiento económico y el desarrollo dependen de muchos factores. Joseph Stiglitz, economista estadounidense, premio Nobel en el 2001, en una conferencia sobre desarrollo,

economía de mercado y democracia, llevada a cabo en Seúl, Corea, afirmó que el crecimiento a largo plazo es posibilitado de mejor manera, si hay una amplia participación, procesos abiertos y transparencia (Stiglitz, J., 1999).

Según Stiglitz, los procesos participativos son capaces de restaurar o preservar el capital social, de fortalecer la comunicación, el sentido de comunidad, favorecer la cooperación, la solidaridad, la confianza en decisiones que apoyan intereses comunitarios y no intereses especiales. El estado de derecho mejora la inversión, evita la concentración de riqueza y de poder, permite y fortalece los gobiernos corporativos donde los trabajadores son de cierta manera, accionistas; se emiten leyes que garantizan transparencia y equidad, se interesa en los procesos no solo los resultados, en la acción civil que supervise la aplicación de la normativa, todo lo cual garantiza no solo el crecimiento económico sino el desarrollo de la sociedad. (Stiglitz, J., 1999)

Durante la conferencia en Seúl se estuvo de acuerdo en que uno de los mayores cambios que afronta el mundo desarrollado y no desarrollado, es el cambio a sociedades del conocimiento y de la tecnología, lo cual requiere de personas educadas y de acceso a rápido a fuentes de conocimiento a través del internet. De manera que el acceso equitativo a la educación es indispensable para fortalecer el “capital social” y la autonomía.

Aunque históricamente se ha considerado que desarrollo es equivalente a desarrollo económico (y como indicador el PIB/per cápita) que permitiría mejorar la salud y educación, tal como parece ser en los países desarrollados donde estos indicadores coinciden, existen ejemplos donde, como el caso de Costa Rica, las políticas públicas han posibilitado mejorar indicadores sociales respecto a lo que se podría esperar según su renta, y viceversa, existen países con PIB/per cápita de quienes se esperarían mejores indicadores sociales. De manera que es posible deducir que el desarrollo va más allá de crecimiento económico e implica la capacidad de una sociedad de resolver los conflictos pacíficamente, es decir desarrollo social. Es reconocido que las sociedades con altos niveles de violencia y corrupción reflejan bajo desarrollo social.

En Latinoamérica en los años 80, cuando se implementó la política de reajuste se recortaron gastos en educación y en salud, aumentó el desempleo y la desigualdad. Esta política no se caracterizó por apertura, transparencia y participación lo cual incidió negativamente en el proceso de cohesión social. Stiglitz discutió sobre la necesidad de cambio de principios de la ayuda externa a países en desarrollo, orientados a adoptar decisiones en base a consensos logrados con **participación activa y construcción de capital social**, los cuales tienen más posibilidades de resultar en políticas económicas sostenibles que se transformen en desarrollo. (Stiglitz, J., 1999)

Para Gustavo Esteva, el concepto desarrollo y la propuesta estratégica expresada por Truman representó una comparación prejuiciada sobre los países sustentada en el supuesto, *“muy occidental pero inaceptable e indemostrable, de la unidad, homogeneidad y evolución lineal del mundo”* (Esteva, G., 1999).

Después de una década del programa de las Naciones Unidas fue claro que esa estrategia, no era suficiente para generar desarrollo, que un rápido crecimiento económico traía consigo una serie de problemas como aumento en las inequidades e impacto deletéreo del medio ambiente. Robert S. McNamara, planteó el asunto en 1970, tras reconocer que una alta tasa de crecimiento no había traído consigo una evolución satisfactoria hacia el desarrollo e insistió en que la década de los 70 debía contener algo más que medidas burdas de crecimiento económico. Sin embargo, el 'destronamiento del PIB', como se llamó entonces a esta cruzada, no llegó muy lejos, no fue posible lograr consenso internacional o académico sobre cualquier otra definición.

Para economistas latinoamericanos de izquierda, el subdesarrollo era consecuencia del desarrollo de otros, es decir, los países 'atrasados' o 'pobres' estaban en esa condición, por los saqueos previos del proceso de colonización y la explotación capitalista a escala nacional e internacional.

7. El consenso de Washington.

La década de los 80 mostró el desequilibrio macroeconómico que produjeron las políticas proteccionistas y el financiamiento externo de la década de los 70 y evidenciaron la

inoperancia del modelo de sustitución de importaciones, basado en las exportaciones y en un modelo de desarrollo centro-periferia. Así pues, Latinoamérica entró en recesión en la década de los 80, por lo que este período representa estancamiento para la región, principalmente a causa los elevados precios del petróleo y el aumento de los costos de la deuda externa, originados en los altos niveles de las tasas de interés. El desequilibrio macroeconómico se caracterizó por elevación del precio del dólar, colapso de las exportaciones de las materias primas y reducción de los mercados para las exportaciones no tradicionales. Toda la región experimento la llamada crisis de la deuda. (Martínez Rangel y Soto Reyes Garmendia, 2012).

El crecimiento basado en la sustitución de importaciones, impulsado desde la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la hostilidad hacia el capital extranjero originada en la teoría de la dependencia, no permitieron evitar la crisis de la deuda externa. La deficiente gestión de los Estados produjo altos déficits públicos, mercados financieros reprimidos, mercados cambiarios artificialmente controlados, mercados de bienes cerrados a la competencia mundial, restricciones a la inversión extranjera, empresas estatales ineficientes, rígidas relaciones laborales y derechos de propiedad mal definidos. (Martínez Rangel y Soto Reyes Garmendia, 2012)

La búsqueda de un modelo económico abierto, estable y liberalizado se cristalizó con la formulación del Consenso de Washington (CW) en **1989**, término acuñado por John Williamson, economista inglés, profesor del Instituto Peterson para Economía Internacional, consejero del FMI y BM. En noviembre de 1989, en Washington, se llevó a cabo una conferencia bajo el título “Reajuste: ¿cuánto ha costado?”, en la que John Williamson presentó un resumen sobre, las principales reformas que consideraba necesarias para establecer el crecimiento económico de América Latina. Los términos del CW, el cual no fue realmente un consenso más allá que el de los organismos internacionales, incluían reformas de política económica en una lógica de mercado caracterizada por la apertura y disciplina macroeconómica.

De acuerdo a lo planteado en el CW, América Latina requería de un modelo económico abierto y estable, que permitiera y facilitara el comercio internacional entre los países en

vías de desarrollo y los desarrollados, con la finalidad de impulsar el crecimiento económico de la región. Este modelo al mismo tiempo exigía disciplina macroeconómica que proporcionaría la estabilidad económica a partir del control de las finanzas públicas del Estado, a fin de lograr efectos económicos, políticos y sociales positivos. En la conferencia participaron destacados economistas y representantes de los organismos internacionales, quienes llegaron a un consenso acerca de los diez instrumentos de política económica que Williamson presentó como los objetivos prioritarios y que los Estados latinoamericanos debían alcanzar para salir del bache económico. Este fue el origen de lo que Williamson denominó “Consenso de Washington”. (Williamson, J., 2004).

Los objetivos prioritarios de este modelo ya habían sido aplicados en forma pionera por el gobierno de Margaret Thatcher y otros países industrializados agrupados en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Chile, en América Latina, país con un régimen dictatorial en ese entonces, aplicó políticas similares a las del Consenso de Washington a partir de la década de 1980, con las cuales logró un auge económico sostenido. Con esos antecedentes y la existencia de un modelo local similar con crecimiento económico exitoso en Latinoamérica, se reforzó la idea y la aceptación del Consenso de Washington para aplicar estas políticas en los demás países en “vías de desarrollo”.

El fundamento teórico de las propuestas del CW eran la teoría económica neoclásica y el modelo ideológico y político del neoliberalismo, donde el sector privado desempeña un papel fundamental en el crecimiento económico; después, con la formulación del Consenso de Washington quedó claro que los protagonistas de las actividades económicas provendrían del sector privado y el Estado únicamente desempeñaría un rol regulatorio. Las reformas de la política económica debían responder a las exigencias de los gobiernos latinoamericanos, pero sobre todo a las necesidades y exigencias de seguridad a las inversiones de los capitalistas interesados en disminuir el papel interventor del Estado. De esta manera, la lógica de mercado del nuevo modelo cobraría sentido, garantizaría y fortalecería su hegemonía en el rumbo de la vida económica latinoamericana. Se esperaba que la globalización y las reformas aumentaran las tasas

de crecimiento económico y además disminuyeran de manera significativa la pobreza y la inequidad.

A principios de los 90, la mayoría de los países de la región, incluyendo muchas de las economías más pequeñas de América Central y el Caribe, abrieron su comercio al exterior, recortaron el déficit presupuestario y vendieron activos del Estado, incluyendo muchas empresas de servicios públicos. Las privatizaciones y la reducción de las tasas de interés en los Estados Unidos entre 1990 y 1991 fomentaron una ola de inversiones en los más grandes mercados de valores de América Latina. Entre 1990 y 1995 el crecimiento económico de la región empezó a darse, en general estuvo en un promedio de 4.2% anual en contraste con el crecimiento del periodo 1982- 1989, el cual apenas había alcanzado el 1%. El ingreso per cápita empezó a subir luego de una década de descenso, aunque el desempleo siguió siendo alto, los salarios reales se recuperaron lentamente, pero la inequidad se manifestó de manera más grotesca. La década de 1990 fue para América Latina la de la instauración del neoliberalismo a partir de las reformas de política económica del denominado Consenso de Washington.

La agenda del Consenso de Washington abarcaba las siguientes ideas y reformas de política económica:

- **Disciplina fiscal:** Los déficits fiscales grandes y sostenidos, constituyen una fuente primaria de desequilibrio macroeconómico que se presenta como inflación, déficit de pagos y fuga de capitales que se traduce en desconfianza de los inversionistas.
- **Reordenamiento de las prioridades del gasto público:** recorte al gasto público para reducir el déficit presupuestario sin recurrir a los impuestos: restringir los subsidios de la administración pública, principalmente a empresas paraestatales y eliminación de subvenciones.
- **Reforma fiscal:** una reforma fiscal para ampliar la recaudación tributaria, disminuir el gasto público y remediar el déficit presupuestario.
- **Liberalización financiera:** Tipos de interés determinados por el mercado y tipos de interés reales positivos, a fin de disuadir la evasión de capitales e incrementar el ahorro.

- Tipo de cambio competitivo: se consideraba como un prerequisite para el crecimiento basado en las exportaciones. Un tipo de cambio competitivo brindaría seguridad a los negocios para invertir en las industrias de exportación. Según el Consenso de Washington, la política orientada al exterior y a la expansión de las exportaciones era necesaria para la recuperación de América Latina.
- Liberalización del comercio: Sistema de permisos de importación reemplazado por aranceles los cuales deberían reducirse con el tiempo. Asimismo, la importación de insumos necesarios para la producción de exportación debería liberalizarse inmediatamente. La liberación del comercio era el complemento del tipo de cambio competitivo en una política orientada al exterior.
- Liberalización de la inversión extranjera directa: La inversión extranjera traería capital, conocimiento y experiencia, ya sea produciendo bienes necesarios para el mercado nacional o para contribuir a la expansión de exportaciones.
- Privatizaciones: supuestamente para aliviar el presupuesto del gobierno a partir de la privatización de empresas paraestatales y liberar recursos destinados a áreas de carácter social.
- Desregulación: Las economías latinoamericanas contienen una serie de regulaciones que obstaculizan la entrada de empresas nacionales y extranjeras, por lo que había necesidad de modificar leyes para la venta de empresas estatales, lo que significa privatización y estímulo a la inversión nacional y extranjera.
- Derechos de propiedad: Derechos de propiedad asegurados a fin de consolidar un sistema capitalista de trabajo.

El propósito de cada punto del Consenso de Washington era facilitar y fortalecer la participación del sector privado que a corto plazo parecía ser más eficiente en la gestión y administración de recursos incluyendo los universales como agua y luz, y minimizar la participación del estado cuyo papel podría ser únicamente de mero facilitador de los negocios del sector privado (estabilidad), ocasionalmente un regulador de los excesos del mercado a través de programas como el de alivio de la pobreza y protección del medio ambiente, garante de la paz social (gobernanza) y de la internacionalización abriendo las fronteras al capital y tecnología extranjera y exportando la producción

doméstica. Los polos de desarrollo y élites prósperas desencadenarían un proceso de “cascada de la riqueza” de arriba hacia abajo, a las clases menos favorecidas, en otras palabras, el beneficio se distribuiría siguiendo el “modelo de goteo o derrame” que es, describiéndolo en otras palabras, “lo que sobra, que es poco, para los de abajo, que son muchos”.

El listado de condiciones del CW conforman el listado que los organismos internacionales exigen para acceder a los préstamos y rescates financieros, condiciones que responden más bien a los intereses comerciales y financieros de países altamente industrializados.

Para muchos países de la región latinoamericana la aplicación del modelo neoliberal no ha producido el auge económico previsto a pesar de haberse establecido su agenda con éxito. Los objetivos de las reformas estaban enfocados a resolver los problemas macroeconómicos de la región y la política social quedó excluida de los objetivos prioritarios del recetario económico. El derrame de la riqueza hacia los más necesitados no se ha dado y el número de pobres de la región ha aumentado.

Para Ocampo (Ocampo, J.A., 2005) los problemas fundamentales del Consenso de Washington eran cuatro: 1. Concepto restringido de estabilidad macroeconómica; 2. Falta de atención al potencial de las políticas de Estado en el sector productivo para inducir la inversión y acelerar el crecimiento; 3. Subordinación de las políticas sociales a las económicas; 4. Anulación del derecho de la participación ciudadana. Las reformas demostraron su inoperancia cuando ocurrió la crisis de 1994, la cual provocó una inestabilidad macroeconómica que afectó a muchos sectores que no fueron tomados en cuenta por las reformas, por ejemplo, no se le dio la importancia que tiene el fortalecimiento de las instituciones para estimular el crecimiento con equidad. La política permaneció enfocada en el crecimiento acelerado y no en un crecimiento con equidad, lo que afectó directamente la distribución del ingreso y polarizó aún más la brecha entre ricos y pobres, agudizando el problema de la pobreza en América Latina. Latinoamérica se convirtió en la región más inequitativa del mundo.

A principios de siglo XXI, la crisis en América Latina se manifestó a través de la desaceleración de las exportaciones, la disminución de la inversión extranjera, el incremento en las dificultades de acceso a los mercados crediticios y la disminución de los flujos migratorios y de los envíos de remesas, así como la salida de capitales y la baja en la demanda de servicios de turismo. Se reconoció entonces que las reformas del modelo neoliberal no habían dado los resultados esperados al no comprender las estructuras y relaciones económicas de los países latinoamericanos no industrializados. John Williamson y Pedro Pablo Kuczynski reevaluaron el decálogo y presentaron en el 2003 un plan de reformas que es el mismo decálogo más las reformas de segunda generación.

El nuevo recetario económico incluye reformas que hacen hincapié en la importancia de las instituciones, en el mercado laboral y en la pobreza. John Williamson asegura que las reformas necesitan atacar dos importantes áreas económicas: modernización de la infraestructura institucional para una economía de libre mercado y serie de cambios para mejorar la transparencia, modernizar la contabilidad, fortalecer los derechos de los accionistas minoritarios, facilitar la recuperación de los activos asignados como garantías y desarrollar registros de crédito.

En resumen, las recomendaciones de segunda generación del Consenso de Washington ahora están conformadas por 20 líneas estratégicas de política económica encaminada a desarrollar las condiciones necesarias para lograr el crecimiento económico latinoamericano y que consisten en la lista original más: 1. Reforma político-legal; 2. Instituciones reguladoras; 3. Anticorrupción; 4. Flexibilidad del mercado laboral; 5. Acuerdo con la Organización Mundial del Comercio, 6. Códigos y estándares financieros, 7. Apertura “prudente” de la cuenta capital; 8. Regímenes de tipo de cambio no intermediados; 9. Redes de seguridad social; 10. Reducción de la pobreza. (Williamson, J., 2004; Ocampo, J. A., 2005)

La agenda del Consenso de Washington con sus reformas ha demostrado que, en términos económicos y sociales, las políticas neoliberales no han funcionado para el desarrollo de América Latina por lo que existe la necesidad de crear una agenda

orientada y diseñadas desde y para el contexto latinoamericano. Chile, Brasil, Venezuela, han buscado alternativas más de acuerdo con la realidad regional. En 1998, en Santiago de Chile se dio a conocer una agenda de políticas económicas a la que se le denominó Consenso de Santiago, que estuvieron avaladas, por los presidentes de la región latinoamericana y por los organismos internacionales financieros y en el que se priorizaron reformas institucionales del sector financiero, las instituciones judiciales, la educación y la administración. En 2003 salió a la luz el Consenso de Buenos Aires, el cual fue firmado por los entonces presidentes Luis Ignacio Lula da Silva y Néstor Kirchner, de Brasil y Argentina, respectivamente, siendo los elementos clave, la integración regional, el crecimiento económico sostenido y la distribución equitativa de sus recursos; el diseño de políticas públicas y sociales para disminuir tasas de desempleo y pobreza con respeto la diversidad cultural y al entorno. La integración regional no sólo ha sido una estrategia exitosa en términos de crecimiento económico en países del cono sur de América Latina sino también los países asiáticos. (Ocampo, J.A., 2005)

Finalmente, la crisis de la deuda y el fracaso del modelo de sustitución de importaciones dejaron como resultado la interpretación de que el Estado proteccionista no respondía a las necesidades y problemas que exigía el nuevo orden de la economía mundial. El nuevo modelo tenía que ser abierto, liberalizado y estable, basado principalmente en una política de mercado y en disminuir el papel del Estado, con la finalidad de aumentar el margen de maniobra del sector privado.

El neoliberalismo se implementó en la vida económica de América Latina, a partir de las políticas económicas, primero de Bretton Woods en la posguerra y del Consenso de Washington en la década de 1990. América Latina debía abrir su economía, abandonar las prácticas proteccionistas, recortar el papel del Estado, sin embargo, aunque ha habido crecimiento económico en algunos países más que en otros, la pobreza aumentó y región se volvió la más inequitativa del mundo.

8. Desarrollo desde la Ecología: El informe Brutland: “Nuestro futuro común”

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano, celebrada en 1972, también conocida con Conferencia de Estocolmo, logró reunir tanto a naciones industrializadas como a países con menos desarrollo industrial, para tratar sobre los "derechos" que tienen las familias de contar con un medio ambiente sano y productivo que contribuya al bienestar en igualdad de condiciones y con visión de futuro. La declaración de Estocolmo destaca en veintisiete principios, la necesidad de regular el impacto que sobre el medio ambiente tienen los acelerados avances de la ciencia y tecnología y la explotación de los recursos naturales, así como la necesidad de eliminar la desigualdad, la segregación y la discriminación de todo tipo (ONU, 1972). Después siguieron una serie de conferencias sobre el derecho de las personas a disponer de alimentación sana, vivienda, agua potable y acceso a medios para escoger el número de hijos.

En 1983, la Asamblea General de la ONU formó la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, para efectuar un informe sobre dichos temas e incluir estrategias para lograr un “**desarrollo duradero**”. El 16 de junio de 1987 se presentó el informe titulado "Nuestro futuro común", también llamado informe Brundtland, en alusión a la presidenta de la comisión Dra. Gro Harlem Brundtland, originaria de Noruega (ONU, Informe Brutland, 1987). Es en este proceso, que se van formulando las ideas en torno al desarrollo sostenible, llamado en el informe “desarrollo duradero”.

La Comisión tenía el mandato de desarrollar tres objetivos : 1. Reexaminar las cuestiones críticas del medio ambiente y el desarrollo y formular propuestas realistas para encararlas; 2. Proponer nuevas formas de cooperación internacional sobre esos temas capaces de influir en las políticas y acontecimientos de los países; 3. Aumentar el nivel de comprensión y compromiso para la acción por parte de los individuos, las organizaciones, las instituciones y los países en la protección y mejoramiento del medio ambiente.

El informe presentado se desarrolló en tres partes: las preocupaciones sobre el medio ambiente, las tareas y los esfuerzos comunes.

La primera parte se detiene a analizar los síntomas y causas de los daños al medio ambiente: la desertificación, la contaminación del agua y aire, el efecto invernadero. La Comisión informó que la producción industrial creció cerca de 50 veces en los cien años pasados al informe, de la cual, cuatro quintos ocurrieron a partir de 1950. La economía internacional exhibió inusitado crecimiento económico en las décadas siguientes a la postguerra, pero en los 80, se empezó a reconocer los efectos indeseables de tal crecimiento. El informe señaló que las industrias basadas en el uso de los recursos del medio ambiente son la causa principal de contaminación y que estas industrias, estaban creciendo muy rápidamente en los países menos industrializados, donde a su vez era más urgente el desarrollo, pero menor la capacidad de reducir al mínimo los efectos perjudiciales secundarios. La desertificación que estaban sufriendo muchas partes de la tierra secundaria al uso de la leña como energía y a la búsqueda de tierras para la agricultura, traía consigo desastres naturales y poca eficiencia. Al mismo tiempo, las naciones industrializadas a menudo, habían dirigido sus políticas de desarrollo y de apoyo a las menos industrializadas, exhibiendo sus propios intereses y produciendo más bien incremento de las desigualdades de tenencia de recursos. Se señaló el ejemplo de la agricultura mundial, la cual ha tenido la posibilidad de producir en cantidad suficiente para todos, pero no la capacidad o el interés de distribuir con equidad.

Una de las preocupaciones manifestadas en el informe fue, cómo enfrentar el crecimiento poblacional con un medioambiente excesivamente explotado y deteriorado que las generaciones y futuro del planeta estaban en riesgo. Así mismo, se expresó la preocupación por los enfoques desafortunados, como el de seguridad nacional e internacional de países industrializados, muchas veces dirigidos al armamentismo, especialmente el nuclear, que amenazan el ecosistema, envés de tratar el tema de seguridad desde otro enfoque como el de la seguridad alimentaria.

La Comisión concluyó que muchas tendencias consideradas como parte del desarrollo actual, habían incrementado el número de personas pobres y vulnerables y deteriorado

el medio ambiente lo que obligó a reconceptualizar al desarrollo no ya “*en el contexto restringido del crecimiento económico..... sino como un nuevo camino de desarrollo que sostenga el progreso humano no solamente en unos pocos lugares y durante unos pocos días, sino en todo el planeta y hasta en el distante futuro*”. De esta manera el "desarrollo duradero" y la protección del medio ambiente debían convertirse en un objetivo de todas las naciones.

De acuerdo a la Comisión, el “desarrollo duradero” es el que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de satisfacer a las generaciones futuras. Encierra dos conceptos fundamentales, el de "necesidades", en particular las necesidades esenciales de los pobres, a las que se debería otorgar prioridad y la idea de “limitaciones” impuestas por la capacidad del medio ambiente para satisfacer las necesidades presentes y futuras.

En el informe se declara que la satisfacción de las necesidades esenciales demanda, no sólo una nueva era de crecimiento económico para las naciones donde los pobres constituyen la mayoría, sino la garantía de que estos pobres recibirán la parte que les corresponde de los recursos necesarios para sostener ese crecimiento, puesto que hasta entonces, los beneficios habían sido distribuidos inequitativamente.

Únicamente las personas libres, las personas a quienes les asisten los derechos, conscientes de que son ciudadanos maduros y responsables, pueden participar en el desarrollo y en la protección del medio ambiente. La Comisión consideró que los agentes del desarrollo amigable a la ecología son los ciudadanos libres y los sistemas políticos debían contribuir y asegurar la efectiva participación de los ciudadanos en la adopción de decisiones en el plano nacional y una mayor democracia en la adopción de decisiones a nivel internacional. Se requiere de políticas que generen procesos de cambio por el que la explotación de los recursos, la dirección y orientación de las inversiones, progresos tecnológicos y modificación de las instituciones, se vuelven acordes con las necesidades presentes y futuras de las mayorías.

La Parte II del informe, trata sobre las tareas comunes, la población y recursos humanos, seguridad alimentaria, ecosistemas y especies con tendencia a la extinción, vínculos entre el medio ambiente y el desarrollo, energía, industria y urbanización.

Se destacó el problema que genera la producción agrícola de los países industrializados, por lo general bien subvencionada y protegida contra la competencia internacional, lo que no sucede con muchos países pobres por lo se recomendó que las políticas al respecto, deberían ser complementarias entre la producción de alimentos en países industrializados y países pobres, mejorar la distribución y apoyar el desarrollo rural integrado.

Se denunció que las especies están desapareciendo a un ritmo sin precedentes, donde la necesidad de existencia de la diversidad de especies es fundamental para el funcionamiento normal de los ecosistemas y de la biosfera en su conjunto. Respecto al tema de la energía que proporciona servicios esenciales para la vida humana (calor para calefacción, para la cocina, para la producción industrial o fuerza motriz para los medios de transporte y las actividades mecánicas), proviene de combustibles (petróleo, gas, carbón, madera), material nuclear y otras fuentes primarias como la energía solar, aerólica o hidráulica, siendo la leña la principal fuente de energía doméstica de millones de personas de los países no industrializados, la cual cada vez es más escasa. Se consideró la necesidad de rediseñar aparatos de manera que presten el mismo volumen de servicios con menor consumo de energía; utilización mixta de energía lo cual no se lograría únicamente con las presiones del mercado, sino con la participación de los gobiernos por el papel que desempeñan como productores y principales consumidores de energía. Los gobiernos deberían convertir el tema de uso racional y ahorro de la energía, como un objetivo explícito de sus políticas de fijación de precios a los consumidores para estimular la adopción de medidas de ahorro.

Todos los miembros de la Comisión estuvieron de acuerdo en admitir que la producción de energía nuclear es justificable, únicamente, si se cuenta con soluciones a los problemas que origine y si se está preparado para prevenir los posibles riesgos. La estructura energética mundial durante el siglo XXI debería ir dirigida al desarrollo de

medios de bajo consumo, basados en fuentes renovables y constituir un tipo de energía segura, durable y eficiente.

Respecto a la industria, para la Comisión fue claro que muchas necesidades humanas esenciales sólo pueden satisfacerse mediante bienes y servicios suministrados por la industria, pero que era urgente la presencia de controles más severos sobre la creación, exportación, almacenamiento, distribución y consumo de productos industriales peligrosos siendo que la experiencia de los países industrializados había demostrado que la tecnología destinada a luchar contra la contaminación había sido costo-efectiva si se atiende a los daños que se han evitado, al medio ambiente, a la salud y a las propiedades.

Otro tema abordado fue el del **“desafío urbano, el crecimiento de las ciudades, particularmente en los países menos industrializados**. La Comisión destacó que a finales de este siglo XX casi la mitad de los habitantes del mundo vivirían en zonas urbanas, desde pequeñas ciudades a enormes megaciudades. En las regiones más desarrolladas, la población urbana se duplicó de 447 millones a 838 millones. En el mundo menos desarrollado se cuadruplicó, pasando de 286 millones a 1.140 millones. Desde 1950 a la fecha de elaboración del informe, las poblaciones de muchas ciudades de Asia y de América Latina (tales como Seul, Bagdad, Dhaka, Bombay, Yakarta, México, Manila, Sao Paulo, Bogotá y Managua) se triplicaron o cuadruplicaron. En esas ciudades el incremento poblacional ocurrió debido migraciones internas, más que a un aumento natural. El acelerado crecimiento poblacional significaba que el mundo en desarrollo debía aumentar considerablemente su capacidad de producir y de administrar infraestructura, servicios y viviendas urbanos sólo para mantener la situación, ya de por sí inadecuada. Pocas autoridades urbanas del mundo en desarrollo estaban en situación de poner recursos y el personal capacitado para suministrar a las poblaciones en rápido aumento, las tierras, los servicios y las instalaciones necesarios para llevar una vida humana adecuada, agua pura, saneamiento, escuelas, transporte, servicios de salud. Las ciudades han sido el resultado de la proliferación ilegal pero justificada de asentamientos, zonas urbanas pobres, con un número cada vez mayor de personas afectadas por enfermedades que en su mayoría son de origen ambiental y que podrían

prevenirse y reducirse considerablemente con una inversión relativamente mínima a través de medidas de saneamiento. Las enfermedades respiratorias agudas, la tuberculosis, los parásitos intestinales y las enfermedades relacionadas con las condiciones sanitarias deficientes y con agua contaminada (diarrea, disentería, hepatitis y fiebre tifoidea) son corrientemente endémicas y causa principal de enfermedad y de mortalidad, especialmente entre los niños.

Los problemas de contaminación relacionados con el aire, el agua, el ruido, los desechos sólidos han aumentado rápidamente y pueden tener consecuencias fatales para la vida y la salud de los habitantes de las ciudades y en el trabajo. En ciudades chinas la contaminación de aire ha sido responsabilizada por un aumento de 4 veces más cáncer de pulmón. Estas megaciudades tienen subsistemas de información, comunicación, energía, capital, comercio, población y constituyen, para muchas naciones, la columna vertebral del desarrollo, pero dependen de suministro de alimentos, agua, energía de zonas periféricas.

De acuerdo a la Comisión los gobiernos tendrían que elaborar estrategias explícitas para orientar el proceso de urbanización construyendo ciudades más pequeñas. La buena administración urbana exige descentralización, empoderamiento local de fondos, de poder político y de personal. El desarrollo duradero de las ciudades dependerá de una más estrecha colaboración con las mayorías de los pobres urbanos, que son los verdaderos constructores de las ciudades, aprovechando la capacidad, la energía y los recursos de los grupos de vecinos y de los que se encuentran en el sector no oficial.

En la tercera parte del informe, sobre los esfuerzos comunes la Comisión considera que para que los cambios sean beneficiosos para todos se deben cumplir dos condiciones: 1. Garantizar la continuidad de los ecosistemas de los que depende la economía mundial; 2. Una base de intercambio equitativa entre asociados económicos.

Respecto al intercambio económico comercial internacional, la Comisión destacó que el crecimiento en muchos países en desarrollo está siendo ahogado por los bajos precios de los productos básicos, el proteccionismo desleal, las cargas intolerables de la deuda

y la disminución de las corrientes de fondos para el desarrollo y que esas tendencias deben cambiar diametralmente de dirección si se quiere acabar con la pobreza.

En 1985, aproximadamente el 30% de la deuda externa mundial correspondía, a cuatro países de América Latina (Argentina, el Brasil, México y Venezuela). La crisis obligó a los gobiernos a adoptar políticas de ajuste que impusieron considerables reducciones en salarios, servicios sociales, inversión, consumo y empleo en la esfera pública y en la privada, y agravaron aún más la desigualdad social y la pobreza general. Gran parte de los ingresos por exportación sirvió para pagar los intereses de la deuda externa. Las presiones sobre el medio ambiente y los recursos aumentaron considerablemente al buscar nuevas y mayores exportaciones y sustitución de importaciones y se intensificó el deterioro y la explotación excesiva del medio ambiente. La pobreza creciente y el deterioro de las condiciones del medio ambiente fueron evidentes en los países latinoamericanos.

Para la Comisión, el Fondo Monetario Internacional debería apoyar objetivos más amplios y a más largo plazo, abordar objetivos sociales y efectos sobre el medio ambiente. Temas como la cooperación global en la administración de los espacios comunes, los océanos, la Antártida, el espacio, paz, seguridad, también fueron tratados.

La Comisión declaró que no existen soluciones militares para la "inseguridad del medio ambiente". La necesidad más apremiante es mejorar el entendimiento entre naciones donde los gobiernos, junto a agencias nacionales e internacionales deberían también fortalecer las funciones y la capacidades de los organismos encargados de la protección del medio ambiente y de la gestión de los recursos y llevar a cabo cambios en las instituciones y las leyes subsanando las lagunas que existen en las legislaciones, asegurando que sus políticas, programas y presupuestos apoyen un desarrollo que sea duradero desde el punto de vista económico y ecológico.

Específicamente recomendaron fortalecer ampliamente al Programa de Las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y ampliar sus capacidades para determinar, evaluar y comunicar los riesgos de daño irreversible para los sistemas naturales y las

amenazas a la supervivencia, seguridad y bienestar de la comunidad mundial. Pero, dado el carácter políticamente sensible de muchos de los riesgos más críticos, consideraron necesario que el Programa contara con una capacidad independiente y complementaria para evaluar los riesgos críticos mundiales e informar sobre ellos.

El informe de la Comisión señaló que para que el desarrollo sea duradero se requiere de: 1. Un sistema político democrático, que asegure a sus ciudadanos una participación efectiva en la toma de decisiones y **beneficios**; 2. Un sistema económico capaz de crear excedentes y conocimiento técnicos sobre una base autónoma y constante; 3. Un sistema social que evite las tensiones provocadas por un desarrollo desequilibrado, **desigual e inequitativo**; 4. Un sistema de producción que cumpla con el imperativo de **suplir necesidades** y preservar el medio ambiente; 5. Un sistema tecnológico capaz de investigar constantemente nuevas soluciones; 6. Un sistema internacional que promueva modelos duraderos de comercio y finanzas; y 7. Un sistema administrativo flexible y capaz de corregirse de manera autónoma.

La Comisión recomendó reformas a nivel internacional para encarar simultáneamente los aspectos económico y ecológico, de manera que la economía mundial pudiera estimular el crecimiento de los países en desarrollo,

dando más cabida a las preocupaciones del medio ambiente, aumentando los recursos orientados a objetivos de desarrollo más amplios y de largo plazo.

Temas como la educación, la salud, los asentamientos humanos, específicamente las ciudades y los espacios comunes fueron estudiados ampliamente. Respecto a la educación se consideró que la alfabetización y mayor responsabilidad social y cívica debería también servir para que las personas mejoren su salud, para el control de la natalidad, una nutrición adecuada y autosuficiencia. La enseñanza debería también servir de orientación para que las personas puedan enfrentarse con los problemas de hacinamiento y de excesivas densidades de población.

La enseñanza debería por lo tanto proporcionar conocimientos globales y locales abarcando e inter-relacionando las ciencias naturales, sociales y las humanidades,

facilitando así el conocimiento de la interacción entre los seres humanos y recursos naturales y entre el desarrollo y el medio ambiente.

Respecto a estrategias alimentarias, la Comisión consideró que, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, la intervención gubernamental en la agricultura es de rigor, para transferir la producción adonde sea más necesaria, asegurar la subsistencia del campesinado pobre y mejorar sus condiciones de vida conservando los recursos. Muchos gobiernos regulan todo el ciclo alimentario -insumos y producción, ventas internas, exportaciones, aprovisionamiento público, almacenamiento y distribución, control de precios y subsidios- y también ordenan, en cierta forma, la utilización de la tierra; sin embargo, se consideró que las formas de intervención estatal, tenían defectos fundamentales, ya que carecían de orientación ecológica y estaban dominadas por consideraciones de corto plazo. En muchos países, la distribución desigual de la tierra, hacía necesario proceder a una reforma agraria.

La Comisión hizo **un llamamiento a la acción** y buscar maneras en que la preocupación por el medio ambiente pudiera traducirse en una mayor cooperación entre los países industrializados y los países a niveles diferentes de desarrollo económico y social y condujera al establecimiento de objetivos comunes y complementarios, que tengan en cuenta la interrelación entre los seres humanos, los recursos, el medio ambiente y el desarrollo.

9. Un concepto de desarrollo multidisciplinar, ético y sostenible, al servicio de la gente.

La experiencia de los años 50-60, cuando países del “tercer mundo” lograban sus objetivos de crecimiento económico pero la población mantenía los mismos niveles de vida, demostró que los planes y estrategias implementados con esa visión habían fallado.

Hasta antes de los 70 los indicadores de desarrollo eran vistos desde el Producto Nacional Bruto (PNB) cuyo rápido crecimiento falló en producir el efecto de “gotear” a las masas en forma de trabajo y otros beneficios económicos y sociales. El Producto Nacional Bruto (PNB) y el Ingreso per cápita (PIB/cápita), han sido y son a menudo

usados para medir el bienestar de la población bajo el supuesto que los bienes y servicios son alcanzables por un ciudadano común. El desarrollo económico ha sido también visto en el reciente pasado como cambio en la estructura de producción y /o empleo, en el grado de disminución de la actividad agrícola y crecimiento de la manufactura, por lo cual las estrategias de desarrollo han ido dirigidas a rápida industrialización a expensas de la agricultura y de desarrollo rural. (Todaro, M., 1994).

El desarrollo económico se redefinió en términos de reducción/eliminación de la pobreza, desigualdad y desempleo dentro del contexto de crecimiento económico. En los 80 muchos países del tercer mundo no solo no crecieron en su PNB, sino que empeoraron sus índices sociales. Para la década de los 90, incluso el Banco Mundial en el reporte sobre el desarrollo mundial (Banco Mundial 1991), habla sobre el desarrollo en términos de mejorar la calidad de vida, la educación, salud, menos pobreza, mejor nutrición, ambiente limpio, mayor libertad para todos, igualdad de oportunidades.

En lenguaje ordinario, el desarrollo describe un proceso a través del cual se liberan las potencialidades de un objeto u organismo, hasta que alcanza su forma natural, completa, hecha y derecha (Esteva, G., 1994). De aquí se deriva el uso metafórico del término para explicar el crecimiento natural de plantas, animales y en el mismo ser humano, término ampliamente conocido en Medicina especialmente en la Pediatría.

El desarrollo empezó a ser concebido como un proceso multidimensional que envuelve mayores cambios en la estructura de la sociedad, actitudes de la población, instituciones nacionales, así como crecimiento económico acelerado, respetuoso del medio ambiente, reducción de las desigualdades y erradicación de la pobreza. El concepto se transforma de manera que involucra, además, lo que constituye una buena vida, cuestión filosófica que necesita ser reevaluada según los cambios de la sociedad. Para las sociedades occidentales, según Todaro, tres componentes básicos se identifican en el concepto de llevar una buena vida: 1. Habilidad de alcanzar necesidades básicas, que incluyen alimento, vestido, vivienda, salud, protección, educación; 2. Sentido de autoestima o de respeto por si mismo, el no estar siendo usado para propósitos de otros (ser su propio agente), que significa, autonomía, autenticidad, identidad, dignidad, respeto, honor,

reconocimiento. Con la globalización se ha posibilitado la proliferación de valores de sociedades desarrolladas que produce confusión en sociedades menos industrializadas, en particular respecto al tema del bienestar material; 3. Libertad, poder elegir, rango amplio de condiciones que permiten a la sociedad y a los individuos elegir metas sociales comunes que denominamos desarrollo. El concepto de libertad humana tiene componentes políticos como la libertad de elección, estado de derecho, libertad de expresión, libertad de participación, la seguridad, igualdad de oportunidades. (Todaro M., 1994; Sen, A., 2000)

En el tema de desarrollo, intervienen juicios de valores como el de definir el concepto de un buen nivel de vida o lo bueno (desarrollo) de lo malo (subdesarrollo). Los conceptos de desarrollo económico y modernización representan juicios de valores y de objetivos por alcanzar, determinados por factores históricos, culturales y también determinados espacialmente. Conceptos o metas como igualdad social, eliminación de la pobreza, educación universal, mejoramiento de niveles de vida, independencia nacional, modernización de instituciones, participación política y económica, democracia popular, necesidades, autosuficiencia, lleva implícito juicio de valores histórico-culturales que deben tenerse en cuenta a la hora de la construcción de planes de desarrollo.(Todaro, M., 1994).

Finalmente, desde la filosofía es posible construir un concepto multidisciplinar. Serrano (Serrano, A. 2013) destaca que el concepto de desarrollo, va más allá de lo histórico, lo económico o lo tecnológico, siendo que implica además relaciones con lo político (Estado, leyes), lo sociológico (ciudadanos y sus relaciones), lo ecológico (respeto a la naturaleza), lo ético (distribución, acceso, equidad y justicia) y lo epistemológico (conocimiento).

Para Serrano en la búsqueda del desarrollo humano sostenible, se debe tener en cuenta la dimensión ontológica: el ámbito, multirrelacionado (por lo tanto, *relativo*), de posibilidades finitas (*limitado*), sometido a múltiples órdenes (*determinado, pero no fatal*), donde puede emerger lo nuevo (*complejo*), abierto a los cambios (*contingente*) y en el que la existencia es coexistencia de diferencias (*composable*). Entonces se entiende el

“Desarrollo Humano Sostenible, como el despliegue complejo y determinado, del potencial social generador de capacidades y de satisfactores que se realiza con conocimiento de su alcance y límites, con la participación libre y consensuada de los afectados y con sentido de futuro, esto es, pensando en las generaciones actuales y futuras.” (Serrano, A. 2013).

Desarrollo humano es pues, despliegue de potencialidades que llevan a la *“superación creciente y consciente de todo tipo de determinismos naturales y sociales”*; es tiempo disponible y distribución justa del mismo, en tanto que ha sido construido en cooperación con los miembros de la sociedad. La verdadera sostenibilidad, *“radica en la compatibilidad, esto es en la justicia”*. (Serrano A., 2013)

Serrano se refiere al tiempo disponible como el punto, momento, situación en la que, *“lo fundamental para la vida de todos y cada uno se ha superado (y satisfecho) con un mínimo de tiempo de trabajo”* y considera que a través de los tiempos se debe privilegiar lo común, lo público si se pretende generar ciudadanía o modo civilizados de convivir en paz y colaboración mutua, lo que garantiza la sostenibilidad.

El Desarrollo Humano Sostenible es generado por ciudadanos en estructuras estatales con marcos sociales y jurídicos; ciudadanos que posibilitan la generación y desarrollo de proyectos en ese contexto, por lo cual el desarrollo humano sostenible es a la vez cívico que porque representa el momento social-estructural-ciudadano, donde se incorpora tanto el lado estatal de los proyectos como el lado participativo- cívico de los mismos (serrano, 2013).

II. SALUD Y EL DESARROLLO

La principal aspiración de los hombres y las mujeres de todo el mundo es la buena salud. (ONU, 2000. Encuesta Mundial para Cumbre del Milenio.

Kofi Anan)

A. Salud, discusiones centrales sobre el concepto.

La Real Academia Española define la salud, (del latín, *salus-utis*), como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Tal definición, que tiene un amplio alcance, en tanto puede abarcar todo ser viviente, presenta una conceptualización orientada hacia la función y hacia lo normal lo cual refleja una visión mecánica-organicista del mundo, concepto que particularmente en el caso del ser humano, queda restringido a las funciones biológicas dejando por lado la complejidad de relaciones que las personas pueden desarrollar no solo en su dimensión corporal, sino en la mental, social y contextual. Por otro lado, hay serias objeciones a entender la salud bajo el término de lo que es normal, en tanto que este último es en gran medida un concepto estadístico.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), organización que cuenta actualmente (2016), con 194 países miembros agrupados en 6 regiones sanitarias, inició su marco de trabajo presentando en su constitución como organización, la siguiente definición de salud:

“La salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el completo estado de bienestar físico, mental, espiritual y social, de todo ser vivo”.

Posteriormente se amplió e incluyó al concepto la dimensión ecológica agregando, *“y en armonía con el medio ambiente”.*

La OMS declaró en su constitución los siguiente conceptos y compromisos:

- La salud es un derecho humano inalienable.
“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.
- La salud es paz y seguridad para todos.
“La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”.
- La salud de cada Estado importa a todos.
“Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos”.
- La desigualdad en salud debe combatirse.
La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- Los niños y las niñas deben estar saludables.
“El desarrollo saludable de los niños y niñas es de importancia fundamental”;
- La salud es armonía con el contexto.
“La capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para el desarrollo”.
- Acceso universal a la salud.
“La extensión a todos los pueblos, de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, es esencial para alcanzar el más alto grado de salud”.
- La participación comunitaria es de importancia estratégica.
“Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo”.
- Apoyo político y responsabilidad de los gobiernos son fundamentales para la salud
“Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

Antonio Pardo (Pardo, A., 1997) profesor de Bioética de la Universidad de Navarra, considera que la definición de salud debe tener referencia al modo de vida de las

personas. Se refiere a la definición de salud de la OMS señalando varios aspectos: 1. La etimología de los términos salud y salvación, equivalentes en español a las palabras latinas *salus* y *salvatio*, significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo, superar una dificultad”, sean estas naturales como sobrenaturales (sociales, económicas, etc); 2. Considera que una definición en toda regla sería que *“la la salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso”*, ya que vivir implica, superar dificultades que opone el medio y que solo un organismo sano estaría en condiciones de hacerlo; 3. Reflexiona precisamente sobre la complejidad y responsabilidad del concepto siendo, por un lado, que la salud incluye bienestar físico y de agrado en la actividades que son necesarias para vivir (bienestar psicológico) y por otro, el vivir humano no es exclusivamente biológico, sino una realidad compleja: biológica, psicológica y espiritual; 4. Considera que la salud está íntimamente relacionada con el modo de vida de la persona y el juicio acerca de su estado de salud, lo cual es captado únicamente a través del diálogo.

El ejercicio de la medicina esta fuerte y ampliamente orientado a la idea que sobre la salud se haya desarrollado; determina sus propósitos y fines, así como los medios que se deben utilizar para alcanzarla o mantenerla. Para Pardo el actual ejercicio de salud sufre de tres deformaciones frecuentes: La obsesión por el bienestar, el autonomismo y el igualitarismo. Sus objeciones a la definición de salud de la OMS, interpretada en el sentido literal, -“estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad”-, son amplias, pues considera que el problema más evidente de tal definición, es que está completamente ausente toda referencia al modo de vida de la persona y que está restringida “a los aspectos meramente animales o hedónicos de la vida humana: arreglar las lesiones físicas y conseguir que el paciente se sienta a gusto”. Pardo considera que el término bienestar y en general la definición de la OMS, son poco precisos, sesgados e incorrectos y puede generar una atención clínica mal dirigida, orientada al bienestar a toda costa, justificándose bajo este objetivo, una serie de abordajes, medidas, tratamientos, procedimientos alejados de la ética, inconvenientes y poco razonables. La subjetividad del término bienestar y autonomismo,

pueden favorecer la comercialización de la medicina como bien de consumo, algo que se compra con dinero y que debe cumplir las expectativas de satisfacción (o bienestar) del “cliente”.

Sobre el respeto a la autonomía, Pardo considera que debería ser, respeto al paciente y su modo de vida a la hora de enfocar un tratamiento. El término autonomía no significa que una persona puede organizar su vida a su antojo, sin ningún límite y poniendo a la Medicina al servicio de su gusto; sino que cada persona tiene un modo de vivir particular, que debe ser considerado y respetado por el médico a la hora de la buena práctica médica. Este punto es sumamente importante para el buen suceso del tratamiento del paciente con TB con la estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado), siendo que implica importante contribución del paciente al tener que asistir, al centro de salud diariamente por dos meses y trisemanalmente durante otros cuatro meses, para recibir sus medicamentos, de manera que debe planificarse una forma amigable de dar tratamiento, con el menos costo posible para el paciente.

Otro tema tratado es el considerar que todos los pacientes son iguales. De acuerdo a las normas deontológicas no debe existir discriminación entre pacientes, pero el estilo de vida, modo, situación económica, familiar, cultural, religiosa y social de los pacientes realmente no es igual, ya que existen condiciones que deben ser valoradas sin perjuicio de una atención de calidad y calidez. Para poder llegar a un buen diagnóstico y tratamiento adaptado al paciente, es fundamental el diálogo, el cual ha sido descuidado y mal sustituido por técnicas diagnósticas. Pardo considera que la terminología empleada actualmente para referirse a los diversos aspectos de la salud y de nuestra relación con el paciente, como “bienestar”, “calidad de vida”, “autonomía”, “consentimiento informado”, son ambiguos y en la práctica se orientan al ejercicio de la medicina dictada por el paradigma estadounidense.

Siempre sobre el tema del bienestar, Ávila (Ávila Agüero, M.L., 2009), al igual que Pardo, considera que la OMS deja de lado el hecho de que hay enfermedades que pueden ser asintomáticas y por ende no alteran el “bienestar” de la persona a pesar de la existencia de un estado patológico.

El desarrollo del concepto de salud ha partido de la observación del ser humano a través de la historia, del contraste con lo que ha considerado enfermedad. Según Lejarraga, (Lejarraga A., 2004) la enfermedad no existe como problema en el ámbito de lo natural y lo que existe es:

“aquel fenómeno biológico que puede distinguirse por romper con cierta continuidad de hechos, con un orden de procesos que venían ocurriendo, pero si no está el ojo testigo del ser humano, que viene a otorgarle un sentido a ese acontecer, la naturaleza convive armónicamente con estas contingencias”.

En el contexto de la sociología, la realidad es un plano construido socialmente, simbólico, imaginario, interpretado. En este marco, el individuo y la sociedad son quienes otorgan los rótulos de enfermedad a determinada condición, por tanto, la enfermedad es una construcción social y cultural que en algunos casos puede interpretarse como desviación social.

Georges Canguilhem (1904-1995), médico, filósofo, epistemólogo francés, escribió su tesis doctoral en 1943, titulándola “Lo normal y lo patológico” (Canguilhem, G., 1986), posteriormente publicó revisiones en 1966 y 1986. En el año 1989 escribió un ensayo (Canguilhem, G., 1989) sobre el concepto de enfermedad y en 1990 sobre el de la salud. Este último, “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica” empieza afirmando que la noción de salud aparece con Hipócrates como una antinomia de la enfermedad, posteriormente hace al respecto reflexiones filosóficas citando a Kant, Descartes y Nietzsche, pero es con Claude Bernard cuando aparece un concepto de salud que muestra el triunfo del vitalismo contra el mecanicismo: *“El cuerpo no es una máquina, su salud es un estado y un orden, el estado depende de su inserción en el entorno, no de mecanismos internos”.* (Citado por Canguilhem, 1990)

Canguilhem en el mismo ensayo se refiere a los conceptos que sobre la salud, tenían algunos contemporáneos: la salud es la vida en silencio de los órganos (cirujano 1925-1940) y no tan contemporáneos como Diderot: *“Cuando uno está sano, ninguna parte del cuerpo nos instruye de su existencia; si alguna de ellas nos avisa de ella por el dolor,*

es, con seguridad, porque estamos enfermos; si lo hace por medio del placer, no siempre es cierto que estemos mejor”.

La salud fue un tema filosófico frecuente en la época clásica y en el siglo de la luzes, “Tema abordado casi siempre de la misma manera y por referencia a la enfermedad, cuya dispensa es tenida por equivalencia de la salud”, citando a Leibniz y a Kant (“... La ausencia de la sensación (de estar enfermo) no permite al hombre expresara que está sano...”) y Canguilhem continuará diciendo en 1943 que *“El concepto salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar, lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos”.*

Canguilhem hace notar, que en los tratados de fisiología del Starling y Kaiser no aparece el término salud y se pregunta *“Si la salud no constituye la verdad del cuerpo”*, refiriéndose a una carta de Descartes, quien asocia *“Salud con verdad”* pues dice que la *“Verdad es la salud del alma”*. Esta conexión salud/verdad (Del latín *sanus*=intacto, seguro/ *verus*=verdadero, real, correcto) da sentido a la expresión vulgar “sano y salvo” que confiere a la salud el sentido de un permiso para vivir y actuar por el beneplácito del cuerpo.

Partiendo de la discusión epistemológica sobre la salud de la tesis doctoral (1943) de Georges Canguilhem, Sandra Caponi, Doctora en Lógica y Filosofía de la Ciencia de la Universidad Santa Catarina de Brasil, pretende problematizar los conceptos de salud tanto de la OMS como el de la VIII Conferencia Nacional de Salud, que entienden la salud, como adaptación al medio o equilibrio.

Según Caponi (Caponi, S., 1997), la tematización de la salud, como una cuestión filosófica, ha ocurrido desde tiempos de los filósofos clásicos. Posteriormente se han ocupado del tema, entre otros autores, Leibniz, Diderot, Descartes como referencia obligada (siendo que se le atribuye la invención de una concepción mecanicista de las funciones orgánicas), Kant y Nietzsche. Pero, refiere, que es Canguilhem quien intenta inicialmente dar respuesta a la pregunta de si se debe hablar de un concepto científico, de un concepto vulgar o de una cuestión filosófica, en relación a la salud.

La tercera parte del Conflicto de las Facultades de I. Kant: *“Podemos sentirnos bien, esto quiere decir, juzgar según nuestra impresión de bienestar vital, pero nunca podemos saber si estamos bien”*. *“La ausencia de la impresión (de estar enfermo) no le permite al hombre expresar que él está bien, sino decir que él aparentemente está bien.”* Caponi dice que de ahí Kant “nos invita a pensar que la salud es un objeto ajeno al campo del saber objetivo” y Canguilhem lleva al límite esta afirmación diciendo que la salud *“No es un concepto científico, es un concepto vulgar”*. *“La salud no pertenece al orden de los cálculos, no es el resultado de tablas comparativas, leyes o promedios estadísticos y, por lo tanto, no pertenece al ámbito de los iniciados. Es, por el contrario, un concepto que puede estar al alcance de todos, que puede ser enunciado por cualquier ser humano vivo”* y continúa *“Lo cierto es que, a partir del momento en que hablamos de la salud como un fenómeno no contabilizado, no condicionado, no medido por aparatos”,* la misma *“dejará de ser un objeto para aquel que se dice o se piensa especialista en salud”*.

Para Caponi, si se está de acuerdo con Canguilhem en la tesis de que *“no existe un concepto científico de salud”*, se debe intentar esclarecer cual es el concepto vulgar de salud sobre los siguientes puntos:

- No existe un valor universal en el concepto de salud, por lo cual se debe considerar e integrar las variaciones y las anomalías.
- Se debe también considerar la relatividad como para atender a las particularidades de lo que es percibido para unos como salud y para otros como enfermedad.
- Apertura al riesgo, “margen de seguridad”, de tolerancia, que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades del medio.
- Consideración al vínculo entre salud y sociedad. Comprender que hay condiciones de vida impuestas, convivencia en un medio con determinadas características que no son escogidas como la alimentación deficiente, el analfabetismo, la escolaridad precaria, la distribución injusta e inequitativa de la riqueza, condiciones de trabajo desfavorables, etc., condiciones que constituyen la etiología social de la enfermedad.

Todas esas consideraciones, sumadas a la etiología social de la enfermedad constituyen elementos a considerar a la hora de elaborar conceptos sobre la salud y la enfermedad,

al momento de desarrollar las consecuentes políticas públicas, estrategias, programas e intervenciones tendientes a superar las desigualdades, que se definen como causas predisponentes para diversas enfermedades.

- La existencia también de estilos de vida escogidos, elecciones y conductas individuales que pertenecen al ámbito de lo privado pero que, deben ser explicitados cuando se habla etiología social. Desde ahí, el ámbito de lo público y de lo privado comienzan a establecer conexiones, donde las políticas de salud se convierten en intervenciones, muchas veces coercitivas, sobre la vida privada de sujetos.
- La salud pensada como esa capacidad de instaurar nuevas normas en situaciones adversas y que no puede ser reducida a capacidad adaptativa, sino como capacidad de enfrentar el malestar.

También para Caponi, la definición de la OMS sometida a problematización, es subjetiva, utópica e incluso peligrosa, con el tema bienestar. Considera que es preciso pensar en un concepto de salud capaz de contemplar y de integrar la capacidad de administrar en forma autónoma, ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad y de “malestar” con el que inevitablemente todos debemos convivir. La salud no podría ser pensada como carencia de errores y sí, como la capacidad de enfrentarlos.

La salud como valor social. El concepto “ampliado” de salud formulado en la VIII Conferencia Nacional de Salud 1986 en Brasilia, llamó la atención hacia la estrecha conexión existente entre la salud de los sujetos y la sociedad de la que forman parte. Su enunciado: *“En sentido amplio, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud”*. Siendo así, *“es principalmente el resultado de las formas de organización social, de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida”*.

La distribución de la enfermedad en la población habla directamente de la vinculación entre la propensión a enfermar y la falta de condiciones mínimas en lo que se refiere a alimentación, vivienda, trabajo o falta de trabajo, educación etc. Y cita a la Tuberculosis,

ya que se puede observar que *“los organismos menos saludables son aquellos que poseen menor capacidad (falta de alimentación, de vivienda, de educación, incapacidad de auto cuidado etc.) para tolerar y enfrentar esta infidelidad (en este caso el bacilo de Koch) que su medio presenta”*.

Esto significa que la capacidad de tolerar y enfrentar las dificultades está directamente vinculada a valores no sólo biológicos sino también al entorno y las relaciones medioambientales, sociales, culturales y políticas.

En resumen, Caponi hace observaciones a la conceptualización de salud como bienestar, en el sentido de que pierde cualquier referencia a una especificidad biológica o psíquica o relación social de la enfermedad, se excluye la polaridad salud/enfermedad, queda excluido el fenómeno de la enfermedad en la opulencia. Caponi considera que en la medida en que se acepta tal acepción se corre el riesgo de que todos los ámbitos de la existencia del ser humano puedan ser considerados como medicalizables.

Como vemos, la salud entendida como margen de seguridad exige que integremos aquellos elementos relativos a las condiciones de vida que fueron enunciados en la definición ampliada de la VIII Conferencia de la Salud, pero de acuerdo a Canguilhem *“La salud de las personas es un asunto ligado a las propias personas”*. Esta idea es fundamental e implica que la salud no sólo es seguridad contra los riesgos, sino también *“capacidad para corregir ese margen de tolerancia, ampliándolo de modo tal que permita enfrentarlos”*. Además, no se trata solamente de estilos de vida que criminaliza al sujeto, por obeso o hipertenso, pero no dice nada de toda una construcción social y ambiental, de las determinantes sociales de la enfermedad, que facilita, estimula, obliga o permite la adopción de comportamientos considerados como no saludables.

De todas estas reflexiones resulta que la aceptación de determinado concepto de salud implica mucho más que un enunciado, implica el direccionamiento de ciertas intervenciones sobre el sujeto y la sociedad y, de la redefinición de ese espacio donde se *“ejerce el control administrativo de la salud de los individuos”*, estará el éxito o fracaso de las medidas de intervención o fortalecimiento.

Según Palomino (Palomino Moral, P., *et al*, 2014) durante el siglo XX las concepciones en torno a la salud fueron:

- La concepción tradicional. La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces, es “la vida del cuerpo en silencio”.
- Salud es bienestar. El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.
- Salud es adaptación, equilibrio, capacidad de funcionar. La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar de la mejor manera en dicho medio.
- Salud como forma de vida. La salud es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz.
- Salud es desarrollo del propio potencial. La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente.

Sobre estas reflexiones respecto al concepto de salud como objetivo para la orientación de políticas y estrategias, es claro que el abordaje de la Tuberculosis ha sido dirigido en los últimos doscientos años y antes, fundamentalmente al individuo, poco a su familia y menos al entorno. La respuesta al problema ha sido orientada al diagnóstico microbiológico, al manejo de la lesión corporal, al tratamiento fundamentado en la administración de medicamentos, dejando de lado muchas intervenciones que podrían haber optimizado los resultados, apoyado al ser humano y mejorado su entorno.

Si la etiología social de la enfermedad hubiera recibido atención posicionándose de manera que los determinantes sociales hubieran sido enfrentados y superados en una alianza entre la persona, su familia, la comunidad y el Estado, donde aspectos como el estigma y discriminación, factores que afectan la prevención, el diagnóstico microbiológico precoz de la enfermedad, el éxito del tratamiento, pudiese haber sido mayor. El tema del hacinamiento, mala alimentación, educación, condiciones de trabajo y de vida, los llamados estilos de vida, otros factores de riesgo que favorecen la tuberculosis no han sido sino hasta recientemente tenidos en cuenta, pero aún no se utilizan indicadores de seguimiento para ser visibilizados, intervenidos y monitorizados, lo cual indudablemente, no estimula las intervenciones, limita los resultados de

programas, retrasa el desarrollo del potencial y la reinserción temprana del enfermo a su trabajo y a la sociedad.

En el siglo XXI la salud y la calidad de vida ocupan un lugar central en la agenda política internacional. La salud es un derecho, un valor, una aspiración, una meta, un recurso, una necesidad y una demanda social presente en los ámbitos públicos y privados.

B. Relación entre la salud y el desarrollo

1. Conexión histórica entre la búsqueda de la salud y el desarrollo

La revolución industrial, que tuvo su epicentro en Inglaterra a finales del siglo XVIII y abarcó todo el siglo XIX extendiéndose a otros países europeos, produjo grandes cambios en el orden científico-tecnológico, socio-económico, demográfico, cultural y ecológico. Durante la misma se sustituyó el trabajo manual por el trabajo tecnificado, lo que dio origen a grandes empresas industriales y movimientos migratorios de la población rural hacia las ciudades. También, en este momento histórico, ocurrieron cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades en las poblaciones, las cuales estaban relacionadas en gran medida a problemas ambientales (hacinamiento, falta de infraestructura sanitaria, contaminación, etc.), lo que dio origen al surgimiento del concepto y de la estructura de la Salud Pública. (Gordis L., 1996). Así se observó cómo aumentaba el número de personas con Tuberculosis en Europa, especialmente en las poblaciones con mayores problemas sociales y económicos de las grandes ciudades. En Honduras, también se vio un creciente aumento de estos enfermos con el crecimiento de las ciudades a inicios del siglo XX. (Paredes, S., 1934). De esta manera se va aprendiendo que el crecimiento económico y/o desarrollo que beneficia a alguna parte de la población ha ido acompañado también de problemas de salud para otras partes de esa población que no goza del beneficio de dicho crecimiento.

A lo largo de la historia los avances alcanzados en salud, han sido el resultado tanto de siglos de progreso, desaciertos y olvidos en las ciencias de la salud, (Laín Entralgo, 1944), así como de las intervenciones que han mejorado los entornos y condiciones de vida de las personas y de las poblaciones. Las descripciones de los síntomas y signos

contenidas en las historias clínicas efectuadas por los médicos de la antigüedad, donde detallaban sus observaciones, permitieron ir conformando los cuadros nosológicos que, como la tuberculosis, minaban la salud de esas sociedades. En la actualidad, el método de la observación, la entrevista, el diálogo, continúa permitiendo que la ciencia médica defina nuevas patologías, como sucedió con el VIH y el SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo) y continúan siendo la puerta de entrada a la investigación de enfermedades como la tuberculosis con la detección del Sintomático Respiratorio (SR). Actualmente, sin embargo, el diálogo es cada vez más sustituido por el abordaje tecnológico-instrumental, principalmente a la hora del ejercicio diagnóstico, lo cual limita el reconocimiento de condiciones en el ámbito de lo psicológico, lo social, lo cultural que tienen verdaderas implicaciones en los resultados de las intervenciones para eliminar enfermedades.

El ser humano investigador ha querido saber las causas de las enfermedades, los riesgos de padecerlas, los secretos de la longevidad, la forma de prevenir la muerte y ha transitado desde la mitología, la acción divina, pasando por los humores, los miasmas, posteriormente por el mundo de los microbios, a la genética y la medicina molecular, en la búsqueda de asociaciones causales, pruebas diagnósticas e intervenciones terapéuticas, sometiéndolas a prueba para formular hipótesis causales, desarrollar tecnologías, medicamentos, vacunas, políticas, estrategias como TAES (Tratamiento acortado estrictamente supervisado), Alto a la TB, Fin a la TB, todo ello para recuperar la salud individual y la de las poblaciones, pero más orientada a curar que a prevenir la enfermedad, o a promocionar condiciones que favorezcan la situación de salud de las poblaciones. La investigación médica se ha centrado principalmente en la farmacología, las vacunas y otras intervenciones técnicas para el diagnóstico temprano y el control de las enfermedades, más que hacer mejor uso de los datos y la información que ya se tiene o promover condiciones para preservar la salud.

En gran medida la investigación en salud ha sido parte de la industria consagrada al estudio de enfermedades prevalentes de los países industrializados, ya que su tratamiento constituye una parte sustancial de las ventas de la industria productora de medicamentos y de tecnología. En otras palabras, apenas el 10% de los recursos

mundiales destinados a la investigación en salud se dedican a las enfermedades responsables del 90% de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2004). El producto del desarrollo de las ciencias no ha sido distribuido equitativamente, sino más bien ha privilegiado a aquellos a quien han podido pagarla.

Una de las enfermedades que ha seguido ese largo y tortuoso camino histórico ha sido la tuberculosis, de manera que la historia de la tuberculosis es la historia de la Medicina. El cuadro clínico de la tuberculosis fue reconocido desde la época de la antiguos Vedas, numerosos aportes se dieron tardíamente en la edad media, pero fue hasta que Robert Koch en Alemania, en el año 1882, descubrió que una micobacteria producía la enfermedad, el *Mycobacterium tuberculosis*, es decir, dicho bacilo era el agente etiológico productor de las lesiones en el organismo humano, apoyándose seguramente en investigaciones previas, por ejemplo, las de Villemin. Koch desarrolló la tuberculina en la búsqueda de la vacuna, sin embargo, fracasó en ello ya que la tuberculina logra únicamente detectar a aquellas personas que han sido infectadas, pero no necesariamente están enfermas; tampoco la tuberculina cura o previene la enfermedad.

Otro aporte de suma importancia en el desarrollo de pruebas diagnósticas fue el descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Roentgen en 1895, también en Alemania, con los cuales fue posible reconocer las formas radiológicas que la tuberculosis dejaba en los pulmones de sus víctimas.

Varias técnicas quirúrgicas fueron usadas en el tratamiento de la tuberculosis, antes de que, hacia la segunda mitad del siglo XX, se descubrieran drogas altamente potentes contra el bacilo, se encontraran combinaciones efectivas de las drogas y se desarrollaran estrategias como la TAES/DOTS, que posibilitaría la cura de la enfermedad en gran proporción de los pacientes. (Farga, V., Caminero Luna J.A. 2011). Lastimosamente los logros alcanzados para detener la enfermedad, no se distribuyeron homogéneamente en el orbe, ya que mientras en los países industrializados se pudieron alcanzar grandes avances y se alcanzaron tasas muy bajas de incidencia y de mortalidad, aún persisten tasas extremadamente altas en el continente africano, asiático, así como en algunos países latinoamericanos. Cabe mencionar que antes que las drogas antifímicas fueran

descubiertas, notables avances en el control de la enfermedad se lograron en varios países, debido a la mejora de las condiciones de vida colectiva de las personas (Grybowsky, citado en Farga V., y Caminero J.A., 2012).

Se ha considerado que uno de los factores que redujo por muchos años el interés en la investigación e innovación en tuberculosis, fué precisamente que esta enfermedad había sido controlada en los países desarrollados, sin embargo, el tema cobró nuevo interés con el advenimiento del VIH, las migraciones, caída del muro de Berlín, la globalización y las altas tasas de tuberculosis resistente en los antiguos países de la Unión Soviética. Este comportamiento refleja, que el tema de la globalización atañe no solo a las cuestiones de tipo económico sino a todo aquello que involucra al ser humano.

2. Los aspectos económicos de la salud. El informe de la Comisión de la ONU sobre macroeconomía y salud.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la salud fue introducida como tema en los asuntos de crecimiento económico y desarrollo, pero en general más como consecuencia del crecimiento de ambos, que, como medio o factor para el desarrollo, de manera que la inversión en asuntos de salud o educación se había considerado más como un gasto. Theodore Schultz (Schultz, T.W., 1961), premio Nobel de economía en 1979, en su conferencia ante la reunión anual de la Asociación Americana de Economía, trató sobre la “Inversión en Capital Humano”, donde el punto de reflexión expuesto fue que el crecimiento de la producción se da, no solo por el aumento de capital o del trabajo, sino también por el proceso de adquisición de habilidades y conocimientos que, por medio de la educación se puede lograr, de manera que la inversión en educación produce efectos positivos en la producción económica. Así nace la teoría del capital humano de la cual varios autores confirman su contribución al desarrollo económico y social. (Becker, G., en (1964); Razin, A. (1976); Lucas, R.E. (1988); André Destinobles (2004). En los años 80, sin embargo, otros autores confrontan tal relación arguyendo que la educación por sí sola no basta, ya que la estructura social y organización laboral, así como la participación del Estado intervienen en los resultados. (Aronson, P.P., 2007). En cualquiera de los

casos es claro que, sin la participación del ser humano saludable, la producción no es posible, aun en la situación de que sea sustituido por máquinas.

K. Arrow , premio Nobel de Economía en 1972, distinguió especificidades en el área de los mercados construidos alrededor del tema de la salud, tales como la creciente intervención gubernamental en el sector, la incertidumbre de de los eventos, la asimetría de la información y la presencia de externalidades (Arrow K., 1963); pero nuevamente el impulso al tema viene desde un actor político, cuando en 1972, el senador Edward Kennedy llamó la atención de la falta de cobertura para los servicios de salud de millones de estadounidenses y los crecientes costos del cuidado médico, desproporcionado en relación a los del Producto Interno Bruto (Citado por Urriola, R. 2011). Este tema es muy actual en la política estadounidense sobre la salud.

Los temas que interesan a la economía según Urriola y que fueron tratados en ocasión a un diplomado sobre Economía y Salud desarrollado en Chile y patrocinado por FLACSO (Federación Latinoamericana de Ciencias Sociales) y la OPS/OMS, se refieren a los aspectos del significado y de la medida del estado de salud; la producción y la demanda de los servicios; análisis de costo-efectividad y de costo- beneficio; salud territorial; seguros; mercados de servicios; financiamiento; costeo de enfermedades; planeamiento del talento humano; la oferta de la industria conexas; equidad y determinantes de inequidad en el uso de servicios de salud; gestión económica de hospitales; presupuestos; asignación territorial de recursos; métodos de remuneración al personal y análisis comparativo de sistemas. Finalmente está claro que todas las reformas de los sistemas de salud tienen como fundamento asuntos de economía, particularmente en lo que respecta al financiamiento, es decir hay una dimensión microeconómica y otra macroeconómica respecto a la salud.

Según Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS (1998- 2003), “los cambios sociales relevantes comienzan cuando se reconoce y comprende el impacto económico de una cuestión” (Brundtland, G. H., 2002). Fue así que se concientizó la sociedad civil y los medios de comunicación, investigando e informando sobre la importancia económica, política y social de la degradación medioambiental, convirtiendo el tema del

cuidado del medio ambiente en una cuestión relevante para votantes, políticos y gobiernos. Con este antecedente y aunque se entiende que la salud es un objetivo fundamental del desarrollo, la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y reducir la pobreza se ha subvalorado, de manera que la estrategia para llamar la atención a invertir en salud para el desarrollo humano progresivo exigía la demostración de la relaciones y amplias conexiones entre ambos. (Brundtland, G.H., 2002). En 1999, Brundtland había creado la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS), la cual fue constituida por seis grupos de comisionados presididos por el Profesor Jeffrey Sachs.

El primer grupo evaluó la repercusión de las inversiones en materia de salud en la reducción de la pobreza y el crecimiento económico. El segundo grupo analizó los «bienes públicos mundiales para la salud», es decir, las políticas, los programas y las iniciativas multinacionales cuya repercusión favorable en la salud ha traspasado las fronteras de un país (p. ej. las colaboraciones internacionales para la investigación en materia de salud, la erradicación de la viruela, las estrategias TAES, Alto a la TB, etc).

El tercer grupo evaluó las consecuencias económicas de la aplicación de estrategias alternativas para movilizar recursos nacionales destinados a los sistemas y las intervenciones de salud. Este trabajo se llevó a cabo en colaboración con el Fondo Monetario Internacional y otras instituciones. Se centró en determinar la mejor forma de financiar los sistemas de salud a nivel de países, en particular la reasignación de los presupuestos del sector público y la ampliación de las funciones del sector no gubernamental.

El cuarto grupo analizó la salud y la economía internacional evaluando el comercio de los servicios, los bienes y los seguros en el ámbito de la salud; las patentes de los medicamentos y los “Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)”; los movimientos internacionales de los factores de riesgo; las migraciones internacionales del personal sanitario; las enfermedades y las políticas de financiación de la salud como justificaciones para la protección; y otros cauces por los que el comercio puede repercutir en el sector de la salud.

El quinto grupo analizó las posibilidades técnicas, las limitaciones y los costos de la puesta en marcha de una iniciativa mundial a gran escala para mejorar radicalmente la salud de los pobres para el año 2015. Analizó la mortalidad evitable, identificó las intervenciones disponibles para hacer frente a las causas más importantes, revisó las pruebas documentales relativas al modo de reducir las limitaciones y estimó los costos de ampliar la cobertura de las intervenciones esenciales, así como los costos del necesario fortalecimiento del sistema.

El sexto grupo revisó las consecuencias de las políticas de asistencia al desarrollo para la salud, incluidas las modalidades de alivio de la deuda, centrándose en las políticas y las estrategias de los organismos internacionales para el desarrollo.

En diciembre de 2001, la Comisión publicó su informe (OMS, 2001). En el mismo, su presidente, el profesor Sachs y otros distinguidos comisarios demostraron lo siguiente:

- Históricamente se ha subestimado las cuantiosas pérdidas económicas relacionadas con la mala salud. Dichas pérdidas han podido obstaculizar e incluso invertir el desarrollo económico de los países. Tres mil millones de personas viven con menos de dos dólares al día. La esperanza de vida de personas viviendo en países menos desarrollados alcanza 51 años en tanto que en los más desarrollados se alcanzan los 79 años. Enfermedades como la malaria, el VIH/SIDA y la tuberculosis representan un alto porcentaje de la carga global por enfermedades, las cuales frenan y en ocasiones paralizan el crecimiento económico de los países pobres.
- Los cambios medioambientales tienen un efecto directo sobre la subsistencia de las personas pobres y de los países pobres. Las enfermedades y las condiciones sanitarias directamente relacionadas con el medioambiente y las pobres condiciones de vida son importantes causas de muerte, entre ellas se pueden citar enfermedades diarreicas y respiratorias de los niños, o la tuberculosis íntimamente relacionada a condiciones de hacinamiento.
- La contaminación, la degradación medioambiental, la utilización no sostenible de recursos naturales, los desastres medioambientales, tienen un efecto negativo directo

sobre la salud de las personas, particularmente en la salud de los niños y en su capacidad para llevar una vida saludable y buen rendimiento en la escuela.

- Los pobres y en especial, los niños pobres, a menudo no son atendidos adecuadamente por un sistema público de salud y se ven obligados a gastar recursos muy valiosos en asistencia sanitaria privada, pese a estar en peores condiciones para costearla. La enfermedad puede llevar a las familias a la pobreza, reducir los ingresos y los escasos recursos familiares deben destinarse a asistencia, tratamientos e incluso funerales.
- La mala salud y la reducida esperanza de vida hacen que los individuos tengan menos años para contribuir al bienestar de sus familias y que sus oportunidades de aprender y progresar se vean comprometidas.
- Para conseguir un desarrollo sostenible, se debe intensificar intervenciones relacionadas con la salud y el medio ambiente, lo que aumentaría la longevidad, la productividad y el bienestar económico de los pobres. Según la Comisión, tal labor requeriría dos iniciativas: por un lado, intensificar considerablemente los recursos destinados en la actualidad al sector de la salud, tanto por los países pobres como por los donantes y, por otro, tratar de encontrar una solución a los obstáculos no financieros que han limitado la capacidad de los países pobres para prestar servicios sanitarios. La inversión adicional en salud, se recuperaría con creces en los millones de vidas salvadas cada año, el aumento del desarrollo económico y el fortalecimiento de la seguridad mundial.
- Inversiones adicionales en salud podrían salvar hasta ocho millones de vidas al año a finales de la década (2001-2010), calculando que los beneficios económicos resultantes podrían sumar más de 360.000 millones dólares al año hacia 2015. En el mismo informe, los comisarios destacaron que dicho esquema resulta imprescindible para conseguir los Objetivos de la Desarrollo del Milenio (ODM) para la salud en 2015.
- Las inversiones en salud a través de asociaciones y alianzas como la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI) y el Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), serían un modo eficiente para hacer llegar los servicios sanitarios necesarios a las personas que más los precisan.

- El informe se refiere ampliamente a la contaminación y la degradación medioambiental que se suma a la carga global de enfermedades contagiosas y no contagiosas. Los pobres son generalmente quienes viven en los ambientes más contaminados. La contaminación del aire es un buen ejemplo. La contaminación atmosférica afecta a más de 1,000 millones de personas, y la contaminación en espacios cerrados procedente de la utilización de combustibles para cocinar y calentar afecta a 2,500 millones de personas en todo el mundo, la mayoría de las cuales son mujeres y niñas. Se propone aliviar este problema a través de la reducción de la exposición a combustibles insanos; reduciendo los riesgos relacionados con el agua; promoviendo la adecuada gestión de residuos humanos, domésticos, agrícolas e industriales; luchando contra la hambruna; aumentando la seguridad de los alimentos; y promoviendo dietas y estilos de vida saludables. También se propuso formular estrategias adecuadas desde el punto de vista medioambiental destinadas a reducir el impacto del VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis, el dengue y otras enfermedades asociadas a la pobreza.
- Es imprescindible adoptar **un enfoque multisectorial** para la mejora de la salud y el medioambiente ya que la salud no es el resultado único de intervenciones en servicios sanitarios, sino consecuencia de la participación de muchos sectores generadores de sinergias. Dicho enfoque exige la incorporación del **medioambiente, las finanzas, infraestructuras** y otros sectores de la sociedad.
- El desarrollo sostenible exige combinar acciones nacionales e internacionales, con enfoques multisectoriales, integrando objetivos económicos, sociales y medioambientales de la sociedad y colocando a las personas en primer plano con el fin de optimizar el bienestar humano actual sin comprometer el bienestar de las generaciones futuras.
- La inversión en salud es un componente esencial de la sostenibilidad, con un efecto sobre sucesivas generaciones. Mayor inversión en salud, resulta en recompensa sostenible en términos de una mayor esperanza de vida, calidad de vida, bienestar económico, medioambiental y social.

La Sra. Brundtland resumió el informe resaltando los sólidos lazos que vinculan a la salud con la reducción de la pobreza y con el crecimiento económico a largo plazo. En primer lugar, la carga de morbilidad, por sí misma, ralentiza el crecimiento económico que se supone debería resolver los problemas de salud; en segundo lugar, el crecimiento económico es importante, pero dista mucho de ser suficiente para asegurar salud para todos, siendo que los indicadores de salud varían ampliamente entre países para el mismo nivel de ingresos.

Se destaca que la esperanza de vida de las personas de países de bajos ingresos está reducida y que cada mejora de 10 puntos porcentuales en la esperanza de vida al nacer (EVN) se asocia a un aumento del crecimiento económico anual de al menos 0.3 a 0.4 puntos porcentuales, manteniendo constantes los demás factores de crecimiento. Además, se enfatiza en que las tasas de mortalidad infantil en los países menos desarrollados son elevadas, hasta de 159 por 1,000 nacimientos en los menores de 5 años, comparadas con 6 por 1,000 nacimientos en los países de ingresos altos.

La mayor parte de la carga de morbilidad en los países de bajos ingresos es consecuencia de un número relativamente pequeño de enfermedades identificables y evitables para las cuales existen diversas intervenciones sanitarias que pueden mejorar espectacularmente la salud y reducir las muertes por su causa. Las principales causas evitables de muerte son el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis (TB), las infecciones infantiles, las enfermedades maternas y perinatales, las deficiencias de micronutrientes y las afecciones relacionadas con el tabaquismo por lo que lograr el control de estos problemas combinado con otros programas como el programa mejorado de planificación familiar, las familias pobres podrían disfrutar de vidas más largas, más sanas y más productivas.

Sin embargo, Brundtland recalca, que el problema radica en que las intervenciones no llegan a los pobres del mundo. Algunas de las razones son la corrupción, la mala gestión y la debilidad del sector público, pero el problema fundamental es que los pobres y los países pobres carecen de recursos económicos para costear la cobertura de estas intervenciones esenciales. En la mayor parte de los países de ingresos medios, el gasto

medio por persona en salud es ya suficiente para que toda la población pudiese cubrir las intervenciones esenciales. Sin embargo, esta cobertura no llega a muchos de los pobres. La exclusión se concentra a menudo por regiones (p. ej., las zonas rurales de China occidental y el nordeste del Brasil) o en minorías étnicas y raciales.

La Comisión analizó de manera especial si los países de bajos ingresos podrían financiar los sistemas de salud con sus propios recursos si suprimieran gastos innecesarios. Los resultados fueron claros: *la pobreza en sí impone un impedimento económico esencial, aunque el despilfarro existe y debe solucionarse*. Los sistemas públicos de salud de los países pobres, se caracterizan por su debilidad y financiación escasa, lo que ha posibilitado el surgimiento de un importante sector sanitario extraestatal basado en la práctica privada, en proveedores afiliados a organizaciones religiosas y en organizaciones no gubernamentales que tratan de compensar el déficit del sistema público.

En el contexto del *Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP)*, la Comisión recomienda que cada país del mundo en desarrollo encomiende la organización y dirección del proceso de ampliación a una Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud (CNMS) o su equivalente, presidida conjuntamente por los ministerios de salud y economía y a la que se incorporarían representantes clave de la sociedad civil.

Un tema de suma importancia que destacó la Sra. Brundtland es el tema de la investigación. Considera que una estrategia mundial firme en pro de la salud deberá invertir también en nuevos conocimientos. Debe mejorar mucho el estado de los conocimientos epidemiológicos mediante el perfeccionamiento de los sistemas de vigilancia y de notificación para saber, quién sufre y muere de que enfermedades y donde sucede. Los datos según el informe, auguran importantes y mejores rendimientos sociales que van mucho más allá de los niveles actuales para las inversiones en investigación. Por consiguiente, la Comisión reclama un incremento importante de los fondos para investigación y desarrollo (I+D) a escala mundial en el terreno de las enfermedades que abruma a las poblaciones pobres.

En resumen, la Comisión pudo presentar evidencia desde el ámbito de la economía, que la salud y la educación son dos piedras angulares directamente relacionadas con la capacidad productiva del ser humano. La buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico a largo plazo.

El informe puso en relieve el impacto que enfermedades como la tuberculosis, el VIH y la malaria tienen sobre la economía y el desarrollo, impacto que ha sido históricamente subestimado. Desde el siglo XVIII, cuando se comenzó a observar y analizar el comportamiento de las enfermedades de manera sistemática (Gordis, L. 1996), observando qué poblaciones y en qué circunstancias eran afectadas por alguna enfermedad, se evidenció que la tuberculosis no era realmente enfermedad de artistas, ni de los ricos o de la nobleza, sino todo lo contrario, afectaba a los pobres y los sumía aún más en la pobreza en tanto limitaba su productividad y les obligaba a más gastos.

En Honduras, la tuberculosis también afecta a los más pobres, jóvenes que ven disminuida su capacidad de trabajo porque la enfermedad les resta energía para desempeñar labores, aquellas usualmente realizadas por los menos favorecidos, que exigen buena contextura física para ser llevadas a cabo. Aunque la estrategia TAES/DOTS llevada a cabo en todas las unidades de salud del país desde el 2003, proporciona diagnóstico y tratamiento gratuito, el paciente pierde días de trabajo para asistir a consulta y tratamiento, lo que significa gastos de bolsillo que afectan ya su precaria economía.

Cuando, el paciente tiene que utilizar para su atención, el sistema privado debido a problemas de falta de acceso a unidades de salud pública, falta de personal, falta de métodos diagnósticos o existencia de cuotas para la realización de pruebas por la alta demanda y personal insuficiente, el retraso en confirmar la enfermedad aumenta el impacto en la pérdida de ingresos y aumenta los gastos en pasajes, métodos diagnósticos, tratamientos paliativos o tratamientos inefectivos. Además, el retraso en el diagnóstico aumenta la posibilidad de contagio de otras personas.

El sistema privado de atención no está adecuadamente capacitado en la prevención, diagnóstico y tratamiento de personas con tuberculosis. En la ciudad de San Pedro Sula, pero también en Tegucigalpa ((Varela-Martínez, C. (2009) datos no publicados)), un estimado de dos a seis meses es el lapso de tiempo que un sintomáticos respiratorios, permanece con síntomas sin ser diagnosticado ni tratado. El PNT ha detectado que aun en el sector público, que ha sido capacitado para la detección de casos presuntivos de TB, se pierden oportunidades de realizar tempranamente el diagnóstico, iniciar y completar el tratamiento adecuado en sintomáticos respiratorios (Personas con tos de más de 15 de días de evolución) (Secretaria de Salud, PNT, 2012). Existen diferentes razones que explican esta situación, siendo una de las causas que la tos como síntoma, no tiene connotación de alarma ni para el paciente, su familia ni para el personal de salud.

El diagnóstico tardío de la tuberculosis puede significar secuelas respiratorias importantes y otras lesiones permanentes que requiere gastos continuados para la atención de reinfecciones bacterianas, de discapacidad respiratoria, reducción de la capacidad productiva y de la esperanza de vida de personas que en su mayoría han sido afectadas tempranamente. (Sánchez-Barriga, J.J., 2015). En Honduras desconocemos los datos de mortalidad por TB, solamente la letalidad de la enfermedad de aquellos que están incluidos en la cohorte de tratamiento. Lonroth *et al*, destacan que el impacto sobre la economía de la familia puede llegar a ser hasta el 20-40% de los ingresos anuales de la misma siendo mayor en las familias más pobres. (Lonroth E., 2010)

La Tuberculosis es un ejemplo de enfermedad relacionada con el tema del medioambiente, especialmente cuando se trata de condiciones de vivienda o de trabajo, donde el hacinamiento favorece el contagio de otras personas de la familia y de compañeros de labores, este es el caso de los trabajadores de salud y del sector industrial (maquilas). A excepción del manejo ambiental donde se tratan pacientes con tuberculosis multidrogoresistente, no ha habido esfuerzos suficientes para implementar la estrategia de control de infecciones transmitidas por el aire de la OMS (WHO, 2009) ni de las mismas normas nacionales de control de la TB (Secretaria de Salud, Honduras, 2012) para disminuir la probabilidad de contagio en los hospitales y centros de salud

(OMS), que afecta tanto a pacientes como a trabajadores de la salud, tampoco en lugares de trabajo como las maquilas y centros penales donde el hacinamiento es extremo y la tasa de incidencia de TB y VIH extremadamente alta.

En un estudio realizado en el Hospital Escuela Universitario, hospital de referencia nacional ubicado en Tegucigalpa, Honduras, que cuenta con 1200 camas, se pudo confirmar que en dos años de residencia el 30% de los estudiantes de postgrado habían sido infectados (Ferrufino, T. y Varela-Martínez C. 2006) y en otro estudio en prensa (Álvarez Castillo M.A., Caballero Cáceres, X. A., Varela-Martínez C., 2015) se confirmó un alto porcentaje de personas con TB baciloscopia positiva, en la emergencia del Hospital Escuela Universitario, donde falta aplicar las medidas de control de infecciones de transmisión aérea.

Respecto a la movilización de fondos tanto nacionales como internacionales para invertir en salud, dirigidos a lograr poner “Fin a la Tuberculosis”, Honduras ha recibido la aprobación de fondos de parte del Fondo Mundial de lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis y malaria, para las tres enfermedades. Particularmente para el control de la TB se han recibido fondos extranjeros para dos proyectos, el primero con más de 6 millones de dólares ejecutados del 2003 al 2008 y más recientemente cerca de 12 millones de dólares a ser ejecutados según un proyecto que prioriza 48 municipios entre ellos las ciudades del Distrito Central y la de San Pedro Sula el cual está en ejecución desde el 2011. El enfoque de los proyectos, sin embargo, se basa principalmente en fortalecer el sistema de salud, (Fondo Global, Gobierno de Honduras, Secretaria de Salud, 2010) lo cual es necesario pero insuficiente ya que, para lograr el control y fin de la enfermedad, se debe atender principalmente las necesidades del paciente y su familia, necesidades que demandan atención multisectorial.

3. Inequidad en las inversiones para la salud

En el 2011 la OMS informó que el 86% del gasto sanitario del mundo fue consumido solo por el 18% de la población, situación agravada por el progresivo aumento del gasto sanitario para enfrentar enfermedades transmisibles, que como la tuberculosis aún

permanecen con tasas elevadas en algunas extensas partes del mundo, aunado al aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, incremento de costos en uso de medicamentos y procedimientos cada vez más avanzados y onerosos.

Se ha observado, en todo caso, que los indicadores generales de salud, entre ellos, la esperanza de vida, las tasas de mortalidad infantil, de homicidios, proporción de la población en prisión, nacimientos de madre adolescente, obesidad, movilidad social, enfermedades mentales, entre otras, son mejores en sociedades más equitativas (Wilkinson, R., Pickett, K., 2010). La Veist *et al.* efectuando estudios econométricos encontraron que un 30% de los costos podrían ser atribuidos solamente a las desigualdades. (Citado por Urriola, R., *et al.*, 2011)

En América Latina, los sistemas de salud se caracterizan por la fragmentación, segmentación, la exclusión, la falta de comunicación entre prestadores de atención pública y privada, lo cual aumenta la exclusión. (Urriola R., *et al.*, 2011). Esta es precisamente, la descripción del sistema de salud en Honduras, en el Plan de Nación, Visión de País (Gobierno de Honduras, 2010).

Hasta hace algunos años las estrategias de control de la TB se enfocaban en los sistemas públicos de atención a la salud, más recientemente se promueve el establecimiento de redes de comunicación y apoyo con los sistemas privados de salud (OMS, Estrategia Alto a la TB 2006, OMS Fin a la TB 2015, Secretaría de la Salud, Normas nacionales de control de la TB 2012). Esto es particularmente importante en lugares donde, como en la ciudad de San Pedro Sula, el sistema de atención gubernamental responsable del programa de control de la TB presenta múltiples limitaciones en cuanto a número de establecimientos de salud y personal y el sistema privado esta débilmente capacitado en el diagnóstico tratamiento, prevención de la TB. (Varela-Martínez, C., *et al.*, 2015)

El área de la salud de la agenda de la CEPAL promueve sistemas de salud basados en seis pilares: 1. Política de salud inclusiva, universal y que otorgue seguridad a quienes solo cotizan por períodos parciales del año; 2. Mejorar la inversión en el sector público

para disminuir la brecha y heterogeneidad estructural entre subsectores de salud segmentados y fragmentados; 3. Reducir las brechas territoriales que afectan las capacidades de atención institucionales y de desarrollo social y que inhiben capacidades de derivación en el sistema; 4. Redefinir las calificaciones necesarias de los trabajadores y profesionales de la salud para afrontar el cambio demográfico, tecnológico y epidemiológico; 5. Asegurar que el gasto social en salud reduzca las brechas de la desigualdad social y; 6. Construir pactos sociales y fiscales así como definir el nuevo rol del Estado con especificaciones para el área de la salud (Urriola, R., et al., 2011).

Algunos países europeos después de haber avanzado hacia una cobertura universal y gratuita para la mayoría de las prestaciones, proponen ahora con la intención de reducir costos: Moderar el uso de medicamentos, estimular el uso de genéricos, desincentivar las consultas múltiples, orientar a los pacientes por medio de médicos de familia; orientar a que se usen los prestadores de menores costos y mejor calidad; y, promover menos duración en las hospitalizaciones. Mientras los países desarrollados centran el tema de la economía en salud en aspectos de contención o racionalización de costos, los países menos desarrollados lo tienen que hacer en mejorar la cobertura y las redes en condiciones de restricciones presupuestarias. Lastimosamente en Honduras el porcentaje de presupuesto a la salud se ha ido reduciendo en los últimos años y la Ley Marco de Protección Social parece favorecer más bien el sector privado de la salud.

De acuerdo al Banco Mundial (Banco Mundial, 2015) los avances logrados en la reducción de la pobreza han sido notables en las últimas décadas. El mundo cumplió la meta del primer objetivo de desarrollo del milenio (ODM) de disminuir a la mitad para 2015 la tasa de pobreza registrada en 1990, lográndolo en 2010, cinco años antes del plazo previsto, sin embargo, el número real de personas que viven en condiciones de pobreza extrema en el mundo sigue siendo inaceptablemente alta. En el 2012, esto significó, según el Banco Mundial, que 896 millones de personas subsistían con menos de US\$1,90 al día y no alcanzaron los progresos en salud, educación, capacidad de generar ingresos e infraestructura y, por lo tanto, vieron obstaculizado su desarrollo humano. La salud, considerada como un fin, es a la vez requisito y medida del grado de desarrollo humano alcanzado ya que una persona saludable en un entorno saludable,

contribuye a la evolución de otras esferas sociales (Rodríguez-García, R. y Goldman, A., 1996).

Las observaciones de las relaciones que existen entre la salud y el desarrollo y viceversa, han llevado al aumento del interés por enfocar conjuntamente ambos temas. A partir de los 90 el asunto del desarrollo humano sostenible, busca maneras de medir sus efectos combinados no solo en la persona y la sociedad sino en la conexión con el medio ambiente, con el objetivo de planificar y establecer sinergias en la búsqueda de “salud para todos”.

Después de la segunda guerra mundial, las estrategias de desarrollo impuestas por los organismos internacionales fueron aplicando teorías, enfoques modelos en un proceso de ensayo y error, que produjeron inicialmente en los años 60-70, crecimientos económicos modestos en los países latinoamericanos, pero no el desarrollo esperado; sin embargo en los ochentas se revirtió el proceso debido a la crisis de la deuda; en los noventa la implementación del modelo neoliberal y la globalización ha sido beneficiosa para algunos especialmente en términos macroeconómicos pero han aumentado el número de pobres y fomentado la inequidad.(Portes, H., Hoffman, K.,2003).

La metodología de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para el estudio de la pobreza en Latinoamérica, fue propuesta a finales de los 70 por la CEPAL (Feres, J.C., Mancero, Xavier. CEPAL, 2001) con el propósito de identificar hogares y personas que no alcanzaban a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables según niveles de bienestar, tomados como universales, identificar carencias críticas de la población y caracterizar la pobreza, utilizando básicamente la información de los censos. Esas necesidades incluían requisitos mínimos de vivienda, de saneamiento, hacinamiento, escolaridad, capacidad económica para satisfacer niveles mínimos de consumo. Como el fenómeno de la pobreza es muy complejo, el indicador empezó a mostrar los problemas operativos en décadas posteriores ya que dejaban por fuera amplios grupos de personas en condiciones de extrema pobreza. Aun así, este método representó un importante aporte al estudio del fenómeno, su conexión con otras

condiciones como la salud y la educación y brindó información para la redirección de políticas públicas de mitigación.

En 1987, UNICEF (UNICEF, 1987) publicó un reporte conocido como “Ajuste con rostro humano”, detallando el impacto negativo sobre la salud y la educación del Programa de Ajuste Estructural. El reporte tuvo aceptación general y fue desde entonces usado para reorientar políticas públicas que protegiesen fondos públicos para el sector social principalmente los fondos para la protección de la salud y educación. Más tarde el Informe del Banco Mundial sobre el desarrollo mundial 1990, muestra ese cambio de enfoque:

“Más de 1,000 millones de personas -cerca de un tercio de la población total de los países en desarrollo- viven en la pobreza, es decir, su consumo anual per cápita es menor a US\$370. Ser pobre significa, no poder lograr condiciones de vida mínimas y no tener dinero suficiente para comprar alimentos, ropa y vivienda adecuados. También significa una baja esperanza de vida, altas tasas de muerte de bebés y niños y pocas oportunidades para obtener incluso una educación básica. La pobreza sigue siendo alta a pesar del buen desempeño económico en gran parte del mundo en desarrollo durante varias décadas. En muchos países los beneficios provenientes del crecimiento económico fueron contrarrestados por el rápido aumento de la población” (Banco Mundial, 1990). Lastimosamente no se expresa el perjuicio que la mala distribución de la riqueza produce en el mundo.

A comienzos del nuevo milenio, las nuevas tendencias de las políticas en temas de desarrollo se caracterizaron por propuestas de descentralización de los recursos dentro de los países, inclusión de metas de desarrollo nacional como medio para ayudar a los países a incorporarse en el sistema económico internacional y a la formulación de políticas nacionales de desarrollo que tomasen en cuenta las diferencias regionales internas. Los indicadores sociales del desarrollo empezaron a adquirir más importancia y a ser medidos y monitoreados, los gobiernos procuraron mejorar el comportamiento de sus economías en escala internacional y corregir las diferencias internas. Aparecieron nuevos movimientos políticos cuyo activismo se concentraba frecuentemente en las

funciones del gobierno con respecto a la pobreza y en las iniciativas de política de salud vinculadas con las políticas de desarrollo y crecimiento económico.

El Programa de Ajuste Estructural fue entonces reemplazado por la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP. Gabinete Social. Honduras, 2001) enfocada en Honduras a reducir de un 66% a un 42% la pobreza al 2015, a través del desarrollo de medidas para acelerar el crecimiento económico equitativo y sostenible e invirtiendo en talento humano, priorizando acciones a favor de zonas y grupos postergados, fortaleciendo la participación de la sociedad civil, la descentralización, la gobernabilidad, democracia participativa y disminuyendo la vulnerabilidad ambiental y su impacto en la pobreza. Estas medidas fueron introducidas como compensación en muchos países y tanto el Banco Mundial como el Fondo Internacional Monetario requirieron entonces y actualmente del análisis del impacto de programas de ajuste sobre los pobres. Los críticos argumentan que se trata de un "enfoque de red de seguridad social" en el que los servicios sociales no se consideran como parte de las principales funciones normales del Estado moderno, sino como instituciones que responden a las fallas del mercado.

Aspectos multidimensionales y multirelacionados que tienen que ver con los objetivos de los gobiernos y de las sociedades respecto a alcanzar desarrollo humano sostenible han requerido la inclusión no solamente de los temas meramente económicos sino enfrentar temas sociales, como el de la pobreza, las enfermedades, la falta de educación, de saneamiento y de vivienda, de capacidades para lograr satisfacer necesidades básicas de la persona y la comunidad, la autoestima, autorepresentación, la libertad de elección, la inclusión de la mujer, de los niños y niñas, discapacitados, adultos mayores y otros excluidos . Para Amartya Sen, premio Nobel de economía en 1998, *“el desarrollo es el proceso de expansión de las libertades humanas”* y *“entre esas libertades fundamentales se encuentran algunas capacidades elementales como, por ejemplo, poder evitar privaciones como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable, la mortalidad prematura...”*. En términos más amplios para Amartya Sen, cinco tipos distintos de libertades complementadas mutuamente, contribuyen a mejorar la capacidad general de una persona: Libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora. En ese sentido, el aumento de

las libertades, mejora la capacidad de los individuos para ayudarse a si mismo e influir en el mundo, temas fundamentales para el desarrollo. De aquí el sentido de “el individuo como agencia”. (Sen, A., 2000).

La expresión de agente y el principal, se utiliza en economía para idear reglas de compensación para inducir a un subordinado (el agente) a actuar de acuerdo con los mejores intereses del principal, o como dice Sen, “*agente se utiliza a veces en la literatura sobre economía para referirse a una persona que actúa en representación de otra (dirigida por un principal) y cuyos logros deben evaluarse a la luz de los objetivos de alguna otra (el principal)*”. Para Sen, sin embargo, agencia y agente deberían ser el mismo: el termino agente más antiguo y elevado, “*De la persona que actúa y provoca cambios y cuyos logros pueden juzgarse en función de sus propios valores y objetivos*”

Analizando la pobreza concebida por A. Sen como privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, exige examinar las relaciones entre la renta y las capacidades, ambas frecuentemente dependen de factores en que la persona poco o nada puede controlar: edad, sexo, lugar, de la situación epidemiológica (las enfermedades endémicas de una región) instituciones sociales y económicas (servicios de educación y atención médica). Por ejemplo, en Estados Unidos, como ejemplo de país desarrollado, existen desigualdades entre diferentes grupos raciales de género y de edad y pueden llegar a ser muy grandes en términos de ingresos, morbilidad, expectativas de vida, cobertura sanitaria, pero las diferencias pueden ser relativas y contradictorias si se compara solo la renta. Para el caso, la renta de los afroamericanos pobres en Estados Unidos puede ser mucho mayor que la de ciertas sociedades pobres de países del tercer mundo, pero sus expectativas de vida ser menores que las de algunas sociedades en China, la India o Costa Rica.

El análisis de la información, no solo de la renta sino de las capacidades básicas, permite comprender mejor la desigualdad y la pobreza y hacer mejores propuestas de políticas públicas que las basadas en la renta. Según Sen

“los debates sobre política económica y social se han distorsionado a causa del excesivo énfasis en la pobreza de renta y en desigualdad de renta y de la consiguiente despreocupación por privaciones que están relacionadas con otras variables”, como el paro, la falta de salud, de educación y la exclusión social. Las diferencias entre tasas de mortalidad pueden servir de indicador de la existencia de profundas injusticias que dividen las razas, los sexos, las clases.

La divergencia de criterios sobre el desarrollo se refleja también en el lenguaje, en el discurso sobre el desarrollo, en los que términos que se utilizan como (tradicional, moderno, desarrollado, subdesarrollado, en desarrollo, centro-periferia, tercer mundo, transición y norte-sur) para caracterizar las condiciones y relaciones internacionales. Esa terminología revela a menudo el paradigma predominante del desarrollo y tiende a orientar prioridades, enfoques y recursos de los organismos en su diálogo con los países supuestamente beneficiarios. Los criterios de necesidades pueden también ser diferentes entre los especialistas en desarrollo y las poblaciones que pretenden beneficiar.

Las teorías y políticas de desarrollo han tenido la tendencia a dar prioridad al crecimiento económico antes que, al crecimiento y desarrollo de los servicios sociales, incluidas la prestación de servicios de salud y la educación y muchas veces han reflejado los valores e interés de las agencias, en el sentido del principal y el subordinado.

C. La Declaración de Alma-Ata

Un momento muy importante en la historia de la Salud Pública es sin duda el sucedido en Alma-Ata en 1978. Durante los años cincuenta y sesenta, las actividades relacionadas con el desarrollo en el mundo, fueron el reflejo de estrategias dirigidas al crecimiento económico, a la industrialización más que a inversiones sociales en esferas tales como la salud y la educación. La mayoría de los expertos supusieron que la prosperidad derivada del crecimiento económico "desbordaría" y alcanzaría a sectores como el de la salud, la cual no se consideraba componente generador de crecimiento socioeconómico y desarrollo. Aunque se esperaba que el crecimiento económico estimulara el

crecimiento del sector sanitario de la economía, no se pudo observar que condujera a la consecución de las metas en el sector de la salud ni que alcanzara a la población de manera equitativa.

En 1978, la OMS y UNICEF patrocinaron una reunión en Alma-Ata, en la entonces Unión Soviética, donde asistieron 134 representantes de países y 67 organizaciones no gubernamentales, con el propósito de tratar la cuestión relativa a la salud y el desarrollo internacional (UNICEF, 2008).

La declaración de Alma-Ata surgió a partir del mismo movimiento en pro de la justicia social que había generado la Declaración sobre el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional de 1974. Ambas ponían de relieve la interdependencia de la economía global e impulsaban el intercambio de ayuda y conocimientos con miras a revertir las crecientes desigualdades económicas y tecnológicas que existían entre los países industrializados y los menos industrializados.

En la conferencia de Alma-Ata se declaró que la Atención Primaria en Salud (APS) era la clave para alcanzar la meta de “salud para todos en el año 2000”. Se empleó el enfoque de las "necesidades básicas", el derecho a la salud y otros enfoques del desarrollo local, para centrar la atención en sectores tales como los de la educación, salud y saneamiento. La Atención Primaria en Salud mereció mucha atención en ese momento y las organizaciones internacionales y los principales donantes bilaterales empezaron a "centrar de nuevo su atención en los aspectos microeconómicos del desarrollo" (OMS, 1978).

La Atención Primaria en Salud, se definió como uno de los servicios de “atención sanitaria básica” fundamentada en evidencia científica, universalmente accesible para las personas y las familias, a un costo que se hallaría al alcance de las comunidades y los países en su conjunto. La Atención Primaria en Salud englobaba ocho componentes mínimos: educación sobre la salud; una nutrición adecuada; atención materna y neonatal; saneamiento básico y agua apta para el consumo; control de las enfermedades infecciosas más graves mediante la inmunización, prevención y control de las

enfermedades endémicas de cada región; tratamiento de enfermedades y lesiones comunes y un suministro de medicamentos básicos. La declaración exhortaba a los gobiernos a formular políticas nacionales que incorporaran la Atención Primaria de la Salud a sus sistemas nacionales de salud.

A pesar de que en los países que se implementó la APS, se puso en manifiesto la flexibilidad y aplicabilidad del modelo sanitario de base comunitaria y se observó mejoría de la salud pública, surgieron obstáculos que impidieron el logro de los objetivos planteados. La declaración de Alma Ata no tenía un carácter vinculante, había diferencia de criterios en torno a temas como el “acceso universal”, marcadas diferencias ideológicas entre el mundo capitalista y comunista.

En la década de 1980 se abandonó el modelo de la atención primaria de la salud en favor del más asequible, el de atención sanitaria selectiva, orientada a tratar enfermedades y dolencias específicas, lo cual, sumado al crecimiento económico, las nuevas tecnologías de salud, una mejor educación y la intervención de los gobiernos, logró, en algunos países, incidir en las tasas de mortalidad y enfermedades de la niñez. (Banco Mundial, 2015). No obstante, análisis posteriores sobre las condiciones mundiales, regionales y de país respecto a la salud, revelaron que siguen existiendo grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

El progreso insuficiente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sumado a los peligros que suponen para la salud mundial y la seguridad humana el cambio climático, pandemia de enfermedades (gripe, chicungunya, zika) la crisis alimentaria mundial, así como los efectos negativos para la salud que producen ciertas actividades relacionadas con el desarrollo: urbanización, uso de plaguicidas, tóxicos industriales, las migraciones entre otros temas, han dado paso a un interés renovado por la Atención Primaria de la Salud y ha surgido interés en un enfoque más holístico y multisectorial con respecto a los factores determinantes de la salud, que procura integrar la medicina con la economía, los procesos políticos y los factores socioculturales y ambientales.

Paradójicamente, en la época de los años ochenta, década considerada por la CEPAL como “la década perdida para América Latina” (Franco, R., 1996; Ocampo, J.A., 1998;) por el problema de la deuda externa, la recesión, el ajuste económico el aumento de la pobreza, pudieron haber limitado seriamente la capacidad económica de algunas naciones para proteger la salud, especialmente en América Latina y el enfoque de la APS hubiera podido tener mejor suceso en la protección y promoción de la salud de estos países. Dentro de la esfera más reducida de la atención de salud, los puntos de partida adecuados son la creación y la puesta a disposición para todos, de servicios de Atención Primaria de Salud (APS). Es esencial una amplia política en la esfera de la salud para lograr un desarrollo duradero.

Entendiendo que el objetivo del desarrollo es el bienestar, potenciación del ser humano y su seguridad, el tema trata de mejoras en materia de salud y de enseñanza para todos, de disminución de la mortalidad infantil y de la materna que junto con otros cambios sociales que eleven la condición de la mujer pueda tener efectos profundos en la salud de las familias, seguridad y dignidad en la vejez, prevención y manejo de principales enfermedades infectocontagiosas como la Tuberculosis, VIH, malaria y otras relacionadas, así como el nuevo espectro de enfermedades crónico-degenerativas muchas veces relacionadas también con el ambiente y estilos de vida.

D. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y sus Indicadores

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es el organismo mundial de las Naciones Unidas encargado del tema de desarrollo, para lo cual promueve y apoya el cambio, conecta países hacia mejores niveles de vida de los pueblos, incentiva y fortalece la creación de conocimientos, recopila experiencia y los recursos necesarios para ayudar en dicho objetivo. El PNUD está presente en unos 170 países y territorios y trabaja con los gobiernos y las personas para apoyar a encontrar sus propias soluciones a los retos mundiales y nacionales del desarrollo (PNUD, 2016).

Los indicadores que dan cuenta adecuada tanto del desarrollo como de la salud y su interconexión, se fundamentan en el concepto adoptado de cada uno de ellos. El

concepto de la salud es complejo, por lo que no puede ser fácilmente estimada, monitorizada, evaluada, ni supervisada.

En 1970 el Instituto de Unión de Naciones para Investigación de Desarrollo Social (UNRISD), proporcionó 73 indicadores, de ellos 16 centrales, 9 sociales y 7 económicos. Entre los indicadores estaban: Expectativa media de vida, porcentaje de localidades con una población mayor de 20,000 personas, consumo de proteína animal/per cápita/día, matrícula primaria y secundaria, número promedio de personas por habitación, circulación de periódicos/1,000 personas, porcentaje de personas económicamente activas con agua, luz y gas, porcentaje de adultos envueltos en agricultura y consumo eléctrico per cápita.

La mayor crítica hacia los indicadores, es que se considera que miden el desarrollo en términos eminentemente estructurales más que de bienestar; de ingreso o inversión (número de médicos o camas /1,000 habitantes) más que de resultados. En 1990, en el primer informe sobre Desarrollo Humano elaborado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se introduce el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como indicador que ofrece una aproximación sobre condiciones de desarrollo de los países y que se ha empleado en los sucesivos informes anuales, con diversas modificaciones.

El IDH pretende medir el desarrollo humano de manera más integral al contemplar las dimensiones de longevidad, conocimientos e ingreso. Se considera "como una medida de la capacidad de la gente para lograr vidas sanas, comunicarse y participar en las actividades de la comunidad y contar con recursos suficientes para conseguir un nivel de vida razonable". (Rojas Ochoa, F., López Pardo, C., 2003)

Cada una de las dimensiones consideradas en el IDH se ha cuantificado a través de índices sustentados en indicadores que no han sido siempre los mismos en las diversas oportunidades cuando se ha calculado. La longevidad se ha medido en todas las oportunidades mediante el índice de esperanza de vida al nacer. La cuantificación de la dimensión conocimiento ha sufrido varios cambios, desde el informe de 1995 se obtiene

un índice de nivel educacional en función a su vez del índice de alfabetización en adultos y del índice de la tasa de matrícula combinada en educación primaria, secundaria y superior. El tratamiento del ingreso ha constituido casi un conflicto histórico desde el punto de vista conceptual y metodológico. El IDH puede tomar valores entre 0 y 1, entre mayor es el valor numérico, mayor es el desarrollo humano. El PNUD clasifica a los países en tres grupos: IDH bajo de 0.0-0.59, medio 0.6-0.79 y alto 0.8 a 1.0. Recientemente se ha incluido una cuarta categoría que es el de muy alto y el IDH ajustado a la desigualdad.

Existen otros indicadores sociales como medidas alternativas de desarrollo: índice de calidad física de vida (PQLI), compuesto por expectativa de vida, mortalidad infantil y analfabetismo. Los indicadores ampliamente disponibles que reflejan por lo menos algunos aspectos de la salud de una determinada sociedad, son la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil. Muchos son los factores que pueden aumentar la esperanza de vida y reducir las tasas de mortalidad, pero dos de ellos merecen ser destacados. En primer lugar, aunque por lo general el bienestar nacional es sinónimo de salud nacional, algunas naciones y zonas relativamente pobres tales como China, Sri Lanka, y el Estado de Kerala en la India, han alcanzado progresos importantes en la reducción de la mortalidad infantil y en la mejora de la salud gracias al aumento de la enseñanza, especialmente de las mujeres, al establecimiento de dispensarios de salud básica y a otros programas de atención de salud (Todaro, M. P., 1994).

Se ha observado que el control o eliminación de enfermedades en las poblaciones, no necesariamente mejora mediante intervenciones medicamentosas, sino que, de intervenciones como la mejora del suministro de agua en las zonas rurales, de la higiene pública y de la enseñanza en materia de salud (Gordis, L. 1996). En el mundo en desarrollo, los graves problemas en materia de salud están estrechamente relacionados con las condiciones ambientales y con los problemas de desarrollo. En sentido positivo son mejores indicadores de la situación de salud que las variables socioeconómicas, el acceso a la eliminación segura de aguas residuales, la disponibilidad de servicios médicos y el grado de conocimiento de las madres en lo que se refiere a prácticas higiénicas, medidas preventivas básicas y uso de servicios de atención de salud, incluida

la planificación de la familia. El número de grifos de agua cercanos es un mejor indicio de la salud de la comunidad que el número de camas de un hospital. Estos vínculos entre la salud, la nutrición, el medio ambiente y el desarrollo demuestran que las políticas de salud no pueden concebirse en términos de medicina puramente curativa o preventiva o incluso en términos de una mayor atención en materia de salud pública.

En segundo lugar y en sentido negativo, otro importante problema de salud con repercusión internacional es el aumento de la toxicomanía, estrechamente relacionado con el crimen organizado de la producción de estupefacientes, el tráfico internacional a gran escala y sus redes de distribución de drogas que falsea además del impacto en la salud y la violencia, los datos de la economía.

E. La salud como derecho y prioridad política

La salud fue por primera vez declarada como un derecho humano universal, en el momento de creación de la carta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud en 1946 (OMS, 2014), específicamente en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General del 10 de diciembre de 1948, (ONU, 1948). En dicha de declaración se proclama textualmente lo siguiente:

“Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”

Además, la OMS ha responsabilizado a los gobiernos de los Estados miembros, el garantizar la salud de sus pueblos, lo cual solo puede ser cumplido mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Honduras, estado miembro de la OMS, declara en la Constitución de la República que, “la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado. Todos tienen obligación de respetarla y protegerla”. Así mismo se declara que todos los hondureños nacen libres e iguales en derechos, no hay clases privilegiadas y la vida es inviolable. El capítulo VII de la Carta Magna se destina específicamente y de manera escueta, al tema de preservación y promoción la salud, delegándose al poder ejecutivo a través de la Secretaría de Salud, la coordinación de un plan nacional de salud (Asamblea Nacional Constituyente de Honduras, 1982). A pesar de que la constitución de la República data desde 1982, este plan nacional de salud se elaboró hasta en el 2006 y en la realidad existen amplios segmentos de la sociedad con problemas de salud y grandes dificultades para acceder a servicios de atención a la salud de calidad.

DEGT-UNAH

III. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUE A LAS CIUDADES

A. Determinantes Sociales de la Salud.

1. Sobre el concepto de los determinantes sociales de la salud.

La explicación mágica de la aparición de las enfermedades, así como las explicaciones, mecanicistas, vitalicistas, la biologicista (Lain Entralgo, P., 2006) y otras, empezaron a ser examinadas y abandonadas en el contexto de la revolución industrial europea, a raíz de las observaciones sobre la existencia de asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida (Gordis, L., 1996). Los cambios socio-demográficos que acompañaron a la revolución industrial, trajeron graves consecuencias para la salud de la población: cólera, tifus, tuberculosis, desnutrición infantil, alcoholismo, abandono de niños como resultado de la migración del campo a la ciudad y los graves problemas de hacinamiento, empobrecimiento y marginación, condiciones a las que llevaban las malas condiciones de trabajo y de vida de estos asentamientos. (Palomino Moral, P.A., 2014)

La Tuberculosis aumentó a cifras epidémicas en la era de la revolución industrial, constituyéndose en un grave problema de salud pública, especialmente en las poblaciones pobres alrededor de las ciudades. (Rieder, H.L. 1999; Mckeon, T. y Record R.G., 1962; Gale, A.H., 1943). En Honduras, sucedió algo similar, más bien en torno al crecimiento de la ciudad de Tegucigalpa, donde a principios de siglo XX se informa un creciente aumento de pacientes con tuberculosis para quienes solamente se recomendaba, medidas ambientales (curas en lugares con buen clima), tratamientos inespecíficos a base de auroterapia, buena alimentación y vitaminas, así como procedimientos quirúrgicos para casos más avanzado (Reina Valenzuela, J. 1947).

Las potentes drogas antifímicas fueron descubiertas también a mediados del siglo XX, ofreciendo grandes esperanzas a la enorme cantidad de afectados; sin embargo, pronto se descubrió que los medicamentos por si solos no podían controlar esta epidemia. Se

determinó también que, antes del advenimiento de las drogas antituberculosas (estreptomina 1943, ácido paraminobenzoico 1947, isoniacida 1951, pirazinamida 1954, rifampicina 1963, etambutol 1967) las tasas de incidencia y mortalidad de la tuberculosis en ciudades europeas comenzaron a disminuir, fenómeno que no fue atribuido a cambios en el germen, ni a la inmunidad del huésped sino más bien, a la mejoría de las condiciones de vida de las poblaciones principalmente en las ciudades (Figura No. 1), (Logan W.P.D., 1923; Gale, A.H., 1943; Mckeown, T., 1962)

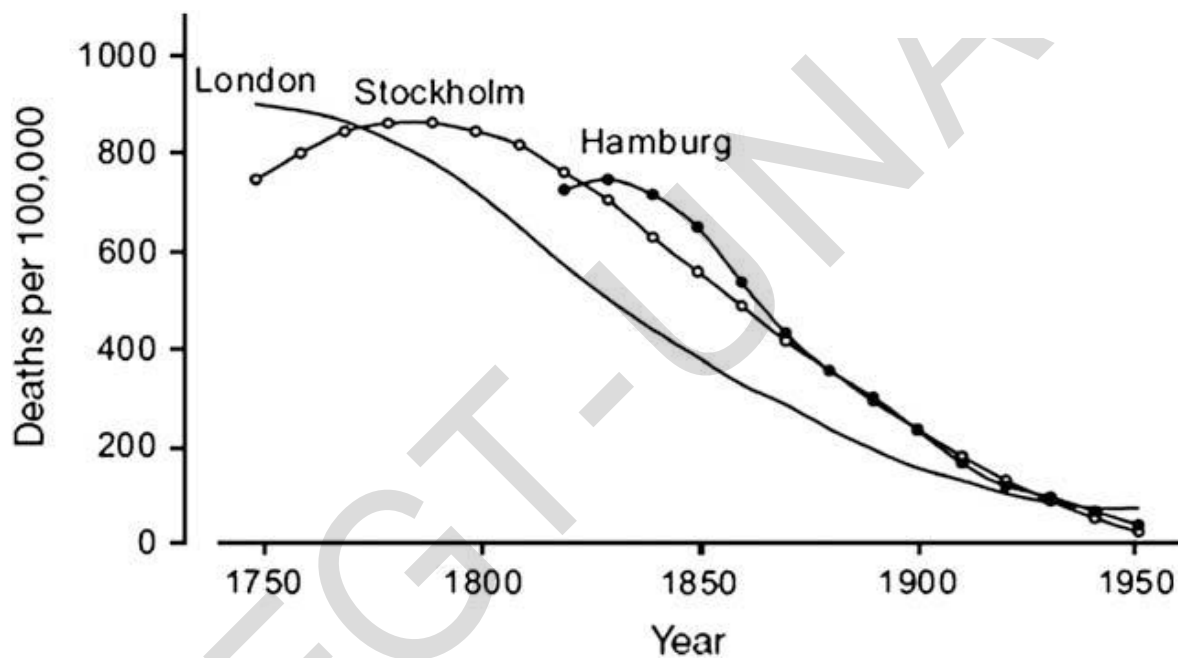


Figura No. 1. Modelled tuberculosis deaths rates in selected European cities 1750–1950. (Fuente: Citado por Rieder, (1999) de Grigg ERN. Am Rev Tuberc Pulm Dis 1958; 78:151-72)

En 1973 Hubert Laframboise, Director General del Departamento de Planeación del Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá, propuso un modelo de análisis de la salud en campos, que permitiera mayor comunicación e integración de las acciones entre ellos (Laframboise H.L., 1973). Este modelo fue posteriormente desarrollado por Marc Lalonde (Lalonde, M., 1974), abogado canadiense, quien, siendo Ministro de Salud y Bienestar,

definió un marco conceptual y operativo para el análisis contextual e integral de la situación de salud y la gestión sanitaria de los canadienses. Este trabajo revolucionó a la Salud Pública contemporánea, al impactar sobre la manera de abordar y explicar la situación de salud de las poblaciones y la manera de formular las políticas de salud.

Bajo el modelo de Lambroise-Lalonde, los factores condicionantes de la salud en la población se encuentran en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas "campos de la salud": la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y organización de la atención sanitaria.

La biología humana implica fundamentalmente la carga genética, la edad y el tema del envejecimiento; el medio ambiente se refiere a asuntos como la contaminación física, química, biológica, aspectos sociales y culturales que rodean al individuo; el estilo de vida y conductas de salud, implica, sedentarismo, nutrición, uso de drogas, estrés, violencia; sistema de asistencia sanitaria se refiere a los tipos de servicios de salud, la equidad de la oferta y la utilización de los mismos.

Palormino (Palormino Moral, P., 1988) destaca de este trabajo, tres aspectos relevantes: Primero, el peso o grado de contribución potencial a la mortalidad de cada factor determinante (los estilos de vida (43%), la biología humana (27%), el medio ambiente (19%) y el sistema sanitario (11%)), en la sociedad de Canadá en aquel tiempo. Segundo, desde el punto de vista de la epidemiología, las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad eran evitables, pues eran condicionados por hábitos y decisiones personales, social y culturalmente aprendidos, los estilos de vida, los cuales generaban riesgos, pero eran evitables e intervenibles desde el punto de vista preventivo y educativo. Este modelo puso de manifiesto el desfase en la asignación de los recursos dedicados a la salud y la importancia relativa de cada determinante. En este punto la asistencia sanitaria ha sido la receptora de la mayoría de los recursos en detrimento de la prevención y la promoción de la salud. Particularmente consideramos sin embargo que la contribución ambiental a la enfermedad es ahora mucho mayor, como resultado no solo de la contaminación de aire, agua, alimentos etc, sino a la tremenda influencia de

los medios de comunicación publicitando determinados productos que claramente afectan la salud. Estamos refiriéndonos al tabaco, alcohol, la comida rápida.

Algunas variables o factores determinantes comprendidos en los campos de la salud de la propuesta Laframboise-Lalonde y que interactúan e inciden en el estado de salud de una población son clasificados según Palormino y colaboradores así: 1. Organización general de un país, política, sociedad, servicios, equidad, justicia, paz, familia, protección social, etc.; 2. Determinantes demográficos, edad media, distribución de los grupos de edad; 3. Determinantes biológicos, genéticos; 4. Determinantes medio ambientales, agua y su calidad, aire, entorno químico y tóxico, energético; 5. Prosperidad, renta, reparto de la riqueza; 6. Cohesión social, categorías sociales, desigualdades sociales, relaciones familiares y sociales, etc.; 7. Sistema educativo, acceso, características; 8. Valores, nivel de formación y de información, acceso; 9. Sistema de atención sanitaria, cobertura, calidad, alcance de los mismos, efectos sobre la población, etc.

El mismo autor destaca que en la Medicina, históricamente se han establecido dos modelos de atención a la salud colectiva, el modelo del déficit (centrado en la enfermedad y en los factores de riesgo) o el modelo promotor de salud, que enfatiza en el empoderamiento de las personas sobre el tema y en la intervención de los entornos vitales favoreciendo la prevención y promoción de la salud. Los servicios profesionales, tanto sanitarios como sociales, han sido dirigidos hacia el modelo del déficit, sin embargo, lentamente, se está reconociendo la necesidad y considerando las ventajas de trabajar con los “activos en salud en la sociedad actual” (García M, H., 2009).

El fenómeno de la globalización es un escenario social a escala mundial, dominado por continuados y acelerados cambios en la situación socio-económica y política de los países, lo cual ha significado enorme impacto medioambiental, movilidad y migraciones como nunca antes se había visto, industrialización a gran escala en algunas zonas del orbe, cambios demográficos, que plantean un entorno físico generador de importantes problemas de morbi-mortalidad, de pobreza y desigualdad en los países y marcados desequilibrios en el reparto de la riqueza entre países. Los cambios demográficos con el fenómeno creciente de envejecimiento, carga de enfermedades crónicas y discapacidad,

explican los patrones de morbilidad, mortalidad, y discapacidad con demanda progresiva de recursos dirigidos a su atención sanitaria y social. Así mismo, nuevas formas de integración de las familias resultado de migraciones o de la violencia (familias extendidas) con requerimientos complejos de atención social.

La globalización, con sus dimensiones económica, social, política, sucede al mismo tiempo de la era de la información digital y de revolución técnico científica, donde convergen la paulatina desaparición del Estado de Bienestar, crecientes cifras de jóvenes desempleados, incremento del número de pobres y de poblaciones excluidas de los beneficios de la ciencia y tecnología. Todos estos eventos tienen relación e impacto en la salud de las poblaciones y las ciudades son entornos donde es posible encontrar las mejores condiciones de salud para unos y las peores para otros.

La OMS considera como determinantes sociales de la salud, a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud y son responsables de las condiciones de salud del individuo y de las poblaciones. Factores de tipo socioeconómico, cultural y ambiental ejercen una influencia definitiva en la situación de salud de los individuos y de las comunidades. Las características individuales de las personas como la edad o sexo, carga genética, pueden estar rodeadas de condiciones en casa, domicilio, trabajo, así como condiciones de políticas públicas y calidad de sistemas de respuesta a las demandas de salud, que finalmente determinan situaciones de salud o enfermedad. Decisiones políticas moldean circunstancias que determinan la distribución del poder, el dinero, los recursos a nivel mundial, nacional y local (WHO, 2008; WHO-UN, 2010).

2. Determinantes sociales, desigualdades e inequidades en salud.

El término desigualdades alude a las diferencias en las condiciones de salud de las poblaciones, debidas a determinantes sociales, como el grupo racial o étnico, la educación, la ocupación, la riqueza, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o se trabaja. Bajo este concepto, la OMS considera que son los determinantes sociales de la salud, los principales

responsables de las desigualdades en salud, entendidas estas como las diferencias en las condiciones de salud, generadas socialmente, que son sistemáticas, injustas y evitables. (WHO, 2016). Según Dahlgren y Whitehead, las determinantes sociales de la salud influyen en la salud de manera positiva o negativamente y son influenciadas o definidas por los tipos de políticas públicas. (Dahlgren, G., Whitehead M., 2006).

En 1977, el Secretario de Estado del gobierno británico, encargó a un grupo de científicos presididos por Sir Douglas Black (1913-2002), nefrólogo, profesor de la Universidad de Manchester Inglaterra, presidente del Real Colegio Médico Británico, llevar a cabo una amplia investigación que incluyera también datos de otros países industrializados, sobre la condición de salud de las poblaciones según clases sociales, los factores que podrían estar incidiendo en dichas condiciones, el análisis de los datos y las respectivas recomendaciones. En 1979 el reporte denominado “Las desigualdades en salud”, pero mejor conocido como “The Black Report”, presentaba un análisis exhaustivo sobre morbilidad, mortalidad y la naturaleza del vínculo entre la pobreza y la mala salud. Se demostró que mientras la salud y la esperanza de vida de los ricos en el Reino Unido continuaron mejorando en el período, la de los grupos más desfavorecidos había caído a niveles similares a los de la era victoriana. Se declaró que los treinta años de Estado de Bienestar y del Servicio Nacional de Salud Británico habían logrado poco en la reducción de las desigualdades sociales en salud. La explicación se basaba en una combinación de factores que implican educación, la movilidad y estilo de vida, pero también a fallas en la estructura nacional y local necesaria para la atención de la salud y finalmente fallas en los indicadores de monitoreo, siendo que era difícil dar seguimiento a indicadores que pudieran tener relación como ingresos y condición de salud (Socialist Health Association. The Black report, 1980). El Reporte Black, es considerado el primero en medir desigualdades en salud, siendo que expresaba fenómenos como se evidencia en el siguiente párrafo

"... .. Las diferencias en las tasas de mortalidad entre las diversas clases sociales son preocupantes. Para tomar el ejemplo extremo, en 1971 la tasa de mortalidad para los hombres adultos de la clase V (trabajadores no calificados) fue casi el doble que la de los hombres adultos en la clase social I (los profesionales) incluso cuando se ha

tenido en cuenta la diferente estructura de edad de las dos clases. Cuando nos fijamos en las tasas de mortalidad para enfermedades específicas la diferencia es aún mayor. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de la tuberculosis en la clase V es 10 veces mayor que la de la clase social I...” (The Black report, 1980)

Las recomendaciones emanadas del análisis de la morbilidad y mortalidad según clases sociales y dirigidas a mejorar la situación, significaban una profunda reorientación del sistema de salud y una inversión enorme, empezando con la mejora del sistema de estadísticas, la creación de indicadores trazadores que captaran la información sobre variables sociales, mejorar e intensificar las investigaciones que mostraran cuáles y donde estaban las diferencias a fin de poder planificar; enfatizaba sobre la necesidad del cuidado de los niños, mujeres, ancianos y discapacitados. Recomendaba mejorar la asignación de recursos profesionales, de enfermería y de presupuesto a los lugares y a las personas que más lo necesitasen y desarrollar planes de prevención y educación. (Socialist Health Association. Black report, 1980)

El informe no fue bienvenido en el nuevo gobierno conservador presidido por la Sra. Margareth Thatcher y nunca fue publicado (BMJ, 2002). Penguin Books publicó más adelante una versión más corta del informe. En 1980 se fotocopiaron 260 ejemplares.

Aunque el informe no condujo a cambios en la política del gobierno del Reino Unido, en el extranjero tuvo un enorme impacto en el pensamiento político, que condujo a una evaluación realizada por la Oficina de Cooperación Económica y Desarrollo y la Organización Mundial de la Salud sobre las desigualdades de salud de 13 países.

Daponte considera que el fenómeno de las desigualdades en salud está caracterizado por su carácter injusto y evitable, además de su ubicuidad, consistencia, su enorme magnitud, su tendencia gradual y creciente, su persistencia, su carácter histórico y adaptativo, indica que los grupos sociales mejor posicionados socialmente, son los más beneficiados de las acciones sanitarias y sociales dirigidas por los Estados a mejorar la salud.

En contraposición a al tema de las desigualdades en salud, está el de equidad que hace referencia a la disminución o ausencia de estas diferencias. Amartya Sen, Premio Nobel de Economía y miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, creada por la OMS en 2006, afirma que la equidad en salud debe abordarse desde ámbitos más amplios: la imparcialidad, la justicia de los acuerdos sociales y la libertad, libertad de poder acceder de manera oportuna a la salud, lo que no concierne únicamente al sistema de salud aislado, sino que incluye todo el sector salud; la equidad en salud va más allá, por todo ello, de la distribución de la salud y de la asistencia sanitaria o de los recursos (Sen, A., 2002).

Dahlgren y Whitehead (2006) propusieron un modelo sobre los determinantes sociales de la salud (campos de Laframboise-Lalonde) y su relación entre ellos. Este modelo trata de representar la interacción de los determinantes sociales, donde en el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud de carácter no modificable, para el caso genética o la edad. A su alrededor se encuentran en forma de capa los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. La categoría social (status social condicionado por ingresos, educación, ocupación, lugar de residencia), correlaciona con indicadores de salud como esperanza de vida, morbilidad y mortalidad, fenómeno conocido como gradiente social.



Figura No. 2 Principales Determinantes de Salud. Tomado de Whitehead M, Dahlgren G. 2006. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: World Health Organization.

Barton, H. and Grant, M. (2010) desarrollaron otro modelo a partir del modelo de Dahlgren and Whitehead en el cual enfatizan además de los estilos de vida, sobre la comunidad y redes sociales, economía local y su resiliencia, actividades, ambiente construido, red de accesos y comunicación, ambiente natural y ecosistema, que son de destacar cuando se trata de la salud en la población habitando en las ciudades. (Anexo No 4)

Un modelo sobre determinantes sociales adaptado para el tema de Tuberculosis, que integra la información de los dos anteriores podría ser más funcional, más relacional, que estructural.

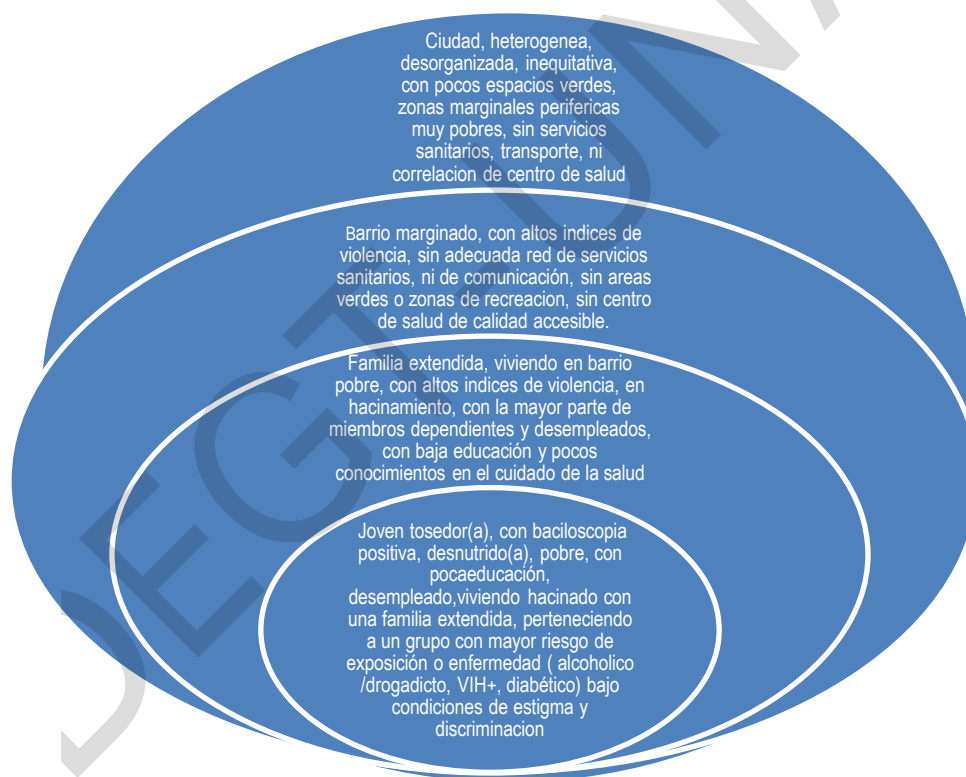


Figura No. 3. Modelo estructural-funcional y relacional de la persona padeciendo de TB y su contexto. Varela Martínez C (2016)-

La equidad en salud implica que, de ser posible, todo el mundo podría alcanzar su pleno potencial en salud y que nadie debería, por su posición social u otros factores

determinados socialmente, estar en desventaja para el logro de este potencial. Es decir que aquellas diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los grupos socioeconómicos, medida por ingresos, educación y ocupación, llamadas desigualdades en salud producidas por determinantes sociales, son evitables y potencialmente modificables. De manera que las inequidades sanitarias son las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país o entre países. Las condiciones sociales, económicas, políticas y sus efectos en la vida de la población determinan en gran medida el riesgo de enfermar, así como las políticas que se adoptan para evitar que la población enferme o para tratarla, de manera que es el Estado a través de políticas públicas y no el libre mercado, la instancia que puede hacer posible alcanzar las mejores condiciones de equidad en salud para las poblaciones.

Nuevamente surge el tema de la Tuberculosis, como patología referente, con fuertes nexos en cada uno de los campos descritos, el biológico (más frecuente entre personas jóvenes en los países pobres), estilos de vida (afecta especialmente a personas con problemas de alcoholismo o drogadicción, a los privados de libertad, migrantes), frecuentemente viviendo en condiciones de hacinamiento, mal alimentado, con poca educación, desempleado o trabajando en condiciones que favorecen la transmisión o desarrollo de la enfermedad, con problemas para el diagnóstico temprano sea por desconocimiento de que la tos prolongada (más de quince días según las normas de atención nacional y las internacionales) es un síntoma que amerita pronto estudio y tratamiento; o falta de acceso a la atención integral adecuada, así como condiciones ambientales en lugares de trabajo (hospitales por ejemplo, fábricas) o la vivienda, donde no se aplican medidas de control de infecciones reconocidas. Otros factores relacionados a aspectos socio-culturales, como el estigma y discriminación que históricamente ha ido ligado a la enfermedad, han obstaculizado muchas veces el diagnóstico y el tratamiento, condiciones que muy poca intervención ha tenido a nivel de la población, a diferencia de lo que ha sucedido con el VIH/Sida.

3. La Comisión de la OMS sobre las determinantes sociales de la salud y su informe.

Pasó más de un cuarto de siglo, después de los famosos trabajos de Laframboise-Lalonde (Canadá, 1973) y del Reporte Black (Reino Unido, 1980), tiempo en los que algunos países como Japón, Australia, Italia, Suiza, Suecia, Francia, Noruega, países bajos y otros europeos, habían logrado alcanzar esperanza de vida de 80 años y más, que sobrepasaba en más de 20 años a la de los habitantes de otros países (Banco Mundial, 2011); países que habían logrado tasas de mortalidad infantil y muerte materna bajas (indicadores complejos que reflejan situación del sector salud) tres a cuatro veces menores, hasta que el Director de la OMS, Dr. LEE Jong Wook, creó una comisión, con el propósito de recopilar, analizar y sintetizar la información sobre los factores sociales que conducían a la mala salud y las inequidades de las poblaciones y proponer medidas e intervenciones que permitieran fomentar la equidad sanitaria, promoviendo un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo (OMS, 2008).

La Comisión fue integrada por 20 miembros e incluía personas de instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, siendo presidida por el Prof. Sir Michael Marmot de Inglaterra. Se procedió a realizar el trabajo de investigación, el cual culminó con la presentación del informe final, el 28 de agosto de 2008, titulado, "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". El informe de la Comisión, que consta de 17 capítulos, además de copilar datos, informes, experiencias y conocimientos de la sociedad civil organizada, redes de conocimientos e investigadores, pretendió además dirigir la atención de la misma sociedad civil, pero sobre todo de los gobiernos, organismos internacionales y donantes hacia la búsqueda de opciones factibles, que generaran mejores condiciones sociales para la salud, especialmente a las personas más vulnerables.

La Comisión señaló en el informe que,

“la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre ellos, estaban provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios a nivel mundial y nacional y por las consiguientes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y que limitaba las posibilidades de tener una vida próspera”.

El informe estableció además que el fenómeno de las inequidades en salud *“estaba acabando con la vida de muchísimas personas”*, eran resultado de malas políticas, gestión y programas sociales deficientes y arreglos económicos injustos.

En general, los determinantes sociales de la salud son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias, no solo entre los países del mundo, sino que en el interior de cada país.

Algunas observaciones que destaca el informe fueron las siguientes:

- Existen diferencias en expectativas de vida de las personas dependiendo del país donde nacieron:
- *“La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido. En el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años”.*
- Hay diferencias de esperanza de vida en relación a los ingresos económicos del país.

Se presentaron los datos de la Curva de Preston, expuesta en 1975 por Samuel H. Preston, (Preston S.H., 1975) sobre la relación entre expectativa de vida de las personas y la renta per-cápita de pobladores de varios países. Esta relación mostraba no ser lineal, pero reflejaba que los países con mejores ingresos tenían mejores expectativas de vida. Sin embargo, esta observación podría ser válida para países con altos ingresos y coeficientes bajos de inequidad, pero aquellos países como los de Latinoamérica con altos grados de inequidad, donde a pesar de los ingresos los países, se albergan grandes desigualdades internas en salud, la relación directamente proporcional entre mejores

niveles de PIB/Percápita y el estado de salud no se observa. Por otro lado, existen casos como el de Cuba o Costa Rica o Chile donde con adecuados programas estatales de atención a la salud y educación, la población tiene expectativa de vida semejante a la de la población de Estados Unidos aun con un PIB/per cápita ostensiblemente menor.

Internamente en los países, independientemente de cuál fuese su nivel de ingreso nacional, la salud y la enfermedad mostraban un gradiente social: cuanto más baja era la situación socioeconómica, peor el estado de salud. Un ejemplo presentado fue la expectativa de vida de personas de Glasgow en diferentes barrios, así, aquellas que vivían en barrios pobres, tenían un promedio de vida de 54 años y las que vivían en barrios ricos tenían expectativa de vida de 82 años.

Diferencias de progreso de la expectativa de vida de las personas en el tiempo, según regiones sanitarias.

La Comisión, presentó las gráficas que destacaba la mejoría de expectativa de vida producida en el periodo entre 1970-75 al 2000-2005 en todos los continentes, excepto en África subsahariana, donde se mantenía por debajo de los 50 años. La esperanza de vida en la mayor parte de las regiones aumentó alrededor de 10 años en el último cuarto del siglo XX a excepción del África subsahariana en donde permaneció debajo de 50 años y en los países de Europa del este que había sido de 70 años en la década de los 70 y se mantuvo con esa tendencia. En Latinoamérica la expectativa de vida aumento en promedio 10 años, de 61 a 71 años, según ese informe.

- Existen diferencias de esperanza de vida en las minorías étnicas y otros grupos.

En las personas pertenecientes a minorías étnicas la esperanza de vida era menor, el peso al nacer menor y la mortalidad infantil mayor. En Brasil, se observó que la mortalidad infantil era mayor en la raza negra y en orden descendente en mulatos, trigüeños y blancos. También se destacó el impacto de la pobreza sobre la tasa de mortalidad infantil. (Bramley, D. *et al*, 2005)

En los grupos de personas cuyas madres carecían de instrucción, así como en los que no habían estudiado, la esperanza de vida era menor. En un estudio del 2007, fueron observadas amplias diferencias en la mortalidad infantil, no solamente entre los países (Mali, India, Marruecos, Perú, Kirguistan), sino que también internamente entre las personas del quintil más alto de ingresos y el más bajo. En Mali, por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, cuya familia estuviera situada en el quintil más pobre, correspondía a más del doble que la mortalidad infantil del sector más rico. A su vez, la tasa de mortalidad infantil del quintil más rico de Mali era más del triple que la del sector más rico de Perú, la India o Marruecos. Se destacó que los descensos en la tasa de mortalidad infantil en el tiempo eran ostensiblemente más bajos en el África subsahariana (UNICEF, 2003) mostrando que dicha región había participado muy poco de los progresos en salud que otras áreas.

- La mortalidad infantil se relacionaba a los años de estudio de las madres. En Brasil la mortalidad infantil era mayor en los hijos de madres con menos años de estudio. Respecto al peso de los niños al nacer, tasas de alrededor de 20% de bajo peso, se observó en Brasil, en familias cuyo jefe de hogar no tenía instrucción formal, comparada con tasas menores de 3% en las que los padres tenían mejor educación. (Pinto da Cunha, 1997, citado en el informe de la Comisión).
- Otro aspecto observado fue la mortalidad entre hombres menores de 65 años según su actividad laboral.
En hombres en edades de 40-64 años, antes del retiro laboral, la mortalidad era 3 veces mayor entre aquellos que trabajaban en actividades calificadas como de menor status (oficinistas y trabajadores operarios) comparado con el grupo de hombres de la misma edad, pero con empleos de mejor status, es decir administradores o profesionales. Esta diferencia continuaba viéndose e incluso era mayor después de la edad de retiro. (Marmot y Shipley, BMJ, 1996).

En todo el informe la Comisión destacó, que existían condiciones de tipo social, en las poblaciones y en las personas, que determinaban la aparición de enfermedades y sus consecuencias y se reflejaban en la sociedad y viceversa.

La Comisión formuló una serie de recomendaciones y un marco esquemático de organización de las relaciones entre los mecanismos generales, estructurales (ingreso, educación y género) personales y otras circunstanciales de la vida diaria, como acceso al agua, a condiciones sanitarias, condiciones de vida y trabajo y acceso a la atención para la salud, como los determinantes sociales, donde se debía actuar.

Según la comisión, un esquema como el siguiente representa la estructura y sus relaciones y el marco donde actuar:

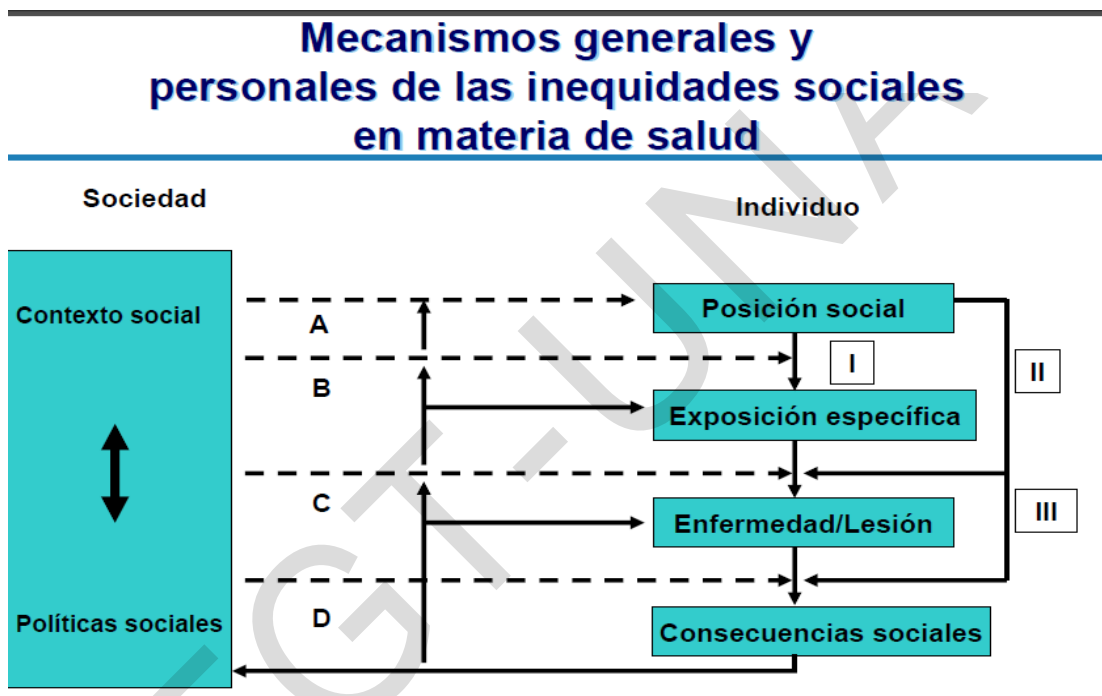


Figura No. 4. OMS. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. 2008.

Para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades habría que incidir en las políticas: Políticas para incidir sobre la estratificación social, mitigar sus efectos y reducir las inequidades; Políticas para reducir la exposición a factores que perjudican la salud de las personas en desventaja y su vulnerabilidad; Políticas para reducir, las consecuencias desiguales en términos de la salud, economía y sociales en las personas. Con un marco de acción intersectorial actuando a diversos niveles, con participación de la sociedad organizada y empoderada en un contexto globalizado, en

políticas públicas (Macro), en las comunidades (Nivel de mesas), de interacción individual (Micro nivel). La Comisión hizo tres recomendaciones especiales para combatir las inequidades en salud actuando en las determinantes sociales de la misma.

a) *Mejorar las condiciones de vida.*

La Comisión enfatizó en varios puntos, que se presentan a continuación:

- Dirigir esfuerzos al bienestar y educación para niñas y niños y para las mujeres.
- Gestionar sobre el desarrollo urbano, mejorando la disponibilidad y acceso a vivienda, invirtiendo en la mejora de los barrios suburbanos que albergan viviendas insalubres, priorizando el abastecimiento de agua, el saneamiento, la electricidad y la pavimentación de las calles, velando por la planificación urbana, promoviendo conductas sanas y seguras.
- Intervenir sobre la alimentación y regulación a alcohol y tabaco. Interviniendo en el acceso a alimentos y aplicando controles reguladores al consumo de sustancias perjudiciales a la salud, como el alcohol y tabaco.
- Cambio climático en políticas de salud. Velando por la inclusión de la equidad sanitaria en las políticas que afronten el cambio climático.
- Pleno empleo y trabajo digno. Convirtiendo el pleno empleo y el trabajo digno en objetivos comunes de las instituciones internacionales y las agendas nacionales de formulación de políticas y estrategias de desarrollo.
- Inclusión y participación ciudadana. Reforzando la representación de los trabajadores en la formulación de políticas, leyes y programas de empleo.

b) *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*

- Desarrollar políticas coherentes a favor de la equidad en salud, responsabilizando a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria y lograr que de forma coherente todas las políticas contribuyan a ese fin.

- Monitoreo y evaluación de las políticas sociales.
- Monitorizando y evaluando los efectos de las políticas gubernamentales, los programas en la salud y la equidad sanitaria.
- Financiamiento público. Fortaleciendo la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
- Aumento de la ayuda internacional. Aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB prometido y ampliar la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral.
- Desarrollo de indicadores sobre determinantes sociales en salud. Elaborar un conjunto coherente de indicadores de los determinantes sociales de la salud centrándose en los Documentos de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza.
- Incluyendo el tema de la salud en los acuerdos económicos. Considerando las consecuencias en la salud y la equidad sanitaria de los acuerdos económicos nacionales e internacionales y la formulación de políticas.
- Reforzando el papel del Estado en la salud. Reforzando el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos)
- Legislación pro salud. Aprobando y aplicando leyes que promuevan la equidad de género y penalicen la discriminación por razones de sexo, raza y otras.
- Inversión en salud. Aumentando la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos.
- Derechos humanos y reivindicaciones para las minorías y las etnias.. Fortaleciendo los sistemas políticos y jurídicos, protegiendo los derechos humanos, garantizando la identidad jurídica y teniendo en cuenta las necesidades y las reivindicaciones de los grupos marginados, en particular de los pueblos indígenas.
- Participación ciudadana en la toma decisiones. Garantizando la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en la toma de decisiones relativas a la salud.

- Sociedad civil organizada. Permitiendo que la sociedad civil se organice y actúe de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afecten a la equidad sanitaria.
- La equidad como objetivo de desarrollo. Convirtiendo la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial.

c) Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones.

- Vigilancia sanitaria. Estableciendo sistemas locales, nacionales y mundiales de vigilancia de la equidad sanitaria.
- Presupuesto. Estableciendo presupuestos específicos para la obtención e intercambio mundial de nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas.
- Capacitación del talento humano sobre determinantes sociales y equidad en salud. Formando los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud acerca de los determinantes sociales de la salud, Integrando los determinantes sociales de la salud en la formación médica y sanitaria.
- Invirtiendo en sensibilizar a la población sobre el tema.

Cuba, Nueva Zelanda, Tailandia han formulado y desarrollado políticas para abordar el problema de las inequidades y determinantes sociales de la salud. Cuba con su planteamiento intersectorial en salud y educación para asegurar la salud del niño; Nueva Zelanda con la reforma de la atención primaria de salud, que reduce las inequidades, especialmente en grupos étnicos; Tailandia, la aplicación de la cobertura universal de la atención de salud sin pago por servicio prestado; Brasil, con un sistema de intervenciones intersectoriales.

De esta manera, enfrentar los determinantes sociales con el liderazgo de organismos internacionales, puede incidir a nivel de los gobiernos de los países más afectados por el tema de la inequidad y su impacto en los determinantes sociales de la salud. Honduras es uno de los países más inequitativos de la región más inequitativa del mundo, de manera que hay todo un marco conceptual que tener en cuenta para desarrollar

planteamientos en torno al tema de la salud, especialmente en el momento en que se ha dado “La ley Marco de Protección Social”, ley que, para varias instituciones, incluida la UNAH y el Colegio Médico de Honduras, no es más que un proceso de privatización de los servicios de salud. (Colegio Médico de Honduras, 2015; UNAH, 2016)

El Programa Nacional de control de la Tuberculosis, una vez galardonado por la OPS por la exitosa implementación de la estrategia TAES y sus logros en materia organizativa y de impacto en la tasa de notificación de la enfermedad, ha sufrido la desintegración de su nivel central como parte de la Reforma del Sector Salud y su estrategia de descentralización. El Nivel central cumplía una función de gestión, normalización, planificación, supervisión y vigilancia, para el tema de TB. Actualmente cada una de esas funciones son conducidas por la respectiva dirección o unidad estratégica de la SESAL, sin poderse visualizar quien es el ente responsable, integrador, que abogue por el tema de la tuberculosis a nivel de país para asegurar la revisión, adaptación al contexto, replanteamientos, formulación, implementación y sostenibilidad de la respuesta nacional a la TB, orientadas por las recomendaciones internacionales de las estrategias TAES/Alto a la TB/Fin a la TB, pero adaptadas al contexto y a las necesidades y expectativas locales. El apoyo político debe ser constantemente gestionado para asegurar, sistema de información, laboratorios, gestión de medicamentos, supervisión monitoria y evaluación, en particular si se pretende un abordaje multisectorial, con una visión integradora, de contexto, con calidad y que, dé respuesta a las necesidades del paciente, su familia y comunidad.

Cómo se abordará la Tuberculosis con la Ley Marco de Protección Social, es una incógnita, sin embargo, se temen las repercusiones en material del control de la enfermedad, tal como sucedió en Colombia con la implementación de la Ley 100 en 1993, la cual produjo efectos negativos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, problemas que aún no han podido resolver completamente.

B. La ciudad y las determinantes sociales e inequidades en salud.

1. *“La ciudad concebida no desde el poder, sino desde la justicia”*

La ciudad es una producción humana. La construcción de la ciudad, más allá del espacio o la estructura física, refleja una serie de relaciones y acuerdos sociales que han permitido su aparición, desarrollo y sostenibilidad. El estudio de la conformación de las ciudades ha interesado a las personas y estudiosos desde hace mucho tiempo y desde muchas disciplinas. La filosofía, historia, la política, la economía, la sociología, antropología, sicología, literatura, religión etc, en general a todas las ciencias que estudian el ser humano, han buscado conocer de qué manera se originan, se consolidan, se fortalecen o debilitan, desaparecen, perpetúan, esas relaciones complejas que conforman los ciudadanos para asegurar su supervivencia, bienestar y desarrollo a través de la construcción de las ciudades.

Serrano, en su ensayo, “El creador de la ciudad” (Serrano, A., 2013) recomienda que, para que se trate sobre tema del desarrollo humano, se haga desde la idea de la ciudad, desde la perspectiva teórica de la filosofía y de los griegos clásicos, Platón y Aristóteles. Desde dichas perspectivas, la ciudad, la *“polis”*, no es solo estructura, sino que es red de relaciones sociales multidimensionales de máxima complejidad.

El concepto de ciudad desarrollado por Serrano, se sustenta en *“el mito de Protágoras”* de Platón, donde es resaltada esa interacción de relaciones sociales que tendrá como resultado la ciudad, pero solo si cumple requisitos de “igualdad, simetría y justicia”, virtudes que, de acuerdo al autor, pueden ser cultivadas, enseñadas, por lo tanto, aprendidas y de la que todos deben participar, *“de lo contrario la ciudad no podría subsistir”*.

Siguiendo las ideas de Serrano, ciudadano pleno es, por definición,

“el que participa y disfruta..... de la distribución de la riqueza producida por la ciudad, esto es, de las dimensiones y relaciones que el conjunto de la sociedad va creando con su trabajo y su ingenio: de lo que, por las mismas razones, es lo común”

a todos, lo producido por la división social del trabajo, lo originariamente público: ahí entran tanto los bienes materiales producidos, las dimensiones sociales generadas como las formas de transmisión de la cultura, del conocimiento y de la experiencia, las formas del cuidado de la salud, la institucionalidad, la seguridad, la recreación, en fin, todo lo que significa superación de la inmediatez animal que, por cierto, incluye, además de la participación en la creación de la riqueza social mediante el acceso al trabajo y a su disfrute, la participación en la ideación, orientación, organización y control del conjunto de la vida ciudadana”. (Serrano, A., 2013).

Tres consideraciones hacen Serrano respecto a la ciudad y la salud, las tres tienen que ver con la relación del ser humano y la naturaleza.

- Primera consideración: La relación de salud con la naturaleza.

El ser humano es político y social, pero “está también en la naturaleza. Quiere decir que la ciudad, en su más amplio sentido, debe incluir la naturaleza para que el ciudadano no se vea excluido y empobrecido de la red de relaciones con que la naturaleza enriquece a la ciudad.” “.....pero debe hacerse, ante todo, efectiva y máximamente potente a través de la relación de salud: la ciudad que, por disponer de aguas puras, aires respirables, clima benigno, espacios generosos donde ciudad y campo se armonizan, hace que la relación de salud sea preventiva más que curativa lo que hace real y sin trabas la participación en la salud, el acceso a la salud para todos sin necesidad de tarjetas de salud pública: ¿podría ser más pública y de todos la salud cuando va encaminada tanto o más que a curar a prevenir y evitar la enfermedad?”

Esta consideración recuerda la necesidad de respeto hacia la naturaleza y el medio ambiente, espacio común que es vital para la salud de los ciudadanos. La dimensión ecológica, debería estar siempre presente en los planes de desarrollo de las ciudades, en el tema y políticas sobre desarrollo humano y de las determinantes sociales y equidad en la salud. Respecto a lo ecológico y bien relacionado al tema de la prevención de la Tuberculosis que es, en la mayoría de los casos, transmitida por el aire, por un estornudo

o por la tos de los enfermos, de ahí la dificultad para la prevención siendo que el aire es un espacio común, la posibilidad de contagio en las ciudades y en ciertos lugares de concentración como los hospitales, las fábricas, las cárceles, los barrios marginales donde buena parte de la población de países pobres habita en condición de hacinamiento, merecen atención especial a fin de que se facilite e implementen las medidas necesarias para mejorar la relación con la naturaleza. Las ciudades deben tener suficientes áreas verdes protegidas, los hospitales en particular deberían permitir el acceso a la luz, al recambio de aire, contar con zonas verdes, que hagan la hospitalización una verdadera experiencia de salud. Los barrios más pobres deben ser objeto de especial atención de parte de los gobiernos centrales y locales para mejorar sus condiciones de vivienda y saneamiento. El acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de los enfermos debe posibilitarse de manera equitativa con los recursos de salud donde más se necesitan e implementar medidas de mitigación de enfermedades transmitidas por aire siguiendo las recomendaciones de prevención de la transmisión de la Tuberculosis (medidas administrativas, ambientales y personales) recomendadas por la OPS. (OPS, 2015).

- Segunda consideración. Sostenibilidad y composibilidad

La justicia, virtud indispensable para la existencia de la ciudad, ciudadanos y ciudadanía, significa también

“una relación no depredadora con la naturaleza: no se puede constituir ciudad destruyendo la naturaleza, porque así estaremos destruyendo la ciudad misma, el reino específicamente humano. La justicia se extiende así a todo lo que nos rodea por dos razones, una que afecta al presente, otra al futuro”. ... “Es ésta la forma de darle a nuestro paso por la vida la nota de la sostenibilidad que requiere un despliegue del potencial humano que, además de inteligente y responsable, sea composable, esto es, posible junto a otros posibles: que sea desarrollo humano y no simple crecimiento económico”.

- Tercera consideración: conciencia ecológica

“El mundo moderno que irrumpe con estos ideales respecto a la construcción física de la ciudad y que los trata de complementar con las nuevas ideas sobre el Estado (Montesquieu, Bodino, Hobbes, etc.), ha privilegiado del concepto de ciudad y por extensión del Estado, su lado físico, su estructura material, como si las demás relaciones, precisamente las principales y constituyentes, (las relaciones sociales), se dieran espontáneamente por añadidura, ideal que, llevado al límite, ha permitido seguir generando ciudades cuya meta parecía querer alejarse de la naturaleza, como si ciudad y naturaleza fuesen incompatibles y ha permitido, que se deteriorara de tal manera el tejido ciudadano, que cuesta mucho trabajo hacer valer ahí las reglas de la convivencia.”

“...los efectos indirectos del capitalismo actual (contaminación, depredación, cambio climático, inseguridad ciudadana, agotamiento de recursos, globalización de temas, problemas y amenazas) han producido, a su vez, efectos indirectos en las formas de la conciencia social, dentro de las cuales está la actual conciencia ecológica que nos señala las fronteras de nuestra acción ciudadana mundial sobre el planeta en que tiene lugar”.

Según Serrano los paradigmas científicos dominantes de las ciencias naturales y sociales han modelado el planeamiento urbano de las ciudades modernas desde el punto de vista físico-estructural, así como político-administrativo, dejando de lado el sentido común

“la ciudad es la configuración humana que puede generar el espacio común (llamado espacio público) donde realizar la simetría”. En ese todo común cada individuo es más y es menos de lo que es: es menos, pues tendrá cualidades y potencialidades que queden en suspenso, aunque también, es más, porque habrá cualidades que le sobrevienen del todo: en la cooperación emergen cualidades que no había en ninguno de los individuos por separado. El todo, el común es más que la suma de las partes, por las emergencias sobrevenidas, aunque siempre sea también menos que la suma de las partes por las cualidades individuales que quedan suprimidas y en suspenso. Lo público es, por tanto, sistema y como sistema, vivo, complejo,

posibilitador de emergencias, posibilitador de lo nuevo, potenciador de la creación de formas por la cooperación”.

“El espacio común, lo público, sólo se puede generar a través de la participación ciudadana, donde dependerá de la forma de dicha participación, de la red de relaciones que dicha participación genera, si se ha generado el espacio público capaz de satisfacer la simetría o no”.

En tal sentido, en el de construir un espacio de participación de los afectados en la toma de decisiones, participación, que como Sousa da Silva enfatiza, lo es en la medida que se tenga incidencia, (Sousa Da Silva, J., 2001), las personas con Tuberculosis y su familia y en general los enfermos, históricamente no han tenido voz ni voto para hacer oír su sentir. Aunque se intentó con el proyecto propuesto por el PNT al Fondo Global, la incorporación de los afectados y sus familias a los comités locales y municipales “Alto a la TB”, este componente del proyecto no fue sostenible. En gran medida el problema radicó en una muy débil estrategia de abogacía y estrategia contra el estigma y discriminación que se da a todo nivel, en particular debido a la renuencia de los pacientes a ser identificados como enfermos de tuberculosis y, en segundo lugar, al hecho de que la enfermedad se cura, de manera que una vez completado el tratamiento los afectados quieren olvidar este tema. Lamentablemente, aunque la enfermedad puede curar con el tratamiento, muchas personas que han sufrido tuberculosis quedan con lesiones residuales que les afecta su calidad y esperanza de vida.

2. Los determinantes de la salud en las ciudades

Según el informe del 2007 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFP) 3.300 millones de personas, más de la mitad de la población mundial, estaban viviendo en zonas urbanas. Se proyecta que para 2030, esa cifra haya crecido hasta casi 5.000 millones. El fenómeno de la urbanización rápida ocurre principalmente en África, Asia y América Latina, donde muchos de los nuevos habitantes de las ciudades sufren los efectos de la pobreza. (UNFPA, 2007)

Las mayores tasas de urbanización en “los países en desarrollo”, se encuentran en América Latina (AL), donde más del 80% de la población vive en ciudades. (CEPAL, 2016). Nueve de las 30 ciudades más grandes del mundo estarán localizadas en AL para el 2030. La mayor causa del rápido crecimiento de estas ciudades se debe a la migración rural hacia los centros urbanos, donde las personas buscan mejores condiciones de vida, más oportunidades de trabajos, mejores sueldos, mayor acceso a diferentes servicios. Sin embargo, la mayoría de las veces, estas expectativas no son alcanzadas y los migrantes van a conformar o a engrosar barriadas de los anillos periféricos urbanos a enfrentar amenazas de diferentes órdenes (Interamerican Development Bank, 2011; United Nations, 2007).

En AL el fenómeno urbano está asociado a la pobreza. En términos absolutos el número de pobres creció de 122 a 127 millones en el período 1990 al 2007 aunque en términos relativos se redujo de 41% a 29%. El rápido crecimiento de esta población sobrepasa la capacidad de respuesta organizativa de la mayoría de los gobiernos de los países y gobiernos municipales (United Nations, 2007). La inequidad es otro problema que se afronta, porque a pesar de que más del 60% de Producto Interno Bruto (PIB) se produce en las ciudades, uno de cada cuatro ciudadanos es pobre y exhiben coeficientes de Gini mayores de 0.60. (Banco Mundial, 2016)

En las ciudades de AL, el 27% de la población vive en favelas (117 millones de personas) con variaciones entre los países. En Belice, Guatemala, Perú y Honduras más del 50% de la población vive en barriadas, en viviendas de un solo cuarto, en hacinamiento, sin acceso a servicios básicos, agua potable, servicios sanitarios, electricidad. El acelerado crecimiento periférico de las ciudades se lleva a cabo ocupando tierras aptas para la agricultura, tierras boscosas, zonas peligrosas para el asentamiento humano, produciendo daños al medio ambiente y dejando a estas poblaciones vulnerables a desastres naturales, expuesta a diferentes riesgos a su salud e impactando negativamente en la economía. (Interamerican Development Bank, 2011)

El crecimiento de las ciudades de Latinoamérica rebasa la capacidad económica de crear suficientes empleos relativos al crecimiento, lo que resulta en subempleo, trabajo

informal o desempleo abierto. Ciudades como Buenos Aires, Sao Paulo, Bogotá, Quito, presentan cifras de desempleo mayor del 10% y el trabajo informal sobrepasa el 57% en áreas urbanas. (PAHO, 2013)

3. Inequidades en salud en el contexto urbano

Los habitantes de las ciudades presentan en promedio, mejores indicadores de salud que los habitantes de áreas rurales, sin embargo, si se analizan los datos de manera desagregada, se descubren enormes diferencias internas. Hasta recientemente la información en salud había sido analizada usando datos agregados, los cuales proveen promedios o tasas respecto a indicadores de lesiones o enfermedades de toda la población de un país. Sin embargo, varios reportes como el “Black Report”, el informe de la Comisión de la OMS sobre desigualdades, entre otros, han dejado ver enormes brechas de salud en los vecindarios pobres de las ciudades, en los niños, en las mujeres, en ancianos y en grupos étnicos y otros conglomerados evidenciado la necesidad de dar seguimiento a indicadores desagregados. La Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, informó las diferencias existentes en la expectativa de vida de los habitantes de un barrio pobre de Glasgow, la cual era ostensiblemente menor (54 años), que la población viviendo en un barrio rico (82 años) lo cual no era resultado del orden natural sino producto de circunstancias como lugar donde la persona nace, condiciones de vida en que crece y trabaja, establecimientos de salud donde puede acceder, etc.(Hanlon P, Walsh,D. y Whyte B. 2006).

Inequidades en salud son las diferencias en salud entre grupos de personas, que son sistemática, social e injustamente producidas, no se distribuyen al azar, sino que siguen patrones a menudo relativos a posición económica, social, étnica, de género, localización geográfica y cuyas causas pueden ser susceptibles a modificación (estatus socioeconómico) o ser debidas a condiciones no modificables (edad, sexo) (OMS, 2016).

Opuesto a la inequidad esta la equidad en salud, que implica que cada uno y todos (participación, simetría y justicia) tienen iguales oportunidades de desarrollar

completamente su potencial en salud, sin desventajas por condiciones sociales, económicas, de género, edad, raza, políticas o religiosas, domicilio etc.

Inequidades en salud ocurren en todos los países y en todas las ciudades, en unos más que en otros y estas inequidades van en detrimento del bienestar de todos los ciudadanos provocando brotes de epidemia, intranquilidad, crimen y violencia. Los problemas de salud en las comunidades pobres tienden a ser mayores que en las ricas, por lo que los requerimientos de provisión de servicios a esas comunidades deberían ser mayores para alcanzar equidad en salud en la ciudad como un todo.

Un estudio que utilizó datos de encuestas de “Demografía y Salud” de 47 países de África, Asia y AL reflejó un promedio de 28% de malnutrición crónica en niños urbanos vs 43% en niños de áreas rurales, sin embargo, usando índice de concentración como medida de inequidad de malnutrición crónica se observó mayor inequidad en niños urbanos de ciudades de África y Asia e igual inequidad en AL entre niños urbanos y rurales. La conclusión a que se llegó es que los promedios esconden información de lo que sucede al interior de las ciudades y que análisis desagregados pueden proveer mayor conocimiento de las inequidades en salud, información necesaria para desarrollar planes de gestión de desarrollo urbano que sean equitativos y sostenibles. (CEPAL, 2016)

Múltiples condiciones convergen en determinadas zonas o barrios de las ciudades interactuando entre sí y con los pobladores, haciendo sinergias y afectando positiva o negativamente la salud. Esos determinantes además de múltiples son de diferente naturaleza y están en diferentes niveles: Políticas y tendencias globales, los gobiernos nacionales y locales, la sociedad civil, mercados financieros y el sector privado, el sector de salud. Los determinantes sociales de la salud en los entornos urbanos tienen que ver con las características de la población, la gobernanza y gestión urbana, el medio ambiente natural y construido, entorno social y económico, la seguridad alimentaria, los servicios y la gestión de salud y de emergencias.

Características de la población. Las características demográficas de una determinada población o barrio tienen aspectos históricos en su conformación, antecedentes de migración, ocupación, fecundidad, para mencionar algunos aspectos. La ubicación, edad, sexo, etnicidad, discapacidad, pueden predisponer a ciertas afecciones tanto a nivel individual como a la población y requerir atención diferenciada o quedar excluidos de los planes generales de salud. Niños, personas mayores, mujeres, migrantes, población étnica, discapacitados, son poblaciones que pueden pasar desapercibidas en las estadísticas municipales/nacionales y requerir de planificación dirigida para preservar y promocionar su salud.

La población infantil constituye casi la mitad de la población en muchas ciudades en países de ingresos medios o bajos. Se estima que para el 2030 el 60% de los habitantes de la ciudad serán menores de 18 años (WHO-UN, 2009). Aunque se considera que los niños urbanos son más saludables que los rurales, esto no siempre es el caso, en especial con los niños que viven en barrios marginales. Las muertes de niños en las ciudades son a menudo resultado de la contaminación del agua, falta de disposición de excretas o residuos sólidos, que exacerbaban la aparición y gravedad de diarrea y enfermedades relacionadas. Los accidentes de tráfico por falta de planificación de transporte, drogadicción, la explotación y el crimen a manos de niños mayores y adultos. En entornos urbanos pobres, los niños tienen mayores tasas de problemas psicológicos y de comportamiento, así como expectativas menores de educación y de trabajo.

La proporción de adultos mayores está creciendo en las ciudades, donde a frecuentemente no son sujetos de atención mucho menos de priorización, quedan confinados en hogares debido a impedimentos físicos, tienen múltiples problemas de salud, de transporte y suelen guardar silencio de sus dificultades para no aumentar la carga de responsabilidad a los hijos. Por otro lado, actualmente y debido a fenómenos de migración de los jóvenes con hijos, los hogares albergan familias extendidas y los abuelos se encargan de la crianza de los nietos. Con frecuencia un adulto mayor es el caso índice contacto de un niño con TB, ya que la tos suele ser considerada como normal en fumadores y en adultos mayores, “una tos normal” suele decirse, prolongándose el periodo sin diagnóstico. (Varela-Martínez C, 2012, Pérdida de oportunidades del

diagnóstico de TB en Tegucigalpa. Estudio no publicado). Es necesario que dentro de los planes de urbanización se incluyan las necesidades de las personas mayores a fin de que puedan preservar su autonomía e independencia por el mayor tiempo posible, tengan opciones de acceder otros servicios sociales y de salud, incluyendo cuidado a domicilio.

Otra población que requiere atención diferenciada es la de la mujer que vive en las ciudades, pues se enfrentan varios desafíos. El fenómeno de feminización de la pobreza urbana que incluyen, la falta de educación y seguridad económica en relación con los hombres, poder de decisión limitado; responsabilidades de cuidado de niños, movilidad restringida, mayor riesgo de violencia física, sexual y psicológica; obstáculos para acceder a los servicios sociales y de salud, empleos con menor remuneración que los hombres, restricciones para el acceso a ciertas posiciones a causa de la falta de educación o prácticas discriminatorias. Además de esto, las mujeres son a menudo excluidas en la repartición de las tierras, de la propiedad de la vivienda y herencias. Todos estos elementos hacen que de los pobres urbanos, las mujeres y las personas a su cargo tengan mayores riesgos de una gama de problemas de salud.

Los migrantes urbanos también suelen ser una población que exhibe una importante brecha social y económica. La inmigración se caracteriza comúnmente como movimiento de la población de localidades pobres hacia las ricas, de las zonas rurales a las zonas urbanas, con expectativas de lograr una mejor calidad de vida, empleo, oportunidades económicas, acceso a educación y mejores servicios sociales. También la migración puede ser debida a necesidad de huir de situaciones de violencia o persecución. Los migrantes a menudo experimentan un doble riesgo por la vulnerabilidad preexistente en combinación con una mayor exposición a factores de estrés asociado con la migración misma.

Las personas con discapacidades a menudo se ven afectada por el entorno físico y social en las ciudades, lo cual puede limitar su movilidad. Aceras, pasos de peatones y la construcción de entradas, señales o formatos tanto visuales como auditivos en las calles, son algunos elementos que pueden tener un gran impacto en la vida diaria de las

personas que utilizan dispositivos de asistencia como bastones, andadores o sillas de ruedas, personas con deficiencia visual o auditiva. Otras intervenciones de impacto y que mejoren las condiciones de vida de estas personas son las campañas de comunicación y concientización contra cualquier tipo de discriminación y legislaciones prohibiendo y penalizando la discriminación por razones de sexo, edad, raza, religión, situación de discapacidad etc.

Gobernanza Urbana. La gobernanza, en general se refiere al marco legal, mecanismos, procesos, instituciones a través de los cuales las personas/grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos, cumplen con sus obligaciones, median sus diferencias. La gobernanza, no solo es el gobierno, sino que incluye, la sociedad civil, sector privado, grupos comunitarios, enfatiza en los procesos, muchas veces con prioridades diferentes, pero las decisiones están basadas en el reconocimiento de esas complejas interrelaciones. De estos conceptos es que la salud y el bienestar de los ciudadanos están relacionados a una buena gobernanza, donde nadie puede estar excluido de los beneficios y condiciones para desarrollar su propio potencial porque está participando en esos consensos. (United Nations Development Programm, 1997)

Ambiente construido y el natural. Las condiciones ambientales naturales o resultado de la acción del ser humano en las ciudades determinan en gran medida condiciones de salud o falta de ella. El ambiente de edificaciones y el natural incluye aspectos geográficos, clima, condiciones de vivienda, acceso a agua y manejo sanitario, sistema de transporte, calidad del aire, de los suelos. Los habitantes de ciudades en regiones tropicales y costeras están en mayor riesgo frente a los efectos de desastres naturales como inundaciones, terremotos, ciclones etc. Enfermedades asociadas al cambio climático se vienen observando desde 1970 y se teme que incrementen en el futuro, afectando especialmente a la población infantil y los ancianos, particularmente en las ciudades que es donde más se concentran. Actualmente se observa y se prevé que aumentaran las ondas de calor, polución, tormentas severas que agravan condiciones de acceso a agua, condiciones de vivienda y saneamiento, seguridad alimentaria especialmente a los pobres de las ciudades ubicados en zonas de riesgo y poco acceso a servicios de salud.

La falta de agua puede comprometer la higiene y favorecer aparición de diarrea, reducir la producción de alimentos y agravar condiciones de desnutrición. Las inundaciones pueden contaminar la red de agua potable y producir enfermedades gastrointestinales. Los cambios en los depósitos de agua pueden incrementar enfermedades transmitidas por vectores, afectando los logros en control de enfermedades como malaria, dengue, chikungunya y zika. El aumento de temperatura, aumento de polución, pueden exacerbar enfermedades respiratorias y cardíacas.

La destrucción de la protección natural, secundaria a la deforestación o construcciones en tierras cultivables o zonas inundables, viviendas de mala calidad, extensas capas de superficie impermeable sin adecuado drenaje contribuyen a la vulnerabilidad de las ciudades que con fuertes lluvias se inundan.

Vivienda. Una vivienda le proporciona a las personas y su familia un hogar, servicios básicos, seguridad, sentido de pertenencia, lugar para relacionarse socialmente. Actualmente, sin embargo, más de 900 millones de personas viven en barrios marginales o asentamientos ilegales (United Kingdom Government, 2004). En América Latina y el Caribe, una de cada tres familias, un total de 59 millones de personas, habita en una vivienda inadecuada o construida con materiales precarios o carente de servicios básicos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2012). Las viviendas pueden limitarse a un solo espacio, con techos de cartón o plásticos, situados en zonas vulnerables, donde priva el hacinamiento, falta de ventilación, servicios básicos de agua, saneamiento, electricidad. A menudo están ubicadas en áreas industriales, laderas o riberas, sujetas a derrumbes o inundaciones. La vivienda inadecuada, se asocia con lesiones, problemas respiratorios, enfermedades infecciosas y mentales.

Desde hace mucho tiempo se conoce la relación entre el hacinamiento, especialmente en los hogares, pero también laboral y la tuberculosis. El hacinamiento también contribuye a la violencia familiar, incluyendo el maltrato infantil, la violencia de pareja y la violencia sexual y maltrato a personas mayores. (United Kingdom Government, 2004).

Agua y saneamiento. Casi la mitad de los habitantes de las ciudades de África, Asia y América Latina ha sufrido de al menos una enfermedad causado por la falta de agua potable y saneamiento. Muchas familias urbanas pobres pierden horas transportando agua desde fuentes externas a sus hogares, otros utilizan el agua de cisterna, camiones o botellas proporcionadas por proveedores privados. La mayoría de las ciudades de países de ingresos medios o bajos no tienen sistema adecuados de eliminación de excretas, como resultado, un cuarto a la mitad de habitantes de las ciudades que residen en barrios marginales, carecen de acceso a servicios de saneamiento lo cual incrementa los riesgos a las enfermedades.

Los sistemas de transporte influyen directa e indirectamente en la salud, a través de su impacto en la actividad física, el acceso a sistemas de salud, el tráfico en ruedas, la seguridad, la calidad del aire y el estrés psicosocial. Las ciudades con estructuras amigables para los peatones y para el uso de bicicleta fomentan la salud. A nivel mundial, la insuficiente actividad física causó 3,2 millones de muertes en 2004. (World Health Organization, 2012).

Cuando los sistemas de transporte público están mal diseñados o no existe, la porción urbana de pobres sufre las consecuencias de manera desproporcionada, siendo que son los más dependientes de ese tipo de transporte o usan medios menos seguros como motocicletas, cuyo riesgo de accidente es mayor que los automóviles. Las familias pobres a menudo trabajan y viven cerca de zonas congestionadas, donde los niños tienen particular riesgo a los accidentes de tránsito. Las personas con discapacidad son especialmente afectadas por los sistemas de transporte que no tienen en cuenta uso de dispositivos especiales de ayuda.

Las condiciones en que se transportan las personas pueden favorecer el contagio de tuberculosis como fue demostrado en un estudio en Perú. (Horna-Campos, O. J., Sánchez-Pérez, H. J., Sánchez, I., Bedoya, A., & Martín, M., 2007). Los pacientes con tuberculosis, que suelen ser además pobres y vivir en zonas con los problemas expuestos, tienen a menudo dificultades de acceso a los centros de salud donde se provee el diagnóstico y se proporciona el tratamiento, el cual, aunque gratuito, exige

gasto de bolsillo para pago de transporte diario o al menos trisemanal por los seis meses que usualmente dura el tratamiento.

La calidad del aire. La OMS estimó que más de un millón de muertes en el 2004 se debieron al efecto de la polución. Las personas que viven en barrios desfavorecidos tienden a tener niveles más altos de exposición a la contaminación del aire que los que viven en zonas residenciales de las ciudades.

La polución extradomiciliaria secundaria al tránsito vehicular, desechos industriales o quema de basura, puede producir afecciones de corazón y aparato respiratorio. La contaminación intradomiciliaria puede ser producida por el humo de estufas interiores, máquinas de talleres pequeños mal ventilados, humos producidos por material combustible utilizado para la alimentación, humo de tabaco de segunda mano. La OMS estima que, en 2004, el humo de combustibles sólidos causó casi 2 millones de muertes, mientras que en el trabajo la exposición a partículas en el aire provocó adicionalmente 457 000 muertes. (World Health Organization, 2004; Finkelstein, M.M. *et al*, 2003)

Entorno social y económico. El acceso a las oportunidades económicas ofrece un medio por el cual las personas y la sociedad en general puedan participar plenamente y gozar de bienestar dentro de sus comunidades. Influencias en el orden económico que van desde lo local a lo mundial, tienen importante impacto en la salud de habitantes de las ciudades. Se ha demostrado que la pobreza relativa, definida como vivir con menos del 60% de la mediana de los ingresos nacionales se traduce en mala la salud y en riesgo de muerte prematura.

En muchas ciudades de todo el mundo, el desempleo ha aumentado, los servicios sociales, derechos públicos, salarios han sido recortados, los préstamos se han vuelto difíciles de obtener. El apoyo social ha sufrido el efecto de los recortes en los presupuestos, lo cual ha repercutido en menores oportunidades de educación, seguridad y protección.

Para algunos, la globalización ha creado inseguridad en el empleo y pobreza; para otros, ha abierto nuevas oportunidades económicas. Lo cierto es que la pobreza ha aumentado

en términos absolutos. Los trabajadores de la economía informal constituyen la mayoría de los trabajadores en la mayoría de los países y suelen no contar con protección social. Los riesgos de seguridad en el trabajo a que se enfrentan a menudo los pobres de las ciudades añaden problemas de accidentes laborales. Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la pobreza deben ser abordadas, como la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer, alcoholismo y tabaquismo y sus secuelas.

La educación dota a las personas de conocimientos y habilidades para la vida diaria y aumenta las posibilidades para mejorar sus ingresos, seguridad y participación. Niños y adolescentes que reciben educación de buena calidad establecen las bases para una vida futura con bienestar y salud. Además, contribuye a formar lo que ha sido denominado como capital social.

Seguridad y protección: Las amenazas más importantes para la seguridad del habitante de una ciudad son tres, el crimen y la violencia, la inseguridad de sus propiedades y los desastres naturales o mediados por el ser humano.

Los crímenes y la violencia son más pronunciados en áreas urbanas especialmente en aquellas de rápido crecimiento. En algunas ciudades de Latinoamérica más del 70% de las personas han sido víctimas del crimen, por ejemplo, la ciudad de México, Rio de Janeiro y Caracas que exhiben más de la mitad de los crímenes de su país. En Honduras, en el año 2016, la ciudad de San Pedro Sula, ocupó el segundo lugar como la ciudad más violenta del mundo después de Caracas, Venezuela (tasa de 111 homicidios/100,000 habitantes) y Tegucigalpa el sexto lugar (tasa 73.5/100,000 habitantes). América Latina tiene 41 de las cincuenta ciudades más violentas del orbe. (La Tribuna, 2016)

El crimen y la violencia tienen efectos sobre la salud afectando directamente a la víctima, a su familia y a su comunidad y en muchos lugares es causa principal de demanda de atención médica. El miedo a ser asesinados o atacados puede aislar a las personas de la comunidad y tener impacto financiero para el gobierno, sector privado y las personas. La violencia en áreas urbanas puede tomar varias formas, puede ser personal o

colectiva, pero cualquiera que sea, produce efectos desbastadores en la comunidad. Las sociedades inequitativas tienden a presentar menos cohesión y más violencia, no es de extrañar entonces que Latinoamérica, la región más inequitativa del mundo, exhiba tales grados de violencia.

Entrevistas con pacientes con tuberculosis y enfermeras que los atienden refieren que los pacientes que viven en barrios reconocidos por su violencia, donde el crimen organizado ha tomado control, tienen muchas veces que rodear ciertas zonas para presentarse a recibir su tratamiento bajo la estrategia TAES, la cual exige observación directa de la ingestión de los medicamentos, o bien solicitan cambio de centro de salud. Esto dificulta la administración del tratamiento y favorece la pérdida de seguimiento de los pacientes (Varela-Martínez *et al*, 2016). El seguimiento a los contactos y visitas domiciliarias a pacientes que viven en zonas peligrosas también se han reducido.

El Soporte social y la cohesión. El ambiente social en las comunidades puede actuar como protector o aumentar el impacto de estresores, regular el acceso a bienes emocionales y materiales que afectan la salud.

El aislamiento y exclusión son asociados con pobre salud y muerte prematura. Los enfermos de tuberculosis han sufrido el estigma y falta de apoyo de la sociedad por discriminación, lo cual retrasa el diagnóstico y dificulta el tratamiento, por lo que es necesaria la construcción social de un plan de abogacía, comunicación y movilización social. La cohesión social, la calidad de relaciones sociales y existencia de confianza, obligaciones compartidas y respeto en las comunidades protege la salud de las mismas. (World Health Organization, 2003)

Equidad de Género. El término género se refiere a la construcción social de funciones, derechos y responsabilidades que las comunidades y las sociedades considera apropiados para hombres y mujeres. Diferencias en las normas y valores entre hombres y mujeres que permiten a un grupo el detrimento sistemático del otro, puede afectar la salud de uno de los grupos y de hecho así ha sido respecto a la mujer, un ejemplo son los más bajos ingresos que por el mismo trabajo reciben las mujeres en comparación

con los hombres. Algunos de los factores determinantes identificados incluyen oportunidades limitadas para la educación y empleo pagado; estatus social más bajo en las familias, las comunidades y la sociedad; acceso limitado a los recursos y su control; poder de decisión limitado; una mayor vulnerabilidad sexual y de género. A menudo no reciben el mismo acceso a alimentos nutritivos y atención médica. Están expuestas a normas y valores que conducen a la aceptación social de la violencia contra las mujeres o el control de su reproducción y sexualidad. (WHO, 2015). Es interesante, sin embargo, que en los últimos años la tasa de cobertura y asistencia a centros de enseñanzas es mayor en la mujer que en el hombre. (INE, 2016)

Seguridad alimentaria. El aumento de los precios de la comida desde 2006 ha producido incremento del hambre en las poblaciones. Las familias pobres de las ciudades usan más del 70% de sus ingresos en comida a costa de otras necesidades como la educación, cuidado infantil y otros. Se calcula que la duplicación de los precios mundiales de los alimentos en el período 2007-2010 podrían haber creado más de 100 millones de personas pobres en los países de bajos ingresos. (Zoellick, R.B., 2010).

La desnutrición y retraso en el crecimiento y desarrollo, dietas de alto contenido calórico, que se caracteriza por los altos niveles de grasa, azúcar y sal, se observado también, dando como resultado no solo falta crecimiento sino también obesidad en condiciones de pobreza dentro de las ciudades.

La desnutrición primaria es una condición común entre los pacientes con tuberculosis, usualmente es el resultado de la falta de alimentación adecuada y a la enfermedad. La desnutrición altera la respuesta inmune propia, la cual es necesaria para disminuir el riesgo de progresión de infección a enfermedad y las recaídas.

La obesidad es otro problema entre la población pobre. En los países de medianos y altos ingresos, de manera contradictoria son los pobres, los que tienden a ser más obesos que los ricos. Los alimentos densos en calorías, tienden a costar menos en base a calorías.

Acceso a servicios de cuidado primario de calidad y servicios de emergencia. El acceso a servicios primarios de salud de calidad, la cobertura universal y el manejo de emergencias son aspectos claves de la salud de la comunidad urbana. La cartera de servicios de las ciudades suele ser amplia, de manera particular los servicios de las especialidades siendo que los especialistas y hospitales universitarios generalmente se encuentran en las ciudades en perjuicio muchas veces de los cuidados básicos primarios. A menudo el sistema de salud es fraccionado, entre sistema público, el sistema privado y proveedores sin afán de lucro, que son dirigidos por diferentes autoridades sin conexión ni vinculación para coordinar esfuerzos en pro de alcanzar metas de salud y que frecuentemente desconocen normativa establecida por la Secretaría de Salud. El surgimiento de un sector informal comercial sin regulación de manejo de los problemas de salud, el cual suele ser de calidad subestandar, inefectivo e inseguro, especialmente si no hay monitoreo, evaluación y capacitación de este sector, añade un problema al tema de los sistemas de salud en las ciudades (World Health Organization- United Nations Human Settlements Programme, 2010).

En un estudio realizado en Tegucigalpa y San Pedro Sula, (Secretaría de Salud, PNT, 2013), sobre las causas de pérdida de seguimiento a Sintomáticos Respiratorios detectados pero no examinados, el cual fue llevado a cabo en el Distrito Central y San Pedro Sula se detectó a través de entrevistas a profundidad a pacientes con tuberculosis, que previo al diagnóstico en el Centro de Salud del Estado, anduvieron en consulta en clínicas médicas privadas y clínicas naturalistas hasta por periodos de cuatro meses, antes de que se les realizara baciloscopía en el Centro de Salud y se les confirmara el diagnóstico de Tuberculosis. Todo este tiempo sirvió para que progresara la enfermedad y se contagiara los contactos de la persona, principalmente su familia y de ellos probablemente los niños. La población y correspondiente número de unidades de salud y laboratorios públicos no tiene correspondencia en San Pedro Sula, que es la ciudad con más número de enfermos de esta patología, donde es frecuente que los pacientes lleguen con cuadros avanzados, baciloscopías con alto grado de positividad. El sector privado no suele ser capacitado de manera sistemática en normas de atención al problema.

Factores sociales, culturales, barreras de lenguaje o prejuicios pueden interponerse entre los grupos y obstaculizar un oportuno y adecuado acceso a cuidados de su salud. Una atención primaria de salud de calidad puede mejorar estos aspectos en las ciudades, reducir la exclusión y organizar los servicios alrededor de la gente adecuándose a sus necesidades y expectativas. Los países que han organizado su red de cuidado primario de salud tienen mejores condiciones de salud e incluso menos gastos que otros países con el mismo nivel socioeconómico. (World Health Organization, 2008)

Cobertura Universal. Se refiere a la condición en la cual todas las personas tienen acceso a variedad de servicios de salud (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación) cuando son necesarios y sin el riesgo de problemas para su financiamiento. En las ciudades el principal problema de acceso a los servicios de salud son los costos, mientras en las áreas rurales es la falta de existencia de los mismos, de manera que muchas personas postergan la consulta y dejan avanzar sus enfermedades hasta que se han complicado produciendo a veces secuelas de discapacidad que los empobrecen más o los llevan a la muerte prematura. (WHO-UN-Habitat 2008).

Los países europeos empezaron a desarrollar sistemas de protección desde siglo XIX y algunos de ellos han alcanzados cobertura universal bastante avanzada, sea a través de seguros privados o pago de impuestos estatales o mixtos. En Latinoamérica, únicamente Chile, Costa Rica y Cuba tienen sistema de protección universal. México está implementando un sistema muy ambiciosos y Honduras recientemente ha emitido una Ley Marco de Protección Social que supone cobertura universal, pero a la cual sindicatos, gremios y la Universidad, ha hecho una serie de críticas, siendo que es un modelo que fomenta la privatización y no un rol más responsable del Estado.

Las condiciones de salud de una población dependen también del grado de preparación de la ciudad, tanto del gobierno local como de la comunidad para responder y superar situaciones de emergencias, sean desastres naturales o generados por el ser humano (incendios, contaminación ambiental, accidentes nucleares, etc), teniendo en cuenta que, ante estas situaciones, incluso las redes de servicios de salud pueden haber sido afectados, tal y como paso en Honduras tras el paso del Huracan Mitch. Se suma a estas

situaciones, el hecho permanente de las migraciones o el paso de viajeros debido a las facilidades de transporte entre regiones y países, que posibilitan la rápida diseminación de agentes infecciosos.

4. *Vivir en ciudades y sus potenciales efectos en la salud.*

La buena gobernanza en una ciudad junto con oportunidades socio económicas, condiciones de vivienda, acceso a servicios de educación y salud, trabajo adecuadamente remunerado, ambientes ecológicos amigables, contribuyen a la buena salud y bienestar de la población. Sin embargo, al mismo tiempo, las ciudades presentan riesgos mayores a la salud, especialmente si no se prioriza el tema en las políticas de desarrollo sostenible de la ciudad. Los habitantes de las ciudades que viven en barrios marginados o favelas, tienen que enfrentar, mayores riesgos de enfrentar enfermedades infecciosas, creciente aparición de enfermedades crónicas no comunicables y factores como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, violencia, dietas no saludables, inactividad, que son de preocupación constante. La manera como el gobierno maneja estas situaciones afecta a toda la ciudad y país y finalmente condiciona los resultados en materia de salud. (Blass E., 2010)

Enfermedades crónicas no comunicables y otras condiciones como diabetes, hipertensión, asma, enfermedades cardíacas, son patologías prevalentes en las ciudades. La exposición a polución, el tabaco, dietas no saludables con exceso de calorías, grasa y sal, que incrementan la obesidad entre los pobladores de las ciudades y que son el fruto no solo de estilos de vida sino el resultado de una carga constante de promoción a través de los medios de comunicación, sumado a falta de ejercicio y otros factores que impiden la actividad física, constituyen un constante riesgo a la aparición de enfermedades. La rápida urbanización también afecta la salud mental, las pobres condiciones de vida, de trabajo o desempleo, ruido, polución, pueden causar o exacerbar enfermedades mentales, como la ansiedad, insomnio, abuso de sustancias. Lesiones y violencia son otro problema que afecta la salud en las ciudades. Los países de bajos y medianos ingresos tienen las tasas más altas de muertes por accidentes de tráfico en comparación con las tasas de países de altos ingresos. (WHO, 2008)

Cerca de 1.6 millones de personas muere anualmente producto de la violencia y por cada persona que muere por esta causa otro tanto sufren consecuencias mentales y físicas por ejemplo maltrato a niños, violencia física y sexual, abuso a ancianos con consecuencias mentales y físicas, a jóvenes quienes son especialmente vulnerables. La violencia contribuye a la fragmentación social, económica y política de las ciudades, a la vez la exclusión social, la pobreza, el desempleo, las pobres condiciones de los hogares son los mayores contribuyentes a la violencia.

5. Inequidades en la salud de las poblaciones en las ciudades.

Los datos y la información agregada de ciudades o países, pueden enmascarar información que son revelados solamente cuando se profundiza en las investigaciones de los fenómenos que interesan al ser humano. Así se encuentra que, escudriñando de manera desagregada, aparecen datos muy importantes en relación a la salud de acuerdo a estatus socioeconómicos, vecindarios y otras características. De esta manera se logra descubrir enormes brechas entre los ricos y los pobres en las ciudades.

Un estudio llevado a cabo por la OMS, reveló que la mortalidad infantil en menores de cinco años en varias ciudades de África, Asia y América latina, el quintil más pobre tenía el doble o más mortalidad infantil comparada con el quintil de la población más rica, (WHO, 2003) siendo las ciudades de África las más desfavorecidas. Los datos del 2000 al 2004, de 42 países que componen el estudio, revelaron que los niños de las familias pobres tienen el doble de riesgo de morir antes, que los de los de familias más ricas. Así mismo los niños más pobres de las ciudades presentaban más frecuentemente secuelas de desnutrición crónica que los niños provenientes de hogares más ricos. En subsecuentes análisis efectuados por la OMS para identificar factores que contribuyeran a esta situación, se encontró que, en áreas urbanas de siete países, el bienestar de los hogares y el bajo nivel de educación de las madres, se relacionaba fuertemente con la desnutrición infantil. (World Health Organization, 2003). En el mismo estudio se observó que en ciudades de España, enfermedades crónicas no comunicable como la diabetes eran más frecuentes en el quintil más pobre, pero en Bangladesh lo era entre los más

ricos. Malas dietas, falta de ejercicio, obesidad e incluso falta de oportunidades de diagnóstico puede ser la causa de las diferencias.

Diferencias en el acceso en agua potable, unos de los determinantes más importantes de la salud se observan entre los habitantes de áreas urbanas y las rurales, favoreciendo las primeras, pero también en las zonas urbanas hay diferencias en la provisión de este elemento vital.

En resumen, las ciudades son conglomerados heterogéneos de personas relacionándose de manera multidimensional, donde variables sociales, económica, culturales, políticas, de gestión, etc, generan oportunidades, pero también inequidades de todo tipo, que resultan en diferencias en las condiciones de salud de acuerdo a niveles sociales, económicos, étnicos, de género y de otro tipo, diferencias que solo pueden apreciarse en la medida que los estudios se profundizan y desagregan los datos.

DEGT-UNAH

IV. LA TUBERCULOSIS COMO PARADIGMA DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD EN LAS CIUDADES.

“Por rico que intelectualmente sea el puro presente de una disciplina, no agota todo lo que en relación con el tema de ésta ha llegado a saberse, y la vía para alcanzar ese «todo» no es otra que la historia. Un clínico de 1880 bien informado acerca de la patología entonces vigente sabía, por supuesto, mucho más que Galeno; pero el recto conocimiento de la medicina galénica le hubiese mostrado algo que la de su tiempo apenas acertaba a tener en cuenta: la necesidad de considerar el «temperamento» del paciente —su «constitución», se dirá luego— para entender íntegramente la enfermedad.

Lain Entralgo “Historia de la Medicina” 1977

A. Algunos aspectos de la historia de la tuberculosis en el mundo y en Honduras

1. La tuberculosis, en la historia antigua y desde antes de Hipócrates (460-370 aC).

Desde que el ser humano existe sobre la superficie de la tierra ha padecido enfermedades. De su existencia, en el período antiguo, dan fé restos óseos, piedras talladas, pictogramas, escritos y otros, que son los objetos de estudio de la paleopatología, término acuñado por M. A. Ruffer (1859-1917, citado por Lain Entralgo, 1977), para llamar a *“la ciencia que estudia las enfermedades que pueden ser demostradas en restos humanos procedentes de épocas remotas”*. Es decir, a través de restos óseos, pero también, aunque menos fiable, según Lain Entralgo, son las descripciones antiguas de las enfermedades en códices y papiros de los pueblos de Mesopotamia, Egipto, la India. De esta manera ha quedado registrada la huella de la Tuberculosis, acompañando al ser humano desde la época paleolíticas, en restos óseos de momias egipcias, pero aún más antiguas son las referencias encontradas en el antiguo Código del Rey de Babilonia Hammurabi sobre una enfermedad crónica pulmonar, probablemente tuberculosis (Farga V., 2011).

Farga V. (2004), comenta sobre las huellas históricas de la Tuberculosis que “*Es significativo que estas señales predominen en asentamientos urbanos*”, donde el contacto con otras personas es más cercano, se facilita la transmisión y las condiciones de vida son más difíciles para una gran mayoría. No era de extrañar la explosión de casos en Europa seguido al proceso de industrialización y urbanización.

La creencia que predominaba sobre la tuberculosis en épocas antiguas, al igual que otras enfermedades, era que su causa se debía al castigo de los dioses o era producida por malos espíritus y su tratamiento se basaba en rituales mágicos variados según las distintas culturas. Es hasta el inicio del periodo histórico técnico de la medicina, con Alcmeon de Crotona e Hipócrates de Cos (500 aC) donde se supera la idea mágico-religiosa de la enfermedad y el cuadro nosológico de la tuberculosis aparece claramente identificada, siendo Hipócrates (460-370 ac) quien acuñó el término de “tisis” (consunción) en connotación a la pérdida de peso que produce la enfermedad.

La mayoría de los médicos antiguos consideraba la etiología hereditaria de la TB, sin embargo, Galeno (131-201), Avicena (980-1037), Francastoro (1478-1553), Morgani (1682-1771) y Villemin (1834-1913) consideraban la etiología infecciosa. Villemin pudo comprobar la etiología infecciosa de la enfermedad al inocular material caseoso animales de experimentación, pero sus estudios pasaron inadvertidos.

2. Los grandes descubrimientos y el inicio del paradigma microbiológico, de la enfermedad.

Las revoluciones renacentista e industrial contribuyeron con diferentes aportes a sistematizar el estudio de paciente con tuberculosis a través de los avances en anatomía, semiología, microbiología, radiología. Auebrugger (1722-1809) empleó la percusión torácica como medio diagnóstico tras observar a su padre percutiendo toneles de vino para saber la altura de su contenido. Laennec, descubrió la auscultación pulmonar y diseñó el estetoscopio; describió los hallazgos anatomopatológicos de la TB. Laennec enfermó y murió de Tuberculosis y así muchos otros enfermaron y murieron estudiando esta enfermedad.

El avance más notable en la histórica lucha antituberculosa fue el descubrimiento del *Mycobacterium tuberculosis* como agente causal de las lesiones orgánicas características de la enfermedad y de su contagiosidad, lo que fundamentó el modelo microbiológico de la misma. El hecho ocurrió el 24 de marzo de 1882, cuando el microbiólogo alemán Robert Koch (1843-1910), presentó sus hallazgos ante los escépticos miembros de la Sociedad de Fisiología de Berlín. Koch diseñó además la tinción para detectar el bacilo, logró cultivar el microbio, lo inoculó a animales y reprodujo las lesiones típicas de la TB, los granulomas caseosos. Además, en el intento para diseñar una vacuna, Koch descubrió la reacción de hipersensibilidad tardía, base de la prueba de tuberculina. (Nobel Lectures, 1967). El 24 de marzo ha sido decretado por la OMS como “Día Mundial de la Tuberculosis”. (OMS, 2016)

Roentgen Wilhem (1845-1923) descubrió los rayos X, lo cual permitió definir y configurar las imágenes de la Tuberculosis en el cuerpo humano, especialmente en el tórax y a delimitar la afección pulmonar. Permitted además el uso de la fotofluoroscopia como medio diagnóstico de masas citadinas accesibles por los grandes vehículos equipados con máquinas de fluoroscopia, método que es aun empleado por algunos países para la detección precoz de lesiones pulmonares de TB en masa. (Nobel Lectures, 1967)

Calmette y Guerin desarrollaron la vacuna BCG, que ha contribuido a disminuir la mortalidad por TB, previniendo especialmente las formas diseminada y meníngea en la población infantil que vive en contextos de alta incidencia. Esta vacuna no ha tenido impacto en la incidencia de la enfermedad, ya que su protección no se extiende a los adultos.

3. La época de los sanatorios, la era quirúrgica y la era de la quimioterapia

“Curar a veces, apoyar frecuentemente, consolar siempre” Trudeau primer presidente de la Sociedad Americana del Tórax, muerto por TB.

Desde épocas antiguas se ha asociado la tuberculosis a malas condiciones de vida, al hacinamiento, a la pobreza, al analfabetismo, afectando a las poblaciones más pobres y marginadas, por lo cual históricamente ha sido abandonada, pero cuando las clases

dirigentes se vieron en riesgo, cuando fue evidente que la enfermedad se transmitía y comenzaron también a enfermar, se crearon los sanatorios, de cuyos beneficios se aprovechaban principalmente los enfermos de las clases pudientes. Se había observado que la TB era menos frecuente en las montañas, de manera que la fórmula de aire puro, buena dieta, descanso, prometía ser un buen abordaje para la mejora de los pacientes. Los sanatorios surgieron primero en Europa casi como lugares de cura y descanso, principalmente para personas afectadas que contaban con recursos económicos. Un ejemplo de lo que ocurría en un sanatorio de este tipo es descrito magistralmente por Thomas Mann en la Montaña Mágica, el famoso lugar de patinaje en Suiza, Davos (Mann, T. 1924)

Con el tiempo los sanatorios demostraron su poca eficiencia para la cura de las personas y para el control de la epidemia, cuando al hacer el seguimiento de pacientes después de una cura sanatorial se encontraba que más del 50% habían fallecido (Farga, V. y Caminero, J., 2011). El movimiento sanatorial favoreció la formación de organizaciones nacionales e internacionales, mixtas o científicas para el apoyo al control o estudio de la TB, tal como la Asociación Americana del Tórax y la Unión Internacional contra la TB (1920), después llamada Unión Internacional contra la Tuberculosis y otras enfermedades respiratorias

Previo a la era de la quimioterapia, a finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, el tratamiento de la tuberculosis era fundamentalmente quirúrgico, colapsando la zona enferma del pulmón o bien extirpándola: Neumotórax (Forlanini, 1882), Toracoplastia o resección costal (Toracoplastía Parcial, Quinke 1882); Toracoplastía total, Sauerbruch 1907), Frenicectomia (1921), Lobectomía pulmonar (Brunn 1929), Neumonectomia (Nissen, 1931), segmentectomia (Churchill 1939). (Caminero, J.A., 2003).

En Honduras se creó el Instituto Nacional del Tórax en 1948, en terrenos aledaños a la ciudad de Tegucigalpa, cuyas instalaciones físicas fueron construidas a la usanza de los sanatorios europeos, con grandes espacios para que los enfermos gozaran de aire puro y de la luz natural, donde la oferta de atención fue fundamentalmente dirigida al tratamiento quirúrgico (neumotórax, toracoplastia, frenicectomia), además de

quimioterapia prolongada con las drogas hasta el momento descubiertas, la estreptomicina, isoniacida y el PAS. Con la implementación de la estrategia TAES/DOTS (Tratamiento acortado estrictamente supervisado) de tratamiento a la TB orientado a la provisión ambulatoria de medicamentos, el Instituto pasó a llamarse Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP) a partir del 2004, donde se atiende a pacientes con enfermedades cardiopulmonares incluyendo personas con Tuberculosis remitidas por complicaciones o por presencia de la condición de resistencia a las drogas.

A mediados del siglo XX se constituyó la Liga Hondureña contra la Tuberculosis, la cual funcionó por algunas décadas, sin embargo, aunque el trabajo del INT en la atención particular al creciente número de pacientes y el apoyo de la Liga fue importante en su momento, su impacto fue limitado en términos de incidencia de la enfermedad, hasta que se organizó el Programa Nacional contra la Tuberculosis y se instituyó la estrategia TAES.

En el 2003 con apoyo del Fondo Global se creó la Asociación Hondureña Alto a la Tuberculosis y se conformaron organizaciones de base comunitaria/municipal de ayuda a la lucha antituberculosa y de autoayuda para el apoyo al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y para combatir el estigma y la discriminación. La Organización se debilitó al concluir el proyecto del Fondo Global y en posteriores juntas directivas se desviaron los objetivos iniciales de apoyo a la lucha antituberculosa, hacia otros temas. Actualmente la Asociación Alto a la TB no está funcionando, pero hay comités de apoyo ligados más bien a los centros de salud.

La era de la quimioterapia antituberculosa inició en los tiempos y circunstancias en que Europa se encontraba sumida en el caos de la segunda guerra Mundial. Schatz Albert microbiólogo estadounidense y Selman Waskman, bioquímico-microbiólogo ucraniano radicado y nacionalizado en Estados Unidos, descubrieron en 1946, la estreptomicina y su actividad antituberculosa. Posteriormente se aisló la Isoniacida (H) en (1952), el ácido paraaminoasalicílico (PAS), la Pirazinamida (Z) en (1952), el Etambutol (E) en (1961), la Rifampicina (R) en (1966).

Habiéndose reconocido que las lesiones tuberculosas estaban conformadas por poblaciones bacilares con diferentes hábitats (intracelular, extracelular, en el material caseoso, con Ph ácido), con diferente grados de actividad metabólica y sensibilidad a las drogas, se conocieron tres principios básicos del tratamiento: el primero, que la monoterapia inducía rápidamente resistencia del bacilo hacia el medicamento; el segundo, que la enfermedad debía ser tratada con combinación de fármacos actuando simultáneamente en las diferentes poblaciones bacilares, y el tercero, que el periodo de tiempo de tratamiento con las drogas antifímicas hasta entonces descubiertas debía ser prolongado y bajo supervisión estricta. Los esquemas farmacológicos iniciales con drogas antifímicas duraban hasta dos años, en muchas ocasiones con periodos de hospitalización y tratamientos quirúrgicos. El advenimiento de la Rifampicina permitió acortar los periodos de tratamiento, si en los esquemas se incluían la isoniacida y la rifampicina. Actualmente las recomendaciones son tratamientos de seis meses para los enfermos nunca antes tratados, de ocho meses para los que presentan recaídas y hasta veinticuatro meses para los que tienen resistencia a drogas. Los esquemas de tratamiento más efectivos se proporcionan en dos fases, la primera dos meses de duración con cuatro medicamentos (Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol) y administración diaria; la segunda con duración de cuatro meses utilizando isoniacida y la rifampicina, administrándose mínimo tres veces por semana. En ambas fases los tratamientos deben ser bajo estricta supervisión (TAES/DOTS), lo que significa que los pacientes deben presentarse a los centros o Unidades de salud para recibir e ingerir los medicamentos bajo la observación del personal de salud o ser administrado por un voluntario capacitado en casos especiales. Esta estrategia fue implementada tras las observaciones de Styblo (Styblo, K. 1980).

La era de la quimioterapia había iniciado y con ello se esperaba un rápido control de la tuberculosis en el mundo, sin embargo, esta enfermedad continúa siendo una de las que mayor mortalidad, morbilidad y sufrimiento produce en el mundo especialmente en las poblaciones más desfavorecidas. Porqué no se ha logrado controlar y erradicar esta enfermedad en el mundo a más de un siglo de conocer la causa de la enfermedad, la

forma de diagnosticarla y de contar desde hace más de 50 años con excelentes drogas antifímicas es una cuestión sobre la cual hasta recientemente se ha puesto atención.

4. La reemergencia de la tuberculosis y las estrategias de la OMS

Con la aparición de la quimioterapia, pero aun antes, tras la mejora de las condiciones de vida de los hogares y buenos programas de manejo de la Tuberculosis, muchos países lograron alcanzar el control de la enfermedad, particularmente los países de Europa occidental y estados Unidos, de manera que actualmente la tuberculosis se concentra en los países pobres de África donde existen las mayores tasas y el Asia donde está el mayor número de pacientes. (OMS, 2016). Sin embargo, aun en muchos países ricos, el control interno de la enfermedad ha sido y es inequitativo, por cuanto hay poblaciones cuyas condiciones sociales, económicas, étnicas, culturales, ambientales y de acceso a los sistemas de salud, no han sido atendidas para permitir el control de la Tuberculosis y otras enfermedades.

En la década de los 90 del siglo XX, con la aparición de la drogoresistencia, en particular la multidrogoresistencia (Resistencia a isoniacida y rifampicina, las drogas antituberculosas más potentes) y la epidemia del VIH/Sida, la globalización, los movimientos migratorios, las facilidades en las vías de transporte, la acelerada urbanización, etc, los países ricos e industrializados, se vieron enfrentados a la reemergencia de la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas en ciudades como nueva York y otras en Europa. (Freudenberg N., 2006; Porter J.D.H., 1994). Las organizaciones internacionales, los gobiernos y la comunidad científica se vieron entonces obligados a buscar respuestas más efectivas contra la reemergencia de enfermedades desatendidas.

La OMS lanzó en 1994 la estrategia TAES/DOTS (WHO, 1994; Bayer, R. , 1997), acrónimo del fundamento de la estrategia orientado a la detección oportuna de pacientes sintomáticos respiratorios con Tuberculosis y esputo positivo, su tratamiento con una combinación de drogas, bajo estricta supervisión y en condiciones de programa, lo que aseguraría el acceso a diagnóstico mediante una red de laboratorios, la dotación regular

de medicamento, un sistema de información monitoreo y evaluación para una correcta planificación y con el pilar fundamental de la estrategia que es el apoyo político. El enfoque de la estrategia puede apreciarse en el slogan “*la mejor prevención es la detección*”. (WHO, 1994)

La estrategia Alto a la TB, lanzada por la OMS en el 2006, se centra siempre en la estrategia TAES/DOTS, pero con metas de mejorar la calidad de la misma e incorporar acciones dirigidas a atender grupos de riesgo, especialmente a las personas viviendo con VIH (PVVIH), fortalecer el sistema de salud, incorpora el sector privado, a la comunidad y al paciente y incrementar la investigación en TB. (WHO, 2006). Aunque se incorporaron algunos elementos orientados a tener en cuenta otros determinantes de la aparición y falta de control de la enfermedad, el énfasis siempre ha estado orientado al diagnóstico y al tratamiento farmacológico.

En el 2014, la OMS reorienta sus metas para poner “fin a la tuberculosis” y lanza su nueva estrategia con el propósito de acelerar la disminución de tasas de incidencia en un 90% entre 2015 y 2035 reduciendo el número de muertes en un 95% y consiguiendo que ninguna familia tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la tuberculosis. Se destaca la necesidad de desarrollar políticas públicas audaces, implicar a los asociados de diferentes sectores, además del sector de la salud, tales como los del área social, ministerios de trabajo, inmigración y la justicia, la mayor participación del paciente y la comunidad. Además, se hace énfasis en la investigación e innovación, creación de nuevos conocimientos, tecnologías, métodos diagnósticos más eficientes, medicamentos, vacunas más eficaces.

5. Aspectos históricos de la Tuberculosis en las Américas y en Honduras.

Por mucho tiempo se consideró que la tuberculosis fue traída por los españoles después del descubrimiento de las Américas, sin embargo, se ha establecido por medio de tres tipos de pruebas, la existencia de la enfermedad en la época precolombina. Estas evidencias se refieren, primero, a las descripciones del cuadro clínico efectuadas por cronistas españoles: tos y fiebre persistente acompañadas de pérdida de peso y

hemoptisis, sugestiva de tuberculosis, cuyo cuadro clínico era conocido desde la antigüedad (Reina Valenzuela, J., 1947); segundo, a los hallazgos de figuras antropomórficas en cerámica que reflejan jibas sugiriendo Mal de Pott (Tuberculosis en las vértebras) encontradas en Guatemala; y tercero, hallazgos de lesiones típicas en restos óseos. En 1930 Hooton pudo confirmar tuberculosis ósea en la región de Sonoma, California, en el caso de 44 enterramientos de indios precolombinos; Requena en Perú, donde han sido numerosos los hallazgos, descubrió en 1947 tres vértebras dorsales con lesiones fímicas (Guerra, F., 1990).

En 1996 un equipo de investigadores encabezados por B. Gerard Cologne, bioantropólogo de la Universidad de Quinnipiac en Hamden, Connecticut, al examinar restos embalsamados de antiguos chapoyanos enterrados entre 500 a 1000 años aC, en los Andes septentrionales, hizo el descubrimiento de lesiones vertebrales similares a la producida por la tuberculosis (Cologne, G). El Dr. Reina Valenzuela también cita al Dr. Francisco Cignolio, (De cómo se enriqueció la terapéutica por el descubrimiento de América. Rev. La Farmacia Chilena. Año XVII. 1943. Santiago de Chile) quien se refiere a que el pueblo guatemalteco tenía la creencia de que el uso de las “orejas” de guanacaste curaba o por lo menos aliviaba la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, al mismo tiempo suponen que esta creencia nació después de la conquista ya que consideraban que la enfermedad fue traída al nuevo mundo por medio de las vacas que se importaban de la península.

Es muy posible, entonces, que haya habido Tuberculosis entre las diferentes etnias que poblaban Honduras, pero a su vez y tal como lo aprecia Guerra F, la prevalencia de esta enfermedad era reducida en la época precolombina y aumentó durante la colonización (Varela-Martínez, C., 2005)

En Honduras, los rasgos históricos de la tuberculosis (Varela-Martínez, C., 2005), también pueden encontrarse de manera documental en crónicas de los conquistadores. El Dr. Reina Valenzuela cita las crónicas de Bernal Díaz del Castillo, quien acompañaba a Colón en su cuarto viaje, para referirse a las enfermedades que padecieron los conquistadores:

“Tampoco faltaron las enfermedades de las vías respiratorias y sus complicaciones provocadas seguramente por los bruscos cambios de temperatura” señalándose entre ellas, “el catarro, la gripe y en algunos casos la tuberculosis como última etapa de aquellas penosas dolencias”. (Citado por Reina Valenzuela, J., 1947)

Sin embargo, en términos generales, el Dr. Reina Valenzuela concluye que los habitantes de Honduras en esa época *“eran sanos, tenían placentero clima y abundantes bastimentos”*. La situación fue cambiando a medida que avanzaba la conquista, porque las enfermedades que trajeron los españoles tomaron proporciones epidémicas, lo cual, junto al continuo contrabando humano, habían logrado diezmar la población considerablemente. (Joya, O., 2001).

También Linda Newson (Newson, L., 2001) refiere que al final del periodo colonial la población indígena había descendido en casi un noventa por ciento. Dentro de las causas de este fenómeno demográfico regional, Newson presenta dos explicaciones: la introducción de enfermedades del viejo mundo para las cuales los indígenas no tenían inmunidad y el asesinato sistemático, la esclavitud despiadada y el maltrato al que fueron sometidos los indígenas, todo ello conocido como la leyenda Negra. Por otro lado, debido a la distribución tribal de la población, estas enfermedades producían disminución de la población, pero al mismo tiempo estas enfermedades eran autolimitadas por las dificultades en la comunicación. Posteriormente, con la congregación de los indígenas en las misiones, hubo cambios de costumbres, se redistribuyeron y aumentaron de tamaños los asentamientos y se crearon condiciones para la difusión de enfermedades (Newson L, 2001).

Malas condiciones laborales y ambientales, situaciones de explotación y discriminación, así como la escasez de médicos, cirujanos y boticarios era la situación en Honduras durante los siglos XVI, XVII siendo los frailes, franciscanos, dominicos y mercedarios los que prestaban su valiosa asistencia a los enfermos. La fundación de los conventos estuvo estrechamente vinculada en América, al ejercicio de las ciencias médicas pues casi simultáneamente fueron abiertos los asilos. El convento más antiguo de Honduras

fue fundado por el mercedario fray Marcos Ardón, en Gracias, hacia 1550. (Reina Valenzuela, J.1947; Castellanos, P., 2002).

“Entre 1780 y 1820 Comayagua, capital de Honduras era realmente un foco de infección permanente, clima propicio para que pudiesen desarrollarse todas las pestilencias: fiebres tercianas, cuartanas, viruela, escorbuto, el reumatismo y toda la gama de enfermedades respiratorias.” (Reina Valenzuela, J., 1947)

La tuberculosis no aparece como problema de salud para la población en ese entonces, probablemente porque había otras, de naturaleza más aguda, que diezmaban la población y que como sucede actualmente con el Dengue, Zika y Chikungunya, roban la atención de los gobiernos y de la población.

El Dr. Reina Valenzuela hace una magnífica descripción del mal que aquejó al *“Lic. Don Narciso Mallo, abogado de los Reales Consejos, Alcalde Mayor de la provincia de Tegucigalpa, en la Gobernación de Comayagua”*, quien describe:

“El Señor Alcalde notaba con mucha preocupación, que su mal se agravaba cada vez más; a las calenturas acompañaba un desgano obstinado y últimamente una tos pertinaz que no mermaba ni con los cocimientos de orozú ni con lamedor alguno de cuantos había tomado...” *“Don Francisco Quiñones, Profesor de Cirugía y Medicina, Doctor en esta Facultad y Primer catedrático de ambas en esta Real Universidad, certificó: que he asistido en su enfermedad al Señor D. Narciso Mallo, Alcalde Mayor de Tegucigalpa, quien padece hace 18 meses de obstrucciones en el bajo vientre y tubérculos en el pulmón, acompañados de tos y mucha extenuación en todo el cuerpo, lo que ha sido causa de la gran debilidad en que se halla. Siendo estos males de muy difícil curación en estos climas, considero que le será útil regresar a España, porque la navegación es el recurso más seguro para curarse a lo que puedan también contribuir los aires nativos de la Península. Y para que conste el pedimento del interesado doy la presente. León, mayo de 1820”*.

Pero Mallol murió estando en Nacaome en febrero de 1821. Bajo la gestión de el Lic. don Narciso Mallol, alcalde de Tegucigalpa se construyó el puente que lleva su nombre en esta ciudad. (Reina Valenzuela, J. 1947).

De esta notable relación de síntomas se deducen tres cosas: El Lic. Mallol padecía tuberculosis, eran tiempos, primera mitad del siglo XIX, en los cuales no se sabía la causa de la enfermedad; el tratamiento prescrito era, como en toda Europa, basado en buena alimentación, buen clima, aire limpio, sol y descanso. La enfermedad era en gran medida mortal.

Es probable que la tuberculosis no se haya diseminado dramáticamente en ese entonces y por eso no se haya descrito más que en forma puntual, como problema particular y no de salud pública, debido a que en gran medida las condiciones ambientales no favorecían el contagio ya que la población hondureña era rural, con mejores condiciones de vivienda en casas con buena ventilación y la luz natural y menor hacinamiento, las comunidades tenían dificultades de comunicación y acceso a otras poblaciones.

En 1869, durante el mandato de José María Medina, se organizó el Protomedicato dependiente de los Despachos de Gobernación y Relaciones Exteriores. El Protomedicato regulaba el ejercicio médico, pero también pretendía dar una respuesta médica organizada a la problemática de salud imperante, estimular el estudio y cooperación médica, dar al gobierno la oportunidad de conocer la naturaleza de las enfermedades endémicas y epidémicas (Reina Valenzuela, J., 1947). A mediados del siglo XIX la población hondureña sufría epidemias de sarampión, viruela, cólera, tosferina (Larios, M., 1935).

Con la reforma liberal y siendo presidente el Dr. Marco Aurelio Soto se decretó en 1878 la creación de hospitales en todos los departamentos del país y se les asignó el 2% de los impuestos percibidos en las aduanas. Dichos hospitales serian administrados por las juntas directivas locales junto con sociedades de beneficencia que velarían por el adecuado soporte al hospital. Solo Tegucigalpa logro la construcción del Hospital General que fue inaugurado en el 27 de agosto 1882 y que hoy corresponde al Edificio

de los Ministerios. (Larios, M., 1935; Castellanos, P., (2002). Posteriormente el Hospital General fue trasladado al predio que ocupaba el asilo de inválidos y fue inaugurado en 1928 con el nombre de Hospital General San Felipe. En 1882 también se inició la construcción de la Escuela de Medicina en el predio de lo que hoy ocupa la oficina de Correos.

El Dr. Miguel Ángel Ugarte (1862- 1898) graduado de médico y cirujano en El Salvador, director del Hospital General de Tegucigalpa, considerado Padre de la Cirugía en Honduras, trajo el primer microscopio que utilizó para el estudio de la parasitosis en Honduras e hizo que el presidente de la República Dr. Policarpo Bonilla pidiera a Alemania el primer aparato de rayos X que vino a Centroamérica en el año de 1897(Castellanos, P., 2002). A principios del siglo XX, la Tuberculosis ya era una enfermedad prevalente en Honduras. Según Reina Valenzuela:

“a juzgar por dictámenes médicos y recetarios las enfermedades más comunes fueron: paludismo, parasitismo intestinal, sífilis, disentería, neumonía, tuberculosis, reumatismo, anemia, tosferina”.

El diagnóstico de la tuberculosis en el primer tercio del siglo XX, se basaba en la presencia de los síntomas y signos sospechosos, (tos crónica, expectoración, hemoptisis, fiebre y sudoración principalmente vespertina y pérdida de peso o consunción) y de los hallazgos radiológico o fluoroscópicos. De hecho, tanto el Dr. Martín Bulnes, como el Dr. Marcial Cáceres Vijil, (Bulnes, M., 1943; Cáceres Vigil, M., 1946), hablan de las bondades del método radiológico para

“descubrir incluso, las lesiones iniciales que escapan a la clínica, pudiendo a través de este estudio, efectuado en forma colectiva, detectar casos contagiosos más tempranamente y evitar tanto la muerte del paciente como el contagio a su familia y comunidad” (Bulnes, M., 1944; Cáceres Vigil, M. 1946)

Las prácticas galénicas en los primeros años del siglo XX consistían en terapias basadas en el descanso, buena alimentación, respiración de aire puro, exposición a los rayos del sol, siendo las comunidades aledañas a Tegucigalpa, como Valle de Ángeles, Santa

Lucía y Ojojona, lugares recomendados; sin embargo, para la gran mayoría de pacientes afectados, dichos tratamientos no eran factibles debido las condiciones de deprivación social y económica.

En ese entonces todavía no se habían descubierto drogas antifímicas ni se conocían las bases de la quimioterapia, pero se practicaba la auroterapia y varios procedimientos quirúrgicos. Respecto a esto, el Dr. Bulnes, refiere en un artículo suyo sobre el tratamiento de la tuberculosis, que “la auroterapia nació con el sabio danés Mollgard, remedio capaz de bajar la temperatura y calmar la tos y expectoración” probablemente efecto secundario a las propiedades antiinflamatorias de la preparación. Menciona también el Dr. Bulnes, al gadusan (combinación de ácidos grasos, aceite de hígado de bacalao, cobre, calcio) mezcla a la que le atribuían acción antitóxica y antibacilar. Además, se practicaba en casos de Tuberculosis localizada, la colapsoterapia, en particular la técnica del neumotórax artificial técnica iniciada en Italia por Carlos Forlanini de la Universidad de Nápoles.

Respecto a la hospitalización, el Dr. Salvador Paredes (1897-1945) escribió en un editorial titulado “Pabellón para Tuberculosos en el Hospital General” sobre las gestiones y dificultades encontradas para crear un lugar para estos enfermos en el hospital. Refiere que la Asociación Médica Hondureña creó una comisión en mayo de 1932, cuya misión era gestionar ante el Poder Ejecutivo, específicamente ante el Ministerio de Gobernación, en ese tiempo responsable por la actividad hospitalaria, la creación de un pabellón para tuberculosos ya que un reglamento prohibía la admisión de estos pacientes, quienes “salían del *hospital en caravanas, desilusionados, rabiosos y agonizantes*”. Tanto el Sr. Sevilla, Ministro de Gobernación, como el Presidente Mejía Colindres resolvieron apoyar la solicitud, sin embargo, debieron pasar dos años más, ya que “*algunos individuos, levantaron una polvareda de insultos contra la Asociación, calificándola hasta de criminal por tan insensata idea.*” (Paredes, S., 1934). A pesar de ello, la idea fue fortaleciéndose con el pasar del tiempo “*por el crecido y alarmante número de tuberculosos, diseminadores del germen fatal, que pululan por todas las ciudades y campos de la nación*” (Paredes, S., 1934),

La mortalidad de la tuberculosis en la primera mitad del siglo pasado era cercana al cincuenta por ciento de los afectados. El Dr. Paredes hace referencia en dicho editorial, al pobre pronóstico de los pacientes afectados diciendo *“otras personas encontrarán en dicho pabellón un lecho, medicinas, cuidados, alimentación, antes de morir”*. (Paredes, S., 1934). En el mismo editorial se aprecia, la preocupación de los médicos de la Asociación Médica Hondureña, por el número creciente de pacientes, por la falta de atención hacia ellos, por la contagiosidad que representaban, siendo la reclusión en pabellones una forma de manejar el problema del contagio a la población. Los pacientes no solo afrontaban el problema de su enfermedad, con todas sus consecuencias personales, familiares, sociales y económicas, sino que llegaba a tal grado el estigma de la tuberculosis de no ser admitidos ni en los mismos hospitales. (Paredes, S., 1934)

Fue hasta 1933 cuando el Dr. Francisco Sánchez U. habilitó dos pabellones de hospitalizaron para pacientes tuberculosos en el hospital General San Felipe, de Tegucigalpa. Estos pabellones serían llamados *“las Salitas”*. De acuerdo a la descripción que hace el Dr. P Castellano (Castellanos, P., 2002). *“Las Salitas”* se encontraban en un predio extenso, dotadas de clínicas para examinar pacientes y para la práctica de pneumoperitoneo, intervención que causaba elevación de los diafragmas y colapso de las cavernas. También se practicaba neumotórax, frenicectomía, toracoplastia. Los médicos y enfermeras usaban gorros y mascarillas y ropas protectoras. (Bulnes, M., 1943).

El 14 de octubre de 1942 fue fundado el primer dispensario antituberculoso, siendo su jefe el Dr. Marcial Cáceres Vijil, quien, en un editorial de la Revista Médica Hondureña, detalla el trabajo de estas entidades:

“cuando un paciente que llega a consultar su dolencia a una clínica privada y que necesita una radiografía de tórax, la que no pueden encontrar en los hospitales privados por sus exiguas condiciones económicas, encuentran en el dispensario antituberculoso, servicios absolutamente gratuitos de radiografía, examen clínico, examen de esputo, del contenido gástrico y tuberculina; Si de resultados de esta investigación se confirma el diagnóstico, el paciente no es retenido por el Dispensario,

ni siquiera se le ficha, sino que el diagnóstico por escrito, es remitido a su médico de cabecera y es de acuerdo con éste que se decide poner en práctica las medidas profilácticas y sociales...” (Cáceres Vijil, M., 1946)

Los dispensarios realizaban la investigación de los casos sospechosos, el estudio de los contactos y la distribución de los casos diagnosticados a los centros de hospitalización o a manejo ambulatorio.

En 1942 fue organizado el Departamento de Tuberculosis según acuerdo entre la Dirección General de Sanidad rectorada por el Dr. Pedro H. Ordóñez Díaz con el apoyo del director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública Dr. I. Frank Tullis. El Dr. Cáceres Vijil, fue el primer jefe de dicho Departamento, iniciándose de manera mejor organizada la búsqueda del paciente tuberculoso, su diagnóstico y tratamiento, marcado por una estrategia vertical, manejo hospitalario con tendencia a abordaje quirúrgico de la enfermedad. (Castellanos, P., 2002)

En 1943 el Dr. Martín Bulnes (Bulnes, M: 1943) propuso una estrategia para el manejo del “elevado porcentaje de tuberculosos que solicitan atención”. Dicha estrategia se basaba en la existencia de dispensarios atendidos por enfermeras y médicos, para manejar el tratamiento ambulatorio con la auroterapia, y calcioterapia, y neumotórax artificial a los pacientes con lesiones localizadas y tratamiento hospitalario a los pacientes con lesiones avanzadas y mayor propensión a infectar la familia. El dispensario serviría para hacer una evaluación clínica, radiológica y laboratorial de las personas sospechosas. Las personas se clasificarían como tuberculosas y no tuberculosas. Las primeras se clasificarían de acuerdo a su gravedad en pacientes de seguimiento por el dispensario y sanatorio y para las personas con afección más grave, de tratamiento intrahospitalario en el pabellón antituberculoso que para ese entonces ya existía. Los pacientes de tratamiento en el dispensario eran aquellos con “lesiones curables” es decir “lesiones unilaterales y poco avanzadas que dispusieran de medios”

El diagnóstico, tanto de la enfermedad como de la evaluación de la severidad, descasaban primordialmente en los hallazgos clínicos y radiológicos. De hecho, se habla

de un índice de morbilidad o índice de lesión activa a través de métodos radiológicos el cual se recomendaba para pesquisar. Ya en ese entonces el Dr. Bulnes enfatizaba sobre el trabajo de enfermeras en la búsqueda activa de casos en lugares de mayor aglomeración (grupos de riesgo) tales como personas viviendo o trabajando en talleres, prisiones, así como en los contactos y el estudio de las condiciones de vida de esas personas. Desde entonces se hace alusión a la necesidad de educación y concientización de la población a través de medios masivos audiovisuales de esa época (postales, carteles) a reconocer los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso) para la búsqueda de atención temprana. También se refiere a la necesidad de organización de enfermeras visitadoras, quienes realizarían el trabajo extramuros en la búsqueda de pacientes y evaluación de los contactos, la condición higiénica y socioeconómica de los pacientes y su familia y actividades de promoción de la salud. (Bulnes, M., 1943)

El Dr. Marcial Cáceres Vijil, primer neumólogo en Honduras, quien puede considerarse el Padre de la Lucha Antituberculosa en el país, da a conocer en sus numerosos escritos sobre el tema, la situación de la enfermedad en esa época, los esfuerzos realizados por el Dispensario y, como jefe del Departamento Antituberculoso, su lucha casa a casa, *“concientizando y educando a la población con acciones mancomunadas contra el enemigo común: el Bacilo de Koch, la ignorancia y la pobreza”* (Cáceres Vigil, M., 1947).

El creciente número de pacientes que demandaba tratamiento hospitalario en ese entonces, exigía la construcción de un sanatorio para tuberculosos, lo cual fue posible gracias a un convenio de Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) firmado en 1942. El Sanatorio fue ideado a la usanza de la época, con edificios de grandes ventanales, excelente iluminación, con vista hacia el Picacho y hermosos jardines. La residencia para el director y los dormitorios para las enfermeras se ubicaban en un predio aledaño al nosocomio. El Sanatorio fue inaugurado el 14 de junio de 1948 siendo su primer director el Dr. Alfredo C. Midence. (Varela-M, C., 2005).



Figura No. 5. “Sanatorio Antituberculoso”, después llamado Instituto Nacional del Tórax y actualmente Instituto Nacional Cardiopulmonar. Tegucigalpa, Honduras.

En junio de 1950 fue fundado otro dispensario antituberculoso en San Pedro Sula, posteriormente en la Ceiba, Santa Rosa de Copan y Choluteca. En agosto de 1954 se organiza la oficina de vacunación con la BCG a cargo del Dr. Luis Barahona.

En 1954 en ocasión de celebrarse el VI Congreso Médico Centroamericano de la Asociación Hondureña de Tisiología cuyo tema oficial era “Tuberculosis en Centroamérica”, se presentó un informe sobre la lucha antituberculosa en la República de Honduras. En dicho informe se destaca el estado alarmante de aumento de la tuberculosis y como una de las primeras causas de muerte en Honduras, las dificultades de carácter científico, organizacional, social y económico para impulsar la lucha antituberculosa. Hasta ese momento lo más importante realizado era la creación de hospitales y dispensarios. En dicho evento se informó,

“nos hemos preocupado por la creación del mayor número de dispensarios en la República encargados del despistaje de casos, del estudio de contactos, la educación higiénica de las masas, clasificación y distribución de los casos en diversas instituciones de internamiento” (Asociación Hondureña de Tisiología, 1955).

En la misma época, el 17 de agosto de 1954, a iniciativa de la Asociación Hondureña de Tisiología, se organizó una entidad privada no gubernamental llamada Liga Hondureña contra la Tuberculosis, conformada con las fuerzas vivas de la nación y con el Dr. Ramón Larios como primer presidente. La Liga se encargó de colaborar estrechamente con los organismos oficiales de la lucha antituberculosa. El artículo dos de sus estatutos declaraba la finalidad de la Liga orientada a la profilaxis, investigación, diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación de los tuberculosos. Para lograr estos fines procuraría

“estimular y asesorar técnicamente la iniciativa privada contra la tuberculosis, prestar colaboración con los organismos oficiales encargados de la campaña contra la tuberculosis, sostener una campaña educativa a la población, apoyar la formación de personal técnico, propiciar la formación de asociaciones similares en el país y su relación con organismos internacionales” (Cáceres Vigil, M., 1947).

Un Informe de la Asociación de Tisiología declaró los planes de iniciar vacunación con la BCG en masa con ayuda de la Liga y con esa bandera realizó actividades de recaudación de fondos para proporcionar insumos para la realización de pruebas de tuberculina, facilitar medicamentos y otros insumos al Programa (Información proporcionada por el Dr. Yanuario Jarcia, jefe de Programa contra la TB en esa época). Con el tiempo sus actividades cesaron y la lucha antituberculosa estuvo dirigida e implementada en forma vertical por el Programa Nacional contra la Tuberculosis. La Asociación Hondureña de Tisiología, se convirtió en 1963 en la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía del Tórax, cuyos estatutos también enfatizan su objetivo de lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias, la promoción de la salud respiratoria y el ambiente saludable.

En 1952 se organizó el Programa Nacional contra la Tuberculosis, cuando la División General de Salud se transformó en el Ministerio de Sanidad y Beneficencia. El diagnóstico de la tuberculosis aun descansaba grandemente en el uso de la fluoroscopia. Grandes unidades móviles llegaban a las poblaciones accesibles por carro (las que no tenían carretera no tenían este método diagnóstico), así que los pacientes que residían

en zonas poco accesibles tenían que acudir a las ciudades para diagnóstico, usualmente con enfermedades avanzadas. El tratamiento se administraba, al menos los primeros meses, de manera intrahospitalaria, durante el cual se proporcionaban medidas de sostén y se efectuaban intervenciones quirúrgicas.

Transcurrieron los años, para 1974 el Dr. Alberto Guzmán, salubrista, era el jefe de la División de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y fungió como tal de 1974 a 1978. Rectoraba la lucha antituberculosa con un programa vertical, en el cual el diagnóstico, tratamiento e información, eran llevados a cabo solo por personal bajo la dirección de la División, sin embargo, a pesar de que se avanzaba en los logros, la cobertura no era suficiente para atender la magnitud del problema. (Varela Martínez, C., 2014. Entrevista personal de la autora al Dr. Guzmán)

La Dra. María Helena Silva de Rivas, quien años después fuera jefe del Programa de Tuberculosis (1985 a 1990) describió en un editorial de la Revista Médica Hondureña de 1975, las características de la endemia en Honduras: alto viraje tuberculínico en los niños (15% de viraje tuberculínico anual en niños menores de 15 años), alta mortalidad por tuberculosis, alto porcentaje de abandono de tratamiento, gran porcentaje de casos no descubiertos, estadísticas y sistema de información débil. Para ese entonces la tasa de incidencia promedio de Tuberculosis para América Latina era de 68.8 por cien mil habitantes. La Dra. Rivas expuso las directrices de la OMS para el combate a la enfermedad: una lucha antituberculosa organizada, con acciones a nivel nacional, permanente, integrada a los servicios generales de salud. En el mismo editorial recomendaba la aplicación masiva de BCG a recién nacidos para la protección efectiva contra la tuberculosis meníngea, miliar y pleural en niños, y tal como en 1972 lo hiciera Grzybowski, la detección precoz de pacientes infectantes a través de la baciloscopía. (Silva de Rivas, M.E., 1975)

En el otro lado del mundo, en la década de los 70 dos importantes acontecimientos se habían producido en torno a la lucha antituberculosa: el primero fue el descubrimiento de la Rifampicina y el segundo, la implementación demostrativa de la estrategia TAES/DOTS. Karel Styblo (1928-1998) observó en 1974, en Tanzania, que el tratamiento

ambulatorio con combinación de drogas que incluían la rifampicina permitía acortar la duración del mismo si se efectuaba bajo estricta observación, resultando en tasas de curación de hasta 82% en las cohortes observadas, en comparación las tasas de curación en pacientes con quimioterapia, pero sin supervisión estricta, las cuales apenas alcanzaba el 45% (WHO, 2011). La estrategia del tratamiento estrictamente observado (TAES/DOTS) se generalizaría hasta que en 1993 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la tuberculosis como una emergencia de carácter mundial.

El Dr. Yanuario García, epidemiólogo, director del Programa Nacional contra la Tuberculosis del 1978 a 1983, fue a quien le tocó llevar a cabo la horizontalización del mismo, en otras palabras, involucrar, concienciar, integrar y capacitar a todo el personal del Ministerio de Salud Pública a la lucha antituberculosa, colocando la tuberculosis, como tema y problema de todo trabajador de la Secretaría. Ello conllevaba una tremenda labor de concientización, entrenamiento, manejo de información, dotación de insumos, capacitación para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y sus contactos. El objetivo era aumentar la cobertura del Programa y como es de esperar, hubo un incremento en las cifras de diagnóstico. (Varela-Martínez, C.E., 2014, entrevista personal)

En 1985 la Dra. Martha Membreño junto con el Dr. Mario Mejía, neumólogos ambos, del entonces Instituto Nacional del Tórax, actualmente Instituto Nacional Cardiopulmonar, realizaron un estudio local sobre la eficacia de tratamiento acortado de la tuberculosis, en la cual usaron Isoniacida(H) rifampicina (R) estreptomycin (S) y pirazinamida (Z) por 6 meses logrando demostrar altas tasas de curación. Con estos datos se presionó al nivel central para instituir el tratamiento acortado de manera que en 1988 se implementó el esquema de tratamiento acortado a seis meses, los primeros dos meses utilizando la estreptomycin, isoniacida, rifampicina y pirazinamida, seguido de cuatro meses con Rifampicina e Isoniacida bi o trisemanal (2SHRZ/4R₂ H₂).

En 1990 la Organización Mundial de la Salud reconoció a la tuberculosis como una emergencia de magnitud dramática y lanzó la estrategia TAES/DOTS a fin de reducir la morbilidad, la mortalidad y reducir la aparición de resistencia a las drogas. En 1998,

siendo jefe del Programa la Dra. Noemí Paz de Zavala, se iniciaron las zonas demostrativas de TAES en Honduras, logrando completa cobertura en el 2003. Las metas del Programa Nacional contra la Tuberculosis eran: 1. Detectar tempranamente más del 70% de los casos mediante baciloscopía, 2. Tratar adecuadamente al 100% de los casos de tuberculosis diagnosticados, 3. Lograr una tasa de curación mayor del 85% de la cohorte en tratamiento, 4. Vacunar con BCG más del 90% de los recién nacidos y alcanzar el 100% de cobertura en niños al cumplir el año.

Al mismo tiempo que se introducía el tratamiento acortado de la tuberculosis, daba comienzo en Honduras una nueva amenaza a la salud de los hondureños, la epidemia del Sida. En 1985 se diagnosticó el primer caso y a partir de entonces se notificaba el rápido crecimiento de casos y de pacientes infectados de tal manera que Honduras reportaba más de la mitad de los enfermos de Centroamérica. El VIH y la tuberculosis en los siguientes años convergen afectando a los mismos grupos etáreos (entre 20-40 años) y siendo que en nuestra sociedad la transmisión del VIH ha sido eminentemente heterosexual y que existen importantes tasas de incidencia en ambas enfermedades, el impacto se convirtió en una grave amenaza para la salud pública del país. La tuberculosis es la infección más frecuente en las personas viviendo con VIH (PVVIH) y esta condición representa el mayor riesgo para desarrollar TB. Un promedio acumulado de 11% de las personas con TB están coinfectadas por VIH en Honduras. No se sabe cuántas personas con VIH están coinfectadas por TB.

En el 2002 Honduras presentó un ambicioso proyecto mancomunado de combate a tres enfermedades, VIH/Sida, Tuberculosis y Malaria, al Fondo Global (FG) de las Naciones Unidas, quien aprobó \$ 42 millones de dólares para ser ejecutados en 5 años, de los cuales cerca de 6 millones fueron para el control de la Tuberculosis. La meta era disminuir 25% la incidencia de casos nuevos a través de la aplicación de la estrategia TAES con participación comunitaria, el fortalecimiento institucional para el diagnóstico de la enfermedad, y la aplicación de TAES-Plus a los pacientes con enfermedad drogoresistente. La ejecución del proyecto fue calificada por el FG como con “buen suceso”, sin embargo, queda mucho por hacer para lograr el control de la enfermedad (The Global Fund Global, 2010)

En el 2010 Honduras nuevamente presenta otra propuesta titulada “Fortalecimiento de la estrategia TAES en Honduras” a desarrollarse en 48 municipios según carga de TB, carga de VIH y pobreza. La propuesta fue acreedora a financiamiento por \$12.402 para ser ejecutados en entre el 2011 y 2016. El proyecto va orientado especialmente a fortalecer las capacidades de respuesta de las instituciones de salud. Su objetivo general es: incrementar la tasa de detección de casos de 72% a 85% y mantener el éxito del tratamiento arriba del 85%.

Se propusieron los siguientes objetivos específicos;

- Mejorar la aplicación de la estrategia TAES a nivel institucional para aumentar la detección de casos y la curación de los pacientes.
- Fortalecer la red de laboratorios para mejorar el diagnóstico y respuesta a nuevos cambios propuestos por la estrategia Alto a la TB.
- Fortalecer el abordaje interprogramático de la coinfección TB/VIH para reducir la prevalencia.
- Mejorar el manejo clínico y programático de la TB multidrogoresistente, proveyendo soporte social al paciente y su familia y a la comunidad para incrementar la detección de casos y disminuir el abandono del tratamiento.
- Desarrollar actividades de prevención y manejo en las penitenciarías y entre los migrantes para decrementar la incidencia de casos en estas poblaciones.

B. Etiopatogenia, historia natural, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Los años que transcurrieron desde el último tercio del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX, está lleno de acontecimientos en la Medicina respecto a las enfermedades infecciosas. Joseph Lister (1827-1912) utilizó el ácido carbónico y ácido fénico para prevenir la infección en las heridas quirúrgicas, Louis Pasteur (1822-1895) estableció la teoría microbiana de la enfermedad y la utilización del calentamiento para evitar la fermentación producida por bacterias con lo que dio lugar al método conocido como

pasteurización y además hizo experimentos que concluyeron en lo que hoy llamamos vacunación.

En este contexto histórico-temporal, transcurría la vida en Europa, con su creciente número de personas padeciendo tuberculosis, cuando Robert Koch (1843-1910) realizaba estudios sobre el carbunco, descubría el organismo causante del cólera, del tracoma y lo que lo llevó a la fama y al premio Nobel de Medicina (1905), al descubrimiento del agente causal de la tuberculosis, el *Mycobacterium tuberculosis*. Koch desarrolló además métodos de tinción para la detección del bacilo, medios de cultivo y enunció los principios que se debían cumplir para poder concluir que un agente microbiano era el causante de la infección, también llamados enunciados o postulados de Koch. Buscando la cura de la tuberculosis, desarrolló un filtrado de cultivos de bacilos de tuberculosis (Tuberculina) que no logró curar la tuberculosis, pero si ser un medio diagnóstico para detectar la infección (Rodríguez Cabezas A., Rodríguez Idigoras, M.I., 1996; Ledermann D., Walter., 2003).

Actualmente se conoce que la tuberculosis es producida por el Complejo *Mycobacterium tuberculosis* compuesto por las especies *M tuberculosis*, *M bovis*, *M africanum*, *M kanetti*, *M microtti*, *M pinnipedi* y *M caprae*. El *M tuberculosis* es el que más frecuentemente produce enfermedad en el ser humano (Farga, V., Caminero J.A. 2011).

El *M tuberculosis* es un bacilo delgado curvo de 1-4 micras por lo que puede llegar hasta los alveolos pulmonares una vez que es inhalado. Su pared celular es muy compleja, compuesta de lípidos, condición que lo protege de la mayoría de agentes antimicrobianos y de las defensas inmunitarias del ser humano u hospedero. Es un bacilo que resiste al alcohol y acido confiriéndole la característica de resistencia a la decoloración con alcohol-acido (Bacilo acido alcohol resistente o BAAR). La pared celular está además compuesta por proteínas que le dan su carácter antigénico capaz de desencadenar respuesta complejas y variadas en el huésped como la reacción de hipersensibilidad retardada en la que se basa la prueba de tuberculina. El *M tuberculosis* es aerobio estricto, por lo que en condiciones ambientales adversas entra en estado latente, pero que puede reactivarse en condiciones propicias. Resiste al frio y desecación, pero es sensible al

calor y la luz ultravioleta. Se multiplica lentamente, factor que favorece su tendencia a la cronicidad y por lo cual se recupera en cultivos especiales, solo después de varias semanas de haber sido cultivado. (Farga, V., Caminero J.A. 2011)

El *M tuberculosis* se transmite desde una persona enferma a otra persona sana, principalmente a través del aire, viajando en microgotas de saliva que expelle un enfermo al hablar, reír, estornudar, pero sobre todo al toser. La persona contacto del enfermo, al respirar estas microgotas aerolizadas, las transporta hasta sus alveolos, donde la micobacteria se reproduce, va por los vasos linfáticos y hematógenos a todo el cuerpo, produciéndose la primoinfección, la cual, en la mayoría de los casos, es controlada y curada por el sistema inmune de la persona inmunocompetente. En cambio, en personas con déficit de inmunidad, la infección progresa a enfermedad generalmente diseminada. Se han documentado otras vías para adquirir la enfermedad, la vía oral en la TB gastrointestinal por *M Bovis*, pero actualmente esta forma de adquirir la enfermedad es rara, debido a la pasteurización de la leche; la vía urogenital y por inoculación directa (en personal que hacen autopsias o manejan muestras infectadas), también puede adquirirse por la vía transplacentaria. Las personas recién infectadas tienen mayor riesgo de enfermar en los primeros dos años posterior al contagio, luego el riesgo declina con el transcurrir del tiempo, aunque siempre persiste la posibilidad de enfermar especialmente si la persona infectada adolece de alguna condición o estado de inmunodeficiencia. El riesgo de desarrollar la enfermedad después de que una persona inmunocompetente ha sido infectada es de 10% a lo largo de la vida. En cambio, la persona con VIH tiene un riesgo de 10% anual, para desarrollar la enfermedad. (Farga, V., Caminero, J.A., 2011)

Se reconoce entonces dos estados respecto a la tuberculosis: la persona infectada y la persona enferma. La persona infectada, no transmite la enfermedad, pero puede desarrollar la misma dependiendo de ciertos factores. Existen condiciones que favorecen la adquisición de la infección: ser contacto cercano de una persona enferma de tuberculosis, como los convivientes o compañeros de trabajo; ser trabajador de la salud, vivir en zonas de alta incidencia de la enfermedad, ser privado de libertad, ser migrante, ser pobre. (Santos Sperli Geraldés, M.L., Vendramini Figueiredo, S.H., Gazetta Oliveira,

C. E., Cruz, S.A. & Villa Scatena, T. C., 2007; Vidal, R., Miravittles, M., Caylà^o, J. A., & Torrella, M., 1997).

El potencial infectante de una persona enferma depende del grado de extensión y localización de la enfermedad. El 85% de los casos de tuberculosis son pulmonares, que son los contagiosos, particularmente si tienen cavernas y/o tienen el esputo con abundante cantidad de bacilos, de manera que el estudio con tinciones resulta positivo (BAAR o tinción de Ziehl Neelsen positivo), el grado de positividad es alta (P+++ > P++ > P+), la frecuencia e intensidad de la tos del enfermo, las condiciones de la vivienda o lugar de trabajo (Poco ventilado e iluminado, hacinamiento), la duración del contacto con la persona enferma. Cuando el enfermo está en tratamiento antituberculoso se reduce ostensiblemente su contagiosidad. (Farga V., Caminero J.A. 2011).

La infección por tuberculosis es conocida como TB latente. La persona es asintomática, no está enferma y la única forma de conocer que se ha contagiado es a través de la prueba de tuberculina (positiva > 5 mm) o por la detección de la liberación de interferón gamma a estímulo específico por medio de pruebas denominadas Igras.

La persona infectada tiene mayor riesgo de enfermar recién ha sucedido el contagio. Se estima que el riesgo varía entre 5-10% en países desarrollados y 10-20% en los países menos desarrollados. Hay factores dependientes del bacilo y otros dependientes de la persona. Se sabe que la virulencia de las cepas de bacilos del Complejo *M tuberculosis* es variable, por ejemplo, la cepa de Beijing parece ser más virulenta. Factores del huésped como la presencia de comorbilidades especialmente la del VIH, pero también la desnutrición, la diabetes, el alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son condiciones que favorecen la evolución a enfermedad. Incluso el uso de ciertos medicamentos por ejemplo esteroides, tratamientos biológicos para enfermedades reumatológicas pueden predisponer a que una persona infectada desarrolle la enfermedad.

El enfermo de TB presenta dos tipos de síntomas: a) Generales como fiebre, pérdida de peso sudoración nocturna; b) Síntomas locales que dependen del órgano afectado.

Como el 85% de las veces el órgano afectado es el pulmón, el síntoma más frecuente es la tos. Este es un signo cardinal en la detección de los enfermos por lo cual se ha definido como Sintomático Respiratorio (SR) a todo tosedor de más de quince días. El SR debe ser examinado con baciloscopía seriada (tres baciloscopía de acuerdo a la norma nacional de control de la TB), sin embargo en un estudio realizado por la autora sobre las causas de pérdida de seguimiento a los SR en las Unidades de Salud (US) se evidenció que tanto las personas que acuden a estos centros como el personal de salud, le restan importancia al síntoma de la tos, especialmente si no es la principal causa de demanda de atención, si no viene acompañado de otros síntomas como fiebre o hemoptisis o pérdida de peso, los afectados son adultos mayores o si fuman. Estos últimos consideran la tos como una “tos normal” o tos del fumador. De manera que es necesario efectuar un estudio bien conducido sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al tema de la tuberculosis a fin de diseñar mejores campañas educativas al respecto.

Cualquier órgano puede ser afectado por el *M tuberculosis*. Las formas extrapulmonares generalmente no son contagiosas, pero pueden llevar a la muerte al paciente. En orden de frecuencia son: Tuberculosis ganglionar, la pleural, meníngea, osteoraticular, gastrointestinal. Las formas extrapulmonares y diseminadas son más frecuentes en los niños e inmunocomprometidos, son más difíciles de diagnosticar y de darles seguimiento. (Farga, V., Caminero J.A. 2011).

El diagnóstico de la tuberculosis se efectúa en base a criterios epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y radiológicos. El componente epidemiológico se refiere principalmente a condiciones de riesgo de estar infectado o de enfermar: por ejemplo, ser contacto de persona TB o ser PVVIH.

El componente clínico es generalmente definido por la presencia de síntomas generales: fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna; y síntomas locales: tos de más de 15 días de evolución; aumento de los ganglios (linfática); disnea y/o dolor torácico (pleural); cefalea (meninges).

El componente microbiológico es definido como la existencia de al menos una baciloscopia positiva en el esputo; y/o de un cultivo positivo por micobacterias. Actualmente con las pruebas moleculares rápidas, se acepta como positivo el resultado de estas (Gene Xpert MTB/Rif). El examen de baciloscopia de esputo es una prueba considerada específica en contextos de moderada o alta incidencia, aunque se sabe que es poco sensible ya que el método requiere importante número de bacilos en la muestra de esputo, lo que se da en las formas más avanzadas o abiertas a la vía aérea por presencia de cavernas, de manera que es posible que pase algún tiempo entre que el paciente inicie la enfermedad y que su esputo se vuelva positivo a la tinción. Entre tanto el enfermo puede estar infectando a sus contactos más íntimos, por lo que se requiere de pruebas más sensibles, específicas, sencillas de realizar y que no sean costosas.



Figura No. 6. Baciloscopia positiva por tinción de Ziehl Neelsen. Tomado del Curso sobre Tuberculosis para especialistas. UICTER.

Los exámenes radiológicos son especialmente importantes en las formas extrapulmonares. Existen imágenes sumamente sugestivas de TB a nivel de los pulmones, que le otorgan muy buena sensibilidad al método, pero es poco específico ya que otras patologías pueden presentar imágenes radiológicas sugestivas incluyendo las secuelas de una TB inactiva.

El caso de tuberculosis o TB está definido internacionalmente y en las normas nacionales de atención, como “toda persona con tos de más de 15 días de evolución y al menos una baciloscopía o cultivo positivo, o una prueba molecular (Gene Xpert MTB/Rif) positiva”. También se define como caso a aquella persona que ha sido incluido en la cohorte de tratamiento en base a criterios clínicos y/o radiología-(Secretaría de Salud, PNT 2012).

Respecto al tratamiento antifímico con fármacos, con la aparición de las drogas antituberculosas, estreptomina (1948), isoniacida (1952), PAS (1952), Pirazinamida (1952) Rifampicina (1966) se conocieron tres principios básicos: 1. El tratamiento debe ser con combinación de drogas, de lo contrario el bacilo desarrolla pronta resistencia; 2. El tratamiento debe ser prolongado y 3. El tratamiento debe ser estrictamente supervisado. Inicialmente y hasta el advenimiento de la rifampicina, el tratamiento duraba dos años y más, pero posteriormente los períodos de terapia fueron disminuyendo al añadir al esquema la rifampicina, de manera que en la actualidad el esquema recomendado para pacientes no tratados previamente es: primera fase intensiva, de cuatro drogas, isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol (2HRZE) y segunda fase o de consolidación de 4 meses de duración y administración trisemanal de isoniacida y rifampicina (4 H₃R₃).

Karen Styblo (1921-1998), desde la Unión Internacional para el control de la Tuberculosis y otras Enfermedades Respiratorias, observó que la quimioterapia sola, sin condiciones de programa, no alcanzaba resultados epidemiológicos aceptables, pero si el tratamiento era administrado bajo condiciones de un programa, detectando tempranamente los casos y tratándolos bajo supervisión directa, las tasas de curación sobrepasaban el 80% (The Union, 2010). Cuando una persona ya ha sido tratada se recomienda añadir la estreptomina en la primera fase y por dos meses y se prolonga el esquema descrito a 8 meses. Esas son las bases de la estrategia TAES, recomendada en los 90 por la OMS para su aplicación en los países.

Con el esquema de tratamiento descrito, el costo por vida salvada es de \$3.00, en comparación al costo del tratamiento de los pacientes con drogoresistencia que ameritan drogas de segunda línea por periodos prolongados, cuyo costo puede ascender a más

de 3,000 dólares, sin contar con las pérdidas indirectas que puede ocasionar la enfermedad y/o el tratamiento, los gastos de bolsillo y el dolor humano del paciente y su familia, el estigma y la discriminación.

C. Situación epidemiológica de la tuberculosis en el mundo y en las Américas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. Esta población infectada, constituye la reserva de la enfermedad, sin embargo, solo una pequeña fracción de ellos enferma cada año. Aun así, la tuberculosis constituye una de las primeras causas de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo, a pesar de que es tratable y prevenible. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En el 2015, se estimó una incidencia a nivel mundial de 10.4 millones de nuevos enfermos de TB y tasa de 142/100,00 habitantes con amplias variaciones según regiones. Respecto al sexo de los afectados, 5,9 millones fueron hombres, 3,5 millones de mujeres; un millón de enfermos fueron niños. El 11% de los 10.4 millones de personas con TB estaban coinfectados TB/VIH (1,2 millones de personas). Se estimó que 6.1 millones de nuevos casos, no fueron diagnosticados por los sistemas de salud y que de los 580,000 casos con TB multidrogoresistentes solo se lograron admitir en las cohortes de tratamiento al 20% de ellos. Aunque la actividad diagnóstica ha aumentado en los últimos años, aún persisten grandes brechas y problemas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes (World Health Organization. Global TB Report, 2016).

A pesar de que la Tuberculosis es una enfermedad curable, 1,8 millones fallecieron por su causa en el 2015 (1,4 millones VIH-negativas y 0,4 millones VIH-positivas). La mortalidad ha disminuido en los últimos 15 años, sin embargo, la TB se mantiene siendo una de las primeras diez causas de mortalidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016). Más del 95% de las muertes por tuberculosis, ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Esta enfermedad es la causa principal de muerte de las

personas infectadas por el VIH siendo la causa de uno de cada tres fallecimientos en esta población. (World Health Organization. Global TB Report, 2016)

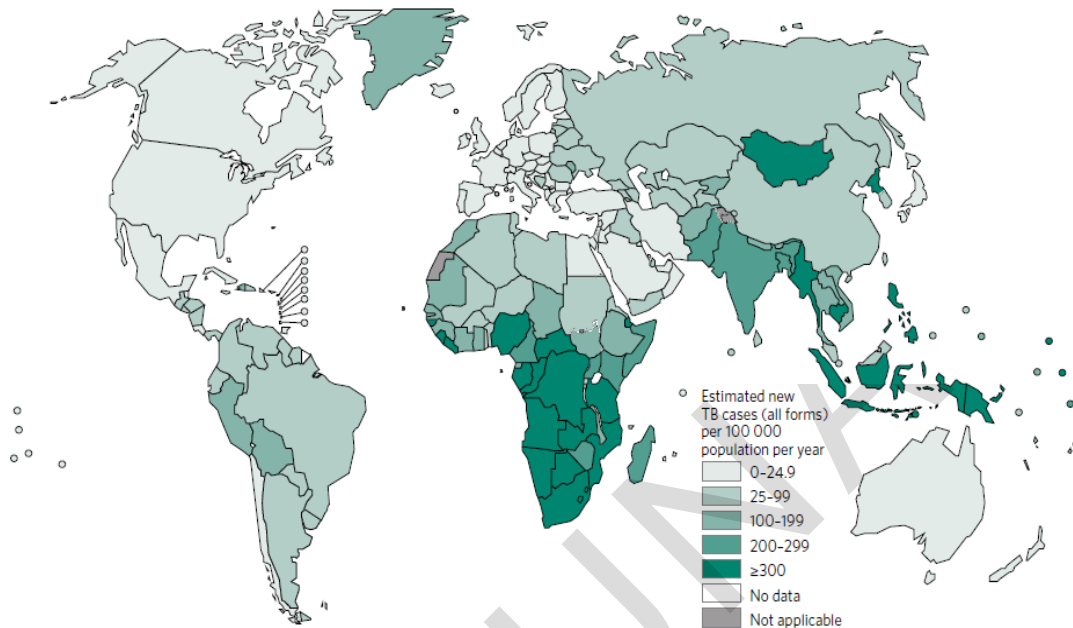


Figura No. 7. Distribución de la tuberculosis de acuerdo a tasa estimada de TB. 2015.

Fuente: WHO. Global TB Report 2016

La Tuberculosis es, junto con la infección por el VIH, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, sin embargo, la distribución de la enfermedad no es homogénea: En 2015 el mayor número de nuevos casos de tuberculosis se registró en Asia, a la que correspondió el 61%, seguida de África con un 26%.

La región de las Américas, constituida por 49 países, contaba con una población en el 2015 de 991 millones de personas. Se estimó para ese mismo año, una incidencia de TB (TB+HIV) de 268,000 casos (IC95% 250–287 mil) para una tasa de 27 (IC 95% 25–29) por 100 000 habitantes. Las Américas, región donde se incluye los Estados Unidos de América y Canadá, contribuyen solamente con el 3% de la TB mundial, sin embargo, siendo la región más inequitativa, también se observó que, a nivel de países hay enormes diferencias respecto a número de personas con TB, tasas de notificación y mortalidad.

Los países con mayor carga son Brasil y países andinos, el primero se encuentra entre los 30 países con mayor carga de la enfermedad en el mundo. De Centroamérica, Guatemala, Nicaragua y Honduras son los países con mayor número y tasas de pacientes. Respecto a la mortalidad por TB para la región, ésta ascendió a 19 mil pacientes (IC 17-20), para una tasa de 1.9/100.000 (excluida coinfección TB/VIH). (World Health Organization, The Global TB Report, 2016).

Los datos del reporte del año 2013 publicado por la OPS, son semejantes. Se estimaron 285,000 nuevos casos con una tasa de 29/100,000 habitantes, ocurriendo en Sur América el 69% de los casos, pero con las tasas más altas en la subregión del Caribe (70/100,000), en los países andinos (63/100,000), otros países de Sur América 41/100,000, México y Centroamérica con tasas de 28/100,000 habitantes. Según el reporte, las tasas de incidencia han disminuido en los últimos años excepto en México y Centroamérica (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Respecto a la evaluación del impacto de la estrategia Alto a la Tuberculosis y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la prevalencia a nivel mundial de la TB en 2015 se redujo en un 42% respecto a la de 1990. La meta de reducir la incidencia a la mitad con respecto a 1990 se logró en tres regiones de la OMS (América, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental), así como en nueve países con alta carga: Brasil, Camboya, China, Etiopía, Filipinas, India, Myanmar, Uganda y Viet Nam. La meta de reducir la tasa de mortalidad por TB en 2015 a la mitad de la existente en 1990 se alcanzó en cuatro regiones de la OMS: América, Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental, así como en 11 países con alta carga: Brasil, Camboya, China, Etiopía, Filipinas, India, Myanmar, Pakistán, Uganda, Viet Nam y Zimbabwe. Sin embargo, el financiamiento de la lucha antituberculosa, presenta un déficit que ascendió en 2015 a US\$ 1400 millones. La estimación más reciente del déficit anual de financiación para investigación y desarrollo es similar (alrededor de US\$ 1300 millones).

En conclusión, ha habido grandes progresos respecto al control de la Tuberculosis, sin embargo, los datos que se manejan a lo sumo contabilizan lo que sucede a nivel de región sanitaria o de país. Grandes desigualdades se encuentran cuando se desagregan

los datos y es posible encontrar tasas el doble de la nacional en algunas ciudades, o dentro de estas, en algunos barrios.

D. La tuberculosis y su relación con los determinantes sociales de la salud

A partir del siglo XIX con la revolución industrial y la conformación de grandes conglomerados de personas viviendo en condiciones precaria, la tuberculosis era responsable 1 de cada cuatro muertes (La Unión, 2010). Aun actualmente, la tuberculosis es, junto al SIDA, la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa, afectando principalmente a los jóvenes de países de ingresos bajos y medianos.

A pesar de los logros obtenidos en los últimos 15 años, en que se ha reducido la mortalidad y se salvaron 43 millones de vidas mediante las estrategias TAES y Alto a la TB (OMS 2016), se reconoce que aún falta alcanzar metas de detección temprana, que se desconoce el rol de las estrategias en temas como la transmisión (los factores que pueden reducirla como casas bien ventiladas ocupadas por pocas personas, sistemas hospitalarios más saludables y penitenciarios no sobrepoblados e higiénicos) o sobre factores para el desarrollo de la enfermedad (estado VIH, nutricional y de salud en general). Con un ritmo lento de disminución de la incidencia menor 1.5% anual, más de diez millones de personas desarrollan tuberculosis anualmente en el mundo y cerca de millón y medio mueren por su causa, sobre todo en los países pobres siendo jóvenes y productivos.

Varios investigadores del tema (Dye C., et al 2009) consideran que existen determinantes sociales que no han sido abordadas dentro de las estrategias de control de la TB y que históricamente han venido afectando la salud de poblaciones enteras, que han sido invisibilizadas en los barrios pobres y marginados de las ciudades. (WHO, Un-Habitat 2010)

Según Lonroth K. *et al* (Lonroth, K., *et al*, 2010) aunque el objetivo general relacionado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de detener y comenzar a revertir la epidemia ya se había alcanzado en el año 2004, la meta de eliminación más importante al 2050, no se cumplirá con las estrategias y los instrumentos actuales. Varios desafíos clave

persisten: muchas personas vulnerables no tienen acceso a servicios asequibles de calidad suficiente; Tecnologías para el diagnóstico, tratamientos y medios de prevención viejos e inadecuados; La tuberculosis multirresistente es una seria amenaza en muchos entornos; VIH / SIDA sigue alimentando la epidemia de tuberculosis, especialmente en África. Además, otros factores de riesgo y determinantes sociales subyacentes que ayudan a mantener la tuberculosis en la comunidad.

Respecto a las determinantes sociales, Dye dió seguimiento a 32 variables de 134 países, con datos del periodo de 10 años (1997-2006), obtenidos de diferentes fuentes. Algunas de las variables estudiadas fueron: Índice de Desarrollo Humano, variables económicas (índice de percepción de la corrupción, PIB per cápita, personas con ingresos <1 PCPP \$ por día, la desigualdad de ingresos (índice de Gini), de población (porcentaje de personas mayores de 15 años, de personas viviendo en zonas urbanas, de migrantes); Determinantes conductuales y factores de riesgo biológico (porcentaje de personas con diabetes, personas desnutridas, tabaquismo en hombres y mujeres, prevalencia de VIH y coinfección TB/VIH); Determinantes sobre condición sanitaria (porcentaje de personas con acceso a fuentes de agua mejorada, a servicios de saneamiento, de personas que usan combustibles sólidos) variables de determinantes Sector Salud (Gasto total en salud per cápita, Gasto público en salud per cápita, el gasto total en salud como% del PIB, trabajadores de la salud por cada 1000 habitantes, la mortalidad infantil); del programas de control de la tuberculosis (El gasto en control de la TB per cápita, el gasto en control de la tuberculosis por cada paciente con tuberculosis, éxito del tratamiento TAES en cohortes, nuevos casos de tuberculosis detectados, nuevos casos baciloscopía positiva detectados, nuevos casos de tuberculosis tratados con éxito, nuevos casos baciloscopía positiva tratados con éxitos). Para los 134 países, tres de las 32 variables independientes se correlacionaron con la tendencia de la incidencia ($r^2 > 0,2$ y $P < 0.05$): estaba disminuyendo más rápidamente la incidencia de tuberculosis en los países que tenían un índice desarrollo humano alto, menor mortalidad infantil y el acceso a condiciones de mejor saneamiento. Llama la atención que, a nivel mundial, ninguna de las siete medidas directas de la intensidad del control de la tuberculosis a través de la estrategia TAES/Alto a la TB se asoció con las tendencias de

TB en todo el mundo, excepto en América Latina. Los efectos de cada grupo de variables eran diferentes según región sanitaria de la OMS. En América Latina y el Caribe, el análisis univariado mostró una correlación entre las tendencias de la incidencia de TB y nueve variables (PIB/per cápita, desnutrición, prevalencia de VIH, coinfección TB/VIH, porcentaje de personas con acceso mejorado a agua y a condiciones sanitarias, mortalidad infantil, porcentaje de cambio de la mortalidad infantil, y porcentaje de casos con TB y baciloscopía positiva detectados).

Los autores del estudio concluyen que las actividades de los Programas de control de la TB, antes o post- TAES/DOTS, no son los principales determinantes de la transmisión de la tuberculosis y de las tendencias de incidencia actuales, aunque podrían serlo en el futuro. Las tendencias recientes en la incidencia de la tuberculosis son más fuertemente asociadas con determinantes biológicos, factores sociales y económicos que difieren entre los países y regiones. Estas diferencias explican porque solo tres medidas generales de desarrollo eran dominantes en todo el mundo: índice de desarrollo humano, la mortalidad infantil y el acceso a servicios de saneamiento mejorados.

Tal como la comisión sobre los determinantes sociales de la salud lo expusiera, los logros en materia de salud pública, dependen en gran manera de lo que se haga fuera de las instituciones de salud. Lastimosamente pocos gobiernos han conducido sus políticas orientada hacia la resolución de los aspectos sociales de la enfermedad y la promoción de la salud, salvo algunas excepciones. Las personas continúan enfermándose de entidades prevenibles, muriendo de males actualmente curables como la tuberculosis y existiendo grandes inequidades en materias de salud. El paradigma actual de control mundial de la tuberculosis, se centra fundamentalmente, en detectar la enfermedad tempranamente y proporcionar un tratamiento eficaz, para reducir la mortalidad, la incidencia y la prevalencia de la misma. De manera que las intervenciones médicas, base de la estrategia TAES/Alto TB, se sustentan en el paradigma teórico del germen.

Históricamente se ha demostrado, que la tuberculosis es una enfermedad social por naturaleza, cuyo control a mediano y largo plazo requiere además de las acciones definidas en la estrategia TAES/Alto a la TB, de intervenciones sociales, económicas,

ambientales y culturales. Un dato histórico revelador ha sido la reducción de la incidencia en los países europeos, aun antes de la quimioterapia, paralela a la mejora de las condiciones de vida, pero también una tasa de incidencia por arriba de la media nacional en las grandes ciudades, aunado más a factores de tipo social, como marginación, pobreza, migración, comorbilidades, problemas en los sistemas de salud, que a la naturaleza de la enfermedad.

Revisadas las evidencias (Lonnroth K., 2008) de los múltiples y complejos factores de riesgo interrelacionados que incrementan las tasas de infección y que finalmente son todas aquellas situaciones que favorecen el contacto con personas enfermas de TB que al toser mandan al aire enormes cantidades de gotitas aerolizadas cargadas de bacilos, las cuales son inhaladas por otras personas, habrá más posibilidad de infectarse si se vive en un país, ciudad, zona, localidad con altas tasas de TB, por ejemplo, los privados de libertad y funcionarios de prisiones, trabajadores de salud. Otros determinantes de exposición son las condiciones de vida, por ejemplo, la de los migrantes, las condiciones de ventilación e iluminación de la vivienda o el lugar de trabajo.

En San Pedro Sula, especialmente en las maquilas, la migración interna, los sistemas de salud fragmentados, donde el sistema público es insuficiente para la atención de la demanda y el privado no está concientizado ni capacitado para brindar atención a los problemas de salud pública como la tuberculosis, se observa con frecuencia que un paciente llegue al centro de salud con una enfermedad avanzada, después de que ha visitado médicos particulares (o curanderos), siendo que existe un fuerte sector de atención privada no incorporado a las acciones y metas del sistema público.

Factores que disminuyen el sistema de defensa inmune de las personas también favorece el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo, el VIH, la malnutrición, tabaquismo, exposición a humos de biomasa, diabetes, alcoholismo, silicosis, tumores malignos y un amplio rango de enfermedades crónicas y autoinmunes, (Núñez G.M., *et al*, 2000; Lin, H., 2007). El mayor riesgo de TB en las personas con nivel socioeconómico bajo, puede ser secundario a la mayor prevalencia de varias de las condiciones previamente descritas y/o su más deficiente control.

La urbanización, máxime si ésta es rápidamente creciente como la mayor parte de las ciudades de América Latina, conlleva ventajas y desventajas para la salud. La incidencia de tuberculosis es generalmente más alta en las zonas urbanas que en las rurales. Al mismo tiempo el control de la enfermedad en zonas urbanas puede ser todo un reto. La rápida urbanización, puede crear las condiciones ideales para que florezcan epidemias entre ellas la TB, si no van acompañados por una buena planificación urbana, reformas sociales, protección del medio ambiente y un sistema de salud urbano fuerte y bien coordinado.

Desde la revolución industrial, es un hecho conocido la mayor incidencia de TB en zonas urbanas. En Honduras se observó un aumento de reportes de la enfermedad a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, particularmente con el crecimiento de las zonas urbanas, alta densidad de población, condiciones de trabajo precarias, así como los cambios de estilo de vida. La exposición a ciertos factores de riesgo de tuberculosis, como el tabaquismo, el abuso del alcohol, el sexo inseguro, y la dieta poco saludable, pueden aumentar en zonas urbanas especialmente en situaciones donde coinciden la pobreza absoluta y rápidas transiciones socioculturales, cambios de patrones conductuales relacionados a la salud, resultantes de la globalización (Raviglione, 2007). Por ejemplo, la globalización de la nutrición ha conducido a que los alimentos con alto poder calorífico, pero un bajo valor nutricional estén disponibles a precios relativamente baratos, aumentando el porcentaje de personas obesas en condiciones de pobreza, lo que aunado a falta de ejercicio, incrementa la Diabetes. Finalmente, los sistemas de salud en zonas urbanas, fragmentados, trabajando de manera no coordinada, poco accesibles, trae como consecuencia retardo en diagnóstico oportuno y del tratamiento.

Los datos de la revisión de Raviglioni, sugieren que la estrategia actual contra la tuberculosis es eficaz en cuanto a curar a los pacientes y salvar vidas; sin embargo, el impacto epidemiológico ha sido menor a lo previsto. Son necesarias intervenciones adicionales para reducir la vulnerabilidad de las personas a la TB y alcanzar el control mundial de la tuberculosis de manera sostenida y a largo plazo.

En el 2015 fue publicado un estudio ecológico sobre las determinantes sociales e inequidades de la Tuberculosis y la incidencia de la TB en América Latina y el Caribe, en el cual se determinó que las siguientes variables socioeconómicas y del sector salud estaban relacionadas a la tasa de incidencia de la TB: Producto interno bruto (PIB), ingreso nacional bruto (INB), el gasto en salud per cápita, esperanza de vida al nacimiento, tasa de detección de la tuberculosis, acceso a servicios mejorados de fuente de agua y acceso a servicios mejorados, instalaciones de saneamiento. Las variables significativamente asociadas con el aumento de la tuberculosis fueron el encarcelamiento y la tasa de crecimiento de la población urbana. El estudio de inequidades entre el quintil menos favorecido y el mejor dotado en relación a las variables descritas y las tasas de incidencia de la TB demostró claramente las amplias inequidades existentes y que estas no se habían corregido con el tiempo. (Munayco, C.V. et al, 2015).

La prevención y control de la tuberculosis debe ser visto como un activo que incide en mejores condiciones de la salud que contribuye al crecimiento económico: “una fuerza de trabajo libre de la tuberculosis se suma a los activos humanos de dicha sociedad para el progreso”.

V. LA TUBERCULOSIS EN HONDURAS CON ENFOQUE EN LAS CIUDADES DEL DISTRITO CENTRAL Y SAN PEDRO SULA Y SUS DETERMINANTES SOCIALES.

A. Contexto político-normativo

1. La Constitución de la República de Honduras

Honduras es, según la Constitución, artículo número uno (Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República de Honduras. 1982), “*un Estado de derecho, soberano, constituido como república libre, democrática e independiente para asegurar a sus habitantes el goce de la justicia, la libertad, la cultura y el bienestar económico y social*”.

La persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado y todos tienen el deber de respetarla y protegerla (artículo 59). En Honduras no hay clases privilegiadas, todos los hombres nacen libres e iguales y se declara “punible toda discriminación por razones de sexo, raza, clase y cualquiera otra, lesiva a la dignidad humana” (artículo 60). El derecho a la vida es inviolable (artículo 65), la constitución garantiza a sus habitantes la inviolabilidad de la vida, la seguridad individual, la libertad.

Sobre esta base político normativa, el Estado de Honduras declara su misión ante el mundo y ante los hondureños, enfatizando que la razón de ser del Estado, es la persona humana, su bienestar y sus derechos: derecho a la vida, derecho a la salud, a la educación, a la libertad y la justicia.

En el capítulo VII, se reconoce el derecho a la protección de la salud (artículo 145). El Estado responsabiliza al poder ejecutivo la salud de la población, quien por medio de la Secretaria de Salud y mediante un Plan Nacional, debe coordinar todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, en el cual se dé prioridad a los grupos más necesitados. El Estado está encargado de conservar el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas y, además, supervisar las actividades privadas de salud.

La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud reconoce que existe un 18% de población que no es protegida por ninguno de los tres sistemas que atienden la salud, ni el público, ni la seguridad social, ni el sistema privado (Secretaría de Salud, 2014). Esta cifra es probablemente conservadora, siendo que aun en las zonas supuestamente con cobertura a la salud como las ciudades, existen zonas desatendidas donde el acceso es ya un problema, hay situaciones de mora operatoria (Mejía, L., 31 de mayo 2014; La Tribuna, 30 septiembre 2016), falta de medicamentos, citas prolongadas. Los pacientes con tuberculosis, si bien una vez diagnosticados tienen garantía de tratamiento gratuito de su enfermedad proporcionado exclusivamente por el Estado, enfrentan muchas veces el problema del diagnóstico tardío que permite que el enfermo llegue en estados avanzados, que posibilitan que la enfermedad deje secuelas permanentes a pesar de que la infección sea curada permitiendo que más personas se infecten. Por otro lado, la atención es esencialmente dirigida a la cura de la infección sin atender otros problemas relacionados a la salud como las condiciones de hacinamiento de la familia, mala nutrición, otras comorbilidades, para dar un ejemplo. De manera que, aunque la atención a la salud equitativa e igualitaria es garantizada por el Estado, la realidad es que este no ha logrado la cobertura universal pública, solidaria y de calidad.

2. El Código de Salud

El Código de Salud vigente de Honduras (Congreso Nacional de Honduras, 1991) fue decretado el 6 agosto de 1991. En el mismo, el concepto de salud es similar al adoptado por la OMS, la salud es considerada como un “**estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico**”. Además, se declara la salud, como un **derecho humano inalienable**.

Según el Código de Salud, corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento, la protección, recuperación y rehabilitación de la misma. El Estado delega en la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud la responsabilidad de definir la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas actividades públicas y privadas en el campo de la salud, actuando bajo un principio racional de coordinación y descentralización.

Las instituciones que integran el sector salud además de la Secretaria de Salud, son: Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales, Planificación, Coordinación y Presupuesto, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Servicio de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) y los organismos autónomos, que en su propia Ley, se les encomiende actividades en la materia; las municipalidades y otros organismos públicos y privados nacionales e internacionales que en virtud de ley, convenio o tratado estén autorizados para desarrollar actividades en el campo de la salud.

Según el Código de Salud, toda persona tiene el derecho de asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para conservar, promover, recuperar la salud personal y familiar, así como, el deber de contribuir a ello. También tiene el derecho a un ambiente sano y a educación en salud.

En el mismo se establece la necesidad de internamiento de personas cuya enfermedad representa peligro de contagio para otras. Sucede, cuando se trata el tema de la Tuberculosis, que al dar seguimiento a la cohorte de pacientes diagnosticados y en tratamiento, que una proporción de pacientes abandonan el mismo, lo que actualmente se conoce más bien como pérdida de seguimiento del paciente, para evitar situaciones de estigma que pudiera imprimir el término abandono o la falta de reconocimiento por parte de los proveedores que hay factores propios del sistema que permite o esta situación. El asunto es que cuando se da esta situación, donde el enfermo durante su tratamiento ambulatorio, no demuestran adherencia al mismo, corre el riesgo de adquirir resistencia a las drogas antituberculosas, riesgo de morir o de desarrollar severas secuelas pulmonares y también conlleva el riesgo de contagiar a la familia, compañeros de trabajo o a la comunidad. La tuberculosis se contagia, el medio es la vía aérea, por lo que es difícil de contener y controlar. Cuando un enfermo tose o estornuda, esparce en el aire miles de microgotas que contienen bacilos de Koch, las cuales se mantienen suspendidas por algún tiempo y pueden ser inhaladas por otras personas que comparten el mismo hábitat del paciente. Estos contactos suelen ser la familia y los compañeros de trabajo, con quienes el enfermo permanece más tiempo, aunque se ha reportado contagio por contacto casual a través del uso de transporte vial. Los enfermos en quienes

se pierde el seguimiento de manera reiterativa suelen ser alcohólicos o drogodependientes y aunque representan un peligro para si mismos, su familia cuando la tienen, o para la comunidad, el proceso de internamiento forzado no puede darse de manera expedita sin haber agotado procesos e instancias que toman su tiempo en resolver, tiempo suficiente para contagiar a otras personas a veces con tuberculosis drogoresistente.

El Código trata someramente otros temas como el de trasplante de órganos, el aseguramiento de la dotación de agua de calidad, medidas de disposición de residuos y excretas, medida de mitigación y de aseguramiento sanitario para las construcciones y urbanizaciones.

El tema de la planificación de la urbanización, es especialmente importante para un crecimiento de las ciudades que promueva la salud, sin embargo la mayoría de las ciudades latinoamericanas y entre ellas las hondureñas con más de 300,000 habitantes, no han sido producto de planificación sino de asentamientos migratorios, con todas las consecuencias negativas para la salud que ello significa, debido a la dificultad de proveer el correspondiente y adecuado servicio básico sanitario, facilidades de acceso a unidades de salud y el daño al medio ambiente (PAHO/WHO 2013). El tema del acceso a las Unidades de Salud del Estado es fundamental para el buen suceso de la estrategia TAES, pilar de la estrategia Alto a la TB y Fin a la Tuberculosis promovidas por la OMS, de manera que, si no se garantiza un adecuado acceso a estas, es difícil un diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad para recuperar la salud y cortar la cadena de transmisión.

También existen en el Código, regulaciones sobre los alimentos, bebidas, la calidad del agua y su cuidado, la calidad **del aire y la prevención de la contaminación**, incluida la prohibición del fumado en lugares públicos y regulaciones para la comercialización de tabaco. Este último aspecto, el del tabaquismo y sus consecuencias a la salud, particularmente a la salud respiratoria ha sido reconocido ampliamente en los últimos años como asociado al desarrollo de TB y retardo en la negativización de esputo. (Maurya, V., Vijayan, V. K., Shah A., 2002; World Health Organization, 2009).

La preservación de la calidad del aire es especialmente compleja, sobretodo en el tema de la transmisión de enfermedades por esta vía, como es el caso de la influenza, SARS, H1N1 y desde la antigüedad, la tuberculosis. La OMS ha efectuado recomendaciones al respecto (WHO, 2009), sin embargo y a pesar de que el Código obliga a cumplir medidas de higiene y seguridad en edificaciones, establecimientos, viviendas, hospitales, cárceles, sitios de diversión, de educación y cuartelarios, estas no se aplican. En los hospitales, la contaminación del aire es un problema serio, ya que en dicho lugar se concentran personas con enfermedades respiratorias demandando atención y otras sumamente susceptibles de adquirir y desarrollar la tuberculosis, sin embargo, a excepción el INCP, los hospitales no han implementado medidas administrativas, ni ambientales, ni personales para proteger su personal y a los enfermos. Se ha documentado alta transmisión e infección en Residentes (Ferrufino, T., Varela-M., C., 2006) de enfermo a enfermo y en trabajadores de la salud (Varela-Martínez, C., et al 2016).

Los hospitales (Mendoza A., 2012), las cárceles (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2013), algunos sitios industriales como maquilas, carecen de espacio suficiente, condiciones de ventilación e iluminación y de medidas de control de infecciones, especialmente las transmitidas por vía aérea como la TB, por lo que los trabajadores de salud y los privados de libertad son un grupo de reconocido de riesgo de contagio de la TB.

Respecto a la salud ocupacional se declara en el Código de Salud, que es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país que los trabajadores alcancen el grado óptimo de salud. Su preservación, conservación y restauración son de interés social y sanitario en las que deben participar el Estado, sector privado, los trabajadores y la comunidad. Muchos aspectos de contagio y potenciales formas de manejo y prevención de enfermedades se dan precisamente en ambientes de trabajo. Históricamente la epidemia de TB en Europa se asoció a malas condiciones de trabajos durante la revolución industrial y en las ciudades.

En el artículo 104 del mencionado código se declara que todos los empleadores o patronos son responsables de proporcionar y mantener dentro del proceso de producción, un ambiente de trabajo en adecuadas condiciones de higiene y seguridad y establecer procesos de trabajo con el mínimo riesgo para la salud. Se establece que en todos los lugares donde los trabajadores ejercen su oficio o profesión deben adoptarse las medidas necesarias para evitar la presencia de agentes químicos, físicos y biológicos en el aire, en niveles que representen riesgos para la salud. Todos los lugares de trabajo deberán tener iluminación y ventilación suficiente en cantidad y calidad para prevenir efectos nocivos a la salud de los trabajadores.

Finalmente, el Código de salud establece responsabilidades y regulaciones para el control de calidad de los medicamentos y el cuadro básico de los mismos. La gestión de medicamentos antifímicos ha sido desde hace muchos años una responsabilidad de la Secretaria de Salud a través del Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Con la Reforma de Salud, la descentralización y la desaparición de los Programas, se trasladó la responsabilidad de planificar, adquirir, almacenar y distribuir medicamentos a la Unidad de Logística, Medicamentos, Insumos y Equipo (ULMIE), lo que desde el punto de vista funcional centraliza más el proceso con riesgo a retardar el suministro de medicación a quienes lo necesitan. La implementación de la estrategia TAES por el PNT requirió cinco años para lograr la cobertura nacional, cuyo resultado fue positivo en términos de detección, tratamiento y reducción progresiva de las tasas de notificación. La Reforma ha desarticulado el nivel gerencial de esta estrategia, cuyas consecuencias pueden revertir los logros del desaparecido nivel central del PNT.

3. La Reforma y el Modelo Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud. El proceso de Reforma del Sector Salud (RSS) dio inicio en la década de 1990 en el marco del Proceso Nacional de Modernización del Estado determinado en gran medida por el ajuste estructural de la economía cuyos principios se ajustaban a los del Consenso de Washington. Siendo que el ajuste económico impactó

negativamente en el sector salud y en los sectores sociales, surgió la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que exigieron a comienzos del milenio, incluir temas relativos a la pobreza, la educación, la salud y el desarrollo humano para alcanzar los ODM al 2015, lo que requería el establecimiento de un marco político y estratégico de Reforma del Sector salud (Secretaría de Salud, 2009).

En el marco de la ERP, de los ODM y en el Plan de Nación se estable la Reforma del Sector Salud con los objetivos de mejorar la salud de la población hondureña, responder a sus legítimas expectativas, fortalecer el liderazgo de la autoridad en rectoría y provisión, extender la cobertura, la departamentalización, los modelos de descentralización, la provisión y protección financiera contra los costos en salud, avanzar hacia el aseguramiento universal, asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención, facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social y redefinir modelo de salud. Los componentes esenciales de la Reforma radican en el fortalecimiento del rol rector de la SESAL y la separación de funciones. El rol rector de la SESAL le da potestad de conducir el sector salud, de garantizar el aseguramiento, llevar a cabo la regulación en salud, modular el financiamiento y la armonización de la provisión de servicios. (Secretaría de Salud, 2008), sin embargo, recientemente se ha creado la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA), cuya función es la regulación de los bienes y productos de interés sanitario, por lo cual los sindicatos y los gremios han denunciado que le quita funciones constitucionales a la Secretaría de Salud. (Diario la Tribuna, 27 junio 2017)

La Reforma del sector Salud es presentada como una estrategia sistemática y organizada para lograr la atención integral e integrada de la población basada en la Atención Primaria en Salud (APS), con amplia participación social, con énfasis en la promoción y en la prevención, con un determinado conjunto de servicios y prestaciones garantizados en función del derecho y la necesidad de la población y a un costo-efectivo que el estado y la población puedan financiar. Sus principios declarados son la equidad, eficacia y eficiencia, integralidad, universalidad, solidaridad, continuidad,

intersectorialidad, corresponsabilidad, transparencia, trato digno, aceptabilidad cultural, flexibilidad y oportunidad.

La Reforma declara cuatro características fundamentales constitutivas que se desprenden de los principios rectores de la misma: 1. Acceso y cobertura universal; 2. Enfoque familiar y comunitario; 3. Trabajo en equipo para lograr la integración e intersectorialidad y el trabajo complementario; 4. Trabajo con enfoque de calidad utilizando las mejores prácticas de la salud pública privilegiando la promoción y prevención de la salud.

De la RSS surge la formulación del Modelo Nacional de Salud (MNS) que brinda los lineamientos dirigidos a orientar al sector público y privado de salud, a la sociedad, comunidad, gobierno nacional y local para articular esfuerzos dirigidos a alcanzar la visión de salud, la cual expresa que “al 2038 Honduras contará con un Sistema Nacional de Salud capaz de atender las demandas de la población y desarrollar esfuerzos sustantivos para garantizar su sostenibilidad y calidad”.(Secretaría de Salud de Honduras, 2012)

Se reconoce que los desafíos en el Sistema Nacional de Salud son la debilidad en la rectoría, la fragmentación, limitada capacidad de gestión, falta de financiamiento y la exclusión social. El Modelo Nacional de Salud (MNS), definido en el marco de la RSS, expresa el propósito de construir un Sistema Nacional de Salud plural, integrado, debidamente regulado, que centre su razón de ser en la mejora equitativa de la salud de los individuos, la familia, la comunidad, en su entorno de manera sostenible, financieramente solidario que responda a las necesidades y legítimas expectativas de la población. Los objetivos declarados del MNS son mejorar el acceso equitativo de la población a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente a aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole socioeconómica, cultural, geográfica o de género.

Los lineamientos políticos y estratégicos del MNS se orientan a: 1. Atención integral; 2. Acceso oportuno, asegurado y equitativo, para la persona, familia y comunidad a un

conjunto garantizados de servicios de salud de calidad; 3. Gestión descentralizada, orientada al logro de resultados, participación social, cuidado del medio ambiente; 4. Articular, organizar la complementariedad y el consenso de país en materia de atención, gestión y financiamiento, 5. Obligatoriedad de su aplicación.

El modelo consta de tres componentes: atención/provisión, gestión y financiamiento. La atención y provisión es el eje central del MNS el cual deberá partir del conocimiento de las necesidades y demandas de salud de las personas, las familias y la comunidad, proveerá criterios para priorizar, estructurar, organizar y brindar atención y servicios a través de un conjunto garantizado de prestaciones de salud, de manera integral y equitativa, promoviendo la participación activa y responsable de los individuos, familias y comunidades (Secretaría de Salud, 2012).

El Componente de gestión se basa en la producción, centrado y orientado a facilitar la producción de bienes y servicios y resultados de salud con calidad y calidez. La gestión trata de la obtención de la información y conocimiento, planificación, organización, conducción y control de los procesos de provisión de servicios de salud, gestión de recursos clave, administración, monitoreo y supervisión de procesos, para el logro eficiente de los resultados, objetivos y metas de salud, en el marco del enfoque de gestión por resultados. El enfoque de gestión por resultados en la práctica se circunscribe a una mejoría en la supervisión y reporte de actividades de atención y no a la consecución de objetivos y metas que orienten el quehacer, especialmente por la ausencia de indicadores que den cuenta de aspectos como el control de diabetes en los pacientes, de la hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, etc. En TB, si se da cuenta de los resultados de tratamiento, sin embargo, no hay otros indicadores de calidad.

El tercer componente del MNS se refiere al financiamiento que comprende las diversas formas de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos provenientes de diversas fuentes a fin de que aseguren el acceso equitativo, suficiente y oportuno a servicios de calidad; así mismo que asegure el funcionamiento articulado y complementario de las instancias. El nivel macro le corresponde al Estado responsable

de la recaudación de los fondos provenientes de diversas fuentes y actores, además le corresponde el desarrollo del marco normativo para conformar un fondo único.

El nivel Meso, le corresponde al nivel rector de la SESAL a cargo de las relaciones y acciones interinstitucionales y de conducción sectorial, para desarrollar los mecanismos de gestión financiera y la gestión de riesgo en salud; la asignación de los recursos, la gestión del financiamiento de las acciones de Salud Pública.

El nivel micro corresponde a los gestores proveedores a cargo de la gestión del riesgo financiero, financiación de la oferta de la salud a través de pago por productos, financiamiento de las acciones de apoyo normativo y de gestión.

Los tres componentes deberán abordarse de manera integral y complementaria: El componente de atención asegura un paquete garantizado de servicios de salud integral otorgado de manera equitativa

Como se habrá apreciado y tal y como lo expresara la Dra. G Brundtland, cuando se habla de reforma se trata fundamentalmente de financiamiento. En el modelo y en la reforma en general el tema del financiamiento da una idea, desde el lenguaje que se usa (productos, compra, venta, riesgo financiero), que se fundamenta en principios de mercado y en ese sentido se orienta hacia el sector privado.

4. El Plan Nacional de Salud 2021.

En el año 2005, la Secretaria de Salud coordinó la elaboración participativa e intersectorial del primer Plan Nacional de Salud a largo plazo (al 2021), como un instrumento político, técnico, de planificación estratégica que permitiera armonizar los esfuerzos y recursos nacionales y de cooperación externa en el sector de la salud. El plan, en el contexto de las reformas del sector, (se enmarcó en los compromisos de país respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP), declarando la necesidad de generar cambios en las estrategias de atención, conducentes a disminuir los efectos de la falta de equidad,

eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, tal como lo declara el documento. (Secretaría de Salud, 2005).

Los cooperantes se comprometieron a apoyar con recursos de cooperación y de alivio a la deuda, condicionada al cumplimiento por parte del país, de obligaciones en asignar recursos internos y externos para invertir en sectores sociales con la participación de dicho sector (2001). Algunos indicadores que evaluarían el proceso se refieren a aumento de niños y niñas matriculados en escuelas; mejora en la dotación de agua potable sobre todo en áreas rurales; disposición de sistemas de eliminación de excreta; reducción de la desnutrición, de la tasa de mortalidad infantil y de mortalidad materna; reducción de la pobreza y mejoramiento del desarrollo humano; reducción de las tasas de incidencia y mortalidad de VIH y otras enfermedades como la tuberculosis y la malaria.

Además de los compromisos adquiridos en la ERP, Honduras fue uno de los 189 Estados signatarios de la Declaración del Milenio con sus respectivos Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM). El país se comprometió ante las Naciones Unidas a alcanzar las metas del milenio en el año 2015, a saber: Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal; Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos; Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años; Objetivo 5. Mejorar la salud materna; Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades como la Tuberculosis, enfermedades vectoriales; Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Se reconoce que en Honduras se ha reducido la mortalidad infantil y materna, pero que continúa siendo inaceptablemente alta (Panting C. 2014) especialmente en los lugares más pobres. Se han aumentado los años de permanencia escolar, se ha estabilizado la epidemia del VIH/Sida y se ha reducido la tasa de notificación de TB, sin embargo los informes denotan que hay regiones sanitarias como las Metropolitanas que son las que mayor cantidad de casos reportan y tienen tasas arriba de la media nacional, de manera que Honduras se ha comprometido a adoptar recomendaciones para alcanzar las metas

de los Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), acelerar los logros en cada uno de ellos y que sean sostenibles.

En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, que se llevó a cabo en septiembre de 2015, Honduras y demás Estados Miembros de la ONU aprobaron la Agenda 2030, que incluía un conjunto de 17 objetivos llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, hacer frente al cambio climático y sobre todo posibilitar la sostenibilidad a los resultados. Estos objetivos son: 1. **Fin a la pobreza**; 2. **Cero hambre**; 3. **Salud y bienestar**. Al respecto, lograr una cobertura universal de salud, facilitar medicamentos y vacunas seguras y asequibles para todos, sean parte de las metas y en ese proceso se destaca a la investigación y una visión integral y multisectorial de la salud; 4. **Educación de calidad**; 5. **Igualdad de género**; 6. Agua limpia y saneamiento; 7. Energía asequible y no contaminante; 8. **Trabajo decente y crecimiento económico**; 9. Industria, innovación e infraestructura; 10. **Reducción de las desigualdades**; 11. **Ciudades y comunidades sostenibles**; 12. Producción y consumo responsable; 13. Acción por el clima; 14. Vida submarina; 15. **Vida de ecosistemas terrestres**; 16. **Paz, justicia e instituciones sólidas**; 17. **Alianzas para lograr los Objetivos**.

Honduras también es miembro activo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), forma parte de la “Campaña mundial en materia de Seguridad Social y cobertura para todos” lanzada en junio del año 2003. Se reconoce la necesidad de ampliar la cobertura de seguridad social entre los trabajadores, especialmente los de la economía informal.

Una de las políticas que el país ha adoptado, es la estrategia de Promoción Intersectorial de la Salud (Municipios Saludables), para el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción de la salud. (Organización Mundial de la Salud, Alma Ata 1978; Organización Panamericana de la Salud, Carta de Otawa, 1986). Con este enfoque se modificaría el modelo de atención predominantemente curativo, hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En el Plan Nacional 2021, la nueva estrategia, “Enfoque Sectorial en Salud”, se manifiesta el propósito de ofrecer a toda la población nacional, el acceso a servicios de Atención Primaria de Salud mediante intervenciones intersectoriales efectivas y la aportación de recursos económicos y financieros debidamente alineados y armonizados, bajo una gestión por resultados, ejecutados con transparencia y con la participación protagónica de la sociedad civil.

- Los objetivos generales declarados y metas globales que el Plan se propone alcanzar al 2021 son:
- Contribuir en forma sostenida al bienestar del pueblo hondureño a lo largo de su ciclo de vida, facilitándole el acceso en forma equitativa, oportuna y asequible a un conjunto de servicios de promoción y protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con eficiencia, eficacia y calidez humana.

De manera específica se espera contribuir a elevar en forma sostenida el IDH a, por lo menos, 0.780; Aumentar la esperanza de vida al nacer a 75 años; Incrementar el índice de Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD) a por lo menos, 70 años; Reducir al menos a 30% el gasto de bolsillo con relación al gasto per cápita en salud.

- Elevar a niveles aceptables el rendimiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta, sensible a las expectativas legítimas de la población, mediante la implementación de nuevos modelos y enfoques de gestión de la salud y de prestación de servicios costo-efectivos y con garantía de calidad. Se pretende alcanzar las siguientes metas: Acceso a servicios básicos de salud a no menos del 95% de la población; a que por lo menos 60% de la población esté afiliada a un sistema de aseguramiento; el 100% de los establecimientos de salud públicos y privados estén debidamente licenciados y acreditados.

Las líneas estratégicas para materializar la visión, los objetivos y las metas globales propuestas son: Desarrollar políticas sectoriales y de fortalecimiento institucional; Participación y protagonismo social; Articulación de acciones a nivel local; Garantizar el aseguramiento en salud; Brindar servicios de salud adecuados y de calidad; Hacer transparencia en la gestión de los recursos y rendición de cuentas.

Las prioridades y metas del sector son: el fomento de la salud; Salud materno infantil y nutrición; Control de enfermedades transmisibles; las enfermedades prevenibles por vacunación; las enfermedades transmitidas por vectores; Tuberculosis; Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA; Control de enfermedades crónicas no transmisibles; Reforma del sector

En el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza, el país definió como prioridad la **reforma del sector salud**, con el fin de que sea capaz de alcanzar la metas de: 1. Mejorar la salud de la población hondureña; 2. Responder a las expectativas legítimas de la población; 3. Proveer protección financiera contra los costos de la mala salud; 4. Avanzar hacia el aseguramiento universal; 5. Asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención y 5. Facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social.

La reforma del sector salud declara ser un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en su prestación de servicios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Para llevarse a cabo se requiere de un acuerdo político de país y el compromiso de todos los actores para asumir la plena responsabilidad de viabilizar e impulsar la reforma.

La reforma del sector, centrada en el ser humano, se orienta a: La construcción de un Sistema Nacional de Salud; la clara definición y separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de servicios de salud; el desarrollo de un modelo de atención integral y continuo de la salud basado en el fortalecimiento de la promoción y protección de la salud, la prevención de riesgos y de enfermedades; la implementación de modelos de gestión ágiles, eficientes y más cercanos a la población; el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud para cumplir sus tres funciones esenciales (Formular y poner en práctica la política sanitaria; regular y hacer cumplir las normas del sistema sanitario; informar y estar informado); la consolidación de un sistema de financiación solidario, equitativo y sostenible; incorporar o afiliar la población a un

sistema de aseguramiento en salud; garantizar el acceso a los insumos básicos, especialmente a los medicamentos; definir políticas nacionales para la planificación, gestión y administración de los recursos humanos en salud.

En este sentido, la llamada la atención y preocupa la separación de roles sin el debido mecanismo de comunicación o relacionamiento que le dé la importancia y agilidad debida a los temas de salud, especialmente a aquellos a que tradicionalmente no se les ha prestado la debida atención, como el caso de la tuberculosis.

5. Plan de Nación, Visión de País

El día 25 de noviembre del 2009, después de un proceso preparatorio y en los meses inmediatos posteriores al golpe de Estado del 28 de junio del 2009, situación reconocida como tal por la Comisión de la Verdad en el 2011 (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2009), los candidatos a la Presidencia de la República de Honduras, el Congreso Nacional y el Poder Ejecutivo, suscribieron el compromiso de iniciar, a partir del 27 de enero de 2010, en la siguiente administración gubernamental, un proceso de desarrollo planificado, orientado a concretar una Visión de País para el año 2038, implicando el establecimiento de principios, objetivos, metas y lineamientos estratégicos que deberían ser alcanzadas durante los próximos siete períodos de gobiernos.

En el plan se describen las siguientes situaciones: multiétnicidad de la población, país conformado por una gran proporción de población joven (más de 57% de la población menor de 25 años) con tendencia a cambio del patrón etéreo, **altas tasas de urbanización** con los consiguientes retos, migración interna y externa, violencia y marginación.

“Debido al proceso de urbanización, solo para mantener los niveles actuales, aunque insatisfactorios, de dotación de infraestructura y servicios urbanos, Honduras deberá duplicar en sus principales ciudades lo siguiente: 1. Servicios de agua potable por tubería, 2. Red de comunicación terrestre, 3. Redes de telefonía y telecomunicaciones, 4. Escuelas primarias, 5. Centros de salud, 6. Redes de

alcantarillado, 7. Instalaciones para alumbrado eléctrico” Congreso Nacional de la República de Honduras, 2010).

En el plan de nación 2010-2038 se plantean cuatro objetivos y 20 metas de prioridad nacional. En el objetivo 1. Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social; el objetivo 2. Una Honduras que se desarrolla en democracia, con seguridad y sin violencia; el objetivo 3. Una Honduras productiva, generadora de oportunidades y empleo, que aprovecha de manera sostenible sus recursos y reduce la vulnerabilidad ambiental; el objetivo 4. Un Estado moderno, transparente, responsable, eficiente y competitivo.

Aunque los cuatro objetivos y la red de relaciones que necesariamente se tenga que establecer para lograrlos y alcanzar la visión de país, se orientan a la resolución o al menos la reducción de la pobreza, la ignorancia y mala salud, así como el ejercicio de la democracia para la consecución del poder, del fortalecimiento de la institucionalidad y la buena gobernanza como medios para resolver la corrupción, la inequidad, la violencia e inseguridad; al aumento de la productividad sostenible y competitiva del país y finalmente el establecimiento de un Estado organizado, moderno eficiente, es el objetivo uno el directamente implicado en la consecución de una Honduras sana. En dicho objetivo se plantean las siguientes metas:

Meta 1.1: Erradicar la pobreza extrema; Meta 1.2: Reducir a menos del 15% el porcentaje de hogares en situación de pobreza; Meta; 1.3: Elevar la escolaridad promedio a 9 años; Meta 1.4: Alcanzar 90% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema; Meta 1.5: Universalizar el régimen de jubilaciones y pensiones para el 90% de los asalariados del país y 50% de los ocupados no asalariados.

Respecto al tema de la salud se declara, “*La salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida*”. Tres grandes desafíos en materia de la salud en Honduras son descritos en el plan:

- **Sistema de Salud fragmentado, desarticulado, con un modelo de atención al daño.** El Sistema de Salud de Honduras conformado por la Secretaría de Salud, el

IHSS y el sistema empresarial-social de establecimientos de salud, se caracteriza por ser fragmentado, desarticulado, con modelos de atención al daño y poca eficiencia e impacto limitado. Los más pobres son atendidos con escasa eficiencia por parte de la red de establecimientos hospitalarios y ambulatorios de la Secretaría de Salud; solamente una porción de aproximadamente el 60% de los trabajadores del sector formal están cubiertos por los establecimientos del IHSS, y el sistema empresarial-social de atención que cubre las necesidades de los menos pobres.

- **La correspondiente atención de la salud a una población en situación de malestar social.** Atender con efectividad y calidad una población en situación de malestar social enfrentando problemas estructurales-coyunturales de salud-enfermedad. Existe falta de correspondencia entre el cuadro situacional de condiciones de vida de una gran proporción de la población en situación de malestar social y la conformación actual de los subsectores de atención en salud. Gran parte de la población está expuesta a una serie de factores y condiciones sociales que producen a lo largo del tiempo los problemas estructurales de salud-enfermedad del país. Miles de hogares –urbanos y rurales- sin acceso a agua potable y a redes de saneamiento, espacios de hábitat y convivencia humana que funcionan como reservorios naturales de enfermedades infecciosas de alta transmisibilidad, como por ejemplo la tuberculosis, más aquellos asociados a la violencia generando problemas de salud-enfermedad que inciden con mayor impacto entre los pobladores hondureños que viven en peores condiciones de vida y que escapan a la capacidad resolutive de todo el sistema nacional de salud como está conformado actualmente.
- La palabra malestar parece atenuar una situación inadmisibles de crisis social, de inaceptable inequidad que incide directamente en la condición de falta de salud. No se mencionan, pero son problemas cada vez más importantes en nuestra sociedad, las enfermedades crónicas no transmisibles, muy asociadas a condiciones y estilos de vida, no necesariamente responsabilidad sola del individuo, sino también producto de influencias sociales y ambientales.
- **Conjunto institucional y sectorial del Estado, desarticulado y con incipiente aporte a las metas del sector salud.** El tercer gran problema, se conceptualiza a partir del estado de desarticulación del conjunto institucional –público y privado- con

escasas posibilidades de transformar la dimensión estructural y coyuntural de los factores generadores de problemas de salud-enfermedad, puesto que las orientaciones básicas que guían el quehacer diario de cada uno de los subsectores son diversas y no complementarias. Los pobres, sin agua ni saneamiento, atendidos por la Secretaría de Salud, estarían lejos de acceder al bienestar en tanto continúe el mismo modelo de gestión y la tendencia actual de deterioro de la red de servicios. El resto de segmentos de la sociedad alcanzarán solo parcialmente mejores indicadores, asociados a las transformaciones de la oferta tecnológica de servicios de atención, puesto que a la postre, los problemas de salud-enfermedad de los más pobres terminarán por afectar la sostenibilidad de logros de la población atendida por el IHSS y por el sistema empresarial-social de atención.

La Visión de País y el Plan de Nación enunciado cinco años después del Plan Nacional de Salud y coyunturalmente después del golpe, es decir desde un ámbito probablemente más político, promulga una “nueva ingeniería de relaciones sectoriales, subsectoriales y de arreglo institucional” para generar un ámbito de complementariedades con la orientación de aumentar la incidencia y con el concurso de todos los sectores, sobre el mejoramiento de condiciones materiales de vida de los hondureños más desfavorecidos. Armonizar objetivos y metas con sectores como el de educación, agricultura, infraestructura vial, vivienda, de manejo de los recursos naturales, etc., se considera fundamental en la consecución de las metas nacionales.

Los enunciados de Visión de País respecto a la Salud, garantizaría que, la sociedad hondureña dispondría de un sistema bien ordenado de competencias intersectoriales, sectoriales e institucionales que garantizarían el pleno cumplimiento de las metas de salud establecidas en ERP, ODM y Visión de País, sin que existieran grandes diferencias en la calidad de atención suministrada en los subsistemas de salud.

Al año 2022 la sociedad hondureña habría logrado: Reducir a la mitad las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años; disminuir a no más de 20% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años; reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes; haber detenido y comenzado a reducir, la propagación del VIH/SIDA; haber

detenido y comenzado a reducir, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves; reducir a la mitad, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.

Adicionalmente, la calidad de atención a los ciudadanos en los centros de salud habría mejorado notablemente, reduciéndose el tiempo de espera en las antesalas de consulta, el número de días de espera para operaciones programadas, y habría aumentado al 95% la proporción de prescripciones médicas atendidas directamente en los hospitales y centros de salud del Estado.

Según este decreto (Congreso Nacional de la República de Honduras, 286-2010) al año 2034, Honduras dispondría de un Sistema Nacional de Salud ordenado y cubriendo de manera apropiada las necesidades de salud-enfermedad de su población, urbana y rural, habiendo mejorado sustancialmente sus niveles de bienestar debido a que habrían sido también modificadas sus condiciones materiales de vida, junto a entornos de convivencia más saludables. Al año 2034, la sociedad hondureña habría logrado: Reducir al promedio latinoamericano las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años; Disminuir a no más de 5% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años; reducir la mortalidad materna al promedio latinoamericano; una clara declinación en la propagación del VIH/SIDA; reducido en un 90% la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves; Reducido a menos del 10% el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.

Las mejoras en la calidad de los servicios de salud a los ciudadanos se habrían consolidado y desarrollado una actitud de servicio en el personal médico, de enfermería y administrativo/ operativo que presta servicio en hospitales y centros de salud estatales.

Para el año 2038, Honduras habría sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollaría esfuerzos sustantivos para profundizar en su sostenibilidad y calidad.

El Foro Nacional de Convergencia (FONAC) presentó un informe sobre la implementación del mismo destacando que los resultados en las cuatro líneas

estratégica, particularmente en salud no habían logrado los resultados esperados. En términos de calidad de la atención en salud, especialmente en temas como medicamentos, mora quirúrgica, citas prolongadas y temas de prevención y promoción de la salud han sufrido más bien rezagos en esos cuatro años. (FONAC, 2014). Un indicador que no ha sido incluido es el de la atención por razones de violencia, la cual consume y demanda grandes cantidades de dinero. Posteriormente en el tema de corrupción en la gestión de medicamentos y en el IHSS alcanzaron niveles dramáticos nunca vistos en la historia de Honduras donde se denunciaron activistas políticos, de quienes algunos están siendo aún enjuiciados, pero no todos los supuestamente implicados y que ejercen posiciones de poder.

6. Ley Marco de Protección Social.

El 28 de agosto de 2015 el Congreso Nacional aprobó la “Ley Marco del Sistema de Protección Social” (Congreso de la República de Honduras. Ley Marco de Protección Social , 2015) cuya declaración de propósitos fue crear el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social, a fin de permitir a los habitantes, alcanzar de forma progresiva y **sostenible financieramente**, una cobertura digna, a través de la promoción social, prevención y el manejo de los riesgos que conlleva la vida de las personas, asegurando la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los demás derechos sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo.

Según la Ley, el Sistema de Protección Social otorgará cobertura frente a las contingencias derivadas de los principales riesgos asociados al curso de la vida de las personas, a través de un modelo de **estructura multipilar** que provee acceso a planes y programas generadores de prestaciones y servicios que garanticen la protección. El Sistema está integrado por los regímenes siguientes: 1. Régimen del Piso de Protección Social; 2. Régimen del Seguro de Previsión Social; 3. Régimen del Seguro de Atención de la Salud; 4. Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales y, 5. Régimen del Seguro de Cobertura Laboral.

El financiamiento de este sistema estará a cargo de los empleadores(as) y sus trabajadores(as) que devenguen un salario, empresas o instituciones públicas, privadas o mixtas que utilicen sus servicios. A las aportaciones de patronos y trabajadores(as) se suman las que realice el Estado como patrono, así como las aportaciones solidarias que éste realice al Sistema de Protección Social, en su condición de Estado, para subsidiar grupos de trabajadores(as) en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

El Sistema otorgará: Ingreso **básico** por niño(a); planes y programas que promuevan la Salud Integral; planes y programas que promuevan el empleo, la seguridad alimentaria y nutricional de las familias; planes recreativos que promuevan la prevención, la cultura y el deporte; planes asistenciales y hogares temporales, para niños o niñas en situación de abandono o de vulnerabilidad de derechos y otros grupos poblacionales con alto grado de vulnerabilidad socioeconómica; planes asistenciales y subsidios en dinero o especie, que promuevan la inclusión financiera para el arrendamiento, compra, construcción y mejora de vivienda; planes asistenciales para los adultos(as) mayores, personas en situación de viudez, huérfanos(as), menores de edad y los (las) discapacitados(as) con incapacidad total y permanente, debidamente comprobados sus casos y que vivan en extrema pobreza; planes asistenciales en especie que coadyuven a la realización de un sepelio digno para personas de bajos ingresos.

El Régimen del Seguro de Atención de la Salud, tiene como propósito que todas las personas que forman parte de la población, tengan acceso **equitativo** a las prestaciones y servicios integrales que necesitan a lo largo del curso de la vida, con calidad y sin dificultades financieras. El Régimen se materializa con el acceso a un “Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud”, para toda la población, proporcionando medidas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y/o apoyo de todas las patologías, incluyendo enfermedades terminales, crónicas discapacitantes y/o catastróficas, en el marco del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud definido por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud.

En esta ley se conceptualiza el **Sistema Nacional de Salud**, el cual tendría funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud. Estaría

constituido **por todas** las organizaciones e instituciones, incluyendo los recursos y servicios, cuyo objetivo principal consistiría en cuidar, atender y mejorar de forma integral la salud de la población, dando preferencia a la prevención y a la Atención Primaria de la Salud. Para garantizar la suficiencia de prestaciones y servicios de salud a la población, a través del Sistema Nacional de Salud, mismo que tendría que contar con al menos los componentes siguientes:

- Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud, incluyendo un listado nacional de medicamentos esenciales, accesibles a toda la población;
- Personal sanitario profesional adecuado en cantidad, calidad y pertinencia;
- **Existencia de un programa nacional de formación, capacitación y actualización del personal;**
- Fortalecimiento de programas comunitarios y municipales de salud;
- Implementación de un mecanismo de compensación de riesgos;
- Implementación de un sistema integrado de información, monitoreo y evaluación, que parta de una línea de indicadores basados en los determinantes sociales de la salud, tendente a la transformación y el mejoramiento continuo del Sistema; el cual debe ser administrado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

La rectoría del Sistema Nacional de Salud le corresponde al Poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. - Las prestaciones y servicios que se derivan del Régimen del Seguro de Atención de la Salud deben ser prestados, administrados y asegurados por el IHSS. **La Sociedad Mercantil de propósito específico que se constituya para los fines descritos goza de los mismos beneficios fiscales aplicables a los Institutos de Previsión Públicos.** La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, debe definir el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud, de acuerdo a adecuados criterios técnicos, financieros y actuariales, basados en las prioridades y la suficiencia operativa del Sistema, así como en los objetivos nacionales de salud. El acceso al Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud, se prevé para todos los que contribuyan al sistema, pero también los que tengan limitaciones económicas quienes serían subsidiados.

Una de las cláusulas que más ha preocupado a diversos sectores es aquella que autoriza al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) **a suscribir contratos, convenios o acuerdos con Administradoras y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud**, de cualquier naturaleza, públicas, **privadas o mixtas**, con o sin fines de lucro, siempre que sea necesario, factible y conveniente para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud y consecuente con sus principios rectores.

Así mismo, es objeto de controversia, la cláusula que trata sobre la creación de parte de la SESAL y del IHSS de un fideicomiso especial para garantizar el pago oportuno a las Administradoras de Servicios de Salud, el cual sería administrado por el Banco Central de Honduras **u otra institución de la banca nacional**.

El IHSS puede certificar a más de una “Administradora de Servicios de Salud y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud”, para una misma región o zona geográfica del país. El asegurado(a) cotizante, puede elegir en base a su criterio de la mejor oferta, entre las diferentes Administradoras de Servicios de Salud y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, considerando los beneficios ofrecidos y los(las) profesionales adscritos o con vinculación laboral a éstas. En este mismo caso, “la afiliación al Seguro de Atención de la Salud puede ser individual o colectiva a través de las empresas, gremios o asentamientos geográficos, es voluntaria, por lo cual el (la) asegurado(a) cotizante, no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente a otra Red de Prestadores de Servicio, en el marco de lo que la Ley disponga”.

Respecto al financiamiento del Régimen del Seguro de Atención de la Salud, los trabajadores(as), empleadores(as) y el Estado, están obligados(as) a contribuir al financiamiento de los diferentes pilares que constituyen el Régimen del Seguro de Atención de la Salud, para lograr su mejoramiento y expansión. En lo que respecta al Pilar Contributivo, los(las) trabajadores(as) y empleadores(as), sean estos públicos, privados o mixtos, están obligados a contribuir con sus aportaciones y cotizaciones, al Seguro de Atención de la Salud, tomando como base los porcentajes y techos de contribución que al efecto establezca la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos. Para los(as) trabajadores(as) independientes y otros(as) en condiciones laborales especiales,

que presenten vulnerabilidad socioeconómica y que por tal circunstancia sean afiliados(as) a través del Pilar Subsidiado, deben realizar sus cotizaciones individuales como contraparte, según sus capacidades.

Se considera que La Ley Marco de Promoción a la Salud, promueve medidas semejantes a la Ley 100 de Colombia que produjo impacto negativo del control de la Tuberculosis en términos de disminución de la detección, tratamientos de pacientes con TB y seguimiento de los contactos, al menos en los primeros años, secundario a multiplicidad de actores interviniendo en los procesos, falta de capacitación de los sectores involucrados, la tendencia a favorecer al sector privado con poco interés en la salud pública, falta de atención a la población subsidiada y vinculada (que no aplicaba ni al régimen contributivo ni al subsidiado) población que concentra precisamente a los grupos de riesgo de TB, debilitamiento del rol de la Secretaria de Salud representante del Estado y subsecuente falta de monitoreo y supervisión. (Ayala Cerna C., & Kroeger, A. 2002).

B. Contexto demográfico.

Honduras está dividida administrativamente en 18 departamentos, éstos a su vez en 298 municipios y 3,731 aldeas, las que están conformadas por 27,969 caseríos, que es la división territorial más pequeña. Honduras tiene dos ciudades con más de 500,000 habitantes que son, la capital o Distrito Central (integrada por las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela) en el Departamento de Francisco Morazán y San Pedro Sula en el Departamento de Cortes.

De acuerdo a las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población de Honduras en el año 2005 fue de 7,197,303 y en el 2014 de 8,725,111 habitantes, es decir, la población hondureña creció en más de 1.5 millones de personas en diez años, con una tasa anual de crecimiento intercensal (2001 y 2013) de 1.99%. (INE, Censo de Población y Vivienda 2013).

La esperanza de vida del hondureño aumentó de 72.1 años en el 2005 (75.7 años las mujeres y 68.7 años para los hombres) a 74.6 en el 2014, (78.3 años para mujeres y

71.1 años los hombres) manteniéndose la diferencia entre sexos. (Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Permanente de Hogares 2005-2014)

Para el 2014, 52.0% de la población era menor de 14 años y la mediana de edad de 21 años. En los últimos diez años se ha evidenciado una disminución del grupo etario menor de 15 años habiendo disminuido esta población en un 6% respecto a 2001, incrementándose el grupo de personas económicamente activas y de la tercera edad. Para el 2020 continua el proceso de disminución porcentual del grupo etáreo menor de 18 años. (Figuras No. 8)

Estos cambios demográficos son importantes en el tema de la Tuberculosis por cuanto la población que más se expone al contagio y enferma, es precisamente, la población entre los 15 a 64 años, la población económicamente activa, que ha aumentado en el último decenio y continuará creciendo en los próximos años. En otras palabras, **a nivel nacional está aumentando la población en riesgo de contagiarse y enfermar por TB**. En el período 2009-2014, el 70.5% de los casos de TB del Distrito Central y San Pedro Sula, estaban en ese grupo de edad. (Figura No.9; Anexo 5, Cuadro No. 1). De igual manera el grupo de edad más afectada por el VIH es precisamente el mismo, posibilitándose el encuentro de las dos epidemias con las consecuencias conocidas de sinergia entre ambas enfermedades e intensificación del riesgo de enfermar y morir. (Farga V, Caminero JA, 2011). Llama la atención que el grupo de edad menor de 15 es más afectado en San Pedro Sula que en el Distrito Central, lo cual sugiere mayor frecuencia de contagio entre los niños en esa ciudad y requiere mayor investigación de sus causas. (Figura No. 9; Anexo 5, Cuadro No. 1)

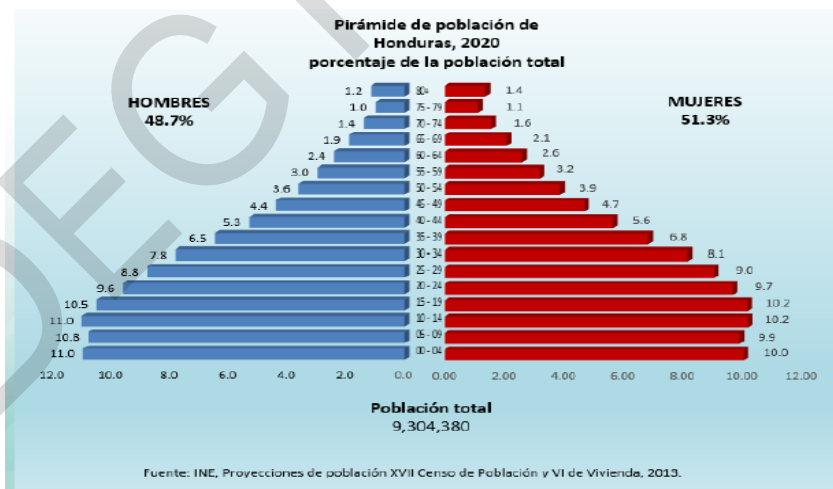
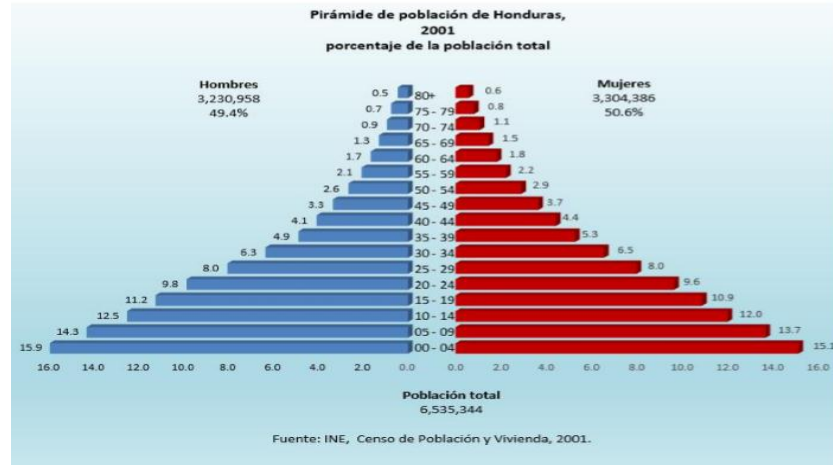


Figura No. 8. Pirámide Poblacional según edad. Fuente: INE XVII Censo de Población y Vivienda. 2001, 2013, 2020

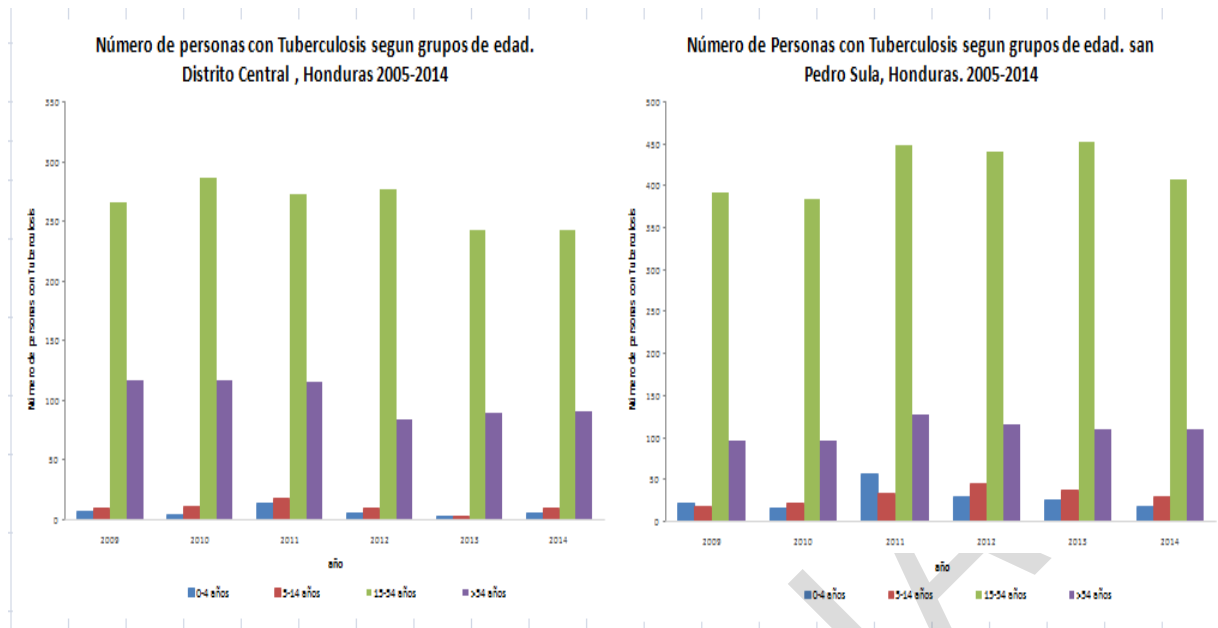


Figura No. 9. Elaborada por Varela-Martínez C.. Fuente, datos del PNT, Secretaria de Salud. Honduras 2005-2014.

C. El fenómeno de la urbanización y la Tuberculosis

Honduras ha experimentado en los últimos años un progresivo proceso de urbanización. La urbanización provoca cambios sustanciales en la producción y abastecimiento de alimentos, disponibilidad de agua, vivienda, tipo de fuentes de trabajo y empleo, transporte, generación y manejo de desechos domésticos, hospitalarios y de la producción (Caballero Zeitun, E.L. 2003) y además multiplicidad de fenómenos que tienen que ver con la conducta humana y las relaciones (Serrano, 2014).

Se estimó la población urbana de Honduras para el 2005, en 3, 504,730 personas y en el 2014 de 4, 633,779 (EPHPM, 2005-2014), lo que significa que el sector urbano creció en diez años, en más de un millón de personas. Para el 2014 el 53.1% de la población era urbana y estaba concentrada en los departamentos de Cortés y Francisco Morazán, (el 37.5% de la población nacional). El Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) y

San Pedro Sula concentraban el 21% de la población hondureña (Distrito Central 12.8% y SPS 8.4%).

Honduras: Distribución porcentual de la población total por área urbana/rural Censo 2001 y 2013



Figura No. 10. Fuente: INE. XVII Censo de Población y VI de Vivienda 2013

Tanto el Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) como San Pedro Sula, han mostrado un incremento paulatino de su población, con una tasa de crecimiento anual de 2.2% para el Distrito Central y de 1.9% para San Pedro Sula.

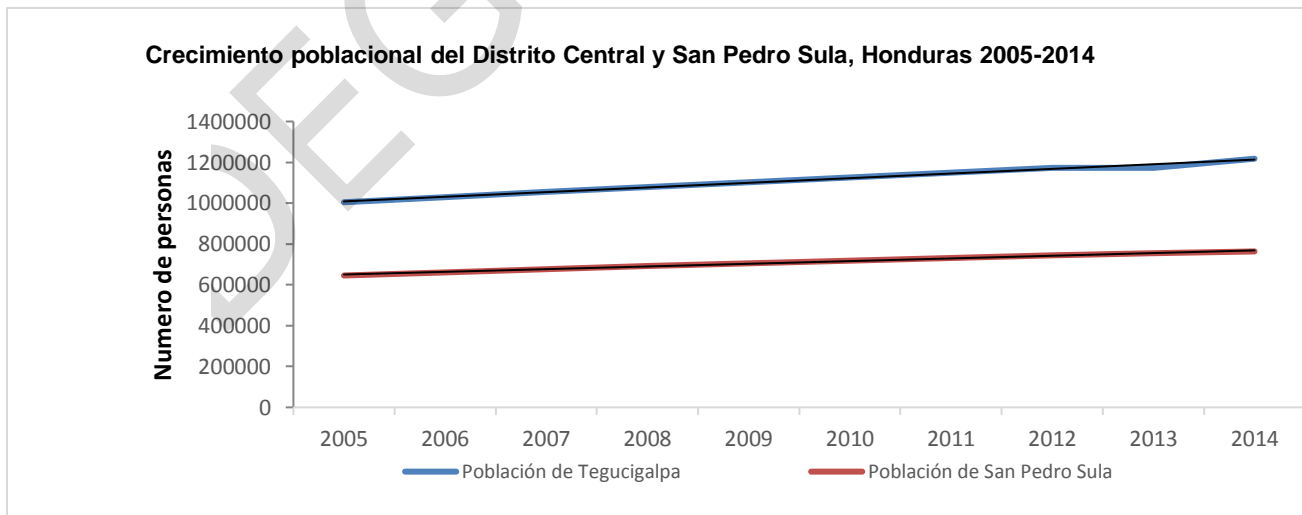


Figura No.11. Elaborada por Varela-Martínez . Fuente: datos del INE, proyecciones municipales 2000-2015.

1. Las ciudades del Distrito Central, Honduras

El Distrito Central, capital político-administrativa de Honduras, fue constituido como tal desde 1937 y comprende las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela. Posee una extensión de 1,514 km², se encuentra a 980 metros sobre el nivel del mar y alcanza una densidad poblacional de 764 habitantes/km². (INE. XVII Censo de Población 2013). El Distrito Central alberga 998 barrios y colonias.

La población estimada para el año 2005 fue de 1, 004,548 habitantes, de ellos 47.6% eran hombres y 52.4% mujeres. El 39.7% de esa población estaba constituida por niños y niñas menores de 18 años, el 56.6% por personas en las edades entre 18 y 64 años, quienes constituían la población económicamente activa (PEA) y 3.7 % las personas mayores de 64 años. En el 2014 la población del Distrito Central aumentó a 1, 217,804, la cual mantenía su distribución de personas según sexo (47.9% hombres y 52.1% de mujeres); sin embargo, los grupos de edad se modificaron, mostrando una disminución porcentual de 3.7% los menores de 18 años (36.0%) y aumento de 2.7% de la PEA (59.3%) y de 1% de personas mayores de 64 años (4.7%).



Figura No 12. Fuente. Tomado de INE, datos del XVII Censo de Población y VI de vivienda. Honduras 2013 <http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=103>

La tasa de analfabetismo para el 2014 fue de 5.4% y el promedio de años estudio de los alfabetas de 8.4 años.

Del 2001 al 2013 emigraron 15,818 persona al extranjero. Para el 2013, el índice de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) era de 43%, pero según línea de pobreza el porcentaje de hogares pobres era de 57.7%. Las actividades económicas principales: Comercio (23%), industria manufacturera (13%), construcción (9.5%), administración pública (5.8), enseñanza, aseadores y asistentes domésticos 4.5% respectivamente, conductores 3.3%, guardias de protección 2.9%.

Respecto a los datos demográficos de las personas con TB del Distrito Central, en el periodo del 2004-2014, muestran que el promedio del porcentaje acumulado de pacientes de sexo masculino fue de 60.5% (IC95% 58.7-62.4) y de mujeres de 39.5% (IC95% 38.0-41.3) con una relación hombre mujer de 1.5:1, lo cual podría ser por mayor presencia de hombres en los centros penales, migrantes, alcohólicos y otros grupos vulnerables.

El grupo etáreo más afectado fue el de 15-54 años ((69.3% (IC95% 66.0-72.6)). El grupo etáreo >55 años estuvo significativamente más afectado que el de San Pedro Sula, 26.7% (IC95% 24.2-29.1) en el Distrito Central vs 18.9% (IC95% 17.9-19.9) $p < 0.000$ en San Pedro Sula. El grupo de los niños tiene tendencia a estar más afectado en San Pedro Sula que en el Distrito Central, (Anexo 5, Cuadro No. 1 y Anexo 6, Cuadro No. 2).

2. La ciudad de San Pedro Sula, Honduras

San Pedro Sula fue fundada en 1536 y se constituyó como ciudad en 1548. Situada en el valle de Sula, posee una extensión territorial de 998.6 Km², a una altura de 83 m sobre el nivel del mar, alberga 703 barrios (INE, 2017) y tiene una densidad poblacional de 800 h/Km². Todo el departamento de Cortes tiene alta carga de tuberculosis y existe importante movilidad de personas que viajan de una ciudad a otra por razones de trabajo. (Entrevista a Enfermeras de Programa de TB de la región Metropolitana de San Pedro Sula, 2016).

En San Pedro Sula ocurrió similar tendencia que el Distrito Central respecto a la población. En el 2005 contaba con una población de 645,759, de la cual el 48,2% eran hombres y 51.8% mujeres. El 41.0% era menor de 18 años, 55.5% personas pertenecían al grupo etéreo entre 18-64 años y 3.5% personas mayores de 64 años. Diez años después, la población de dicha ciudad había aumentado a 763,626, con una tasa de crecimiento anual de 2.0%, manteniendo la distribución entre hombres y mujeres (48.8% hombres y 51.2% mujeres). La distribución por grupos de edad mostró un discreto aumento de la PEA y de las personas mayores de 64 años (38.1% menores de 18 años, 57.7% personas entre 18-64 años y 4.1% personas mayores de 64 años).

La población de San Pedro Sula se dedica a la industria manufacturera (26%), comercio (25%), construcción (7.3%), al transporte o almacenamiento (5.3%). La tasa de analfabetismo 2014 fue de 4% y la pobreza según NBI de 40% (2013) y según línea de pobreza 56% (2014). San Pedro Sula es sede del mayor número de industrias del país contribuyendo con el 62% de PIB. La ciudad queda a escasos kilómetros del mayor puerto en el Atlántico de Honduras y Centroamérica y cercana a otras ciudades como Choloma y Progreso que tienen más de 100,000 habitantes, pero menos de 500,000.

Respecto a los datos demográficos de los pacientes con TB en San Pedro Sula, la distribución hombre: mujer es similar a la de Tegucigalpa, 60.8% hombres (IC95% 58.0-62.4) y 39.2 (IC95% 36.0-42.3), mujeres. El grupo etéreo más afectado fue el de 15-54 años 71.5% (IC95% 68.6-74.3), siendo significativa la diferencia en los grupos de edad de 1-4 años ((4.6% (2.5-6,7) $p < 0.006$) y de 5-14 años (5.1% (3.7-6.6)) $p < 0.005$) respecto al Distrito Central. (Anexo 5, Cuadro No. 1; Anexo 6, Cuadro No. 2). Es decir, el porcentaje acumulado, de niños con TB fue significativamente mayor que la del Distrito Central en el período 2005-2015.



Figura No. 13. Tomado de INE, datos del XVII Censo de Población y VI de vivienda. Honduras, 2013.

<http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=103>

D. Contexto económico-social.

1. Pobreza

La pobreza es uno de los principales determinantes de la salud. Históricamente la tuberculosis ha sido asociada a la pobreza (Santos, M.E. *et al*, 2007) tanto a nivel global como regional, nacional y local. Las tasas más altas de TB se reportan en África (World Health Organization, 2016), y el mayor número de casos en el sudeste asiático. En América Latina, Brasil reporta el mayor número de casos y los países andinos las tasas más altas. Honduras ocupa el tercer lugar con tasa más alta de TB de Centroamérica (OPS, 2015). Tanto en las regiones, como en los países, las poblaciones más afectadas son aquellas que también son castigadas por la pobreza, condición que facilita el contagio, el desarrollo y la diseminación de la enfermedad. Los pobres tienen menor acceso a los servicios de salud, lo que demora el diagnóstico y el tratamiento, se agrava la enfermedad y prolonga el período de contagio de los enfermos, aumentando el riesgo de infección entre los contactos.

Existen varios métodos de medir la pobreza, los que pueden dar estimaciones disímiles (Método de la línea de pobreza, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), estimación del gasto, capacidad de compra de canasta básica, etc)

Según el método de la línea de la pobreza, en Honduras para el 2005, el 63.7% de los hogares estaban bajo línea de la pobreza y 46% era pobreza extrema. Diez años después, para el 2014, la pobreza había descendido 0.9%, siendo de 62.8% y la pobreza extrema de 39.7%. En el dominio urbano, el problema se agrava, siendo que la pobreza más bien creció, del 63.6% en el 2005 a 66.1% en el 2014, siendo extrema en el 33.1% y 32.2% respectivamente. (Instituto Nacional de Estadística. Encuesta permanente de Hogares 2005-2014).

Según la encuesta del Foro Social de la Deuda Externa de Honduras (FOSDEH 2013) la pobreza, medida por el método de NBI, se estima en 48.5% de los cuales 32.6% se consideran pobres, con solo un indicador de NBI y 15.9% serían pobres extremos con más de 1 indicador de NBI. La situación de la pobreza en base a la estimación del ingreso en los hogares, se estima en 65.9% de los cuales 23.2% serían pobres y 42.7% pobres extremos. La medición de la pobreza por medio del gasto, considerado el método más preciso que el anterior, parte de establecer las cantidades de dinero que se asignan para compra de alimentos, bebidas, vestuario, transporte, etc. Según este método, la encuesta de FOSDEH estima la pobreza en Honduras en 80% y de dicha proporción 51.1% se consideran pobres y 28.9% pobres extremos. (FOSDEH 2013). También existe el método de la autopercepción de la pobreza, según el cual las personas se autocalificaron como pobres, de tal manera que resultan pobres cuando con otros métodos no lo eran, de donde resulta que en este tema intervienen tanto los elementos culturales, así como la percepción de las amplias inequidades existentes en el país.

Según el Banco Mundial, Honduras es un país de ingreso medio-bajo; sin embargo, el Índice de Gini (que mide el grado de distribución del ingreso, siendo 0 una distribución perfectamente equitativa y 100 perfectamente inequitativa) fue de 59.5 en el 2005 descendiendo a 53.5 en el 2014. Lamentablemente no se cuenta con esta medición por municipios. Honduras enfrenta los niveles más altos de desigualdad económica de

Latinoamérica y aunque el grado de pobreza varía de acuerdo al método empleado para medirla, existen amplios sectores de pobres en Honduras y la tendencia en las ciudades del Distrito Central y de San Pedro Sula es al aumento. (Banco Mundial, 2014)

La pobreza por municipio, como determinante de la salud, medida por el **método de la línea de la pobreza**, muestra que para el periodo 2005-2014, el Distrito Central albergaba en el 2005, 92,122 hogares pobres (52.6% de hogares bajo la línea de pobreza, de los cuales el 21.8% era pobreza extrema) y San Pedro Sula 59,430 hogares pobres (50.5% de hogares en pobreza, siendo extrema el 23.7%). (INE. EPHPPM 2005-2014).

En el 2014 ambas ciudades, habían aumentado tanto en el número absoluto como porcentual de hogares pobres, para el Distrito Central a 130,572 (57.7% de hogares pobres y 27.1% pobreza extrema) y para San Pedro Sula a 82,871 (56.0% de hogares pobres, 22.1% con pobreza extrema) (Figura No.14) Las tasas de crecimiento anual del fenómeno fue de 5.3% para el Distrito Central y de 3.8% para San Pedro Sula. (Instituto Nacional de Estadística. EPHPPM 2005-2014).

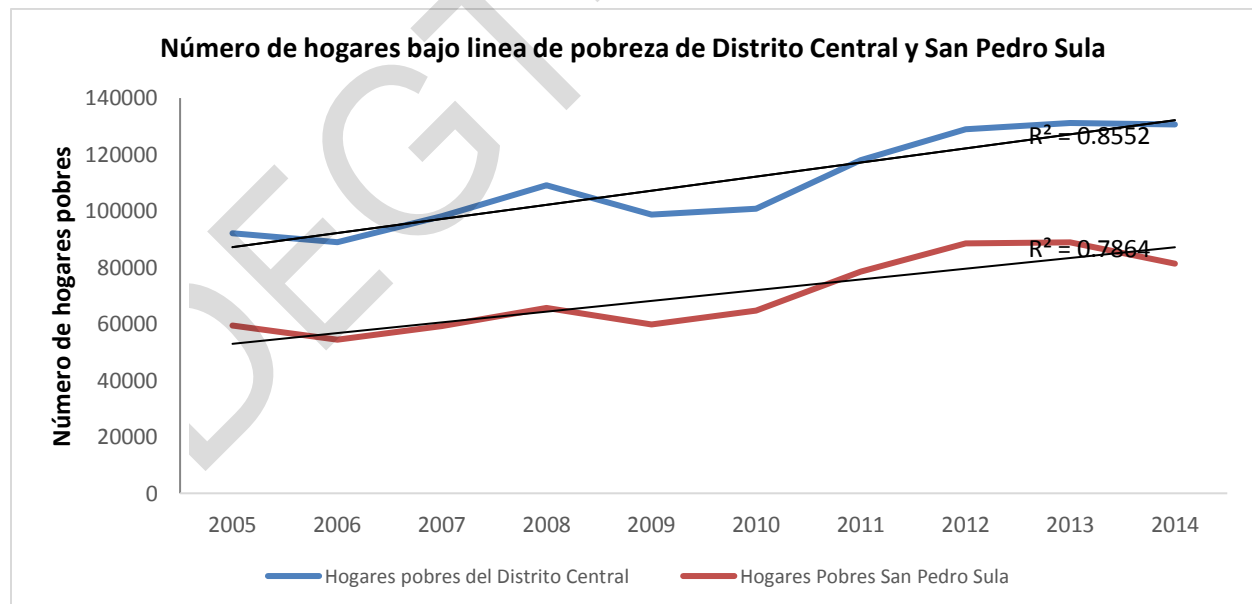


Figura No.14. Elaborada por Varela- Martínez, C. con datos de la EPHPM 2005-2014

El Producto Interno Bruto (PIB) del país en el 2005 fue de L. **183, 747** millones de lempiras y el PIB/per cápita de L 25,530 (\$ 9,757 millones de dólares y \$ 1,356 respectivamente). Para el 2014 el PIB fué de L 409,612 millones de lempiras y PIB/per cápita de 48,577 (\$19,506 millones y \$ 2,313 respectivamente. (Instituto Nacional de Estadísticas, EPHPM 2005-2014)

El ingreso anual per cápita de las personas del Distrito Central fue de L 34,968 (\$1,851) en el 2005 e incrementó a L 56, 904 (\$2,693) en el 2014 con una tasa anual de crecimiento de 4.3%

En San Pedro Sula el ingreso anual per cápita del 2005 fue de 31,824 (\$1,685) aumentando a L 60,384 (\$2,857) con una tasa anual de crecimiento de 6.1%

Sin embargo, dado los niveles de inequidad existentes en el país, lo más probable sea que el aumento del ingreso per cápita en dichas ciudades no sea más que el reflejo del aumento del ingreso de algunas personas situadas en el quintil más favorecido.

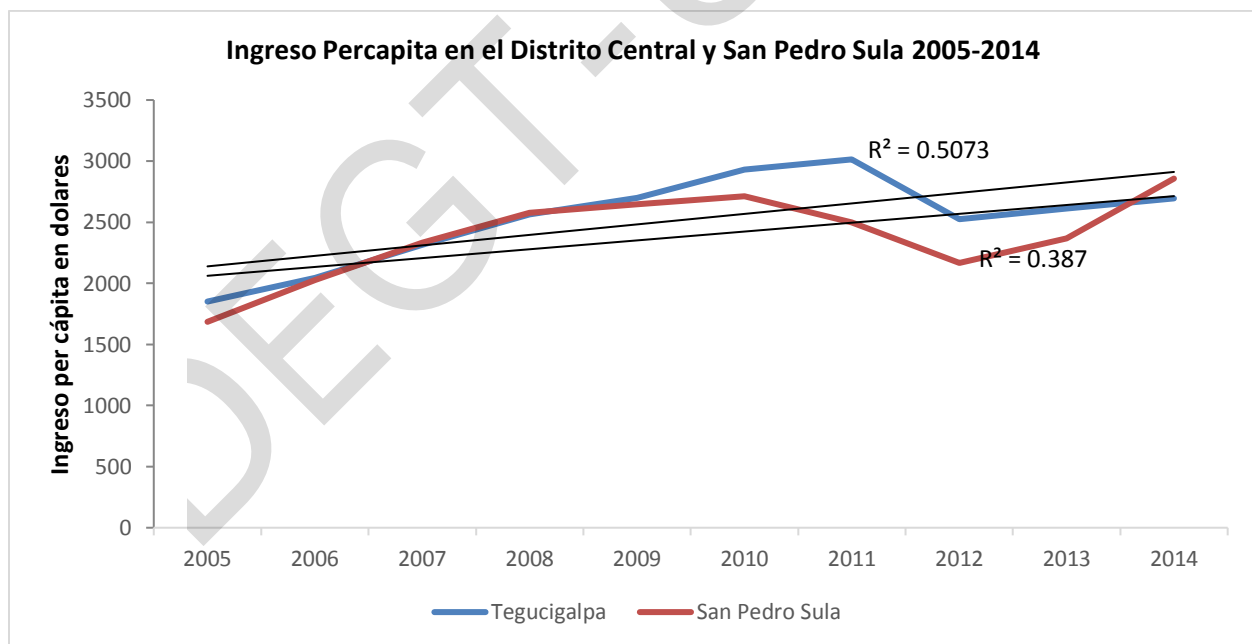


Figura No.15. Elaborada por C Varela-Martínez y Einar Hendal con datos de la EPHPPM/INE Honduras 2005-2014

La condición de pobreza de las personas con TB de Honduras en general y de la Capital y San Pedro Sula, en particular, no se ha medido. Recién hasta en el 2014 se encuentran algunos elementos de aproximación sobre las condiciones sociales y económicas de los pacientes.

Personal de salud encargado de seguimiento de pacientes en el PNT refiere:

“Aunque hay algunos pacientes que son universitarios, son bien difíciles de tratar porque no quieren seguir TAES (llegar al centro de salud a diario a tomar bajo supervisión el tratamiento), la mayoría de los pacientes son pobres. Algunos no tienen ni para movilizarse” (Grupo Focal de SPS 2016).

2. Grupos étnicos

Uno de los grupos de población más afectados por la pobreza, la discriminación, marginación, falta de acceso a servicios de salud y que constituyen poblaciones de personas en riesgo para infectarse y enfermarse de TB, son los grupos étnicos. En general los grupos étnicos están ubicados en zonas altamente postergadas, con poco acceso a los servicios sociales, carecen de infraestructura vial y poseen una economía de subsistencia.

Según el XVII Censo de Población y VI de Vivienda (2013) el número de personas pertenecientes a las etnias de Honduras asciende a 717,618, ubicados principalmente en los Departamentos de Atlántida, Colón, Yoro, Copan, Intibucá, Lempira, la Paz (Mapa No. 1), siendo los lenkas los mayoritarios con 453,672 (63%) personas. (INE,2013)

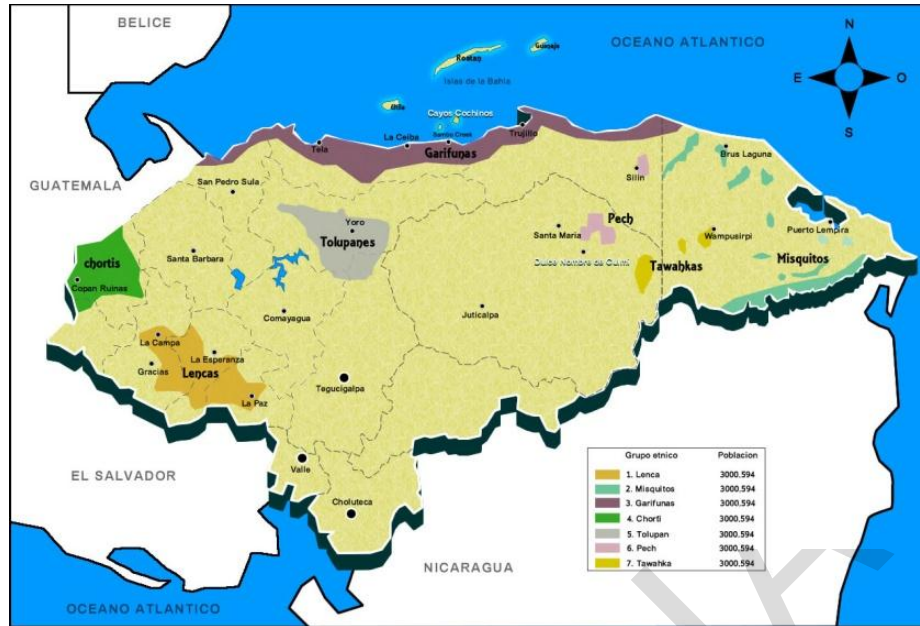
En Francisco Morazán, las personas de grupos étnicos ascienden a 48,123 (6.7% de la población étnica nacional), están constituidos principalmente por los lenkas y garífunas. Según el INE están ubicados en área urbana 13,940 (28.9%) pero solamente 1.3% de la población del Distrito Central pertenece a algún grupo étnico.

En Cortés, la población étnica asciende a 41,573 (5.7% de la población étnica nacional) y a diferencia del grupo radicado en Francisco Morazán, la mayoría residen en área

urbana, ((35, 631 (85.7%)) y están constituidos principalmente por garífunas, maya-chortis y lencas, en ese orden. El 3.4% de la población de la población de San Pedro Sula, pertenece a algún grupo étnico (INE. XVII Censo de Población y Vivienda 2013).

El PNT pudo conocer cuáles son las condiciones sociales de los pacientes con TB recién hasta el 2014, aunque a nivel local las enfermeras encargadas del Programa, conocen las situaciones particulares de los pacientes. Sin embargo, a nivel de toma de decisiones y de gestión, aunque se ha conocido la relación entre las malas condiciones de vida y trabajo, es hasta recientemente se muestra preocupación por introducir indicadores sociales para intervenir y dar seguimiento. En el análisis de la nueva ficha de notificación de personas con TB, implementada por el PNT en el 2014 y que introduce algunas variables sociales, se encontró que en el Distrito Central se diagnosticaron 348 personas con TB, de quienes solamente 4 eran garífuna ((0.7% (IC95% 0.3-1.9)) y 1 lenca ((0.2 (IC95% 0.0-1.0)). En San Pedro Sula, se diagnosticaron con TB a 541 personas de las cuales 4 eran misquitos (1.2 (IC95% 0.1-1.6), 1 era negra (0.3 (IC95% 0.5-3.0)) (Anexo 6, Cuadro. No.2)

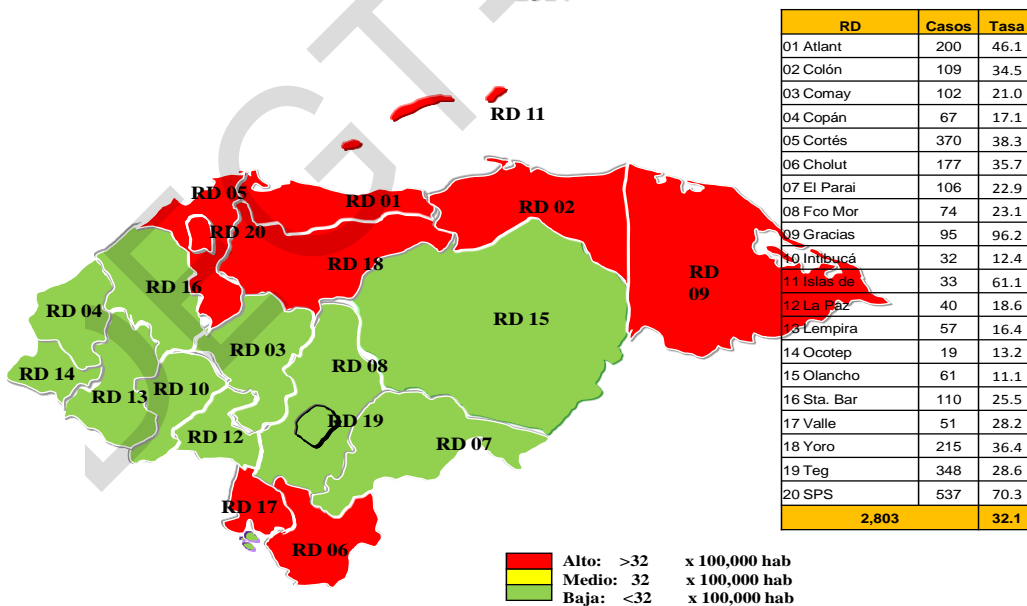
Lamentablemente no se cuenta con estudios sobre la magnitud del problema de TB en las poblaciones étnicas de Honduras, sin embargo, las zonas de ubicación de misquitos y garífunas corresponden al corredor donde hay mayores tasas de TB y VIH. (Mapa 1 y Mapa 2)



Mapa No. 1. Distribución geográfica de grupos étnicos de Honduras.

Tomado de <http://blogdeetniasdehonduras.blogspot.com/>

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA TB TODAS LAS FORMAS
2014**



Mapa No. 2. Fuente: Programa Nacional de control de la Tuberculosis (PNT), Secretaria de Salud, Honduras (2014)

3. Educación

El nivel educativo de la población es uno de los determinantes del desarrollo económico y social de un país. También es uno de las principales determinantes sociales de la salud. El analfabetismo ha sido un problema amplio en Honduras, que condiciona repercute en pobreza, desempleo, malas condiciones de salud, etc. En el 2005 la tasa global de analfabetismo en las personas mayores de 15 años era de 17.5%, la cual descendió a 12.8% en el 2014. Esta tasa aumenta a medida que las poblaciones son de mayor edad alcanzando el 34.9 en mayores de 60 años. También aumenta de acuerdo a la situación de ingreso de los hogares siendo mucho mayor en aquellas personas de hogares situados en el quintil más deprimido económicamente. Las tasas de analfabetismo continúan siendo mayores en la población del área rural con un 20.5% frente a un 6.6% en la urbana. En el Distrito Central la tasa de analfabetismo en el 2005 fue de 5.5% y decreció muy poco, a 5.4 % en el 2014. En San Pedro Sula la tasa de analfabetismo disminuyó de 6.4% en el 2005 a 4.0% en el 2014.

La educación, en particular la educación secundaria y superior, arroja beneficios a largo plazo, ya que el nivel de escolaridad es un factor que contribuye, entre otros, a la mejora de indicadores de salud, expectativas de vida, así como más oportunidades de encontrar y contar con mejores empleos, reducir pobreza, mejorar condiciones de vivienda y de alimentación.

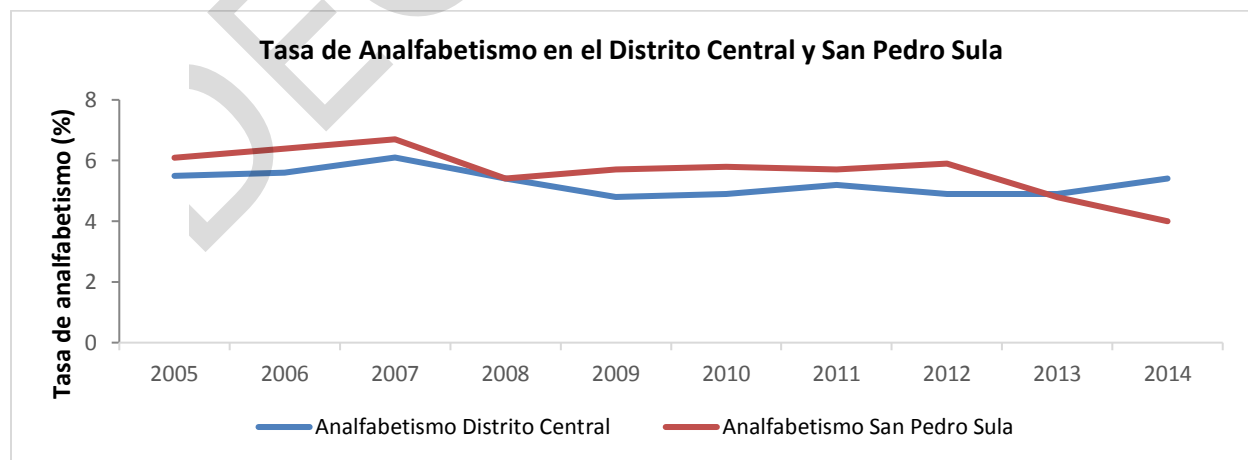


Figura No. 16. Elaborada por Varela-Martínez C., con datos de INE, EPHPM. 2005-2014

Respecto a lo observado en los pacientes con TB en el 2014, en el Distrito Central, el 13.5% (IC95% 10.0-18.0) eran analfabetas, dato por arriba de la tasa urbana (5.4%), mientras que en San Pedro Sula 6.4% de los pacientes TB (4.4-9.2), eran analfabetas similares a la tasa de analfabetismo de dicha ciudad (4%). (Anexos 5, Cuadro No. 1)

4. Vivienda, hogares y hacinamiento

La condición de la vivienda de las personas, contribuye a determinar su mayor o menor riesgo de contagio de enfermedades, en particular aquellas que se transmiten por el aire. Las viviendas en situación de hacinamiento y pobremente ventiladas son un factor que contribuye a diseminar la tuberculosis. Los contactos familiares de pacientes con TB son el grupo de mayor riesgo a contagiarse si las condiciones de la vivienda no permiten el flujo de aire ni la entrada de luz, al cual es particularmente sensible el bacilo de Koch.

Según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) en el 2005, había un total de 1,495,369 hogares en Honduras, de los cuales 16.5% estaban en condición de hacinamiento, definido éste como aquellos hogares en la que viven más de 3 personas por habitación. En el Distrito Central el número de hogares ascendía a 206,192 (13.7% del total nacional), estando en condición de hacinamiento el **10.4%** de ellos (4.5 personas por habitación) y en San Pedro Sula el número de hogares era de 129,502 (8.6% del total) con **15.2 %** de hacinamiento (5 personas por habitación).

En el 2014 la EPHPM estimó en 1, 898,591 el número de viviendas del país y en 1,940,233 hogares con 8 308,417 personas, para un promedio de 4.3 personas por hogar a nivel nacional, estando en condición de hacinamiento el 8.5% de los hogares. Del total de viviendas, el 54.9% se encontraban en el área urbana.

Se observó mayor frecuencia de hogares hacinados a menores ingresos, 13.8% para el primer quintil de la población que corresponde a los menores ingresos; la proporción de hogares en hacinamiento se va reduciendo significativamente conforme aumentan los ingresos de las personas de manera que solo el 1.2% de los hogares están hacinados en el quintil con más altos ingresos. También se observó la existencia de una relación entre hacinamiento y nivel educativo del jefe del hogar, el hacinamiento es mayor cuando

el jefe del hogar no tiene ningún nivel educativo (9.6%), se reduce en los hogares en los que el jefe logra el nivel secundario (5.0%) y es mucho menor cuando cuenta con educación superior (0.6%).

Para el mismo año 2014, se estimó la existencia de 280,304 hogares (14.4% del total de hogares del país) en el Distrito Central, con un **9.5% de hacinamiento** (5 personas por habitación) y San Pedro Sula contaba con 165,669 hogares (8.5% del total) de los cuales estaban en condición de hacinamiento **el 10.1 % de ellos** (4.8 personas por habitación). En el periodo 2005-2014 el número absoluto de hogares en condición de hacinamiento había crecido de manera apreciable en ambas regiones sanitarias (Distrito Central y San Pedro Sula), aunque el porcentaje no lo refleja.

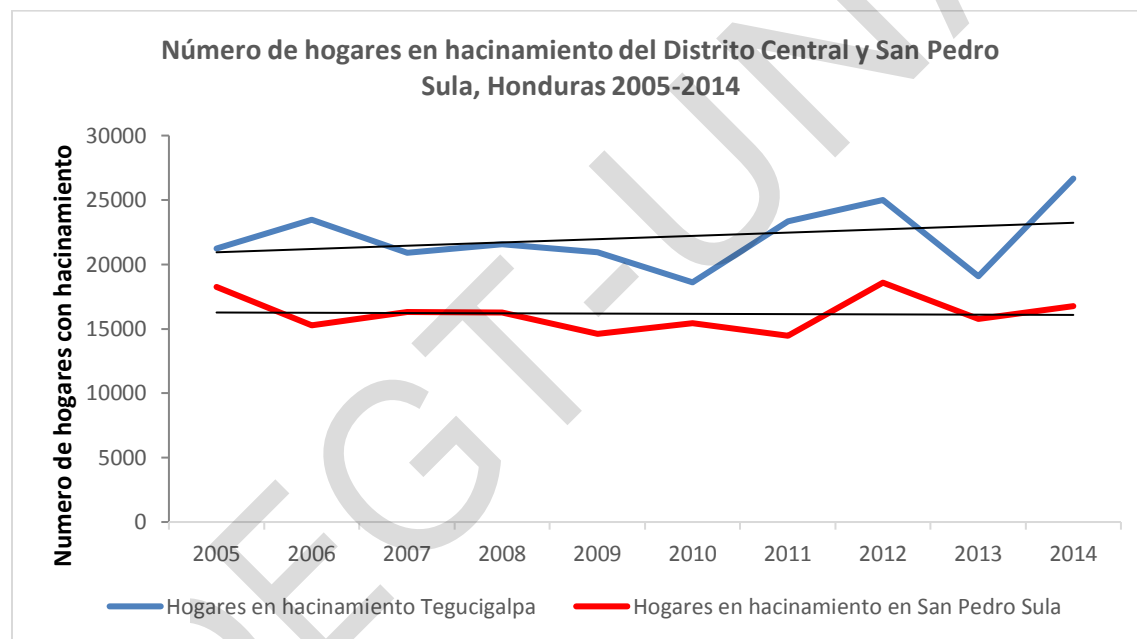


Figura No.17. Elaborada por Varela-Martínez C., con datos del INE, EPHPM 2005-2014

Según el Censo de Población y Vivienda del 2013 (INE, XVIII Censo de Población y VI de Vivienda, 2013) a nivel nacional se registraron 1, 838,527 viviendas ocupadas y 1, 881,577 hogares. El 54.3% de las viviendas tenían al menos una NBI y 9.7% estaban en condición de hacinamiento.

De las viviendas ocupadas, 18.4% estaban ubicadas en el Departamento de Francisco Morazán y 20.4% en el Departamento de Cortes, es decir que en esos dos departamentos se concentraban el 48.8% de las viviendas ocupadas.

De acuerdo al comparativo de los dos últimos censos, en el 2001 Francisco Morazán albergaba 44.6% de casas con al menos una NBI y en el 2013 había aumentado a 47.1%. Igualmente, en el 2001 el Departamento de Cortes tenía 38.0% de viviendas con al menos una NBI y en el 2013 habían aumentado a 43.2%.

En el resto de los departamentos habían disminuido el porcentaje de viviendas con NBI (excepto Islas de la Bahía y Atlántida) pero se mantuvieron por arriba del porcentaje nacional de viviendas con al menos una necesidad básica insatisfecha.

Las condiciones ambientales en que viven y laboran las personas son especialmente importantes en el tema de contagio de la tuberculosis. Condiciones de hacinamiento, pobre ventilación e iluminación de la vivienda o centro de trabajo así como el tiempo de contacto con una persona bacilífera determina el grado de exposición al agente microbiano causante de la TB y su propagación, de manera que determinar cómo y dónde viven y trabajan los pacientes, es de suma importancia para llevar a cabo detección y seguimiento de los contactos, implementar medidas de control de infecciones, gestionar medidas de mejora de las condiciones vida o de trabajo que incidan en la prevención de la propagación de la enfermedad.

Ciertos ambientes como los de las cárceles y paradójicamente en los hospitales son de especial preocupación, particularmente por la contribución a la carga de pacientes que estos medios laborales ofrecen. En el 2014 se determinó que un importante número de casos de TB, provenían de instituciones de salud, maquilas y de las prisiones. (Anexo 6, Cuadro No. 2)

En la nueva ficha de notificación de caso, establecida por el PNT no se investiga en los pacientes, la condición de la vivienda o trabajo, dato que sería importante determinar para gestionar con otras instituciones del sector salud u otras organizaciones vinculadas, el desarrollo de planes de apoyo para la mejora de la vivienda de manera que sean mejor

ventiladas, iluminadas, se reduzca la contaminación intradomiciliaria, se implementan medidas de control de infecciones.

En conclusión, **el número de hogares en hacinamiento ha crecido en ambas ciudades, aunque el porcentaje no lo refleje**. En la Figura No. 18 aparecen los esquemas de los mapas de la distribución de viviendas según su calidad de construcción y clase social en el Distrito Central. Las construcciones sobre terrenos con áreas mayores de 400 metros, sus servicios básicos asegurados y material resistente y antisísmico se encuentran en las residenciales habitadas por clases económicamente alta, en tanto que el 51.9% de las viviendas son construidos en terrenos con menos de 100 m² y son habitadas por familias de clase económica baja. (Alcaldía del Municipios del Distrito Central, ICES-BID, 2014)

El Estado de Honduras, no ha podido dar respuesta satisfactoria a la problemática de la vivienda en su proceso de rápida urbanización no planificada, producto de migración del área rural a la ciudad en una frustrada búsqueda de mejores condiciones de vida. Es necesario que las autoridades de salud tengan en cuenta la necesidad de incluir en la ficha de notificación de caso de Tuberculosis, las condiciones de vivienda y las laborales para gestionar con otros sectores o programas el apoyo para mejorar las condiciones de vivienda de los afectados y disminuir las posibilidades de contagio a otros miembros de la familia y/o compañeros de trabajo. En Perú hay programas con estos objetivos, en particular para apoyar a pacientes TB resistente a las drogas que requieren mayor tiempo para curarse que los pacientes con TB sensible.

Distribución geográfica de hogares según tipo de vivienda y clase social. Distrito Central. 2014

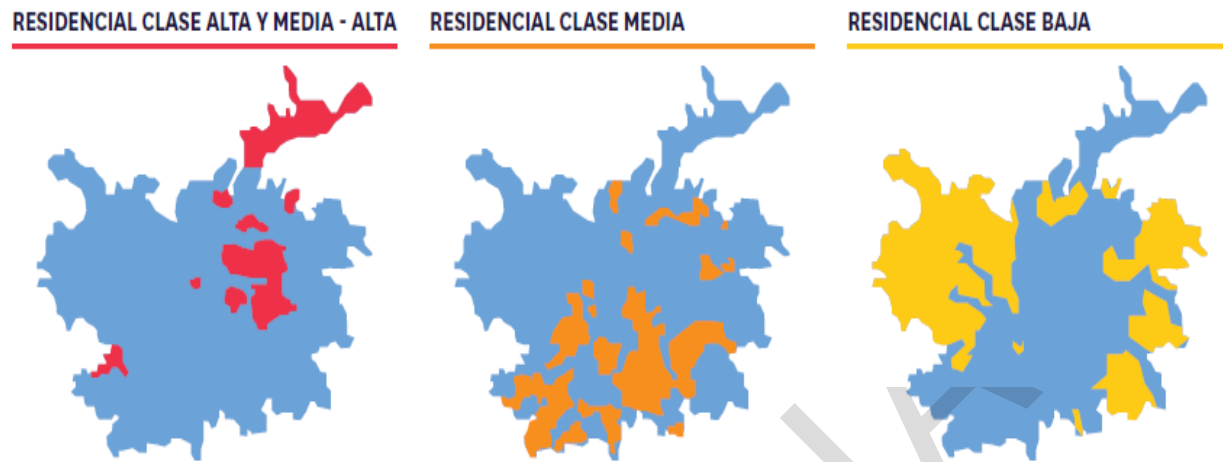


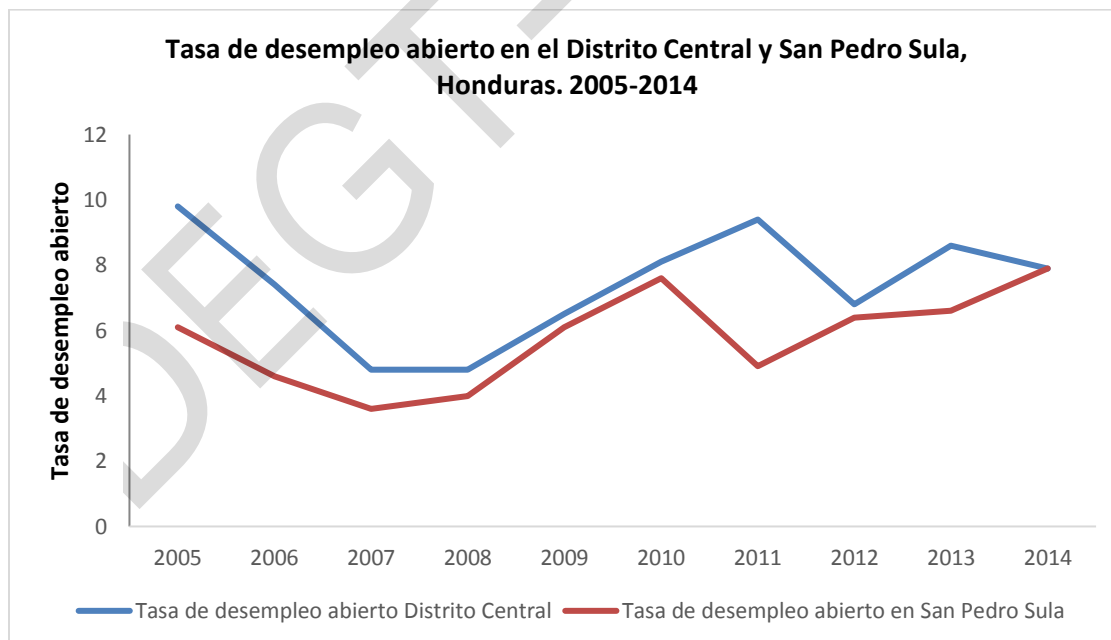
Figura No. 18. Fuente: Mapas de distribución de hogares Plan de Acción Tegucigalpa y Comayagüela. Alcaldía del Municipio del Distrito Central, Banco Interamericano de Desarrollo- Iniciativa de ciudades emergentes y Sostenibles. 2014

5. *Condición laboral, desempleo, desempleo invisible.*

La estructura de población de Honduras está experimentando un cambio demográfico que incide en la estructura del potencial laboral, debido a la disminución de la tasa de fecundidad, crecimiento de la población en edad de trabajar (PET) y la población económicamente activa (PEA). Este fenómeno puede suponer oportunidades para el crecimiento económico del país en los años venideros, sin embargo la economía hondureña se caracteriza por la existencia de un mercado laboral asociado a bajos ingresos, empleos temporales, empleos por hora, falta de generación de empleos de calidad y competitivos, baja productividad, economía informal con un impacto económico importante, falta de políticas de desarrollo urbano integral frente a la migración del campo a la ciudad, falta de oportunidades de capacitación, de educación, déficit de emprendurismo e innovación, que se traducen en desempleo abierto, subempleo y subempleo invisible.

La tasa de desempleo abierto en Honduras en el 2005, era de 4.8% de la población económicamente activa (PEA), siendo la del Distrito Central de 9.8% y la de San Pedro Sula de 6.1%. (INE. EPHPM. 2005). En el 2014, la población en edad de trabajar (PET) fué de 6,521,491(78.5% de la población nacional), sin embargo, la PEA fue de 3 655,099 (solo 44% de la población nacional) con una tasa de participación (PEA/PET) de 56% (73.6% para los hombres y 40.6 para mujeres). De los ocupados el 30% trabajaba en el sector de agricultura, el 25.3% en el comercio y el 15.5% en la industria. (INE, EPHPM, 2014)

La tasa de desempleo abierto (TDA) representaban el 5.3% de la PEA, siendo el problema de desempleo mayormente urbano ya que tanto en el Distrito Central como en San Pedro Sula exhibieron una tasa de 7.9 respectivamente, es decir mayor que la nacional, aunado al principal problema del mercado laboral que es el subempleo invisible, asociado a bajos ingresos con empleos de baja productividad y falta de cobertura de la seguridad social. En esta situación se encontraban 958,174 (27.7% de la PEA) a nivel nacional, en el Distrito Central de 19.8% y en San Pedro Sula de 19.1%.



Fuente No. 19. Figura Elaborada por Varela Martínez C. y Einar Hendal con datos de INE, EPHPM 2005-2014

La economía hondureña no ha logrado crecimiento importante que propicien condiciones adecuadas de empleo, sino que aumento del subempleo invisible. (Secretaría del Trabajo, República de Honduras, 2011)

En el 2014, de 348 pacientes con Tuberculosis del Distrito Central ,149 estaban desempleados, lo que equivale a 45.6% (IC 95% 40.3-51.0) y en San Pedro Sula, 213 de 541, es decir el 49.5% (IC95% 44.8-54.2) (Anexo 6, Cuadro No.2). Cerca de la mitad de estas personas cuyo promedio de edad era de 42 y 37 años respectivamente, no tenían trabajo y aunque tratamiento es gratuito, la estrategia TAES (Tratamiento acortado estrictamente supervisado) exige, salvo algunas excepciones, la movilización diaria del paciente al Centro de Salud, para obtener su tratamiento del día. Esto significa gasto de bolsillo de personas que en su mayoría son pobres.

En el Distrito Central, la ocupación más frecuentemente declarada por los pacientes fue la de amas de casa (8.9%), probablemente por la cuota de afectación de las mujeres, seguida por los vendedores (7.3%) y trabajadores de la salud (4.9%). En San Pedro Sula, los pacientes declaraban multiplicidad de ocupaciones, también amas de casa (7.2%), vendedores (4.4%), profesionales (4%) trabajadores de maquila (4.3%), trabajadores de salud (3.5%). (Varela-Martínez C *et al* 2016). (Anexo 6, Cuadro No. 2).

En un estudio realizado en el 2005, se encontró que 30% de los residentes de los Postgrados de Medicina, mayormente ubicados en el Hospital Escuela Universitario, el hospital de referencia nacional, con el mayor número de camas de Honduras, habían virado su prueba de tuberculina de estado negativo cuando iniciaron sus estudios a positivo al terminar los mismos (3 años). (Ferrufino, T., Varela-M C., 2005). En el año 2015 se realizó un pequeño estudio descriptivo en la Emergencia de Medicina Interna del mismo hospital y se encontró que el 30.5% de 72 personas sintomáticas respiratorias captadas en el turno matutino durante un periodo de tres meses tenían el esputo positivo, con el agravante que dicha Emergencia no ha establecido las medidas recomendadas para control de infecciones transmitidas por aire y la baciloscopía no es un examen considerado de Emergencia. (Álvarez Castillo, M.A., Caballero Cáceres X.A., Varela-Martínez, C.E., 2015). Es urgente llevar a cabo medidas de control de infecciones

trasmitidas por vía aérea en los hospitales y otros centros de salud a fin de disminuir el riesgo de personal de salud y de otros pacientes que acuden a los hospitales en demanda de salud

El dato de la ocupación (para el caso, operario de maquila, trabajador de salud) ofrece la posibilidad de reconocer ambientes labores de riesgo, hacer visitas de inspección para evaluar el riesgo ambiental que existe en el medio laboral (falta de ventilación e iluminación, distancia entre operarios), localizar a otros contactos de la persona enferma, con fines de evaluación y seguimiento. Además, ofrece la posibilidad de diseñar estrategias dirigidas para el control de infecciones, llevar a cabo capacitaciones orientadas al conocimiento de la tuberculosis, su diagnóstico y tratamiento, medidas de prevención, temas que combatan el estigma y discriminación, campañas antitabáquicas, y otras que promuevan una vida saludable.

6. Violencia Urbana y Cárceles

Honduras enfrenta altos niveles de criminalidad y violencia, con una de las tasas más altas en el mundo, en el 2005 la tasa de homicidio ascendió a 59.6 por 100 000 habitantes y aumento en el 2014 a 68.0/100 000 hab (UNAH, Observatorio de la violencia, 2007-2014).

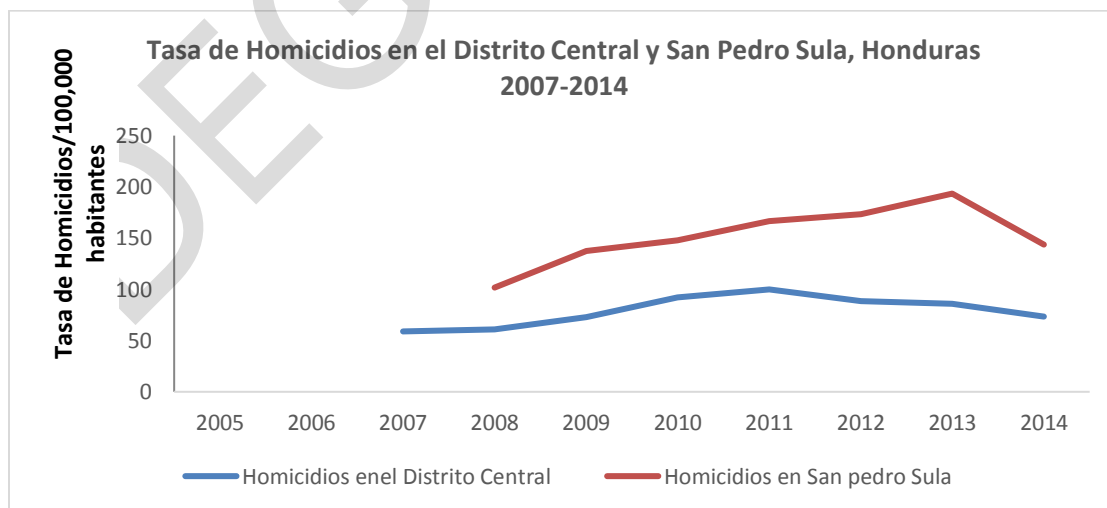


Figura No. 20. Elaborada y modificada por Varela-Martínez C y Henda E., con datos del Observatorio de la Violencia de la UNAH, 2007-2014. (Varela Martínez *et al*, 2016).

En el 2007, año en que se inicia la observación de la violencia en el Distrito Central, se documentó una tasa de 58.9 por cien mil habitantes, ascendiendo en el 2011 a 99.9 para posteriormente descender a 81.1 en el 2014. En San Pedro Sula, la **tasa anual** de homicidios por cada cien mil habitantes fue de 101.7 en el 2008, año en que inicio la documentación de la violencia en ese municipio, ascendió hasta 193 en el año 2013 para descender en el 2014 a 142/100 000 habitantes, tasa que sobrepasó la departamental y la nacional y que convirtió a San Pedro Sula en la ciudad, de más de 300,000 habitantes, más violenta del mundo. (Organización Seguridad, Paz y Justicia. México, 2015).

Se estima que los costos anuales de la violencia representaron alrededor del 9.6% del PIB del país. (Banco Mundial, 2011).

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC 2011), los homicidios están asociados con cuatro factores principales. Primero, los niveles de desarrollo humano, que incluyen crecimiento económico y equidad. Países con alto nivel de desarrollo suelen tener tasas de homicidios bajas y viceversa. Segundo, el Estado de derecho, allá donde el Estado de derecho es fuerte, las tasas de homicidios son bajas. Tercero, la disponibilidad de armas de fuego, problema grave en Latinoamérica, corroborado por el alto número de homicidios con armas de fuego (74%) frente a un promedio global del (42%). Cuarto, el tráfico ilícito de drogas y otras formas de delincuencia organizada transnacional. Los homicidios asociados a la actividad del crimen organizado en el hemisferio son cinco veces mayores que en Asia y diez veces mayores que en Europa (Gino, C., 2012).

Un aspecto importante en el control de la tuberculosis que está siendo afectado por la violencia es que ésta, además de empobrecer a las familias, la comunidad y el Estado, obstaculiza el acceso oportuno de las personas a los centros de salud, con el subsecuente retardo en el diagnóstico, la evaluación de los contactos por parte del personal de salud y al seguimiento del tratamiento a los pacientes (Souza F.B. et al: 2007; Díaz de Quijano, E., et al 2001).

La madre de un joven con TB del Barrio las Crucitas (Ciudad de Comayagüela, del Distrito Central, catalogado como barrio violento) nos refirió lo siguiente, en una entrevista:

“Aunque nos quede más lejos, tenemos que venir a este centro (Centro de Salud Alonso Suazo), porque mi muchacho no puede pasar por las calles para ir al Centro de Salud de las Crucitas. Los pandilleros lo tienen amenazado.”

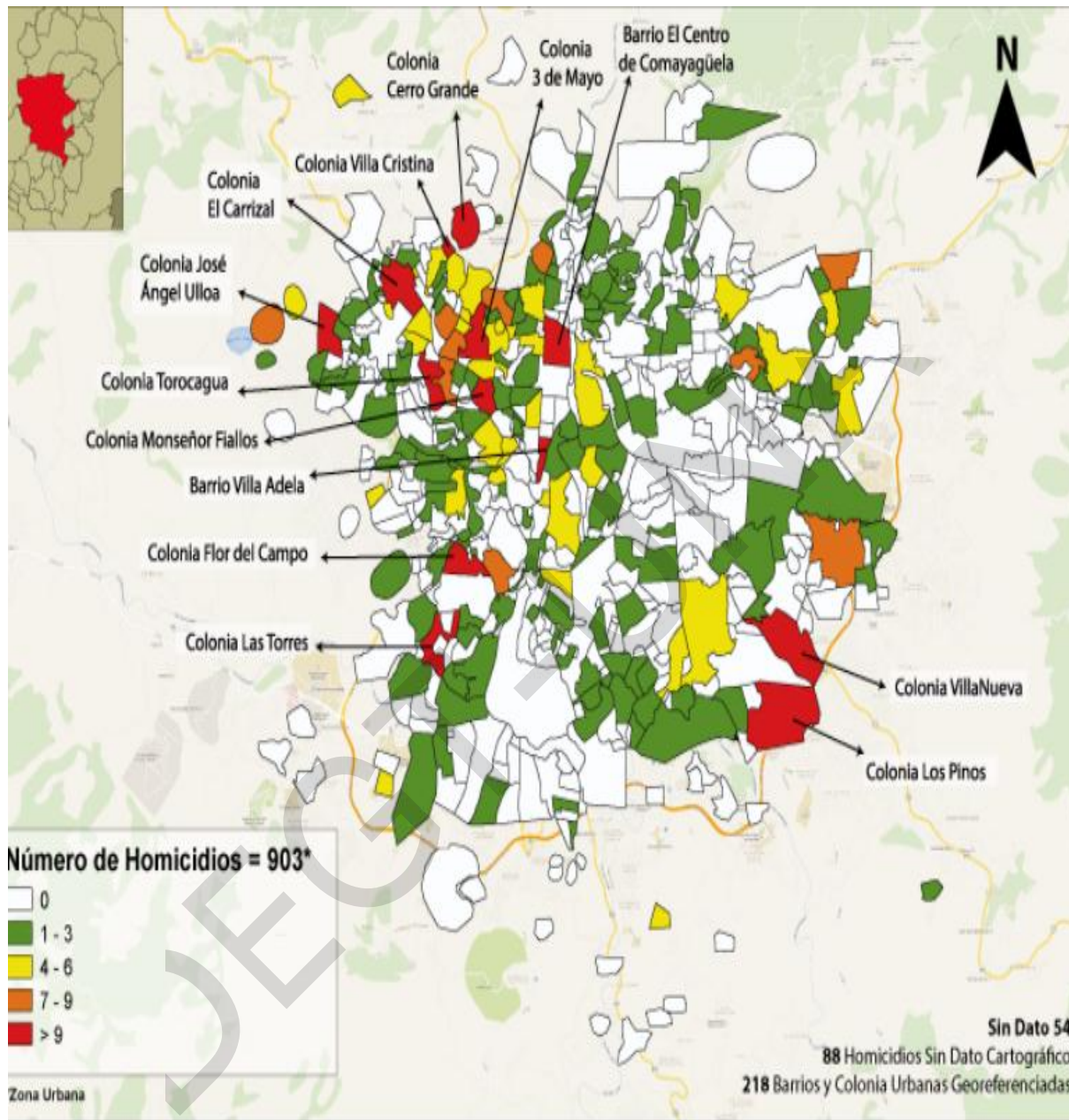
Los grupos focales de enfermeras entrevistadas en San Pedro Sula, del Centro de Salud Miguel Paz Barahona y de la Clínica Calpules del IHSS nos comentan al respecto:

“Es bien difícil para nosotras, (La mayoría del personal son mujeres), ir a entrevistar y dar seguimiento a los contactos. Cada día lo hacemos menos. Hay zonas por donde un paciente no puede pasar y tienen que acudir al hospital o a otro centro de salud...”,
“.....Hay zonas impenetrables”

Souza F.B. (2007), describe los problemas que enfrenta el personal de salud para localizar pacientes y sus contactos que viven en barrios violentos de Río de Janeiro, zonas que tienen sus propias reglas de comportamiento emanadas de grupos delictivos, pero también los problemas que surgen con la policía, de manera que el personal de salud tiene que desarrollar un alto sentido de persuasión, negociación y prudencia para lograr solventar los obstáculos en la aplicación de la estrategia TAES. En los mapas No. 3 y 4 se pueden ver las colonias o barrios con mayor número de homicidios, tanto del Distrito Central como de San Pedro Sula en el año 2014.

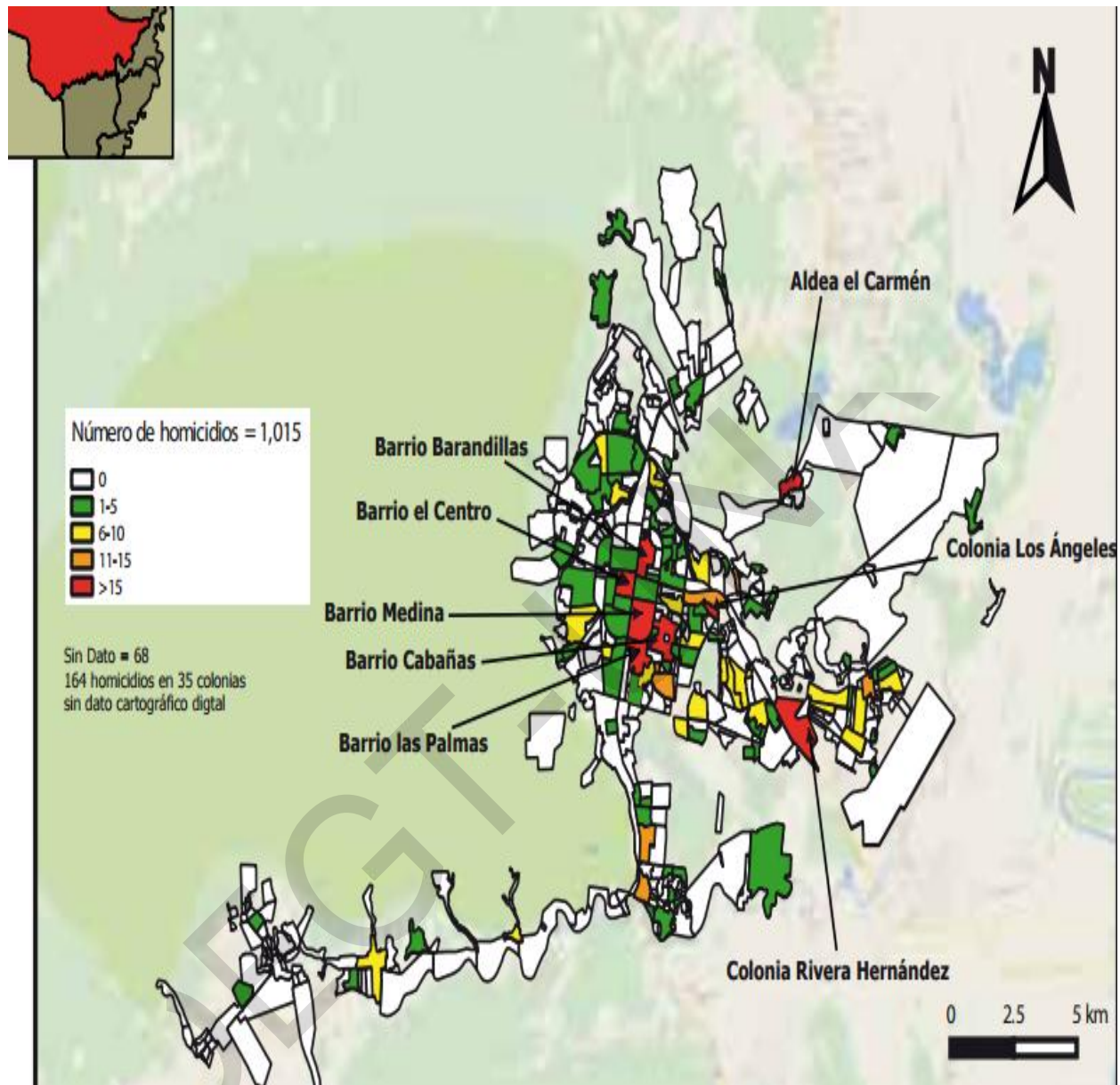
Siempre relacionado al tema de la violencia está el tema de las cárceles. El ambiente carcelario incrementa notablemente el número de casos de TB por las condiciones de hacinamiento e insalubridad. En el 2013 existían en Honduras 24 centros penales con una población penitenciaria que ascendía a 11,709. La Penitenciaría Nacional Dr. Marco Aurelio Soto de Tegucigalpa albergaba 2,844 privados de libertad, pero su capacidad solo para 2,500 con una sobreocupación de 13%. En San Pedro Sula la población privada de libertad ascendía a 2,216, con 800 plazas y sobreocupación de 177% (Comisión Internacional de derechos Humanos, 2013)

Muertes por homicidios según barrios y colonias del Distrito Central. Honduras, 2014.



Mapa. No. 3. Fuente: Dirección General de Medicina Forense / Policía Nacional / Observatorio Nacional de la Violencia - UNAH - Honduras Fuente Cartográfica: Topografía - UNAH.

Muertes por homicidios según barrios y colonias de San Pedro Sula, Honduras, 2014.



Mapa No. 4. Fuente: Dirección General de Medicina Forense / Policía Nacional/Observatorio Nacional de la Violencia - UNAH - Honduras Fuente Cartográfica: Topografía- UNAH.

El informe de la Comisión Internacional de los derechos Humanos (2013) declara lo siguiente respecto a las condiciones de los centros penales en Honduras:

“Con respecto a los centros de reclusión: la sobrepoblación y el hacinamiento; la falta de instalaciones físicas adecuadas y seguras; las condiciones deplorables de higiene y salubridad; la falta de provisión adecuada de alimentos y agua potable; la falta de asistencia médica adecuada; la escasez de programas de estudio y trabajo; la falta de separación de los internos por categorías” ...

El mismo informe enfatiza sobre el hacinamiento en los siguientes términos: *“El hacinamiento penitenciario ha sido una constante en Honduras durante la última década”*

“De acuerdo con la información suministrada por los Jueces de Ejecución Penal, la capacidad total de alojamiento de los 24 centros penitenciarios de Honduras es de 8,120 cupos para 11,727 reclusos/as, por lo que a nivel nacional existe un déficit de aproximadamente 3,600 plazas, esta cantidad equivale al 44% del total de cupos existentes”. Esta situación es aún más grave si se observa los niveles críticos de sobrepoblación que presentan algunos establecimientos penitenciarios, como, por ejemplo: el Centro Penal de El Progreso (230.83%), el Centro Penal de La Esperanza (212%), el Centro Penal de La Ceiba (180%), la Penitenciaría Nacional de San Pedro Sula (178%), y el Centro Penal de Santa Bárbara (175.71%). En términos absolutos, los peores déficits de cupos (o excedentes de internos) los tienen los siguientes cinco establecimientos: la Penitenciaría Nacional de San Pedro Sula (1,429), la Penitenciaría Nacional de Santa Rosa de Copán (363), la Penitenciaría Nacional Marco Aurelio Soto (353), la Penitenciaría Nacional de Juticalpa (335), y el Centro Penal de El Progreso (277)”.

En el 2014, el 3.8% de 348 pacientes TB en el Distrito Central y 9,2% de 541 de San Pedro Sula eran privados de libertad (Anexo No. 6, Cuadro No. 2) y residían en las condiciones descritas, lo que significa contagio no solo a los a otros privados de libertad sino también a los visitantes y a los trabajadores del centro penal. Los privados de libertad son un reconocido grupo de riesgo de TB. El PNT ha desarrollado una alianza

con las autoridades de Secretaria de Seguridad responsable hasta el 2014 de las cárceles, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, pero aún no se establecen medidas de control de la infección ni mejores condiciones salubridad, de higiene y en general de vida para los privados de libertad.

Tasa De Incidencia De Tuberculosis En Centros Penales (2007 - 2014)

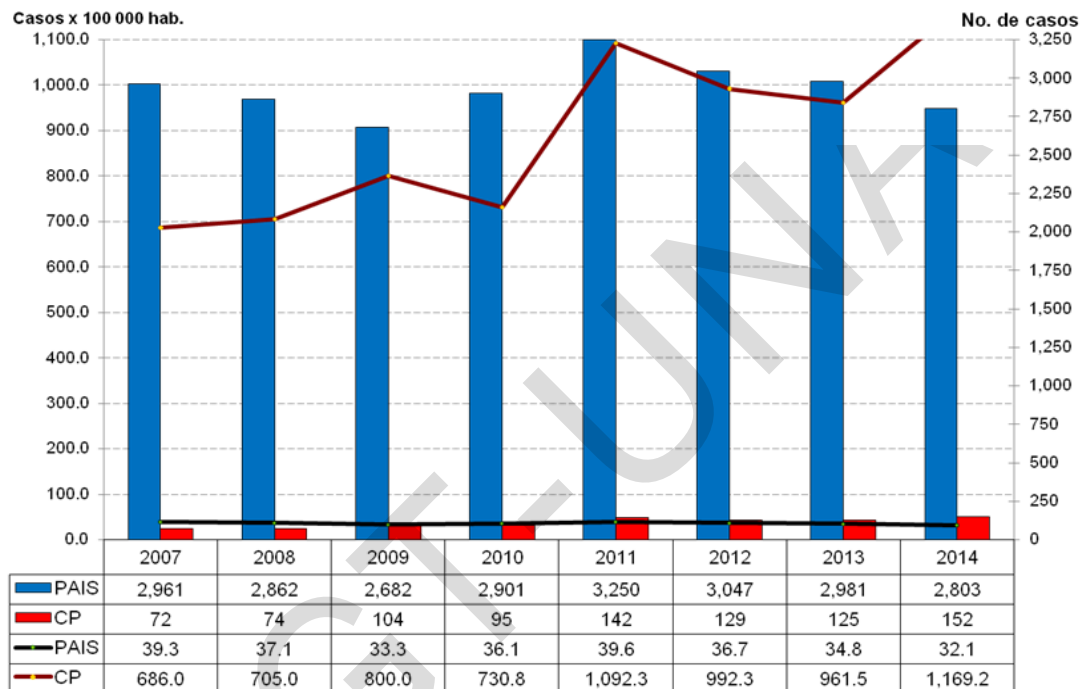


Figura No. 21. Fuente: Secretaria de Salud, Honduras. PNT. Monitoreo y evaluación del PNT. marzo 2015

Mientras la tasa nacional de TB era de 32.1/100,000 habitantes, la tasa de TB en los centros penales alcanzaba la escandalosa cifra de 1169/100,000 personas privadas de libertad (PPL). A nivel nacional el 1.3% de las personas con TB eran PPL, sin embargo, en el Distrito Central se triplicaba la cifra y en San Pedro Sula era 9 veces la nacional (Anexo No. 6, cuadro No. 2), evidenciándose la necesidad de establecer un programa permanente de control de infecciones particularmente de la TB y VIH.

7. El fenómeno de la migración

La globalización de la economía ha estimulado y permitido la migración internacional principalmente hacia países industrializados o polos de desarrollo, en la que las personas buscan mejores oportunidades y condiciones de vida y/o huyen de situaciones de conflicto y violencia. La migración es una de las variables fundamentales del aspecto demográfico de un país. Esta variable es actualmente incluida en la formulación de políticas públicas, debido, por una parte, a la migración del campo a la ciudad o la migración de los países en vías de desarrollo a los países industrializados y por la otra, los efectos colaterales que suscitan las migraciones internas como externas. Se estima que cerca de 20 millones de habitantes de países de Latinoamérica y el Caribe han migrado a otro país. Las personas de la región latinoamericana migran especialmente a los Estados Unidos de América, España y Canadá. La mayoría de los migrantes en Estados Unidos provienen de México y Centroamérica. (INE, Migraciones y Remesas Internacionales, 2006).

En Honduras la emigración creció paulatinamente a partir de la destrucción producida en el país por el huracán Mitch en 1998. Desde el 2003 al 2013 han emigrado de Honduras al extranjero 126,425 personas, principalmente de áreas urbanas de Cortes (14,637) y Francisco Morazán (17,852) con destinos más frecuentes hacia a los Estados Unidos, España, México, Canadá y otros países centroamericanos. (INE, XVII Censo de Población y VI de Vivienda, 2013).

Según la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS) del 2012, la población de origen hondureño viviendo en Estados Unidos ascendía a 774,866 personas de las cuales habían nacido en Honduras 547,903. La tasa de emigración neta (emigrantes-inmigrantes/1000 habitantes) fue en 2005 de -1.95 y en 2014 de -1.18 (Indexmundi. Honduras, 2016).

Los factores que influyen en la emigración son múltiples: la presión demográfica, la pobreza, desempleo, crisis económicas o políticas, violencia, presiones de grupos de asociación ilícita, narcotráfico, desastres naturales etc. Muchos de los intentos

migratorios son bloqueados en el trayecto por México y Guatemala. Se estima que en los últimos 14 años han sido deportados 658,884 hondureños. (Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la UNAH)

Según datos recopilado por el Centro de Atención al Migrante Retornado (CAMR) y Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF) entre el 2013 y 2014 retornaron 79,220 hondureños. (CENISS) Centro Nacional de Información del Sector Social, 2015)

Uno de esos efectos colaterales de la migración es la posibilidad de transmisión de enfermedades. Los migrantes son más vulnerables a enfermar por TB debido a múltiples factores: las condiciones a que están expuestos (cambios bruscos de clima, hacinamiento, mala alimentación, desgaste físico y síquico, diversos accidentes, tráfico y trata de blancas, violaciones, uso de drogas) hacen que sean vulnerables a diferentes enfermedades como VIH, TB pulmonar, infecciones de transmisión sexual, entre otras. En un estudio realizado sobre la TB en migrantes retornados, que describe el perfil de la enfermedad en pacientes deportados de Estados Unidos en el periodo 2006-2007, los casos de TB en el 2006 fueron 82, equivalente al 2.5% del total de TB notificados a nivel nacional y el 0.3% de los 24,643 repatriados ese año. En el 2007 se recibieron 116 pacientes, equivalentes al 3.9% del total de pacientes TB a nivel nacional y 0.4% de los 19,348 deportados ese año. El 90% de los casos eran hombres, entre 26-35 años de edad (Rodríguez K., Varela-Martínez C. 2007). En la figura No. 22 se puede observar la tasa de TB entre los migrantes la cual muestra amplias variaciones, en el 2013 fue de 91.3/100,000 deportados, 2.6 veces la tasa nacional.

Tasa de Incidencia de Tuberculosis en Población Migrante (2005–2013)

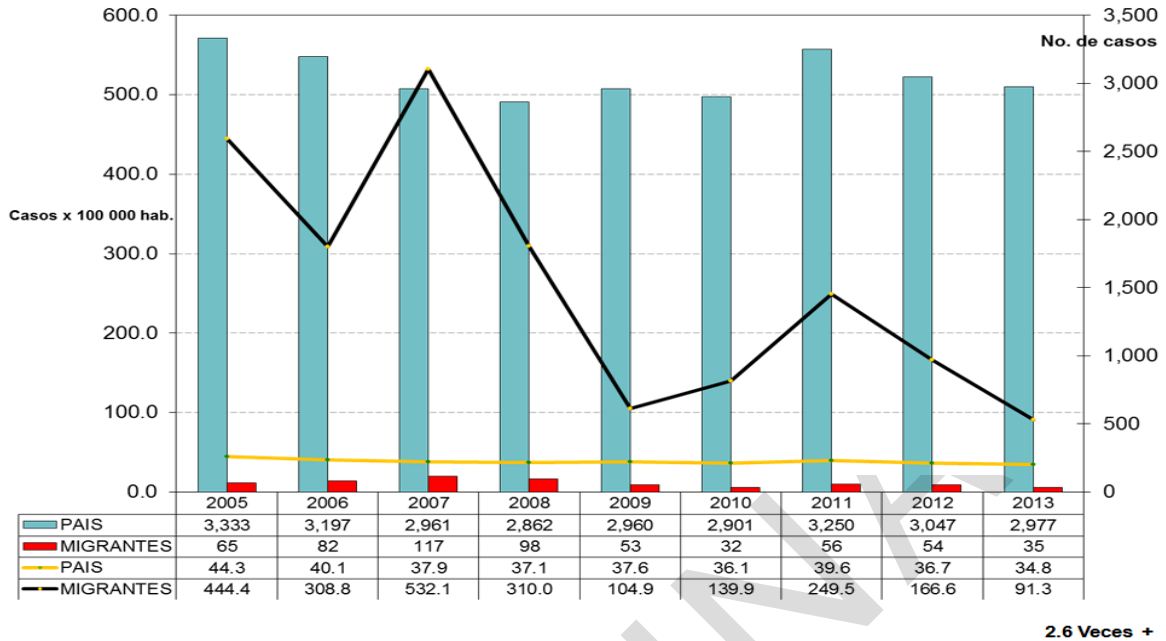


Figura No. 22. Secretaria de Salud. PNT. Tasa de incidencia de TB entre migrantes 2005-2013.

La TB y TB multidrogoresistente (TBMDR) entre los migrantes son objeto de preocupación ya que en la ruta hacia Estados Unidos se atraviesa por países como Guatemala que presenta un importante problema de TBMDR.

Del total de personas diagnosticadas de tuberculosis en el Distrito Central en el 2014, eran migrantes 10 (3.0% (IC95% 1.6-5.4)) y en San Pedro Sula 11 de los 541 ((2.0 % (IC95%1.1-3.6)). (Varela-Martínez C., *et al* 2016) sin embargo un grupo focal del IHSS de San Pedro Sula comenta:

“La migración interna de los trabajadores de la maquila en San Pedro Sula es mucho más alta que la migración a otros países. En la maquila hay trabajadores que laboran 4X4 (los trabajadores laboran 4 días 12 horas diarias permaneciendo en las cercanías del área de trabajo y viviendo en condiciones muy precarias muchas veces y otros 4 días se van a su residencia en lugares aledaños). Cuando se les diagnostica TB puede ser que sean agregados como caso por conveniencia

al centro de salud de San Pedro Sula, pero su residencia es en zonas aledaña. El problema está en que la ficha de notificación, el migrante es el que ha cambiado de residencia en los últimos 6 meses. La movilidad es mucha y el estudio de contactos difícil”

8. Desarrollo Humano Sostenible e Índice de Desarrollo Humano

El desarrollo humano trata sobre la ampliación de las libertades humanas, a fin de que cada persona pueda desplegar sus potencialidades que lo lleven a superar de manera progresiva y consciente todo tipo de determinismos sean estos naturales o sociales. Se trata de contar con un conjunto de capacidades y oportunidades que contribuyan a garantizar un nivel de vida digno, sin embargo, las personas estarán restringidas en su posibilidad de hacer uso de esa libertad si son pobres, están enfermas, o enfrentan otro tipo de restricciones como la falta de educación (PNUD, 2010).

El IDH es un índice compuesto que conjuga la medida de tres variables, ingreso, educación y expectativa de vida, para dar cuenta de los progresos o retrocesos en materia de desarrollo humano a nivel nacional. En un estudio de las determinantes sociales en 134 países se encontró que los que tenían alto IDH, baja mortalidad infantil y mejor acceso a servicios de salud tenían mejores tendencias en la declinación de la incidencia de TB (Dye, C., Lönnroth, K. Jaramillo, E., Williams, B.G. & Raviglione, M., 2009).

En el período 2005-2014 Honduras pasó de ser un país con IDH bajo, al grupo de países con IDH medio, donde se encuentra el triángulo norte de Centroamérica (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua). En el 2005 Honduras alcanzó un IDH de 0.580, siendo la expectativa de vida de 71.5 años, el promedio de años escolares de 4.7 y el ingreso per cápita de \$3 952.

Según el informe sobre Desarrollo Humano de PNUD del 2015 (PNUD, 2015 IDH), que contiene datos del 2014, Honduras ocupa la posición 131 de 188 países con un IDH de 0.606. La expectativa de vida aumentó casi dos años (73.1 años), el promedio de años escolares 5.5 y el ingreso per cápita de \$3,938. Llama la atención la evolución histórica

del índice, la cual muestra que en el año 1990 Honduras tenía un IDH de 0.507 situando al país en el grupo de países con bajo desarrollo, en los años siguientes se observa aumento del IDH a 0.557 en el año 2000, en el 2010 un IDH de 0.610 pero a partir del 2011 se observa una disminución del índice llegando a 0.604 en el 2013 y mostrando un leve aumento en el 2014 con IDH de 0.606 siendo el crecimiento anual del quinquenio 2010-2014 negativo de -0.16.(PNUD, IDH 1990-2014). Datos desagregados del IDH para las ciudades y otros municipios solo se cuenta para los años 2005, 2007 y 2009 (PNUD, 2008/2009) siendo para Tegucigalpa en el 2005 de 0.785 aumentando en el 2007 a 0.794 y disminuyendo en el 2009 a 0.787. Para San Pedro Sula las tres mediciones fueron inferiores a las de Tegucigalpa, en el 2005 el IDH fue de 0.768, también aumento en el 2007 a 0.780 y volvió a disminuir en el 2009 a 0.768 (Figura No. 23).

La tuberculosis es probablemente el ejemplo histórico por excelencia de la conexión entre enfermedad y determinantes sociales, en particular en lo que se refiere a cada uno de los indicadores que evalúa el IDH. Sin embargo, el IDH como tal, no destaca las desigualdades internas de un país, o en una ciudad, tampoco la seguridad humana ni el empoderamiento. Actualmente el IDH es ajustado a desigualdad y el de Honduras cae a 0.412, el más bajo de Centroamérica, lo que da información del alto grado de inequidad existente.

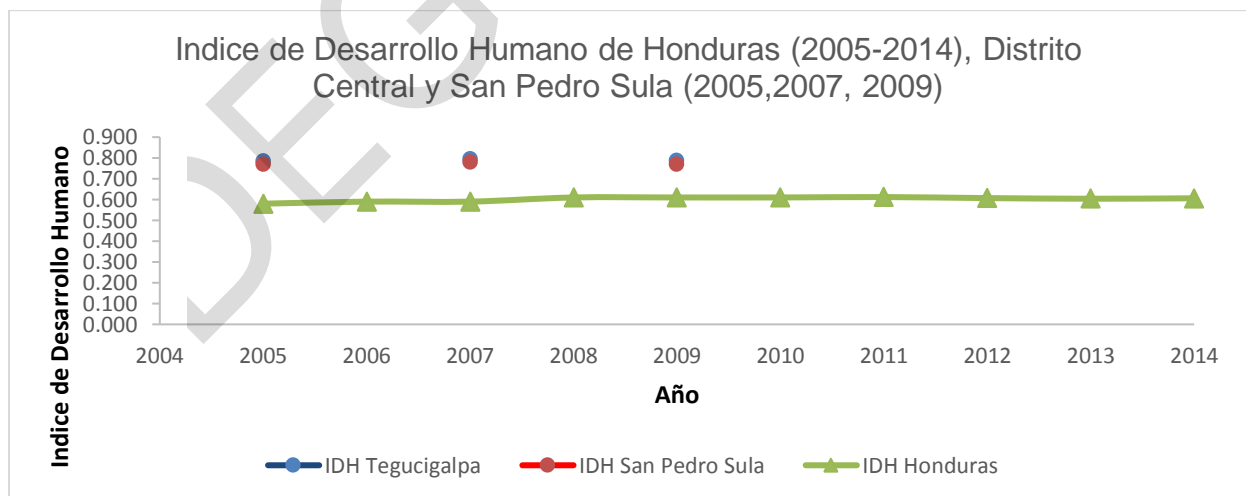


Figura No. 23. Elaborada por Varela-Martínez C, con datos del PNUD y Reporte PNUD Honduras 2007 y 2009, 2011, 2015.

9. La Coinfección TB/VIH

En 1981 el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos, anunciaba la aparición concomitante en Nueva York y California de una serie de casos, con patologías que ocurrían solamente en personas inmunodeprimidas, el Sarcoma de Kaposi y la Neumonía por *Neumocistis carini* en jóvenes varones generalmente homosexuales y/o heroinómanos. Estas observaciones dieron cabida a considerar el problema como un síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) posiblemente relacionado a un “estilo de vida”; sin embargo posteriormente, se agregó a la casuística un grupo de haitianos que no eran ni homosexuales ni heroinómanos y de personas con hemofilia, todos ellos fueron considerados como “grupos de riesgo”, el de las 4H, al que se agregó una quinta H, el de las trabajadoras sexuales. En 1983 Lac Mountagnier del Instituto Pasteur en Francia descubrió el VIH como causante de la inmunosupresión y un año después es confirmado por Robert Gallo del Instituto Nacional de de Cancerología de Bethesda Estados Unidos) (Arrizabalaga, J. 1996).

“Grmek definió enfáticamente este tercer retrovirus como un germen «diabólico, maligno en todos los sentidos del término, que empieza alterando las defensas inmunitarias del organismo, luego desorganiza su policía interna, después perturba de rebote las relaciones sexuales y, finalmente, las relaciones sociales de una manera inédita, más sutil y más insidiosa que la lepra medieval, la sífilis del renacimiento o la tuberculosis del comienzo de la civilización de las máquinas»

“....Así mismo, de manera interesante “La redefinición del sida como enfermedad causada por un microorganismo específico supuso, al igual que ocurrió a finales del siglo XIX y comienzos del XX, tras la formulación de la teoría bacteriológica de las enfermedades infecciosas, una apreciable pérdida de vitalidad de su concepción como enfermedad social, conductual y multifactorial y, consecuentemente, un severo descenso del interés por los estudios epidemiológicos sobre la misma” (Arrizabalaga, J. 1996).

En los años posteriores se desencadenó una gran epidemia del Sida a causa del VIH que afectó mayoritariamente a jóvenes, especialmente en el continente africano. A finales de 2014, 36,9 (34,3-41,4) millones de personas vivían con el VIH (OMS, Diez datos sobre VIH, 2014) y murieron 1,2 (980,000-1,6) millones, la cuarta parte de ellos de TB.

El virus del VIH produce muerte de las principales líneas de defensa natural contra la tuberculosis, como lo son las células CD4 y los macrófagos. El riesgo anual de padecer de tuberculosis en una persona **no** infectada es de 10% durante **toda** su vida, en cambio, la persona viviendo con VIH, tiene ese mismo riesgo, pero anualmente, convirtiéndose, en el grupo de riesgo más importante de contraer tuberculosis. Este término de “grupo de riesgo”, ampliamente usado en la comunidad médica, ha sido rechazado por muchos en el contexto del VIH, debido a considerarse que conlleva un componente estigmatizador y discriminatorio y en cambio en los PVVIH el concepto de actividad de alto riesgo, es más aceptado.

El factor de riesgo más importante para desarrollar TB es el VIH (Farga, V., Caminero, J.A., 2011). Las personas doblemente infectadas tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de llegar a padecer tuberculosis activa que quienes no están infectadas por el VIH. En 2014, la tercera parte de las personas infectadas por el VIH en todo el mundo estaban infectadas también con el bacilo tuberculoso (OMS. Tuberculosis. Nota descriptiva 104, 2016) siendo la TB, la causa más frecuente de muerte de las personas viviendo con VIH (PVVIH).

En Honduras, el primer caso de VIH/Sida fue diagnosticado en 1985 por el Dr. Tito Alvarado, infectólogo, en un profesional de la salud de la zona norte del país, quien adolecía además de TB. Desde entonces el número de casos fue en ascenso siendo la tasa acumulada de pacientes con VIH para el 2012 de 31,056 (ONUSIDA, 2013). Para el año 2014 la prevalencia estimada de VIH en Honduras era de 0.5%. (OPS, VIH, 2016). La epidemia se concentra en zonas urbanas especialmente en la costa norte del país. El perfil es de una epidemia compuesta, concentrada en poblaciones vulnerables como son las mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y con una alta

prevalencia en la población garífuna. El grupo poblacional más afectado es el de 20 a 39 años de edad con un 66% de los casos y con un patrón de transmisión principalmente sexual, con una razón hombre/mujer de 1.1:1 (ONUSIDA, 2013). De esta manera, ocurre el fenómeno tan temido de la coincidencia de las dos enfermedades, tuberculosis y VIH, en las mismas zonas geográficas y grupos étnico (Farga, V., Caminero, J.A., 2011).

En el periodo 2005-2014 ambas regiones sanitarias, fueron incrementando paulatinamente la realización del test de VIH a todo paciente con TB, como parte de la estrategia para el abordaje de la coinfección (Figura No. 24). El porcentaje promedio acumulado de pacientes TB examinados por VIH en el Distrito Central en el período 2005-2014 fue de 69.9% (IC95% 49.1-90.7) de quienes resultaron positivos por VIH el 11.5% (IC95% 8.4-14.7). En San Pedro Sula el promedio acumulado de pacientes examinados por VIH fue de 76.4% (IC 95% 68.5-84.3), resultando positivo 8.0% (IC95% 6.8-9.1).

Porcentaje de exámenes positivos entre personas con tuberculosis del Distrito Central y de San Pedro Sula, Honduras. 2005-2014.

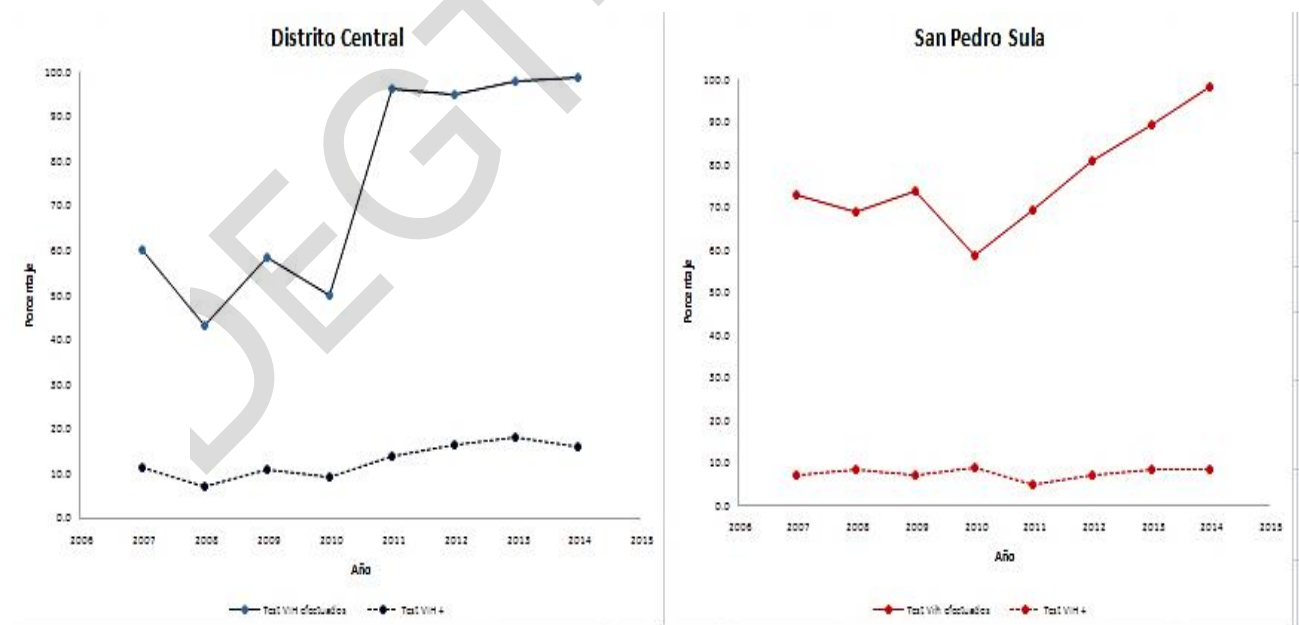


Figura No. 24. Elaborada por Varela-Martínez C. con datos del PNT, Secretaría de Salud, Honduras

Honduras reconoce como problemas de Salud Pública, ambas enfermedades por lo que su control se encuentre priorizado en el Plan Nacional de Salud 2006-2021.

10. El estilo de vida como determinante de salud

De acuerdo a la propuesta Laframboise-Lalonde, los estilos de vida son condicionantes de la salud o de enfermedad, lo que confiere protagonismo a los individuos y las comunidades en el cuidado de su salud (Laframboise HL, 1973 Lalonde 1974). Comportamientos tales como el tabaquismo, alcoholismo o consumo de drogas son relacionados como factores causales y/o de riesgo de TB y TB drogoresistente (OMS, 2017, Alcoholismo) por la tendencia a retraso en el diagnóstico y abandonos frecuentes al tratamiento antituberculoso, además de condicionar efectos en la respuesta inmune de defensa y agregar comorbilidades (hepatopatías, neumopatías) que pueden a su vez alterar el curso y respuesta al tratamiento. En el Anexo 6, Cuadro 2, se observa el peso del alcoholismo, drogadicción en los pacientes TB, en el año 2014, destacándose el alto porcentaje de alcoholismo en los residentes del Distrito Central ((12.8% (9.6-16.7)) y en San Pedro Sula (3.9% (2.4-6.6)); y la drogadicción (Distrito Central 4.5% (IC95% 2.7-7.3) y San Pedro Sula 6.4% (IC 95% 4.9-7.8). Es probable que exista los datos obtenidos sobre alcoholismo y especialmente sobre drogadicción estén subregistrados y que los pacientes nieguen o subvaloren esa condición. El personal de salud considera los mismo más que como comorbilidad, como hábitos.

E. El contexto administrativo del Sistema de Salud

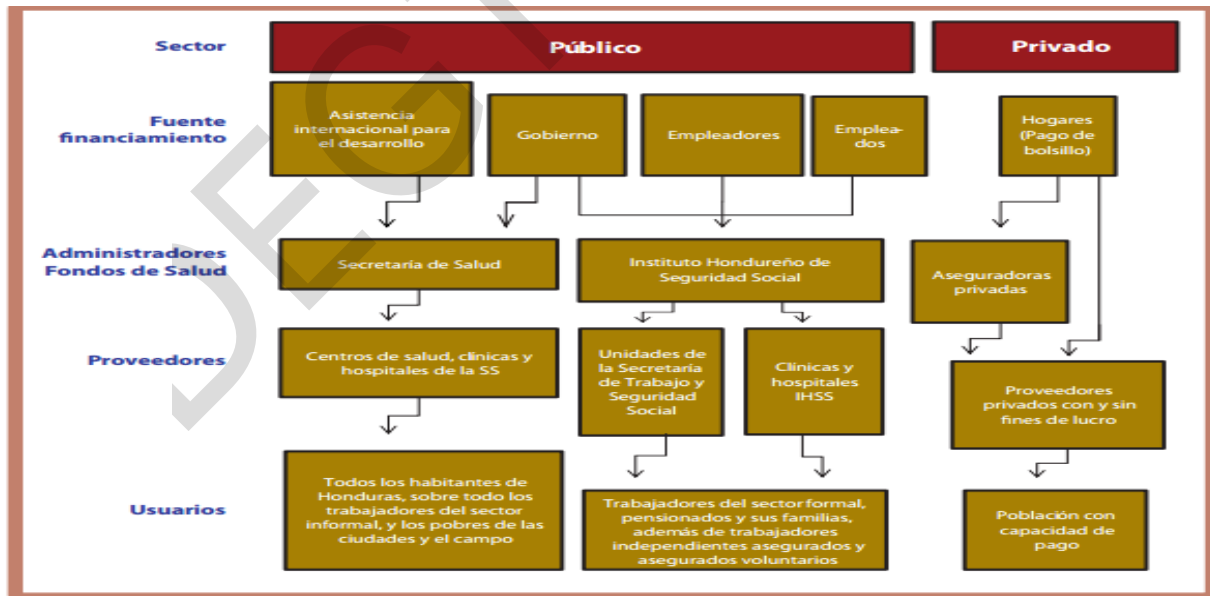
De acuerdo con la definición de la OMS, el sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones dirigidas al mejoramiento, promoción, prevención y rehabilitación de la salud. El Sistema de salud está conformado por: el gobierno, el personal de atención de salud, la población, agentes financieros, organizaciones comunitarias y locales y proveedores de servicios.

El Sistema de Salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.

La Constitución de la República y el Código de Salud le otorgan el rol rector del sector de salud a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, sin embargo, históricamente ha sido, además, la principal proveedora de servicios de atención a la demanda de salud de la población del país, con una cobertura que apenas alcanza al 60% de la población.

El actual sistema de salud hondureño es fraccionado, desintegrado, con un sistema de información, regulación, monitoreo y supervisión débiles, por lo cual se generan problemas de duplicidad de proyectos y de subsidios, acciones y gastos ineficientes, falta de planificación basada en evidencia, poca pertinencia de proyectos por falta de análisis de los datos con que se cuenta, falta de seguimiento a los procesos. La gestión de los servicios de salud es centralizada, aunque se ha iniciado un proceso de descentralización.

Cuadro sinoptico del Sistema de Salud Hondureño(PNUD, IDH 2011)



Fuente: Basado en Bermúdez-Madrid (2011).

Figura No .25. Cuadro tomado de PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2011.

administrativa (Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud 2006-2021) que ha iniciado, desarticulando y reubicando al personal del nivel Central de los Programas. Varios hospitales como el Hospital Escuela Universitario (Administrado por la UNAH), el Hospital de San Lorenzo (Administrado por la Fundación pro apoyo del Hospital San Lorenzo) y otros han pasado a ser administrados por otras instituciones ajenas a la Secretaría de Salud.

El modelo de atención sigue enfocado casi exclusivamente a la atención del daño y esto es especialmente claro en el caso de la TB (la estrategia TAES se basa precisamente en la atención al afectado, en la detección de pacientes por medio de baciloscopia, tratamiento combinado estrictamente supervisado de los pacientes y seguimiento de la cohorte), donde la estrategia TAES, ha logrado reducir la mortalidad curando casos, disminuir la tasa de incidencia, la que declina a ritmos lentos de 1.5% anual; sin embargo los retos de la acelerada urbanización de nuestras poblaciones, con toda la problemática social y económica que incide en las condiciones de salud del ciudadano, que exige la aplicación de un modelo de atención más integral, que contemple la presencia de programas intersectoriales para la prevención de enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación. Este enfoque es contemplado en la Reforma del Sector Salud y Modelo de Salud de la Reforma, pero existe seria preocupación de parte de muchos sectores y de los gremios, debido a la aprobación de la Ley Marco de Protección Social y la nueva ley de Seguridad Social. La mencionada Ley es similar a la aplicada en la década de los noventa en Colombia, cuyo efecto en los programas de atención a diversas patologías entre ellas la de control de la TB, mostro efectos negativos para la salud pública, por ejemplo lo ocurrido con el manejo de la TB, donde por efecto de la aplicación de dicha ley, las tasas de detección y de curación se han reducido. (Fontalvo-Rivera D., 2014)

1. Sector público

La provisión de servicios hospitalarios y ambulatorios está a cargo tanto de la Secretaría de Salud, que presta servicios a la población no asegurada y en su mayoría de escasos recursos económicos, como del IHSS, que atiende a la población asegurada. Ambos

servicios se concentran en los mismos lugares del país, pero con escasa articulación y comunicación (Secretaría de Salud, Plan nacional de Salud, 2006).

a) La Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud cubre el 60% de la población, el IHSS un 18%, el sector privado un 5% y el restante 17%, no tiene acceso a ningún servicio de salud.

La Secretaría actualmente tiene una nueva organización del nivel central, rector o de conducción (Anexo No. 7), con dos viceministerios de quienes dependen las Direcciones de Normalización, de Vigilancia del Marco Normativo, Desarrollo de Personal, Dirección de Servicios Integrados de Salud, Hospitales. Además de varias unidades estratégicas de apoyo a la gestión, entre las que se encuentra la Unidad de Gestión de la Información y la de Medicamentos.

En Honduras, existen 110 hospitales a nivel nacional, 28 son públicos y 82 privados. De los 28 hospitales públicos, 6 son nacionales (dos hospitales psiquiátricos, un hospital materno infantil, un hospital de especialidad cardiopulmonar (INCP), antes el Instituto Nacional del Tórax (INT), y 2 hospitales generales. Cinco de los hospitales nacionales están ubicados en el Distrito Central y 1 en San Pedro Sula. La unidad operativa básica de atención está constituida por los CESAR (Centro de salud rural atendido por enfermeras capacitadas) de los cuales hay a nivel nacional 1082 y los CESAMO (Centro de salud Médico Odontológico) que ascienden a 440. (Banco Central de Honduras, Honduras en cifras, 2014). Los niveles de atención de acuerdo al reordenamiento organizacional se presentan en el anexo 8.

En el 2014, se habían colegiados 9 679 médicos de los cuales 33% eran especialistas. Los médicos, particularmente los especialistas se concentran en las ciudades, la mayoría prestando servicios en instituciones públicas y en el sector privado, mientras que los médicos generales muestran un importante problema de desempleo. Las enfermeras auxiliares representan el recurso más numeroso que presta servicios en las instituciones de salud pública y que son las que manejan el nivel local (CESAR). El diagnóstico, tratamiento, seguimiento y reporte de los pacientes con TB lo llevan a cabo precisamente

enfermeras auxiliares. Recae también en las enfermeras la tarea de recolección de los datos que constituyen la fuente de información primaria que alimenta el sistema de información estadística de la Secretaría de Salud. Generalmente las enfermeras también atienden actividades de otros programas.

El número de atenciones brindadas por el sistema de salud público en el 2014 fue de 10, 293,689 consultas a nivel nacional, de las cuales el 66.6% fue a mayores de 15 años. De las atenciones nacionales el 29.5% son otorgadas a nivel hospitalario, 39.1% a nivel de CESAMO y 28.7% en los CESAR.

La red de laboratorios del sistema público, permite diagnóstico de la tuberculosis a través de baciloscopia. De 191 laboratorios que existen a nivel nacional, 27 de ellos están ubicados en el DC y 7 en San Pedro Sula, realizan cultivo de micobacterias 11 laboratorios, 2 de ellos ubicados en los hospitales nacionales de las regiones metropolitanas, y realiza cultivo, identificación y sensibilidad a drogas, solamente el Laboratorio Nacional de Referencia ubicado en el Distrito Central. Además, se han implementado 3 equipos de diagnóstico molecular a través del Gene-Xpert TB/RIF; ubicados, en el LNRTB; en el Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP) y en el laboratorio regional de Cortés por su alta carga de TB sensible, TB-MDR Y TB-VIH (Secretaría de Salud, PENTB 2016-2020) (Anexo No. 9).

El Distrito Central cuenta, para la atención del paciente sospechoso de TB, (Sintomático Respiratorio), con cinco hospitales nacionales, 3 CliPer (Clínicas periférica de emergencia), 26 CESAMO, 34 CESAR, donde laboran con nombramiento 366 enfermeras, (3.1/10,000 habitantes) (INE, 2013), siendo las recomendaciones internacionales para un buen funcionamiento del programa de control de la TB, la presencia de 40 enfermeras/10,000 habitantes. Respecto a médicos con nombramiento permanente el Distrito Central cuenta con 165 para una tasa de 1.4/10,000 habitantes. Existen 7 Centros de Atención Integral de los PVVIH, que implementan junto con el personal del PNT, la estrategia para el abordaje de la coinfección TB/VIH.

El diagnóstico microbiológico de la TB es llevado a cabo en el Distrito Central por 6 microbiólogos y técnicos distribuidos en 27 laboratorios, quienes son los encargados de realizar las baciloscopías (1 para 45,100 habitantes) lo cual se considera adecuado. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni (2014).

San Pedro Sula, a pesar de ser el municipio con mayor carga de TB, está en desventaja en cuanto a existencia de Centros de Salud, laboratorios y personal de salud y así lo manifiestan en la entrevista a grupos focales:

“la situación del personal de salud es grave, muy grave; trabajamos con personas que hacen el servicio social y esto significa mucha rotación de personal, además, una ciudad como ésta, debería tener personal atendiendo la población no solo seis horas en la mañana, sino atención por lo menos hasta las 7 de la noche en los centros de salud.”

En San Pedro Sula hay un hospital nacional y 34 Unidades de Salud (INE 2013), con 89 enfermeras con nombramiento para una tasa de 1.2/10,000 habitantes, 42 médicos para una tasa de 0.6/10,000 habitantes. Para el manejo de la coinfección funcionan 8 Centros de atención integral de los PVVIH. Respecto al diagnóstico microbiológico, existen solamente 6 laboratorios, de los cuales 1 hace cultivo de esputo por micobacterias. Recientemente se ha dotado al Hospital Mario Catarino Rivas de un aparato para el diagnóstico molecular rápido de la TB (Gen Xpert).

La oferta de servicios de atención a la salud entre los dos municipios es claramente desigual, siendo evidente que San Pedro Sula requiere de mayor inversión al respecto.

b) El Instituto Hondureño de Seguridad Social

Por su parte, el IHSS tiene 819,227 beneficiarios de su sistema (BCH, Honduras en cifras 2014) de los cuales se encuentran en el Distrito Central 334,682 (40.8%) y 211,585 (25.8%) en San Pedro Sula.

El IHSS dispone de dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y en el distrito central, siete Clínicas periféricas, cuatro en Tegucigalpa y 3 en San Pedro Sula, un Centro odontológico, dos Centros de Medicina Física y Rehabilitación y un Centro para el adulto mayor. El IHSS, ha extendido su cobertura a 18 ciudades. (Secretaría de Salud, 2006) a través de la terciarización.

Tanto en el Distrito Central como en San Pedro Sula, las actividades de diagnóstico y tratamiento, resultados de tratamiento de la cohorte y control de contactos que realiza el IHSS se hace siguiendo la normativa nacional y son informados al Programa Regional de control de la Enfermedad.

Los servicios cubiertos por el IHSS son: enfermedad, accidente no profesional y maternidad; accidentes de trabajo y enfermedad profesional; vejez, invalidez y muerte; subsidios de familia, viudez y orfandad.

c) Participación comunitaria

En los últimos años, la Secretaría de Salud ha promovido la política de incentivar la participación activa de la comunidad, para fortalecer el autocuidado, prevenir riesgo de enfermedades y promover estilos de vida saludable. A nivel hospitalario, se han constituido Comités de apoyo, como asociaciones apolíticas sin fines de lucro con personería jurídica, que agrupan en su seno a personas naturales y personas jurídicas nacionales y extranjeras del sector público y privado. El propósito es el mejoramiento de la estructura física, mantenimiento del equipo y realizar auditorías sociales. (Secretaría de Salud, Plan de Salud, 2006)

También a nivel comunitario, a través de Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPD), Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Comités de Desarrollo Municipal (CODEM), Comités de Desarrollo Local (CODEL), Comités y Patronatos comunales, juntas administradoras de agua, y otros mecanismos. La participación de estructuras locales de carácter voluntario como guardianes de salud, parteras empíricas capacitadas, representantes de salud y colaboradores voluntarios (COLVOL), algunos

organizados en Comités de Salud locales, han tenido una participación activa en la implementación de varias estrategias de salud a nivel de sus comunidades.

Los pacientes con tuberculosis no han logrado consolidarse como una fuerza organizada, como ha sucedido con el grupo de personas con VIH, probablemente porque la enfermedad se cura, el apoyo internacional a esta iniciativa no es tan fuerte, el estigma y la discriminación son históricos, persisten y a pesar de ello no existe un plan de abogacía, comunicación y movilización social que defienda los intereses de los pacientes y del Programa respecto a esta problemática.

d) El diagnóstico de la Tuberculosis.

El diagnóstico de la TB en Honduras, sigue las recomendaciones internacionales (WHO 2009, Secretaria de Salud de Honduras 2012). Se basa en la detección pasiva (búsqueda entre los pacientes que demandan atención en la Unidades de Salud, independientemente de la causa) del sintomático respiratorio (SR), persona con tos productiva y expectoración de más de 15 días de evolución. Únicamente los contactos de los pacientes TB son investigados activamente y se buscan en la comunidad para su evaluación. Esta actividad de seguimiento en las comunidades se ha visto entorpecida por efecto de la violencia que priva tanto en el Distrito Central como en San Pedro Sula. Las enfermeras buscan superar este obstáculo por medio de la educación individual y comunicación con los pacientes solicitándoles la comparecencia de sus contactos al centro de salud para su evaluación, cuando anteriormente hacían visitas a los domicilios de los pacientes. El medio telefónico también es de mucho apoyo para la comunicación con los pacientes y el seguimiento. Este cambio de estrategia para evaluar contactos, responde a una situación, sin embargo, priva al personal de salud, de evaluar *in situ* las condiciones de vivienda y situación real de vida del paciente.

La actividad de detección del sintomático respiratorio, no alcanza las metas propuestas por el Programa (5% de las consultas). En el Distrito Central se detectó en el periodo 2005-2014 solamente un promedio acumulado de 35% de SR esperados y en San Pedro Sula el 42%. Cabe mencionar que en San Pedro Sula se incluyó las consultas del IHSS

solo en los años 2011-2013. En un estudio realizado en 2012 (Varela-Martínez C, 2012, no publicado) en búsqueda de las posibles barreras, para la detección y seguimiento del SR, se entrevistaron a grupos del personal de salud y pacientes (Grupos focales) de los Centros de Salud del Distrito Central (Alonso Suazo, Villa Adela y las Crucitas) y de San Pedro Sula (Centro de Salud Miguel Paz Barahona, las Palmas y Rivera Hernández) y a las microbiólogas y técnicos de dichos centros, se concluyó que algunas de las barreras para la detección del sintomático respiratorio eran:

- La norma no es respetada. No se sigue la normativa de preguntar a todo paciente mayor de 15 años que demanda atención en la Unidades de Salud, por la presencia de tos, independientemente de la causa de la consulta.
- En la hoja de actividad diaria de atención ATA, no se solicita el reporte de SR detectado, lo que contribuye a falta de detección de estos pacientes, por parte del personal de salud, especialmente los médicos.
- Las enfermeras consideran que los pacientes no le dan importancia a la tos a menos que se acompañe de síntomas generales o de hemoptisis.
- Hay desconocimiento en la comunidad de los síntomas de la tuberculosis.
- En San Pedro Sula los pacientes suelen consultar primero a médicos del sistema de atención privada, quienes no son capacitados de manera sistemática y continuada con los programas de control de enfermedades de la Secretaria de Salud.
- Tanto el paciente como los médicos no le dan importancia a la tos como síntoma.
- La baciloscopía no es un examen de emergencia. Además, la baciloscopía es un método poco sensible ya que se requieren más de 10,000 bacilos/ ml para que la prueba sea positiva y esto sucede en la enfermedad avanzada (Farga V, Caminero J.A., 2011).
- Los pacientes dejan pasar mucho tiempo antes de consultar, debido al estigma de la tuberculosis y cuando la enfermedad ha avanzado consultan directamente en los hospitales para que la comunidad no se entere. No saben que en los centros de salud se les puede diagnosticar y tratar.

- Se necesita más y mejores campañas de abogacía, comunicación y educativas, especialmente por medio de la radio, para el paciente y reforzamiento de las normas y supervisión para el personal.

Una vez detectada la persona con tos de más de 15 días de evolución (SR), ésta debe proporcionar tres muestras de esputo para la realización de la baciloscopía. La primera muestra debe ser tomada de inmediato, la segunda debe ser obtenida al día siguiente en ayunas y entregada al laboratorio y la tercera debe proporcionarse en el momento de entrega de la segunda muestra. (Secretaria de Salud, PNT 2012) Con este procedimiento más del 90% de los casos de TB “bacilíferos” son detectados (Farga V, Caminero JA, 2011). En relación a este procedimiento, en el Distrito Central solamente el 70.2% de los SR detectados en el periodo 2005-2014 fue examinado y el 80.8% en San Pedro Sula. De los examinados el promedio acumulado de positividad de la baciloscopía fue de 3.7% en el Distrito Central y de 8.4% en San Pedro Sula en el periodo 2005-2014, lo que puede interpretarse como que en ésta última ciudad además de presentar tasa más del doble de la nacional, los SR que son examinados poseen una alta carga de bacilos y se presentan con cuadros más avanzados. (Varela-Martínez C., *et al* 2016)

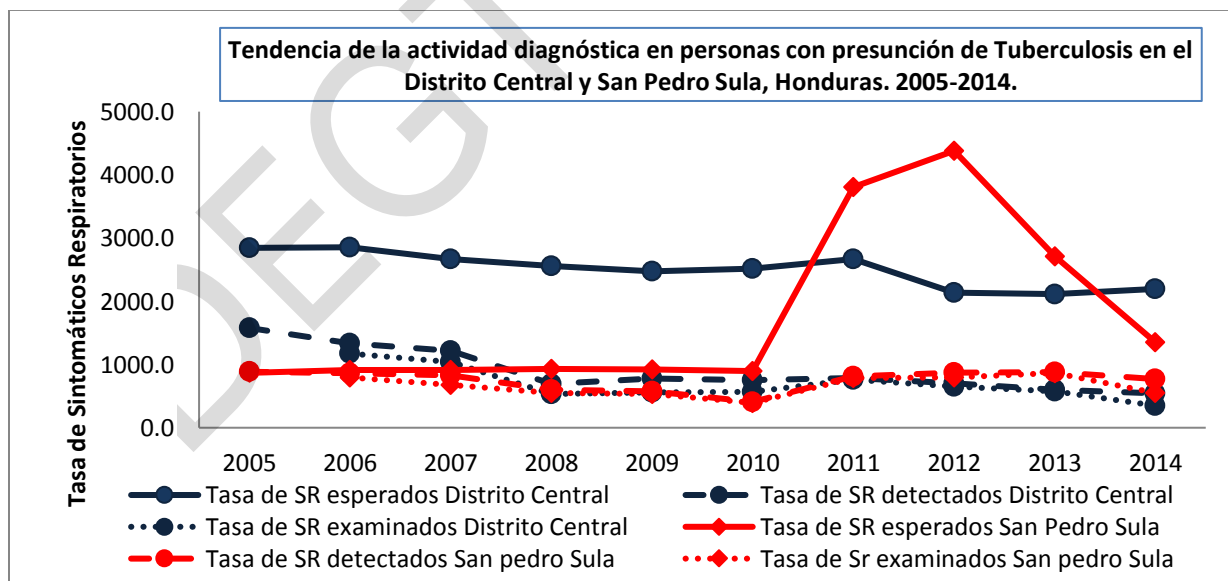


Figura No. 26 Fuente. Figura modificada por Varela Martínez C con datos del PNT, Secretaria de Salud Honduras. Varela Martínez C *et al* 2016.

El relación a la definición de caso de tuberculosis, del 2003-2008 se definió como tal, a todo SR con dos baciloscopía positivas, pero a partir del 2012 cuando el control de calidad de los laboratorios alcanzó el 80%, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, se redefinió como caso de TB a todo SR con al menos una baciloscopía positiva o cultivo positivo, o paciente que es incluido a la cohorte de tratamiento antifímico en base a criterio clínico-radiológico efectuado por médico (Secretaria de Salud, PNT, Honduras, 2012).

F. Situación epidemiológica y programática de la Tuberculosis en el Distrito Central y en San Pedro Sula.

Honduras ha presentado una tendencia decreciente pero lenta de la tasa anual de notificación de casos (descensos en promedio de 1.5% por año), tanto de tuberculosis total como de tuberculosis con baciloscopía positiva. La tasa de notificación de tuberculosis en el 2014 fue de 32.1/100.000 habitantes. (Secretaría de Salud, Programa Nacional de control de la Tuberculosis, 2014), lo cual coloca al país en el escenario de país con tasas moderadas. Sin embargo, Honduras ocupaba el segundo lugar de TB en Centroamérica, después de Guatemala hasta que el 2014 Nicaragua paso a ser el segundo país de la región con más TB. Se reconoce que existen brechas en el diagnóstico siendo que las tasas de notificación están por debajo de la incidencia estimada por la OMS/OPS, lo cual demuestra el problema que se tiene en la detección oportuna de los enfermos.

Del 2005-2014 se diagnosticaron en Honduras 30,292 casos, de los cuales 13.4% residían en el Distrito Central y 18.5% en San Pedro Sula. A pesar de que se diagnostican en promedio, alrededor de 3,000 casos anuales y prácticamente hay pacientes en todas las regiones, los departamentos más afectados son Cortés, Yoro, Atlántida, Colon, y Gracias a Dios, Islas de la Bahía y Valle. En el análisis desagregado de los números de casos y tasas por regiones y por municipios, se encuentra que los municipios con mayor número de casos son el Distrito Central y San Pedro Sula, este último con tasas que sobrepasan el doble de la nacional. (Figura No 27).

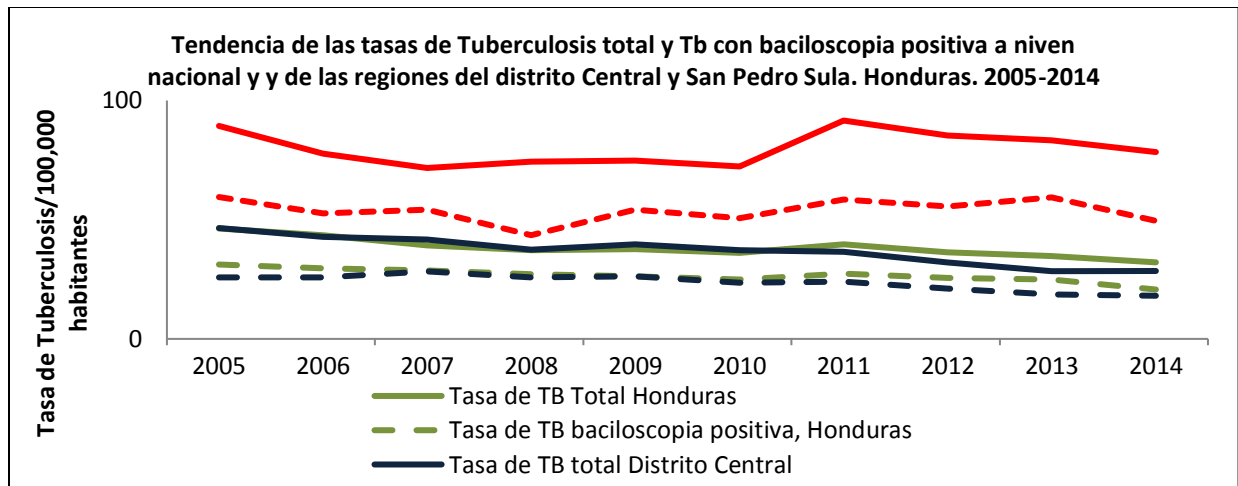
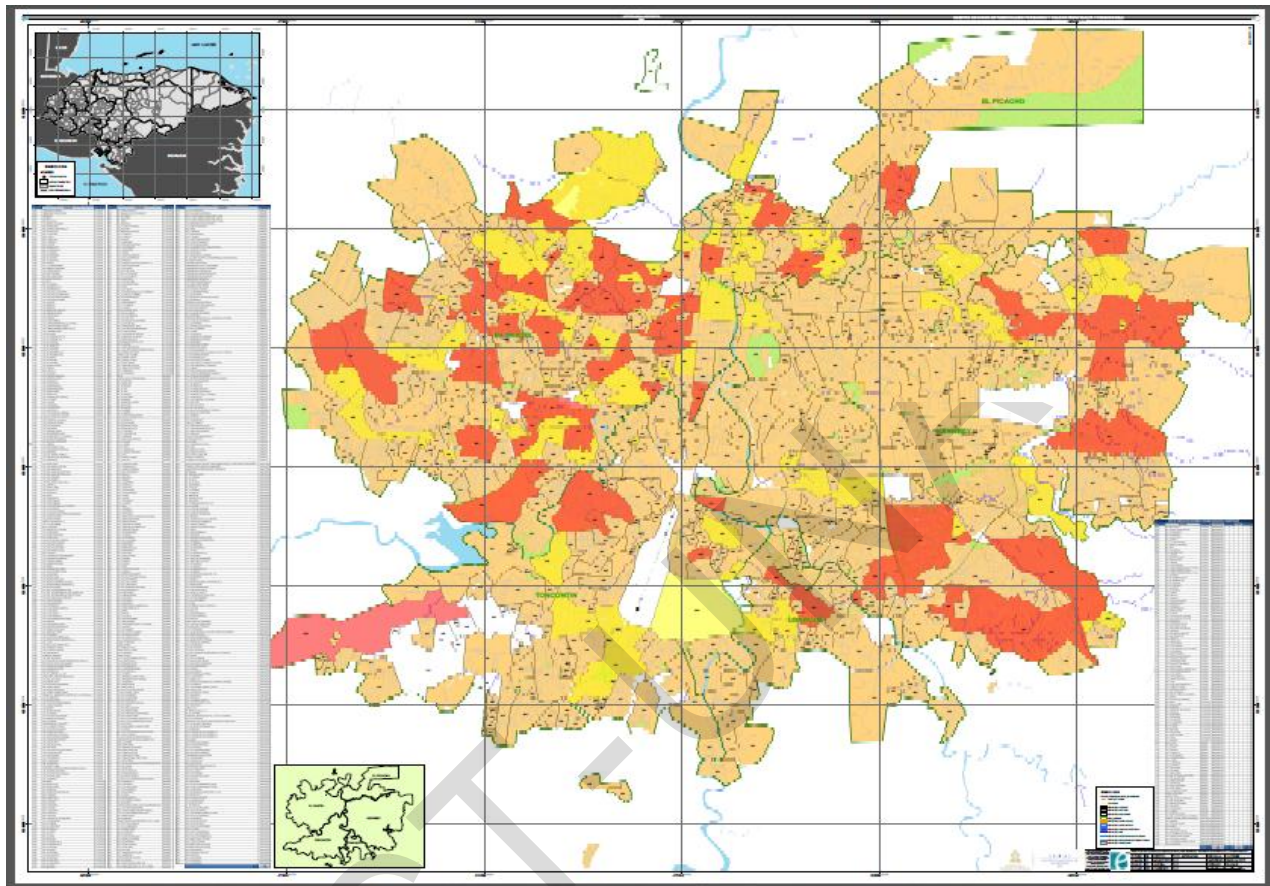


Figura No. 27. Fuente: Figura elaborada por Varela-Martínez C con datos del PNT, Secretaría de Salud, Honduras 2005-2014

De acuerdo a los hallazgos de un estudio sobre TB en las ciudades más pobladas de Honduras, el Distrito Central y San Pedro Sula, los datos de ésta última son alarmantes (Varela-Martínez, C., *et al* 2016). Los pacientes de San Pedro Sula, son más jóvenes, el porcentaje de niños que contraen la tuberculosis está por arriba de la media regional, lo que demuestra condiciones de alta transmisibilidad, además el grupo de personas afectadas con drogadicciones, o aquellas que trabajan en maquilas o están privados de libertad, quienes están en condición de riesgo. En el Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) hay una importante cuota de pacientes alcohólicos, drogadictos, e indigentes. En ambas ciudades hay también un importante número de trabajadores de la salud, siendo conocido estos grupos de personas, como personas con estilo de vida en riesgo y que demanda abordajes más complejos que los implementados con TAES/Alto TB. El número y la problemática de los privados de libertad es un reto para diseñar una estrategia especial de manejo de la situación en estas ciudades, así como los son los centros de salud y hospitales. (Anexo No. 6, cuadro No.2)

En el Distrito Central la tuberculosis se encuentra distribuida principalmente en la en las zonas periféricas, mayormente en la zona del Pastel comprometiendo los barrios de Villa Nueva, 3 de mayo, Flor del Campo, Barrio Morazán, Colonia San Francisco, 21 de febrero, Cerro Grande, El Hato de en medio, las Crucitas, Flor del campo.

MAPA GEOREFERENCIADO DE TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO CENTRAL. 2014.

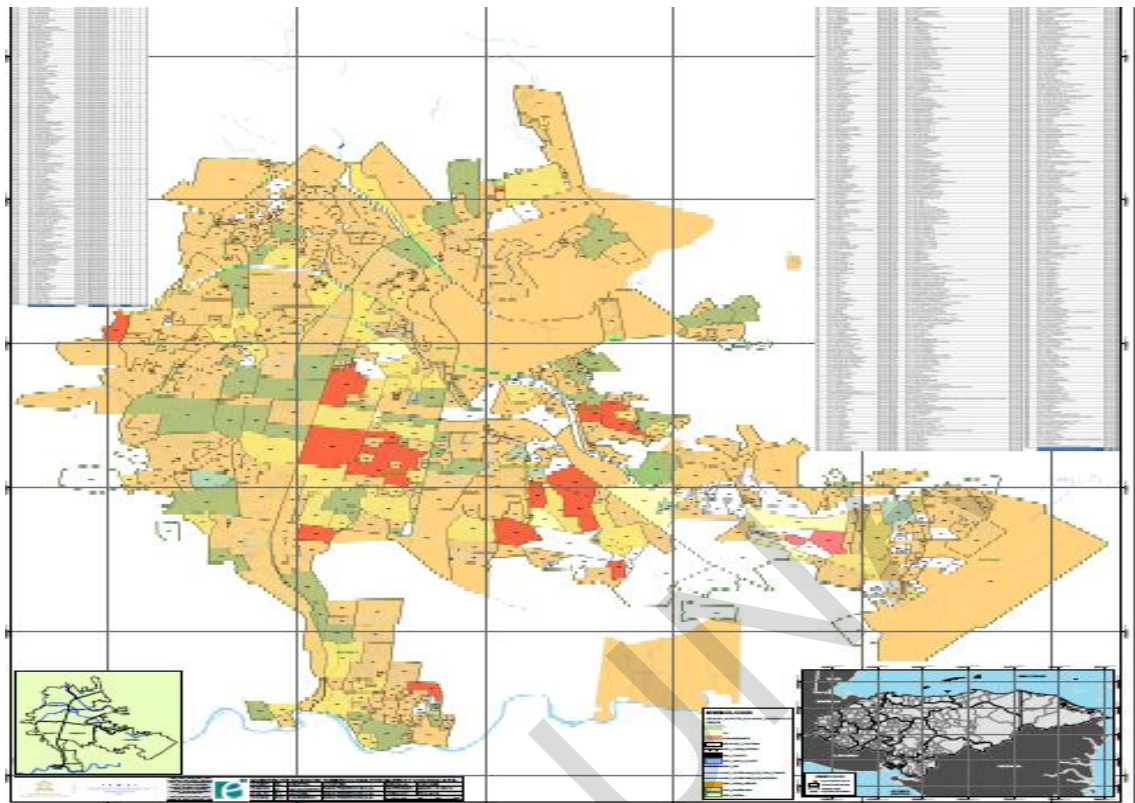


Mapa No. 5. Mapa georeferenciado por barrios del Distrito Central y su carga de tuberculosis. En amarillo barrios donde reside al menos una persona con TB, en rojo residen más de dos pacientes con la enfermedad. Elaborado por el INE con datos procesados por Varela-Martínez C. obtenidos con permiso del PNT, de la ficha de notificación de caso, del Distrito Central, Honduras, 2014

■ Al menos 1 caso diagnosticado con TB en el 2014 ■ Mas de dos casos diagnosticados con TB en el 2014

En San Pedro Sula el 30% de los barrios y colonias están afectados por la TB siendo los más afectados: Barrio Cabañas, barrio Medina, la Pradera, Villa Ernestina, Vida Nueva, Barrio Suncery, Col Satélite, Barrio Barandillas, Brisas del Valle, Gracias a Dios, Miguel Ángel Pavón, donde el número de pacientes alcanza cifras epidémicas (Anexo 11, Cuadro No. 5)

MAPA GEOREFERENCIADO DE TUBERCULOSIS EN SAN PEDRO SULA. 2014.



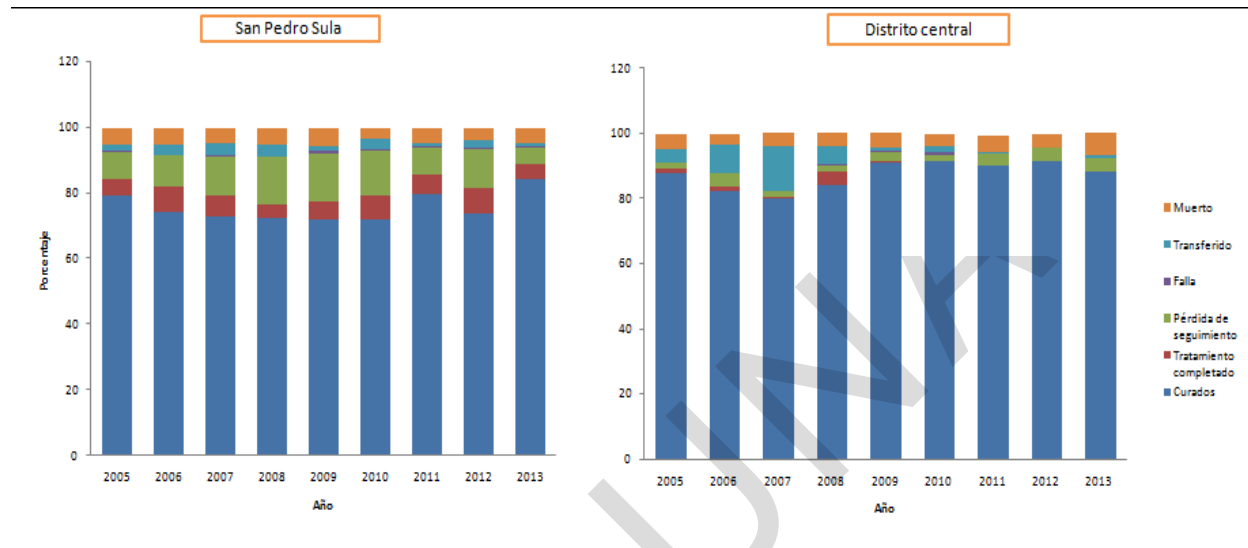
Mapa No. 6. Mapa georeferenciado por barrios de San Pedro Sula y carga de tuberculosis. En verde, barrio donde reside al menos una persona con TB, en amarillo, barrio con dos a cinco personas con TB; en rojo residen más de cinco pacientes con la enfermedad. Elaborado por el INE con datos procesados por Varela-Martínez C., obtenidos con permiso del PNT, de la ficha de notificación de caso, del Distrito Central, Honduras, 2014

- Al menos un caso de TB diagnosticado en el 2014
- De 2-5 casos de TB diagnosticados en el 2014
- Mas de 5 casos de TB diagnostico en el 2014

El otro aspecto programático fundamental además del diagnóstico es el resultado de tratamiento de la cohorte. Honduras ha alcanzado metas de éxito (pacientes curados más pacientes con tratamiento completado mayor de 85%), a nivel nacional donde el Distrito Central o región Metropolitana logró un porcentaje acumulado de pacientes curados de 87.0% (IC95% 83.9-90.1) mientras que San Pedro Sula solo alcanzó el

75.7% (IC 95% 72.4-79.0). San Pedro sula presenta una importante proporción de pérdida de seguimiento de paciente 10.9 % (IC 95% 8.5-13.3) (Figura No. 28)

Resultados de las cohortes de tratamiento antituberculoso de las regiones de San Pedro Sula y del Distrito Central, Honduras. 2005-2014.



Figuras No. 28. Varela-Martínez C. *et al* (2016), con datos del PNT 2004-2015.

En todo este capítulo se ha venido evidenciando que el problema de la TB en las dos ciudades más pobladas del país es sumamente importante y que características socioeconómicas, ambientales, culturales que intervienen deben ser objeto de tratamiento en las políticas públicas, especialmente en San Pedro Sula donde las tasas y número de pacientes es alarmante. Niños, trabajadores de maquila, de la salud, privados de libertad, desempleados, personas con VIH, diabéticos, requieren ser protegidos contra esta enfermedad y mayor apoyo a sus determinantes sociales es necesario facilitar a fin de prevenir la enfermedad y promover la salud.

VI. HACIA UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS CON ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE.

Tres estrategias han orientado el quehacer nacional para controlar la tuberculosis en los últimos 15 años: la estrategia TAES/DOTS (World Health Organization, 1997), Alto a la Tuberculosis (World Health Organization, 2006) y actualmente la Estrategia Fin a la Tuberculosis (World Health Organization 2014). En las dos primeras estrategias se han basado las normas nacionales para el control de la Tuberculosis 2003 y la del 2012. Además, existen numerosas guías adicionales de recomendaciones internacionales de la OMS y OPS las cuales han sido adaptadas a nuestro contexto, como las guías internacionales para diagnóstico, tratamiento, abordaje de la coinfección TB/VIH, de la TB drogoresistente, de las poblaciones vulnerables, recomendaciones para involucrar a otros proveedores y comunidad etc, sin embargo, falta mucho que lograr desde un enfoque de determinantes sociales.

A fin de proponer algunos elementos de transformación del Programa Nacional de control de la Tuberculosis, que mejoren el abordaje de la Tuberculosis en las ciudades, se revisaron las principales estrategias y recomendaciones internacionales, las normas nacionales para el control y eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2016-2010 y proyectos desarrollados o en proceso de implementación a través de financiamiento por el Fondo Global. ((Fondo Global, Honduras, Ronda 1(2003) y Ronda 10 (2010)).

Se vinculó la información contenida en los documentos expuestos con el presente análisis e interpretación de los resultados de la investigación, para la respuesta a la problemática de la TB en Honduras con enfoque en los determinantes sociales involucrados en el tema de la TB en el contexto de las ciudades, con el propósito de hacer recomendaciones pertinentes y relevantes a los desafíos que deben ser considerados en la estrategia nacional para lograr prevenir y controlar la enfermedad hasta su eliminación orientados hacia el desarrollo humano sostenible de la población.

A. Políticas públicas nacionales para el control de la tuberculosis

1. La estrategia TAES/DOTS

La estrategia TAES fue lanzada por la OMS en 1994, como respuesta a la reemergencia de la Tuberculosis en países industrializados y a los crecientes números de casos y tasas en países menos desarrollados o pobres. Cinco pilares caracterizan la estrategia TAES (DOTS) acrónimo de “tratamiento acortado estrictamente supervisado”, aspecto medular de las otras estrategias posteriormente desarrolladas. Las metas de la estrategia a nivel mundial y nacional era la detección de más de 70% de los pacientes TB por baciloscopia y la curación de más del 85% de los diagnosticados. Honduras implementó la estrategia paulatinamente desde 1998 hasta lograr completa cobertura en el 2003, alcanzo metas de tratamiento, pero aún no las de detección (70%), mucho menos en las ciudades del Distrito Central y de San Pedro Sula. Los pilares sobre los que se basa la estrategia TAES son:

a) Apoyo político.

La estrategia TAES debe ser respaldada a nivel nacional e internacional por los mandos políticos para lograr su patrocinio, facilitar la implementación de programas y proyectos, así como su sostenibilidad.

En las normas nacionales del 2003 no aparece la gestión del apoyo político como actividad clave para el buen funcionamiento de los otros elementos, pero en las normas del 2012 aparece vinculada a la abogacía, comunicación y movilización social en el acápite de las funciones del nivel central del Programa. Sin embargo, hasta ahora, no se lleva ni a nivel local, regional o nacional un indicador de proceso o de resultado que dé cuenta de este elemento.

Al respecto, al indagar sobre el apoyo político al programa, se evidencia que existen brechas profundas entre el discurso y la parte operativa: La enfermera encargada regional de control de la TB en una de las ciudades nos responde sobre el apoyo político:

“Si hay apoyo, pero hay problemas como el dengue, chikungunya y zika que son más urgentes y nos desplaza. Por ejemplo, a pesar de que hemos solicitado la compra de vasitos para la recolección de esputo, esto no es importante para las autoridades y entramos en desabastecimientos”

Aunque “existen comisiones de salud a nivel de Congreso Nacional y a nivel municipal, sus agendas se concentran en actividades para resolver problemas de brotes de enfermedades vectoriales (Dengue, Chikungunya o zika), que reciben mucha atención de los medios de comunicación. La tuberculosis no aparece en la agenda a esos niveles”.

Por otro lado, dado que la tuberculosis produce estigma y discriminación, pero se cura, las organizaciones de pacientes son efímeras a menos que trate sobre la coinfección TB/VIH.

Continúa diciendo la enfermera entrevistada:

“Los Comal TB (Comité municipal Alto a la Tuberculosis) y Colal TB (Comité local Alto a la Tuberculosis) funcionaron mientras hubo financiamiento del Fondo Global en el periodo 2003-2008 pero al terminar el proyecto están inactivos”.

El ente institucional encargado del tema de la tuberculosis designado por la Secretaría de Salud y que antes del 2015 era el nivel central del PNT, debía gestionar el compromiso político de autoridades a todo nivel a fin de lograr el apoyo y financiamiento de las iniciativas dirigidas a lograr la eliminación de la TB en el país incluyendo las ciudades. Con la reorganización de la Secretaría de Salud como parte de la Reforma del Sector y del Desarrollo Organizacional del mismo, desaparecieron las estructuras de los programas nacionales, entre ellos el PNT, aunque a nivel regional, en este caso, a nivel de las regiones metropolitanas del Distrito Central y de San Pedro Sula, sigue funcionando el Programa para dar seguimiento a la estrategia TAES; sin embargo el tema de la gestión del compromiso político prácticamente no aparece ni a nivel nacional, tampoco a nivel regional, ni mecanismos de coordinación entre las diferentes Unidades Estratégicas, Direcciones y otros sectores de salud.

Es indispensable organizar un grupo o mesa de trabajo con replica a nivel de las regiones sanitarias, especialmente en las regiones metropolitanas, a fin de lograr la incorporación y/o apoyo del tema de TB en las agendas de salud de todas las instancias sean estas públicas o privadas, que tienen que ver con salud, es decir el sector salud. Este grupo, debería ser integrado por representaciones de la Secretaria de Salud, encargados del tema de TB, TB/VIH, otras Unidades involucradas en la gestión y atención integral del paciente, representación del IHSS (por TB en maquilas, otras empresas y personal de salud), representantes de sector privado, de la Municipalidad, de Gobernación (por la TB en centros penales), de la comunidad científica, colegios/asociaciones médicas y de enfermería (TB en personal de salud) y otros sectores involucrados (ambiente, vivienda, sector de apoyo social), representantes de sociedad civil y de organismos de financiamiento.

El grupo o mesa técnica para eliminación de la TB, deberá establecer y consensuar su participación en la consecución de la meta de la eliminación de la enfermedad en el país y en particular en las ciudades. De gran importancia es: 1. Conformar la Comisión Técnica Ministerial de atención a la TB y la Mesa Multisectorial de apoyo a la TB; 2. Definir la funciones de ambas y agenda de trabajo; 3. Desarrollar una estrategia de abogacía, comunicación y movilización social para obtener y garantizar el compromiso político de las autoridades nacionales y locales de las ciudades que garanticen el apoyo necesario en talento humano capacitado y otros recursos que fortalezcan el diagnóstico, tratamiento, la prevención y promoción de la salud, especialmente que apoyen todas aquellas medidas necesarias y no solamente las “medicalizables, de la atención al enfermo de TB; 3. Revisar iniciativas de regulación en salud con posible impacto en el control de la TB por ejemplo la nueva organización de la atención en salud en particular la Ley Marco de Protección Social, sus leyes secundarias y su impacto en el control de la TB y proponer soluciones. Esta ley, semejante a la Ley 100 de Colombia, puede durante el proceso de implementación, afectar severamente los logros en el control de la enfermedad hasta ahora logrados, tal como ocurrió en Colombia, pero además se debe reconocer que los logros en el control de la TB alcanzado con TAES, se basa en estrategias de atención gratuita, altamente supervisada que exige un excelente sistema

de información, de comunicación y de planificación de la atención y soporte para el diagnóstico, es decir red de laboratorios funcionando y buena gestión de medicamentos para el tratamiento oportuno; 3. Proponer estrategias de abordaje a problemas específicos como la TB en maquilas, centros penales, hospitales; TB en población infantil, y actuar como auditores sociales; 4. Establecer o fortalecer los niveles y mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud, sectores, instituciones y organizaciones de apoyo al pacientes, para lo cual, habrá que empezar mejorando la ficha de atención y preparar con la información del paciente un plan de apoyo a las determinantes sociales que inciden en su propensión a enfermar y no permiten su pleno goce de salud y desarrollo humano.

b) Red de laboratorios.

El diagnóstico de la TB se basa en la detección pasiva del sintomático respiratorio (persona que tose por más de quince días) y el examen del esputo para detectar la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) por medio de una prueba sencilla, barata y fácil de llevar a cabo en todo nivel (baciloscopía).

Este tema tiene dos aspectos: la detección del sintomático respiratorio y la realización de la baciloscopía. Respecto al primero, según la norma la detección es pasiva, excepto en contactos, quienes deben ser localizados en la vivienda y/o lugar de trabajo del afectado para ser examinados (Secretaría de Salud, PNT, Normas de control de la Tuberculosis 2003 y 2012). Detección pasiva significa, que se espera a que el paciente acuda a la unidad de salud en demanda de atención y que el personal de salud atienda de manera oportuna al paciente indagando en cada persona, independientemente de la causa de consulta, si tiene tos productiva (con expectoración) de más de quince días de evolución. Si la respuesta es positiva, debe efectuarse de inmediato una baciloscopía y solicitar la segunda muestra para el siguiente día siguiente, una tercera muestra, aunque su utilidad es limitada, deberá considerarse en casos que se considere prudente. Esta actividad es fundamental en la detección de la persona con TB y, del correcto apego a la norma depende, en gran medida, el éxito del Programa para el diagnóstico y tratamiento

oportuno de los enfermos y consecuentemente, en gran medida la prevención del contagio.

Siendo que las metas de detección no se han alcanzado a nivel nacional ni regional, especialmente en las regiones metropolitanas, es necesario llevar a cabo un **estudio sobre los conocimientos actitudes y prácticas** (CAP) de los pacientes en relación a su enfermedad, CAP de la población y al personal de salud respecto a la TB, a fin de detectar las brechas y los temas a abordar para una amplia campaña educativa por diferentes medios de comunicación. Las campañas educativas y de concientización, deben ser adaptadas a las necesidades de conocimientos de las diferentes poblaciones, culturalmente adaptadas y orientadas a reducir elementos de estigma y discriminación.

Respecto a la baciloscopía, esta ha sido una herramienta muy útil, fácil, barata, para detectar casos contagiosos en ambientes de alta carga de TB, esta prueba presenta problemas en cuanto a su falta de sensibilidad, la cual aumenta, a medida que la enfermedad avanza (para que los bacilos se detecten, la muestra debe contener más de 10,000/ml) (Farga V, Caminero JA, 2011). En otras palabras, para que el principal medio diagnóstico pueda detectar la enfermedad, ésta debe haber avanzado lo suficiente para poder ser detectada, lo cual ha permitido más tiempo de exposición al contagio para los contactos del paciente y que queden lesiones anatómicas pulmonares para quien la padece. Se necesita desarrollar e implementar métodos diagnósticos más sensibles y específicos, que sean fáciles de llevar a cabo para entregar diagnósticos rápidos y ser económicamente sostenibles.

El cultivo de esputo, es una prueba diagnóstica más sensible que la baciloscopía, pero a la vez es más tardada ya que toma varias semanas (6-8 semanas) para dar resultados. A pesar de los inconvenientes, la baciloscopía sigue siendo la base del diagnóstico de la enfermedad, en los países de ingresos bajos y medianos.

Las nuevas técnicas diagnóstica a través de pruebas moleculares resultan muy caras para el país, sin embargo, recientemente se han obtenido 3 aparatos denominado "Gene MTB/Xpert" que ofrece resultados rápidos, específicos y da información sobre resistencia

a la rifampicina (Lawn, S. D., 2013). Dos de los “Gene MTB/ Xpert” han sido ubicados en la Región Metropolitana del Distrito Central y uno compartido entre la Región de Cortés y la de San Pedro Sula, estas dos últimas regiones sanitarias doblan el número de pacientes anuales, tienen mayor número de pacientes con abandono y en consecuencia mayor número de pacientes con TB drogoresistente en comparación con la del Distrito Central. Nuevamente hay desigualdad e inequidad de la distribución de este recurso entre regiones.

Existe una diferencia marcada entre la dotación de recursos como unidades de salud, laboratorios, personal médico de enfermería y microbiólogos entre el Distrito Central y San Pedro Sula donde esta última ciudad se lleva la peor parte. Es urgente fortalecer o aumentar la red de laboratorios del sistema público de San Pedro Sula, aunque parece ser que la población utiliza más frecuentemente el sistema privado que la del Distrito Central, aspecto que habría que investigar. Es indispensable realizar un mapeo de proveedores de salud, públicos y privados, involucrar al sector privado de la salud en las actividades de capacitación y concienciación para el control de la TB, dirigir y organizar su participación en el diagnóstico temprano de los enfermos a través de la búsqueda del sintomático respiratorio, la realización de baciloscopía de manera expedita y acelerar la incorporación y acceso a otros medios diagnósticos, como el uso de pruebas moleculares (MTB/Xpert), más sensibles, específicos aunque más costosos. Los grandes hospitales de ambas ciudades, el Hospital Escuela Universitario y el Mario Catarino Rivas, deberían contar con un medio diagnóstico de este tipo a fin de agilizar la detección, iniciar de manera oportuna el tratamiento siempre implementando las medidas de control de infecciones especialmente las transmitidas por vía aérea para evitar el contagio a otros enfermos y al personal de salud.

Los métodos radiológicos (Radiografía de Tórax) más accesibles en las ciudades que en el área rural, tienen mayor sensibilidad aunque menos especificad que la baciloscopía, sin embargo con esa consideración, su utilidad debe ser objeto de replanteamiento, especialmente en el contexto de la iniciativa AITER/PAL y en el de las ciudades, donde juega un papel importante en el diagnóstico de otra patología que pueda adolecer el SR,

de manera que debería ser un medio de apoyo diagnóstico más utilizado en la práctica de investigación del SR en las ciudades.

Es de suma importancia desarrollar una estrategia de participación del sector privado, particularmente en las ciudades, para lograr que un amplio sector de profesionales y de la población participe en el control de la TB, especialmente en San Pedro Sula, sin embargo, esto obliga a la Secretaria de Salud a mejorar sus sistemas de supervisión, monitoria y evaluación y no la exime de la necesidad imperiosa de mejorar su participación en mejorar la salud de la población. Es imprescindible se mejore la relación número de médicos, enfermera y laboratorios respecto a la población.

En general se recomienda analizar la información sobre la dotación de Unidades de Salud, personal de salud y laboratorios tanto del sector público (Secretaria de Salud y Seguro Social) y de los privados con y sin fines de lucro, la población a quien atiende, los conocimientos actitudes y prácticas del persona de salud respecto al marco normativo de la SESAL, particularmente el de la TB, establecer mecanismos adecuados de coordinación y vinculación, de referencia y contrareferencia, desarrollar un sistema fidedigno de información, referencia y contrareferencias, entre diferentes proveedores, que sea útil para el debido almacenamiento y análisis de datos, para la planificación de actividades programáticas y de vigilancia epidemiológica y para el manejo prevención y rehabilitación de la enfermedad. El manejo de la información con la participación de múltiples proveedores puede ser muy complejo por lo que es necesario establecer una adecuada red de comunicación, aspecto fundamental a analizar con la implementación de la Ley Marco de Seguridad Social, la cual debe ser revisada a la luz de

Los hospitales deben recibir especial atención, debido a que generalmente tienen importante demanda de atención a nivel de emergencia y de consulta ambulatoria, oportunidades muchas veces pérdidas para captar pacientes de manera temprana, además deben implementar las medidas necesarias de control de la infección TB y comunicación con otros programas de atención que puedan brindar apoyo al paciente que adolece de comorbilidades o estilos de vida de riesgo. Los hospitales deben incluir

en su oferta de atención adecuada información y comunicación con las redes de atención extrahospitalarias y plan educativo para los pacientes, culturalmente adaptados.

c) Dotación regular de medicamentos antifímico

La estrategia TAES exige que el sistema de salud sea capaz de dotar en forma regular, oportuna y gratuita, los medicamentos antifímicos. La gestión de medicamentos comprende una fase de recuperación de la información sobre las necesidades, planificación, compra, almacenaje y distribución de las drogas antifímicas y entrega al paciente. Con algunas excepciones, este aspecto se ha cumplido en gran medida, siendo el Estado el único proveedor de la medicación, la cual es obtenida a través de un mecanismo de compra centralizada y utilizando el Fondo Rotatorio de la OMS que permitía abaratar los costos.

Aunque tras las observaciones de Styblo (Styblo K, 1980) la estrategia TAES resolvió en gran medida el problema del frecuente abandono al tratamiento, evitando la muerte, aumentando el número de personas que curan y disminuyendo las probabilidades de contagio, la estrategia exige enfrentar complejos retos siendo uno de ellos la supervisión estricta de la administración de los medicamentos. La aplicación de la estrategia TAES exige que los pacientes asistan diariamente, durante los primeros dos meses y tres veces por semana por los restantes cuatro meses (en el caso de los pacientes de nuevo diagnóstico, los pacientes con recaídas tienen esquemas de tratamientos más prolongados), al Centro de Salud correspondiente. En el contexto de ciudades como las del Distrito Central, San Pedro Sula y otras, donde el sistema de salud es fragmentado, no está organizado de acuerdo a la demanda de atención ni a las necesidades de los pacientes, no hay vinculación entre los sistemas, donde hay problemas de acceso y de facilidades de transporte, donde más de la mitad de la población es pobre (INE, EPHPM, 2014) y los enfermos de TB suelen ser pobres, el responsable de superar todas esas condiciones, es el mismo enfermo, pobre, desempleado, generalmente desnutrido, socialmente marginado y estigmatizado, por consiguiente, las consecuencias directas de la enfermedad y del tratamiento las paga el paciente y su familia, enfrentando los costos diarios de transporte, alimentación, pérdida de horas laborales si tiene la suerte de estar

empleado, o pérdidas de oportunidades, etc La violencia en algunos sectores de ambas ciudades, fue referida como una dificultad que los pacientes y el personal de salud debe resolver por su cuenta. La coordinadora del Programa de TB del Distrito Central refiere al respecto:

“La comunicación por el celular y llegar a acuerdos con el paciente y la familia para que decidan donde y quienes le darán su tratamiento, así como el voluntariado fuerte en algunas Unidades de Salud, resultan de gran apoyo al paciente. Los costos de teléfono tenemos que pagarlos costearlos nosotras.”

De manera que es necesario humanizar las estrategias, centrar el manejo en las necesidades del paciente, la familia y población, para lo cual es indispensable conocer la situación. Se debe obtener información sobre la situación de salud de la población desagregada por zonas, edad, genero, actividad, grupos vulnerables, exposición ambiental; de igual manera contar con mapas de oferta de servicios de atención a la salud. Es necesario priorizar los problemas y contar con mapas de riesgos no solo de TB (por altas tasas de la enfermedad) sino de otras condiciones que podrían ser una amenaza (por ejemplo, la violencia, hacinamiento) o de oportunidades (presencia de organizaciones públicas o privadas de desarrollo o religiosas).

De igual manera, determinar la situación individual del paciente mas allá de su problema de TB e indicadores tradicionales de diagnóstico y seguimiento (edad, sexo, baciloscopía, localización y categoría de la TB, VIH y condición de egreso) es necesario conocer otros determinantes de la salud , como situación socioeconómica, condiciones de vivienda, de trabajo (más de la mitad de los pacientes son desempleados o subempleados), ingresos familiares, su estado nutricional, comorbilidades, barreras para adecuado y oportuno seguimiento diagnóstico y de tratamiento, así como otras determinantes sociales de la salud que sean susceptible de mejora. Con esta información el personal de salud podría gestionar el apoyo necesario al paciente, su familia y comunidad, con otros programas, sectores de salud (voluntarios de salud, saneamiento, juntas de agua, vivienda, medio ambiente,) y organizaciones privadas de desarrollo o no gubernamentales, interesados en tema de salud, desarrollo, temas sociales o de fe.

La fragmentación del sistema de atención a la salud y pobre organización de las actividades de diagnóstico (desde la ubicación de sitios adecuados de obtención de muestra de esputo en las Unidades de Salud, su transporte a la red de laboratorio, información oportuna de resultados) y del tratamiento de la TB, sobre todo el riesgo que representa la falta de medicación para iniciar prontamente y darle seguimiento al esquema de tratamiento, así como procesos de referencia y contra-referencia no bien establecidos; falta de conocimiento de aspectos culturales o lingüísticos, especialmente en comunidades con presencia de minorías étnicas, representan barreras u obstáculos que deben ser eliminados del sistema de atención.

En los países con sistemas de salud fragmentados, en las zonas donde existe un fuerte sector de atención a la salud privado como por ejemplo las zonas urbanas, se deberá incorporar este sector a la lucha antituberculosa, estableciendo alianzas publico/privadas, pero manteniendo la gratuidad del servicio y organizando un adecuado flujo de la atención cercana al domicilio de los enfermos, con horarios amigables así como flujo de adecuado de la información y de comunicación con la unidad estatal responsable del programa contra la tuberculosis.

Como se ha podido determinar en la presente investigación, la participación del voluntariado comunitario es de mucha ayuda en la estrategia TAES, siendo que los voluntarios pueden apoyar la administración bajo estricta observación del tratamiento, de manera más cercana al paciente. Pero además pueden apoyar en mantener el tema de la TB en la agenda de salud de las municipalidades (Jaramillo, E., 2002). Es necesaria una campaña sistemática, continuada, culturalmente adecuada de comunicación, educación y concientización sobre el tema de TB, siendo que se identificó como barrera el hecho de la falta de conocimientos sobre la enfermedad, que la tos (síntoma clave para detectar al SR y detectar casos) no es reconocido como un síntoma de alarma para los pacientes, ni siquiera para el personal de salud y como resultado no se alcanzan metas de detección temprana de los enfermos.

Es recomendable además identificar y ofrecer incentivos a los pacientes con TB a través de reembolso de gastos de transporte, alimentos, opciones de capacitación laboral,

participación en programas de conformación de microempresas, sin embargo, estas iniciativas con la Ley Marco de Cobertura Universal y la participación de aseguradoras privadas, no parece que sean objeto de financiamiento y probablemente solo sea posible a través de proyectos como el de Fondo Global.

d) Sistema de información.

El Sistema de información es uno de los cinco pilares fundamentales de la estrategia TAES, con indicadores definidos, apegados a recomendaciones internacionales, para ser supervisados, evaluados y sobre los datos hacer posible una planificación basada en la realidad local. (World Health Organization, 1997)

La información debe estar estandarizada, desde la definición de caso y otras variables demográficas (sexo, edad) tipo de diagnóstico (baciloscopía positiva o negativa); tipo ((pulmonar, extrapulmonar), categoría (nuevo, recaída), condición examen de VIH, resultado de cohorte de tratamiento (curado, tratamiento completado, falla a tratamiento, perdida de seguimiento, muerte). El PNT ha monitoreado únicamente los indicadores programáticos mencionados. (Secretaria de Salud, Honduras, PNT 2003 y 2012). Sin embargo, el sistema de información recibe tardíamente los informes, hay problemas de consistencia, no proporciona información individual hasta el nivel regional o central, no están incorporadas variables para la vigilancia de determinantes sociales asociadas a la enfermedad del paciente, la infraestructura necesaria para un sistema de información en red ágil, no existe y el personal asignado no siempre posee las habilidades necesarias con las nuevas tecnologías.

A partir del 2014 la nueva hoja de notificación de caso incluye algunos aspectos socioeconómicos, pero a la fecha no tiene indicadores de seguimiento, metas ni estrategias de manejo de estas variables. En las normas no hay algoritmos de manejo de problemas de tipo nutricional (no aparece este variable en la ficha de notificación), tabaquismo, alcoholismo o drogadicción, condición sanitaria de la vivienda o el hacinamiento, contaminación ambiental intradomiciliaria, estrategias para solventar dificultades tiene el paciente para acceder a la Unidad de Salud.

Con anterioridad, las visitas domiciliarias cubrían alguna información e incluso manejo de estos problemas concomitantes que adolece el paciente afectado por TB, pero dejado a la iniciativa del personal de salud y no de manera sistemática. La Coordinadora de TB del Distrito Central refiere: *“El personal ha sido muy comprometido, a veces de su bolsa le dan al paciente para un vaso de leche o para el bus”*.

Actualmente la situación de violencia en algunas zonas de ambos municipios impide este tipo de visitas. Es necesario un plan nacional y municipal para mejorar la seguridad de los ciudadanos y más concretamente con el SR y enfermo TB, establecer acuerdos con el enfermo y la familia para agilizar diagnóstico y dar el tratamiento de acuerdo a las recomendaciones hasta lograr la cura. Es importante crear o fortalecer los comités de voluntarios de los Centros de salud.

El sistema de información debe incluir indicadores trazadores sobre determinantes sociales para darle un adecuado tratamiento a estos temas que al final significaran avanzar en la calidad de manejo centrado en el paciente TB mas alla de la medicalización y aprovechar la oportunidad para apoyar el desarrollo humano del paciente y su familia.

e) *Manual de normas con esquema de tratamiento estandarizado.*

El PNT ha publicado en el periodo estudiado, dos manuales de normas nacionales para el control de la Tuberculosis (2003 y 2012). Además, guía para el manejo de la Coinfección TB/VIH y de manejo de la TB drogoresistente.

En las normas del 2003 el PNT se puntualiza en las funciones de los diferentes niveles de atención, en los temas de diagnóstico, tratamiento y sistema de información. No se abordan las determinantes sociales de la salud. (Secretaria de Salud de Honduras, PNT, 2003)

En las normas del 2012 se incluye un marco de ética en el diagnóstico y manejo del paciente con TB basado en las recomendaciones de la OMS, que incluye acceso, consentimiento informado, derechos y deberes de los pacientes y trabajadores de la salud (Secretaria de Salud de Honduras, PNT, 2012).

Los principios del marco ético incluyen un enfoque de atención integral centrado en la persona, la familia y la comunidad; acceso universal a la atención gratuita y de calidad; consentimiento informado y confidencialidad; temas sobre aislamiento y detención involuntaria como último recurso; derechos y deberes de los pacientes.

En general el tratamiento de la Tuberculosis es ambulatorio y voluntario con el consentimiento informado (el cual debe garantizar que el paciente comprendió la información otorgada) y cooperación. Las personas rara vez rechazan el tratamiento **con una adecuada consejería y servicio de apoyo de la Unidad de Salud** y del voluntariado comunitario. La pérdida de seguimiento (anteriormente denominados abandono) puede ser un problema y de hecho lo es en San Pedro Sula, de manera que el estudio de sus causas y formulación de estrategias para resolver este problema, hace necesario agregar temas de apoyo en aspectos relacionados con algunos determinantes sociales que están afectando al paciente.

Las normas también incluyen tema de manejo de poblaciones vulnerable, migrantes, privados de libertad control de la infección (que incluye medidas administrativas, ambientales y personales) para disminuir riesgo de infección en ambientes de alta contagiosidad como hospitales o centros penitenciarios. Se incluyó un capítulo de abogacía comunicación y movilización social,

Las soluciones de los problemas mencionados, deben pasar de la norma al campo operativo y ser identificados a través de indicadores trazadores que den cuenta de los progresos en esos temas. El TAES (DOTS), significó un avance en el manejo de la tuberculosis a escala mundial, millones de vidas se pudieron salvar y las tasas de notificación descendieron. TAES reduce las defunciones al aumentar la tasa de curación asociada al tratamiento supervisado, reduce además la transmisión de la infección y previene el desarrollo de tuberculosis farmacorresistente. Según una evaluación del Banco Mundial, el TAES DOTS es una de las intervenciones de salud más eficaces en relación con el costo, pues la inversión que representa es de sólo unos US\$ 3 por año de vida sana salvada, lo que hace de él una de las mejores opciones disponibles para los ministerios de salud y finanzas.

Bajo la Dirección de la Dra. Noemi Paz, directora del Programa Nacional de control de la Tuberculosis, se inicio en Honduras la implementación de la estrategia TAES y se logró completa cobertura en el 2003 (Varela-M C., 2005). El Programa fundamentado en la aplicación de la estrategia TAES/ALTO TB ha logrado éxito de tratamiento (pacientes curados ((baciloscopía negativa al final del tratamiento) mas pacientes que completaron el mismo)) en 4501 pacientes nuevos que ingresaron a la cohorte con baciloscopía positiva, en el periodo 2005-2013 en ambas regiones metropolitanas. Para el Distrito Central esto representa éxito de 88.3% y para San Pedro Sula de 81.7%. Sin embargo, no se han alcanzado las metas de detección oportuna del paciente, ni se ha incursionado en el tema de la prevención excepto en los contactos niños y en cierta medida en PVVIH. Desde el punto de vista epidemiológico, el impacto de TAES en la tasa de notificación es lenta en el Distrito Central y nula en San Pedro Sula.

2. Estrategia Alto a la Tuberculosis

En el 2006, la OMS lanzo la Estrategia Alto a la TB (World Health Organization, 2006) habiéndose alcanzado considerables logros en materia de reducción de las tasas de notificación de casos y de mortalidad, pero también observándose que los descensos de las tasas ocurrían a ritmos muy lentos (Anexo 14) y la presencia de nuevos retos que enfrentar. En ese contexto era necesario ampliar el campo de acción al manejo de problemas especiales como el de la coinfección TB/VIH, multidrogoresistencia, tuberculosis en grupos especiales; fortalecer los sistemas de salud, incorporar a todos los proveedores, a los pacientes y la comunidad e incrementar la investigación en TB.

Las metas se vincularon a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La visión, misión, objetivos, metas y líneas estratégicas de Alto a la TB se presentan a continuación:

- **Visión:** Un mundo libre de tuberculosis
- **Finalidad:** Reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis para 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la alianza Alto a la Tuberculosis
- **Objetivos**

Detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos 2015: Conseguir el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento centrado en el paciente

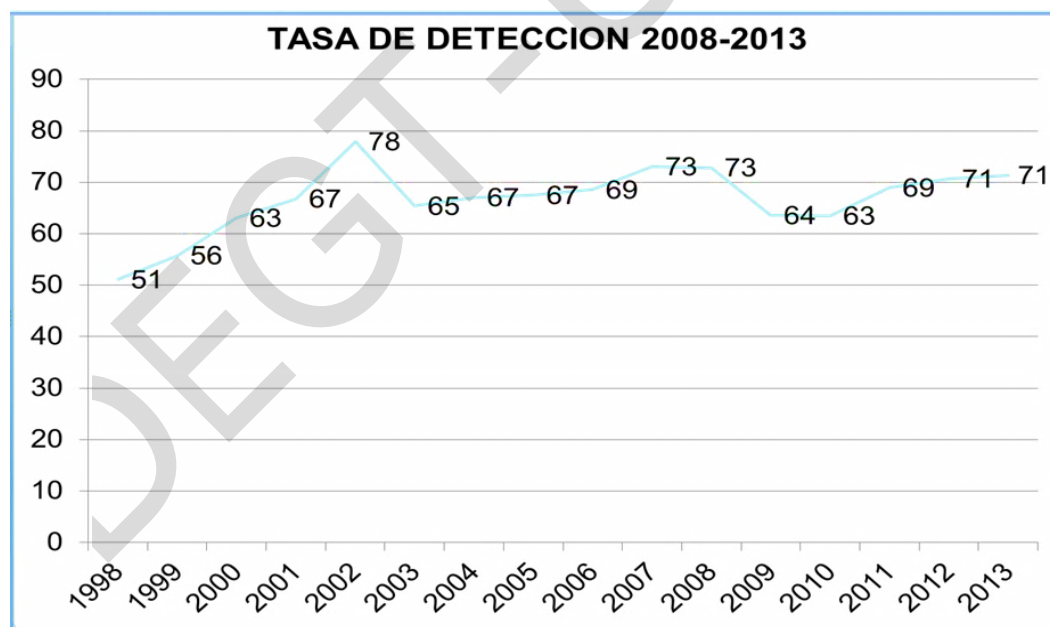
Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la tuberculosis

Proteger a las poblaciones vulnerables contra la tuberculosis, la tuberculosis/VIH y la tuberculosis multirresistente

Apoyar el desarrollo de nuevos medios de diagnóstico y tratamientos y hacer posible que se usen pronta y eficazmente

- **Metas:** Detener y comenzar a reducir la incidencia de tuberculosis para 2015 (ODM 6, Meta 8).

Honduras logró sobrepasar meta de curación, pero la detección solamente llegó a 72% de los casos estimados. No se cuenta con estimaciones de TB desagregadas para las dos regiones metropolitanas de Honduras para calcular la brecha de diagnóstico.



Fuente: Secretaria de Salud, Programa Nacional de control de la TB.

- Reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990.

En Honduras no hay estudios de prevalencia ni de mortalidad de la Tuberculosis. A lo sumo existen las tasas de notificación y el porcentaje de letalidad de las cohortes de pacientes nuevos con baciloscopía positiva tratados. La OMS estimó para el 2014 una prevalencia de 49 (19-92) por 100 000 habitantes y una incidencia de 43(38-48)/100,000 habitantes. Entre tanto, la tasa de notificación de la TB para ese año informada por el PNT fue de 32.1/100, 000 habitantes, lo que significa una brecha entre lo estimado y lo notificado de casi 25% en la detección de casos, sin embargo, en la década 2005-2014, a nivel de país la tasa de notificación se redujo de 73 al 43/100,000. La OMS estimó una disminución de la mortalidad de 4 a 1.1 /100,000 en 2014 en el país. (OMS, datos, 2017)

- Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública al 2050: (1 caso por millón de habitantes)

El pilar fundamental de la estrategia Alto a la TB es también la estrategia TAES con cada uno de sus cinco componentes mejorados.

El primer componente, el compromiso político reflejado en el financiamiento, es indispensable para el sostenimiento y expansión de la estrategia. En Honduras el financiamiento para el control de la TB proviene tanto de fuente nacional como de fuentes internacionales, esta última principalmente proveniente del Fondo Global. El financiamiento nacional cubre la compra de medicamentos, infraestructura y salarios del personal de salud. El programa está inserto en la red de atención de la Secretaria de Salud de manera horizontal. En el período del 2003-2008 hubo financiamiento por 6 millones de dólares provenientes del Fondo Global para desarrollar el proyecto denominado “Fortalecimiento de la repuesta nacional para protección promoción de la salud en Tuberculosis”. En el 2010 el país nuevamente recibe fondos por 12.4 millones de dólares para desarrollar el proyecto “Fortaleciendo la estrategia TAES en Honduras”, que analizaremos por separado

El segundo componente de TAES en la estrategia Alto a la TB sigue siendo la detección de casos mediante **pruebas bacteriológicas**, pero con calidad garantizada. En este período se continuó diagnosticando tuberculosis fundamentalmente a través del examen baciloscópico y se logró que el control de calidad efectuado a los laboratorios fuera mayor del 80%. Algunos estudios de investigación fueron llevados a cabo por el Laboratorio Nacional de Referencia, la Facultad de Microbiología de la UNAH, el Instituto Nacional Cardiopulmonar implementando nuevas técnicas como MODDS, nitrato reductasa y pruebas moleculares para el diagnóstico de la TB sensible a fármacos y TB resistente, buscando mejorar el diagnóstico microbiológico con pruebas más sensibles y específicas que las clásicas.

El problema de diagnóstico, sin embargo, radica en dos aspectos: la falta de sensibilidad de la baciloscopía y la falta de laboratorios en donde se necesitan. En San Pedro Sula, a pesar de que la detección del SR esta por debajo de lo esperado, la cantidad de la demanda sobrepasa la oferta diagnóstica, es decir el acceso a la prueba es limitado. La tendencia de las tasas de notificación de esa ciudad, hacen suponer mayor número de personas contagiadas que desarrollan enfermedad, mayor demanda de servicio a los laboratorios que sobrepasa las posibilidades actuales para diagnóstico oportuno, de manera que habría que fortalecer la red de laboratorios con personal e insumos, crear nuevos laboratorios cercanos a las zonas mas afectadas, ofrecer horarios de atención extendidos, establecer un flujo adecuado de transporte de muestras y resultados e involucrar a los laboratorios privados para actividades de diagnóstico. Continúa siendo necesaria la capacitación, concientización y desarrollar alianzas estratégicas, en el tema de diagnóstico y seguimiento de enfermedades infectocontagiosa

El tercer componente, el de gestión y suministro de los medicamentos, ha sido responsabilidad de la Secretaria de Salud. Los fármacos son únicamente dispensados en la red de la Secretaria de Salud y del IHSS. Con iniciativas como la del Fondo Rotatorio de la OPS se logró abaratar compras, mejorar la planificación, almacenamiento y distribución de medicamentos sin embargo es necesario facilitarle al paciente la administración supervisada, incorporando iniciativas que fortalezcan el voluntariado.

El cuarto componente, el sistema de vigilancia, evaluación y medición del impacto, aunque desde el 2003 mantiene un estricto proceso de obtención de dato a nivel local, almacenamiento, comunicación a nivel regional y central, falta mejorar los tiempos de entrega de la información, la supervisión, monitoreo y evaluación periódica, con el debido análisis de la situación y planteamientos de respuestas pertinentes. Los indicadores de atención deben ampliarse e incorporar indicadores trazadores de la presencia de determinantes sociales, así como de indicadores que analicen procesos y resultados de intervenciones. La hoja de notificación de caso introducida debe ser reevaluada y mejorada, de manera que ofrezca mayor y mejor información del paciente, de los contactos, del medio ambiente de vida y laboral y otros determinantes de salud.

El quinto pilar de la estrategia TAES/Alto a la TB, el tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente, únicamente los pacientes en tratamiento por Tuberculosis resistente a las drogas tienen diferente tipo de apoyo, que incluye psicólogo, trabajo social, pago de transporte, alimentos y medicamentos especiales. Esto debido a que los esquemas son prolongados, con muchos efectos secundarios y existe alta tendencia al abandono.

La segunda línea estrategia de TAES/ALTO A LA TB va dirigida a prevenir TB/VIH en grupos vulnerables. La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, así como agencias como USAID (United States Agency for International Development), TB/TCA (Tuberculosis Coalition for Technical Assistance), la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) han desarrollado, recomendaciones para controlar la infección, manejo diagnóstico y tratamiento de la TB en poblaciones vulnerables, como lo son las personas viviendo con VIH (OMS, 2004, 2007, 2012; OPS, 2010), privados de libertad (USAID, TB/TCA, 2009) migrantes, diabéticos, así como para el manejo y prevención de la tuberculosis drogoresistente (OMS, 2011). Estas recomendaciones han sido recogidas en las normas y manuales de atención nacionales para el control de la TB, TB/VIH, TBMDR (Secretaría de Salud, PNT, 2012) pero los aspectos de prevención en las mismas necesitan ser reforzados e implementadas, mas allá de lo que corresponde a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En nuestro contexto se trata de prevenir la TB en centros hospitalarios

que son muy importantes por la cantidad de personas empleados y usuarios que diariamente permanecen en ellos, en las empresas maquiladores, cárceles y establecer vínculos con el Instituto Hondureño para la Prevención contra Alcoholismo de la Drogadicción, Farmacodependencia. (IHADFA), secretaria del Trabajo e Institutos de previsión para atención de jubilados.

En general, se han llevado a cabo actividades para la atención a poblaciones vulnerables en correspondencia a las normas y manuales nacionales (Secretaria de Salud de Honduras, PNT, 2010; Secretaria de Salud de Honduras, PNT, 2012; Secretaria de Salud de Honduras, PNT, 2013), especialmente en TB/VIH; TB/MDR, en cárceles, pero es necesario enfatizar en establecer las medidas administrativas, ambientales y personales para contener y evitar transmisión de la enfermedad en centros de trabajo o de congregación, que deberían más bien ser los denominados de riesgo, como los hospitales y otros centros de salud, maquilas, centros penales, así como investigar el tema de TB en las amas de casa, siendo que es el grupo de trabajo no reconocido más frecuente después de los desempleados. (Anexo No. 6, Cuadro No. 2)

Respecto a los centros de salud más afectados, están los dependientes administrativamente por el IHSS especialmente en San Pedro Sula donde el número casi triplica los del Distrito Central; los Centros de Salud Alonso Suazo en el Distrito Central y Miguel Paz Barahona en San Pedro Sula.

Relacionado con el control de la coinfección TB/VIH, el PNT y el Programa Nacional de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida, (PNITS/VIH/SIDA) hicieron adelantos en la conformación de grupos de trabajo a nivel regional, consenso de guías de manejo y otras actividades de colaboración, de manera que todo paciente a quien se le diagnostica TB, reciba consejería y se le efectúe test de tamizaje de VIH y en todo paciente VIH se investigue TB siguiendo algoritmo clínico (presencia de tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna), para ofrecer quimioprofilaxis con isoniacida en aquellos que estén asintomáticos. En la década 2005-2014 se logró examinar por VIH al 70% de los pacientes TB en el Distrito Central y 76% en San Pedro Sula, alcanzando sin embargo mas del 90% de la población TB en el 2014 en ambas ciudades. El promedio

acumulado de positividad fue de 11.6% para el Distrito Central y 8% para San Pedro Sula. Respecto a la quimioprofilaxis con isoniacida, una recomendación para la prevención de TB en las PVVIH, en un reciente trabajo de investigación efectuado en dos Centros de Atención Integral del Distrito Central, se encontró poca frecuencia de TB latente, según resultados de tuberculina, en personas VIH asintomáticas, como para justificar la quimioterapia preventiva basada únicamente en el algoritmo clínico propuesto. (Varela-Martínez, C., Díaz Romero, J.A., Solórzano Flores, L.A., Palou García, E., Rivera, R. 2015 resultados pendientes de publicación).

Es importante destacar que la participación nacional e internacional de PVVIH y de la comunidad en el tema de VIH es muy activa, logrando posicionarse y mantener el apoyo político y financiamiento de muchos de sus programas de atención/prevención, esto gracias al esfuerzo de múltiples organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema a nivel nacional e internacional. En Tuberculosis se impulso la organización multisectorial de la Asociación Hondureña Alto a la Tuberculosis, sin embargo, su trabajo no fue relevante, por lo cual no logro sostenibilidad. En otras palabras, ni pacientes ni la comunidad nacional e internacional mantienen grado importante de incidencia ni de respaldo en el tema de la TB y de participación comunitaria.

Respecto a la prevención y control de la tuberculosis multirresistente, desde hace varios años existe un programa gubernamental de atención al paciente con multidrogoresistencia. De acuerdo a un estudio realizado en el 2003 existe Multidrogoresistencia (resistencia simultánea las drogas más activas contra la TB, la isoniacida y rifampicina) en 1.7% de pacientes nuevos y 12.3 % en los ya tratados (Paz, N., *et al.* 2005). Estas cifras hacen suponer que existe baja prevalencia de drogoresistencia y un buen desempeño del Programa respecto a los tratamientos llevados a cabo. En Honduras solamente a nivel público y administrado bajo condiciones de programa se dispensa drogas antifímicas lo cual ha sido un factor para prevenir la aparición de resistencia a las drogas. La mayor parte de los pacientes con TBMDR vienen de San Pedro Sula, donde se observa que la tasa de abandono es inaceptablemente alta, lo cual amerita investigación de las causas e intervención.

Según el grupo focal entrevistado en San Pedro Sula, existe lo que localmente llama “el trabajador 4x4, trabaja 4 días doce horas diarias en maquilas de San Pedro Sula y descansa otros cuatro días en municipios aledaños”. El grupo de riesgo más numeroso después de los privados de libertad, son los trabajadores de maquila para lo cual deberá establecerse un programa especial de intervención.

Las tasas de incidencia de la TB en las prisiones son 37 veces mayores que la nacional y entre los migrantes es 2.5 veces la nacional, por lo cual el programa mantiene vigilancia sobre estas poblaciones para el diagnóstico y seguimiento de tratamientos (Secretaría de Salud, PNT, 2013), sin embargo continua siendo un desafío la estricta aplicación de medidas de prevención de infecciones que como la TB se transmiten por el aire.

Los migrantes son otro grupo vulnerable, debido a las pésimas condiciones de vida que llevan en su trayecto por Guatemala y México e incluso en los Estados Unidos donde los hondureños junto a los guatemaltecos constituyen los grupos con mayor deprivación y vulnerabilidad. Para efecto de prevención, la Embajada Americana solicita radiografía de tórax y prueba de tuberculina a toda persona migrante y a los residentes en USA, se les administra terapia preventiva con isoniacida a las personas infectadas (TB latente o persona asintomática con prueba de tuberculina positiva). Los migrantes deportados son investigados por TB también con radiografía y prueba de tuberculina y si son sintomáticos respiratorios con cultivo por micobacterias. La mayoría de paciente que retornan con diagnóstico de TB y esquema de tratamiento antifímico, el diagnóstico se ha basado a los hallazgos radiológicos y prueba de tuberculina, Los migrantes retornados son reportados al PNT para continuar plan de manejo. El PNT les da seguimiento, sin embargo, existen problemas en localizarlo para tales efectos ya que su movilidad es mucha tanto internamente en el país o en el intento de regresar a Estados Unidos.

La tercera línea de la estrategia Alto a la TB se refiere a contribuir a fortalecer el sistema de salud a través de participar activamente en los esfuerzos encaminados a mejorar las políticas públicas, los recursos humanos, la financiación, la gestión, la prestación de servicios y los sistemas de información. Fundamentalmente en el tema TB

se trata de fortalecer el apoyo político, la infraestructura para diagnóstico, medicamentos, sistemas de información vigilancia y supervisión.

Un enfoque recomendado y que aún no ha sido implementado es el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar, donde se maneja de manera integral toda persona con problema pulmonar, en particular los temas de asma, EPOC, tabaquismo, de manera de dar respuesta a los problemas de pacientes con patología respiratoria además de investigar TB. (AITER/PAL). (WHO, 2008)

Otras iniciativas y programas de promoción de la salud respiratoria han tenido importantes logros en particular en contra del tabaquismo a través de la Ley Marco para el Control del Tabaco, el cual contribuye al control de la TB ya que se ha observado una relación entre el tabaquismo y el retardo en el diagnóstico y respuesta a tratamiento antifímico. Honduras es signataria de este tratado, que persigue desincentivar el uso del tabaco a través de la creación de espacios libres de humo, impuestos al tabaco y control o eliminación de la publicidad.

La cuarta línea estratégica es involucrar a todo el personal de salud promover y apoyar la colaboración de los programas y sector público entre si y las alianzas con el sector privado.

Respecto a la vinculación interprogramática, la comunicación y trabajo conjunto con el Programa de VIH/sida dio lugar a la emisión de políticas, normativa y actividades conjuntas en el tema de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB y del VIH, pero ha faltado mayor comunicación con otros programas. Respecto al desarrollo de actividades con otras instituciones del sector salud, únicamente con el IHSS, y con los Centros Penales se ha logrado trabajo colaborativo en el tema de detección de SR, diagnóstico y tratamiento, pero faltan intervenciones para la prevención y promoción de la salud. En San Pedro Sula y en menor medida en el Distrito Central se han desarrollado acciones de capacitación sobre el tema de la TB, seguimiento de tratamiento y examen de contactos. Se necesita hacer un estudio operativo para determinar las características de los derechohabientes afectados, localizar zonas o empresas con riesgo y desarrollar

una estrategia de intervención dirigida a este sector. Hay un amplio sector de ejercicio de la medicina privada y de ONGs que atienden a personas desempleadas y subempleadas que no cotizan al sistema de IHSS, el cual debe ser abordado urgentemente para incorporarlo a la lucha antituberculosa.

La quinta línea estratégica del Plan se orientó a empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades, con proyectos de promoción, comunicación y movilización social; participación de la comunidad en la atención antituberculosa y la formulación de los estatutos del paciente para la atención antituberculosa.

El trabajo del PNT y los proyectos financiados por el Fondo Global se han dirigido fundamentalmente a fortalecer la estructura que responde a la atención del daño, con el argumento de que, en gran medida, la prevención radica en disminuir el tiempo de contacto de la población con personas enfermas no diagnosticadas ni tratadas. Esta ha sido y es la lógica de detectar sintomáticos respiratorios, diagnosticarlos oportunamente por medio de baciloscopía y tratarlos con éxito.

Han existido iniciativas de participación municipal y comunitaria (los comités municipales y locales “Alto a la TB”) pero no fueron sostenibles probablemente por falta de una estrategia de abogacía, comunicación y movilización social, para que las construcciones de los proyectos respondieran a los intereses de los pacientes y comunidad. No ha existido una campaña educativa sistemática, basada en las necesidades de conocimientos de la población, culturalmente adecuada, que aborde también el tema de estima y discriminación.

La sexta línea de acción de Alto TB es posibilitar y promover la realización de investigaciones, especialmente investigaciones operativas basadas en los programas a fin de adquirir conocimiento de la realidad y planificar sobre esta realidad y las investigaciones de desarrollo de nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas. Al respecto se han efectuado algunas investigaciones sobre TB en el Hospital Escuela Universitario (Hasbun, D., Varela M., C, 2010), sobre los obstáculos en la

detección y examen del Sintomático Respiratorio (Secretaría de Salud, 2012), TB en Centros Penales, pero hace falta mucho conocimiento local sobre el tema.

3. Estrategia Fin a la Tuberculosis

La Estrategia fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014. (OMS, 2014). Tiene objetivos y metas más ambiciosos que las anteriores en relación a reducción de la mortalidad y la incidencia. El objetivo general es poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis reduciendo el número de muertes en un 95% y la tasa de incidencia en un 90% entre 2015 y 2035, logrando que ninguna familia tenga que hacer frente a gastos catastróficos debido a la tuberculosis, a su diagnóstico o el tratamiento. La Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que adopten la estrategia y la pongan en práctica, aportando la financiación necesaria y un compromiso de alto nivel. Se pone especial atención al servicio a las poblaciones más vulnerables, al mal acceso a la atención sanitaria, a los migrantes y a la infección.

La estrategia y la resolución destacan la necesidad de implicar a los asociados de diferentes sectores, además del sector de la salud, tales como los involucrados en protección social, trabajo, migración y justicia.

Los aspectos medulares de la estrategia son los siguientes:

- **Visión:** Un mundo sin TB: eliminación de la morbilidad, mortalidad y el sufrimiento debidos a la TB.
- **Objetivo:** Poner fin a la epidemia mundial de TB.
- **Indicadores:** Para el 2035 se prevé reducir la mortalidad en un 95%; reducir la tasa de incidencia en un 90 comparados con el 2015 y que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la TB.

La estrategia establece una serie de principios:

Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos, con monitorización y evaluación;
Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades;

Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad; la adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial.

Tres líneas conforman la estrategia Fin a la Tuberculosis orientada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estas líneas y componentes son:

- **Énfasis en la estrategia TAES de calidad orientada no solo a la atención sino a la prevención, integradas y centradas en el paciente.**
 - a. Diagnóstico precoz de la tuberculosis, con inclusión de pruebas de sensibilidad a los antituberculosos y pruebas sistemáticas de detección en los contactos y los grupos de alto riesgo.
 - b. Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la farmacorresistente y apoyo a los pacientes.
 - c. Actividades de colaboración en relación con la tuberculosis y el VIH, y tratamiento de la comorbilidad (Diabetes, EPOC, etc).
 - d. Profilaxis para las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis.

Nuevamente la estrategia TAES es ratificada con énfasis al diagnóstico y al tratamiento oportuno centrado en el paciente. Como medida de prevención se trata de manejar de manera más eficiente a los contactos del enfermo, sin embargo, debe hacerse énfasis en las medidas de control de infecciones transmitidas por vía aérea en los contextos identificados como de riesgo, así como definir de qué se trata el apoyo a los pacientes y los indicadores de monitoreo y de evaluación.

- **Políticas audaces y sistemas de apoyo.**
 - a. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención.
 - b. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención sanitaria de los sectores público y privado.

- c. Política de cobertura sanitaria universal y marcos reguladores de la notificación de los casos, el registro civil, la calidad y el uso racional de los medicamentos y el control de la infección.
 - d. Protección social, alivio de la pobreza y actuación para contrarrestar otros determinantes de la tuberculosis.
- **Intensificación de la investigación y la innovación.**
 - a. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevos instrumentos, intervenciones y estrategias.
 - b. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto, y fomentar las innovaciones.

Esta estrategia básicamente hace hincapié en las líneas de la estrategia anterior, pero es más ambiciosa en cuanto a logros de metas de detección de tratamiento y de prevención. Así mismo es enfática en el tema del acceso universal, en involucrar a todos los sectores, los proveedores, particularmente a los proveedores privados, a los pacientes y comunidad.

B. Plan Estratégico de Respuesta Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Honduras 2016-2020” (PENTB 2016-2020)

En el año 2016, las autoridades de la Secretaria de Salud lanzaron el Plan Estratégico de Respuesta Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Honduras 2016-2020 (PENTB 2016-2020), habiendo revisado las políticas, estrategias y estamentos legales nacionales actuales respecto al tema de la atención, prevención y promoción de la salud, siguiendo los principios y objetivos de la Estrategia para la Reforma del Sector Salud y su Desarrollo Organizacional (DO) (Secretaria de salud, 2009), Ley Marco de Protección Social y las estrategias internacionales de prevención, atención de la tuberculosis principalmente de la OMS y OPS (WHO, 2014)

La Reforma del Sector Salud promulga la separación del rol de rectoría, que corresponde a la Secretaria de Salud, del rol de provisión, que correspondería a otras instituciones

públicas, como privadas. Así mismo se propone la cobertura universal de salud, descentralización, participación de los sectores y la comunidad, la Atención Primaria de la Salud. La Reforma prevé la formación de equipos de salud familiar co- responsables del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias ubicadas en un sector geográfico. El equipo de salud familiar básico, conformado por un médico, auxiliar de enfermería y promotor de Salud, constituye el primer nivel de atención que efectuará el diagnóstico situacional y de determinantes sociales de la salud, tanto a nivel individual como de la familia y comunidad a su cargo, con su correspondiente plan de intervención de servicios de promoción de la salud, prevención del riesgo y daño, diagnóstico, curación y rehabilitación por todo el curso de vida, donde se asegure la prestación de servicios específicos para las personas sintomáticas respiratorias y enfermas de TB (Secretaria de Salud , 2014). Los siguientes niveles públicos y privados incrementan su complejidad hasta llegar al séptimo nivel de los hospitales universitarios e institutos, conformando una red comunicada de atención (Anexo 8).

Hasta 2015, la red de servicios de la SESAL, que a través del PNT había dado respuesta nacional a la tuberculosis con buen suceso tras la implementación de TAES, operaba en tres niveles, el nivel central, el nivel intermedio con veinte Regiones Sanitarias, entre las cuales se encuentra la región Metropolitana del Distrito Central y la Región Metropolitana de San Pedro Sula y el nivel local que opera con la red de servicio de la SESAL integrada por 1,723 unidades prestadoras de servicios (Secretaria de Salud, 2013).

Con la Reforma de la Salud que está en proceso de implementación en Honduras, la redefinición de la misión y visión de la SESAL (Secretaria de Salud, el acuerdo 406-2014), los niveles centrales de los Programas, entre ellos el PNT y el PNVIH/SIDA, desaparecieron y la responsabilidad de seguimiento, formulación y conducción de de las estrategias en salud, programas y proyectos, son dirigidas por la Subsecretaria de Regulación a través de las Direcciones Generales de Normalización, de Vigilancia del Marco Normativo, de Desarrollo General de Recursos Humanos, dependientes de la dicha Subsecretaria y la Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios Salud a través de la Dirección del mismo nombre, que es la instancia responsable de dirigir y armonizar la red de provisión de servicios en sus diferentes modalidades de gestión. De esta

manera, tratando de ubicar qué Direcciones o Unidades les darán seguimiento a los diferentes componentes de las estrategias del Plan Nacional de Respuesta a la TB basada en TAES/AltoTB y la estrategia Fin a la TB, de acuerdo a necesidades reconocidas localmente, estas direcciones se encargarían de la reformulación de estrategias, normas y manuales; así como la supervisión, evaluación y capacitación de personal y provisión de servicios. El componente de información y el de gestión de medicamentos, que son esenciales en la estrategia TAES/DOTS estarían a cargo de las llamadas instancias estratégicas como la Unidad de Gestión de la Información y la Unidad Logística de Medicamentos, Insumos y Equipamiento (ULMIE), además de otras unidades de apoyo como la Unidad de Vigilancia de la Salud, la Unidad de Comunicación Social, la Unidad Técnica de Gestión de Proyectos, la Unidad de Equipos Multidisciplinarios, que apoyan directamente a la Secretaría de Estado para enfrentar problemas definidos como prioritarios y la Unidad de planificación estratégica que se encargaría de la monitoría y evaluación del Plan.

Un segundo nivel en el ordenamiento estructural según la Reforma le corresponde a las regiones sanitarias y hospitales. (Anexo 7 y Anexo 8)

En el proceso de elaboración del PENTB 2016-2020 se efectuó un análisis FODA de cada uno de los componentes de la Estrategia TAES/ALTO a la TB. En Dicho análisis se destacan las fortalezas particularmente en lo que compete a la implementación de TAES a nivel nacional, donde se destaca que los niveles locales fueron capacitados para diagnosticar y tratar la TB de acuerdo a la norma, dar seguimiento a los pacientes, proveer la información de los indicadores epidemiológicos y programáticos contenida en los formularios y apoyar en la medida que la atención a otros programas y las posibilidades lo permitían. Así mismo se apreciaron oportunidades de integrar otros programas, instituciones y sectores para un manejo integral del paciente TB, la prevención y promoción de la salud en la comunidad con participación de otros proveedores. Sin embargo, se visualizan muchas debilidades en cada componente, particularmente por la falta de un **planeamiento de la transición** organizativa que exige la Reforma que permitiera capacitar a los niveles de conducción que sustituyeron a los Programas. Existen, además, muchas dudas sobre la provisión de los **servicios con**

gratuidad, siendo que el sector privado asume un rol determinante en el contexto de la Ley Marco de Seguridad Social y la pretendida cobertura universal. Es incierto como se respaldará el slogan de “*cero casos, cero muertes y cero gastos catastróficos en TB*”.

Un tercer problema con la estructura, es la falta de un nivel integrador de todos los elementos estratégicos que interesan al tema del control de la TB y más aún, un nivel que asuma las iniciativas, estrategias y otras acciones para incluir o mantener en la agenda política el tema de la eliminación de la TB como problema de salud, elemento fundamental en el éxito de la estrategia y por ende del alcance de las metas del mismo. No se visualiza en el esquema quien asumirá el liderazgo de la lucha antituberculosa, fundamentalmente la inexistencia de una masa crítica que luche por los intereses de estos pacientes que adolecen de una enfermedad huérfana.

En el proceso de construcción del Plan Estratégico de Respuesta contra la Tuberculosis PENTB 2016- 2020 (Secretaria de Salud, 2016), se priorizaron 87 de los 298 municipios del país (alta prioridad), de acuerdo a número de personas con TB, muerte por TB, carga de VIH, presencia de TBMDR, y se incluyó la pobreza como únicas determinantes sociales de la enfermedad.

El PENTB 2016-2020 expresa su fundamento filosófico a través de su visión, misión, objetivos, metas y grandes líneas estratégicas en los siguientes términos:

“VISIÓN: *Honduras se visualiza como un país libre de Tuberculosis a través de la construcción de un nuevo Sistema Nacional de Salud para mejorar **gradualmente** la cobertura y el acceso universales, equitativo integrado, descentralizado, participativo e intersectorial, con énfasis a la población con mayor exposición al riesgo y en situación de exclusión social a fin de llegar a “Cero muertes, cero enfermedad y cero sufrimiento debido a la TB al 2035”.*

La construcción de un nuevo Sistema Nacional de Salud debería haber sido participativa, sin embargo, la Ley Marco de Protección Social, que ofrece el escenario de la universalidad, equidad y sostenibilidad, (no el de gratuidad) no fue construido con la participación de todos los sectores, particularmente de los excluidos, los marginados, los

que no tienen voz, que son precisamente los que adolecen de estas enfermedades socialmente determinadas. Amplios sectores ven en el nuevo ordenamiento y marco político-legal una amenaza para la salud pública y el ámbito del control de la tuberculosis es precisamente la salud pública, de manera que la comunidad organizada con participación de los más afectados deberán ser incluidos para programar su participación en la defensa del sistema público de atención a la salud.

El fin de la estrategia de que la persona no fallezca, no enferme y no sufran por la TB, debería ampliarse a cero muertes, cero enfermedad y cero sufrimiento por pobreza, déficit de educación, desempleo, malas condiciones de vivienda y ambientales.

El tema de la integración se refiere más bien a la integración de los demás programas y sectores que participan en la respuesta y no a la integración del individuo para proteger su salud y desarrollar su potencialidad.

“MISIÓN: *Asegurar la cobertura y acceso universal de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, centrado en el individuo, familia y comunidad, por ciclos de vida”.*

El aseguramiento de la cobertura y acceso universal enfocado al tema de la tuberculosis **debería incluir aspectos de la gratuidad**, que tiene que ver con el acceso; además son importantes los aspectos de la calidad, calidez de los servicios para promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la TB y la rehabilitación, siendo que la enfermedad puede dejar secuelas y discapacidad, pero también asegurar cobertura y acceso para la prevención y manejo de las comorbilidades asociadas, así como la gestión para el apoyo al paciente y su familia para superar condiciones socioeconómicas determinantes de la enfermedad.

“OBJETIVO GENERAL: *Disminuir la incidencia y mortalidad por TB de forma **gradual** hasta alcanzar las metas propuestas por la OMS para el 2035 a través del conjunto de servicios a garantizar de prestación en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de daño por TB”.*

El Objetivo General del PENTB 2016-2020 debería dirigirse a **acelerar** los ritmos de descenso de la incidencia y mortalidad de la enfermedad, que es precisamente uno de los problemas evidenciado (ritmos lentos de 1-1.5% anual de descenso de las tasas de incidencia), cuando lo deseado son reducciones mayores de 4% anual si se trata de alcanzar el control de la enfermedad a mediano plazo. Los esfuerzos deberían ir encaminados a desarrollar una intervención integral e integrada, participativa, multisectorial, contextual y ética tanto de los aspectos biomédicos de la enfermedad como de los determinantes sociales de la enfermedad.

Las metas del Plan son expresadas en los términos siguientes:

- “METAS**
1. *Reducir en 25% la mortalidad por TB en el 2020 respecto al 2015*
 2. *Detectar al menos el 85% de pacientes con Tuberculosis para el 2020 de acuerdo estimaciones de OMS.*
 3. *Afiliar al menos al 40% de las personas afectadas por TB a los Regímenes subsidiado o contributivo”.*

Respecto a las metas, en el PENTB se utilizan solo uno de los tres indicadores de impacto, la mortalidad, que es el número de muertes por TB por 100 000 habitantes. El indicador de mortalidad no se ha medido directamente, sino que se obtienen de estimaciones de la OMS por lo que ésta debe ser objeto de un estudio de línea base.

Los indicadores clásicos de incidencia y prevalencia no son utilizados en las metas de Plan, sino indicadores de procesos como es la detección que se prevé deba incrementar del 69% al 85%; el tercer indicador es el aseguramiento por regímenes subsidiado o contributivo de los enfermos de TB, sin embargo, las políticas de salud deben asegurar la gratuidad de los servicios en cualquier sistema de aseguramiento al que pertenezca el paciente.

Como no hay estudios sobre las condiciones socioeconómicas de los pacientes con TB, particularmente estudios sobre sus ingresos o indicadores de pobreza como medición de necesidades básicas insatisfechas, este debería ser un estudio rutinario para los pacientes, con miras a gestionar apoyo para ellos. Se sabe que una proporción alta de los enfermos son pobres, reflejo de alto porcentaje de desempleados y subempleados, falta de preparación técnica o académica, condición de ser privado de libertad o migrante o adolecer de comorbilidades como a la diabetes, el alcoholismo, tabaquismo o drogadicción, de manera que probablemente la mayoría tendría que ingresar a regímenes subsidiados de aseguramiento. En todo caso la oferta diagnóstica, preventiva y tratamiento debe ser gratuito debido a que la enfermedad es un riesgo para la salud pública.

Respecto al tema de financiamiento de actividades de prevención y promoción de la salud, preocupa que los sistemas de aseguramiento privado no faciliten las actividades como búsqueda sistemática del sintomático respiratorio (SR), independiente de causa de consulta, examinar de manera seriada a todo SR por medio de la baciloscopía, el control de infecciones, la profilaxis con isoniacida y otras actividades que tradicionalmente ha proporciona gratuitamente el Estado.

Las líneas estratégicas del PENTB que fueron expresadas, están en concordancia con el proceso de Reforma del Sector Salud, Plan Estratégico Institucional (PEI 2014-2018); la Ley Marco de Protección a la Salud:

- **“Línea 1: Conducción y regulación** de las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación del daño por TB.”

Los objetivos específicos y actividades de esta línea estratégica van dirigidas a actualizar toda la normativa de control de la TB para que esté en concordancia con lo estipulado en la Ley Marco de Protección Social, del proceso del desarrollo organizacional de la SESAL a nivel central y regional; y al modelo de atención a la salud, así como a fortalecer la capacidad gerencial sobre el tema de TB del nivel central y regional calidad a la red de atención.

En este planteamiento falta precisamente el nivel central, la constitución de un grupo rector/conductor, capaz de tener una visión integral de la problemática y de las intervenciones de las diferentes direcciones y unidades estratégicas de la SESAL, que son constitucionalmente responsables de la atención de la salud. “El todo es más que la suma de las partes y las partes son menos y más que el todo”. Así mismo, falta expresar la responsabilidad del Sistema de asegurar la atención **gratuita** de calidad centrada en el paciente, su familia y la comunidad. De manera que SESAL debe monitorear supervisar, dar seguimiento a la estrategia en cada uno de sus componentes, promoción, prevención atención, regulación.

- “**Línea 2:** Compromiso político, protección social y participación de la sociedad civil para asegurar el diagnóstico y tratamiento de la TB con calidad”

Esta línea de trabajo pretende asegurar el respaldo de organizaciones e instituciones públicas y privadas, de la comunidad y gobierno para la obtención del financiamiento necesario para el control y eliminación de la TB y además asegurar la participación, capacitación de todos los involucrados. Se pretende además la filiación a aseguramiento sea régimen subsidiario o contributivo de los pacientes con tuberculosis. Sin embargo, preocupa el tema de la gratuidad de los servicios, la prevención y promoción en regímenes de aseguramiento privado que históricamente exhiben una política de negación de cobertura de servicios de esta naturaleza.

- “**Línea 3:** Acceso y cobertura universal para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB centrada en la persona. Fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.”

Se pretende desarrollar intervenciones de provisión de servicios de atención a la salud, integrales, con la participación de todo el sector salud mas allá del ámbito de la SESAL; asegurar la mejora de los servicios de diagnóstico y tratamiento temprano, oportuno, de calidad, que implica la capacitación y motivación del personal que brinda atención en los establecimientos de salud públicos y privados; la capacitación de la comunidad; el fortalecimiento de la red de laboratorio, del sistema de información; la incorporación de grupos de alto riesgo de TB y llevar a

cabo acciones de detección y diagnóstico, bajo principios éticos establecidos, para proteger los derechos humanos de los individuos, evitar el estigma y la discriminación

- **“Línea 4:** Sistemas de información, Vigilancia Epidemiológica e Investigación.”

Se considera que el sistema de información y de vigilancia es fundamental para la planificación y el buen suceso de las acciones a llevar a cabo. En esta línea estratégica se incluyen las acciones para garantizar la accesibilidad a información que permite planteamiento basados en evidencia local, nuevas tecnologías de la información, iniciativas innovadoras de vigilancia de la TB en el marco de la reforma de salud del país, las recomendaciones internacionales para el manejo de indicadores en la vigilancia de la TB y a la investigación.

En este marco estratégico, no se visualiza en la SESAL, un equipo de gestión y de conducción, integrador y responsable de buscar respuestas a los problemas y demandas de diferente naturaleza que la TB y los determinantes sociales de la enfermedad, producen en el paciente y la comunidad y que exigen respuesta integral e integrada con enfoque de equidad, calidad, contexto y ética.

Aunque hay elementos comunes en la respuesta a la TB en los municipios, por ejemplo los componentes de TAES como el diagnóstico y tratamiento, sistema de información, dotación de medicamentos, atención al VIH y otros grupos vulnerables; las necesidades del paciente y de la comunidad pueden ser más complejas en ambientes urbanos que en el rural, a pesar de que supuestamente las ciudades cuentan con mayor oferta para el diagnóstico, tratamiento, mejor acceso a la atención en salud, a la educación. Sin embargo, las ventajas que ofrece la ciudad no están equitativamente distribuidas y disponibles para todos, ya que la vida en los suburbios ofrece todo tipo de riesgos, el acceso a la unidades de atención puede ser muy difícil, especialmente en condiciones de alta criminalidad y violencia, la problemática de la vivienda, la marginación, el desempleo, drogadicción, pueden ser mayores en las ciudades de manera que habrá que diseñar estrategias audaces en las ciudades, donde participe el paciente y la comunidad, red de servicios en salud, el sector salud, la municipalidad, la comunidad

científica, organizaciones sociales, quienes deberán programar su participación integrada y complementaria en la eliminación de la TB.

En todo este marco de trabajo, el apoyo político es fundamental el cual se obtiene a través de abogacía, comunicación y movilización social, para lograr posicionar a la Tuberculosis en la agenda política de salud y obtener apoyo necesario reflejado en el presupuesto y priorización de los procesos. Es necesaria la elaboración de un plan de acción de todos los sectores públicos y privados, organizaciones e instituciones que tengan interés en la salud, orientado a la consecución de ese apoyo político, así como el aporte técnico-organizativo que puedan brindar. La tuberculosis a pesar de ser una de las enfermedades infecciosas socialmente determinada que más morbilidad y mortalidad causa en el mundo, ha adolecido de orfandad, discriminación, y estigmatización.

Con estas reflexiones consideramos que tanto la visión, la misión y líneas estratégicas de un plan para alcanzar el control y fin de la TB deben ser reorientadas y plantear un marco de trabajo integral, participativo, contextual y ético.

C. Desafíos para la construcción de un plan estratégico de prevención y atención a la tuberculosis en las ciudades hondureñas desde el enfoque de determinantes sociales y con visión desarrollo humano sostenible.

Las ciudades son espacios complejos de convivencia y de multiplicidad de relaciones que ha construido el ser humano no solo para su supervivencia, sino que para su bienestar y pleno desarrollo. La gestión de la ciudad debe procurar la formación del ser humano como ciudadano, fomentar relaciones sanas de equidad, responsabilidad y justicia, en ambientes de convivencia naturales o contruidos que respeten la naturaleza y fomenten la salud en su más amplio sentido, el de bienestar en todos los ámbitos y en el de composibilidad, es decir que propicie el desarrollo humano sostenible.

El control de las enfermedades transmisibles entre ellas la tuberculosis enfrenta los desafíos del desarrollo, particularmente en el ámbito de las ciudades. La superación de los obstáculos dependerá en general de dos factores principales: 1. La innovación de

modelos de gestión de la salud (enfoque político), financiamiento (enfoque económico) y provisión de la atención (enfoque técnico) más eficientes equitativos y de calidad y 2. El surgimiento de nuevas tecnologías biomédicas más eficaces (Yadón Z. E., Gürtler R. E., o Tobar F., André C., 2006).

Para formular un plan orientado al control y fin de un flagelo como el de la tuberculosis en Honduras y mas específicamente en el marco contextual donde esta enfermedad mas se reproduce, en las ciudades, se trata de identificar la multiplicidad de determinantes sociales que han permitido, promovido y sostenido esta enfermedad como una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y sufrimiento humano y social. La construcción de una estrategia con una visión de integralidad, centrada en los afectados y sus necesidades de salud, las de sus convivientes, ubicados en el ámbito familiar, laboral y/ o de grupo, a fin de prevenir el contagio, preservar y promover la salud como uno de los componentes más relacionados al potencial productivo y de desarrollo humano.

El bacilo de Koch ha demostrado por muchos siglos, ser capaz de superar multiplicidad de ataques. Los fármacos bactericidas y esterilizantes no han sido suficiente respuesta para erradicar la enfermedad por lo además del tratamiento farmacológico es necesario formular estrategias que además de apoyar el pronto diagnóstico y la curación de los enfermos, mejoren las condiciones de salud integral de los pacientes, permitan desarrollar las potencialidades de las personas incidan en esos determinantes sociales de la salud, que mantienen las condiciones para reproducir la enfermedad y permiten que otros se contagien y enfermen.

La participación de los principales actores y sectores (participativo y multisectorial) es indispensable, para que la construcción de lo imaginable, sea pertinente, relevante y por lo tanto posible, que pueda realizarse de manera justa, equitativa, con ética y de manera contextual con respeto a la naturaleza y entonces contendrá los elementos que le otorguen sostenibilidad. (Serrano, 2013)

Después de un amplio acompañar al Programa Nacional de control de la Tuberculosis y de conocer e interpretar los clásicos indicadores epidemiológicos y programáticos de la formulación y aplicación de estrategias nacionales para la solución de esta problemática de salud, de investigar los determinantes sociales relacionados en el contexto de las ciudades y con el enfoque descrito previamente, exponemos los siguientes desafíos:

- Gestionar apoyo político continuo encaminado al control y eliminación de la tuberculosis, que trascienda el discurso y se vea reflejado en el financiamiento y priorización de los procesos. Para que este desafío se concrete es necesario crear o reactivar una organización participativa multisectorial (Asociación Hondureña “Fin a la TB”) que desarrolle un Plan de Abogacía, Comunicación y Movilización Social encaminado a lograr ese apoyo político.
- Construir, implementar, supervisar, monitorear, evaluar y ajustar un plan amplio de acción multisectorial, integrado, contextual y ético para el control de la TB en las ciudades de Honduras, que contenga los siguientes tres componentes fundamentales: 1. provisión de la atención de calidad centrado en el paciente, su familia y comunidad; 2. Gestión para la protección social, alivio de la pobreza y actuación para contrarrestar otros determinantes de la tuberculosis. 3. Gestión y administración de la información y creación de conocimiento local.
- Generar más y mejor información sobre el problema de la tuberculosis en las ciudades. Para tal efecto se deben crear los indicadores necesarios que permitan conocer la situación epidemiológica (indicadores de impacto como tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad) y las programáticas (indicadores de procesos de diagnóstico, tratamiento, promoción prevención y rehabilitación). Es importante conocer donde se concentran los enfermos y sus contactos, donde están los proveedores de atención a la salud, para resolver las necesidades según la determinación de las brechas. La tuberculosis en las ciudades del Distrito Central, pero sobre todo en San Pedro Sula, son un verdadero problema de salud, el cual alcanza cifras alarmantes, con tasas de notificación que se mantienen con descensos lentos. Dentro de las ciudades hay barrios con un comportamiento epidémico de la Tuberculosis. Es necesario ubicar periódicamente en mapas de

georeferenciación este problema, así como la de los proveedores de salud de manera que se pueda visualizar claramente en donde y qué tipo de intervenciones son requeridas y quien las proveerá.

- Promover la constitución de un ente integrador y articulador en la Secretaria de Salud que sea responsable del ejercicio de rectoría y de conducir la estrategia; integrar y articular la información de las diferentes direcciones y unidades estratégicas que conforman el organigrama actual de la Secretaria de Salud, cuyo quehacer es fundamental para la estrategia TAES/ALTO a la TB/Fin a la TB, como es el sistema de información, la gestión de medicamentos, la red de laboratorios. Este ente además deberá integrar, la información proveniente de las unidades descentralizadas para poder formular políticas de salud, gestionar, normalizar, planificar y ajustar en base a al análisis de la información.
- La Ley marco de Protección Social, semejante a la Ley 100 de Colombia, representa una amenaza, siendo que la forma en que se pretende universalizar la atención de la población es favoreciendo la privatización de la seguridad social. Son conocidos los efectos de la Ley 100 de Colombia en términos de disminución de la actividad diagnóstica de enfermos y contactos y resultados de tratamiento inadecuados. Es imprescindible analizar y buscar medidas de prevención de los efectos ya observados en otros países que estas las estrategias de descentralización producen en los programas de control de la TB.
- Llevar a cabo una amplia investigación sobre los determinantes sociales de los pacientes con TB y formular un plan de acción para abordar y dar respuesta a las numerosas y complejas necesidades que afectan a los enfermos y que ponen también en riesgo a su familia y a la comunidad. Es necesario desarrollar indicadores de monitoreo, supervisión y evaluación que den cuenta de la situación y de resultados de las intervenciones. La problemática de la tuberculosis está ligada a determinantes sociales como desempleo, pobreza, estilos de vida en riesgo a la salud, comorbilidad como VIH, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, problemas de acceso a servicios de salud, de manera que la hoja de notificación debe ser mejorada.
- Llevar a cabo un estudio sobre la problemática de la Tuberculosis infantil, formular un plan de acción e implementarlo. Esta enfermedad afecta principalmente a la

población económicamente activa de ambos sexos, pero especialmente a varones, sin embargo, la proporción de niños y niñas afectados sobrepasa la media regional, principalmente en San Pedro Sula.

- Formular y desarrollar una amplia intervención de control de infecciones en los ambientes de riesgo reconocidos, como los hospitales y otras unidades de salud, centros penales, centros de trabajo como las maquilas. En ambas ciudades se evidencio la contribución a la problemática en estos ambientes donde no se llevan a cabo las medidas adecuadas de control de infecciones. El programa de atención al Tb en cárceles debe ser evaluado y mejorado de manera que se detecten de inmediato los SR, sean examinados y tratados. Lo mismo en las maquilas, el personal y los trabajadores deben ser capacitados para estar alerta y reducir las demoras en diagnóstico y tratamiento, pero también debe establecerse las medidas administrativas, ambientales y personales del control de infecciones.
- Investigar las causas que puedan retrasar el diagnóstico oportuno de la enfermedad y formular un plan de acción. La baciloscopía debería considerarse como un método de alta prioridad conocido el riesgo de contagio a los contactos que conlleva retrasar la realización del mismo. Nuevos métodos de diagnóstico rápido y específico como el Gene-Xpert/MTB deben ser incorporados en el estudio del sintomático respiratorio en los hospitales nacionales y regionales ubicados en ciudades, que tienen alta demanda de atención. Otros métodos complementarios, como la radiografía de tórax que oriente el manejo diagnóstico deben ser más ampliamente usada. Existe una brecha inaceptable de diagnóstico y de diagnóstico oportuno.
- Conformar una red intersectorial de atención al paciente que permita abordar de manera integral el problema de salud de los pacientes, enfocando otros problemas de salud y de determinantes sociales. La Consulta médica es una oportunidad de mejorar las condiciones de salud integral de la persona, su familia y comunidad y de potenciar sus posibilidades de desarrollo. Históricamente los indicadores que dan cuenta de la atención al enfermo, solamente reflejan atención parcial y dan seguimiento y tratamiento a la problemática bajo la óptica de la teoría del germen. No se visualiza abordaje integral del paciente enfatizándose solo el diagnóstico de la enfermedad y tratamiento farmacológico. El sistema de salud, fragmentado, no

vinculado, con interés en la resolución del daño, no permite acceso oportuno, abordaje integral de los problemas del paciente, familia y su comunidad. La implementación de la iniciativa PAL/AITER puede mejorar la atención integral de la salud de los pacientes.

- Investigar las causas de pérdida de seguimiento y de recaídas que están afectando los resultados de tratamiento en la cohorte de San Pedro Sula, lo cual favorece aparición de drogoresistencia. Los datos de resultados de la cohorte de tratamiento del 2005-2014 revelan un porcentaje alto de recaídas y pérdida de seguimiento de los pacientes lo cual favorece la aparición de drogoresistencia y aumenta la mortalidad.
- Investigar el impacto que la criminalidad y la violencia en las ciudades produce en la atención oportuna para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes. Es necesario diseñar estrategias para aminorar o anular el efecto de esta situación en las principales ciudades de Honduras.
- Desarrollar e implementar un plan amplio y progresivo de integración del sector privado a la lucha antituberculosa. Existe una distribución inequitativa de los recursos de salud pública en las ciudades, especialmente San Pedro Sula. El sistema de atención privado de ambas ciudades, pero principalmente en San Pedro Sula donde el sector privado es más fuerte, no ha sido sistemáticamente involucrado, capacitado para mejorar los indicadores de prevención, diagnóstico ni de tratamiento.
- Desarrollar investigaciones sobre los conocimientos actitudes y prácticas de la población sobre la TB, especialmente dirigidas a combatir el estigma y la discriminación. De la misma manera, es necesario determinar el conocimiento sobre TB y las normas de atención de parte del personal.
- En general fortalecer cada uno de los elementos de la estrategia TAES, reduciendo las inequidades en cobertura y facilitando el acceso a la atención de calidad.

Consideramos que las principales líneas estratégicas para un modelo de prevención y atención a la Tuberculosis con un enfoque de determinantes sociales de la salud orientado hacia el desarrollo pleno del potencial de salud tiene principios filosóficos

reflejados en la visión, misión objetivos y metas, por lo que el plan debería ser reorientado incluyendo los siguientes elementos:

Visión: Al 2038, Honduras se visualiza como un país libre de Tuberculosis a través de la construcción participativa de un subsistema nacional para la salud integral, de cobertura universal y por ende equitativo, solidario, con integración intersectorial, descentralizado, contextual y ético, con énfasis a la población con mayor exposición al riesgo y en situación de exclusión social, a fin de incidir en las determinantes sociales de la Tuberculosis y llegar a “Cero muerte, cero enfermedad y cero sufrimiento por TB”

Misión: Asegurar la constitución de una red de servicios para la salud, de calidad, cobertura y acceso universal y gratuito, para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con tuberculosis, con un enfoque de atención a las determinantes sociales de la salud y necesidades del paciente, las de su familia y comunidad para contribuir al pleno goce de su potencial de salud y desarrollo humano.

Objetivo: Disminuir la brecha de diagnóstico de la TB para acelerar el ritmo de disminución de la incidencia y mortalidad por TB, desarrollando al menos cinco intervenciones para la salud integral, construidas con el paciente, su familia y comunidad, con participación multisectorial, con enfoque de contexto y ética, orientada a la resolución tanto a los aspectos biomédicos de la enfermedad como a los determinantes sociales de la enfermedad.

Metas de indicadores de impacto:

- a. Al 2035 haber eliminado la tuberculosis como problema de salud pública (reducida la tasa de incidencia notificada a menos de 5/100,000 habitantes), aplicando la estrategia Fin a la Tuberculosis adaptada al contexto nacional con enfoque a las ciudades, asegurando el acceso universal, oportuno y gratuito al diagnóstico de calidad (más de 90% de los enfermos diagnosticados al 2020) al tratamiento integral (100% de tratados con atención a sus necesidades, las de su familia y comunidad), a medidas de prevención primaria y secundaria y desarrollando actividades de

promoción a la salud con la participación del sector salud público y privado y de la comunidad observando principios de ética.

- b. Haber reducido la mortalidad en 100% respecto a 2015.

Metas de Indicadores de proceso:

- a. Conformación del Consejo Intersectorial de Salud a nivel Nacional y regional que revise la pertinencia de las recomendaciones de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, para la formulación e implementación de estrategias que resulten en mejores condiciones de salud de los hondureños así como el análisis profundo de la Ley Maco de Protección Social y posible impacto en el control de la TB.
- b. Marco de gobernanza en la Secretaria de Salud identificado y capacitado y con normativa actualizada para la buena conducción del Programa Nacional para control y eliminación de la TB. El grupo conductor de las estrategias a nivel central y regional capacitado en gestión de programas para el control de TB, normativa guías y manuales actualizados con en concordancia con la implementación del Modelo Nacional de Salud, la Reforma del Sector Salud, Estrategia TAES/ALTO a la TB, Fin a la TB y enfoque en determinantes sociales de la salud y desarrollo humano sostenible.
- c. Detectado el 90% de las personas afectadas por TB y tratado el 100% de los pacientes de manera integral a través de la expansión y fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud, fortalecimiento de la estrategia TAES/ALTO a la TB/Fin a la TB, implementando el Programa de Atención Integral de la Tuberculosis y otras enfermedades respiratorias (PAL/AITER –plus), con énfasis en los ambientes urbanos, grupos vulnerables y en situación de riesgo y con enfoque en las determinantes sociales de salud y desarrollo humano sostenible
- d. Cien por ciento de los pacientes caracterizados desde el punto de vista biomédico y de determinantes sociales de la salud y con plan de mejora de sus condiciones de riesgo a la salud.
- e. Planes específicos para el manejo de grupos de pacientes en riesgo: Prevención y manejo de la Tb infantil, TB/VIH, TB/MFR, TB/Diabetes, TB Alcoholismo y drogadicción, TB/Hospitales, TB en prisiones.

- f. Tratamiento preventivo secundario con isoniacida en 100% de los contactos menores de 15 años y en las personas infectadas en situación de riesgo.
- g. Plan de control de infecciones implementado en el 100% de los ambientes y grupos en situación de riesgo como los centros penales, los hospitales, maquilas y otras unidades de primer y segundo nivel de atención.
- h. Mesa técnica multisectorial, con amplia participación de organismos nacionales e internacionales, público y privado, la municipalidad, la comunidad académica, genuina representación comunitaria y de los grupos más afectados, consolidada, con Plan de Abogacía, comunicación, y movilización social, para la gestión y defensa del apoyo político y financiamiento para el control de la TB, la gratuidad del servicio de atención a la enfermedad y la salud pública en general.
- i. Fomento y apoyo a la investigación local de la TB. Es necesario gestionar el conocimiento de la realidad nacional, regional, local, diseñando protocolos de investigación operativa para identificar poblaciones, regiones, comunidades, instituciones de riesgo de TB; conocimientos actitudes y prácticas de la población y de los trabajadores de salud sobre TB, causas de retraso en el diagnóstico y tratamiento, de pérdida de seguimiento de los pacientes, etc.

La tuberculosis es una enfermedad muy antigua que ha resistido las intervenciones humanas especialmente aquellas que han sido enfocadas únicamente a la eliminación del germen. Históricamente la TB ha estado ligado a determinantes sociales de la salud como la pobreza, malas condiciones de vivienda, de trabajo, malnutrición analfabetismo y otras comorbilidades especialmente el VIH/Sida, de manera que intervenciones que se dirigen a mejorar las condiciones de vida del paciente y del contexto han resultado en descensos de la epidemia tan significativos como las facilidades de diagnóstico microbiológico y el buen tratamiento farmacológico. De esta manera aunando las mejores de las condiciones de vida de la población con buenos programas de diagnóstico tratamiento prevención y promoción de la salud, se espera se traducirán en reducciones significativas de la tasa de incidencia que pondrán fin a la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía del Municipio del Distrito Central, Iniciativa de Ciudades Emergentes y Sostenibles- Banco Interamericano de Desarrollo-. (2014). Plan de Acción Tegucigalpa y Comayagüela. Recuperada el 3 abril 2017 en http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/informaci%C3%B3n_general/Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20-%20Tegucigalpa.pdf:

Álvarez Castillo, M.A., Caballero Cáceres X.A., Varela-Martínez, C.E. (2015). Revista Medica de los Postgrados de Medicina. Suplemento. Recuperada el 7 de enero 2017 en <http://www.bvs.hn/RMP/html5/>

Aristóteles. Ética a Nicómaco. Recuperada el 2 julio 2015 en: <http://www.alcoberro.info/pdf/nicomaco.pdf>.

Aristóteles. La Política. Editorial Época. México.

Arrizabalaga, J. 1996. Práctica y teoría de la medicina universitaria de finales del siglo XV: el tratamiento del mal francés en la corte papal de Alejandro VI Borgia, Arbor, 153 (604-605), 127-160

Aronson P.P (2007). El retorno a la teoría del Capital Humano. Fundamentos en Humanidades de la Universidad Nacional de San Luis Argentina. Año VIII número II (16/2007). Recuperado el 3 de octubre 2016 en <file:///C:/Users/cevarelam/Downloads/Dialnet-ElRetornoDeLaTeoriaDelCapitalHumano-2693624.pdf>
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2693624.pdf>

Arrow, K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", American Economic Review 53 (5): pp. 941-973
http://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

Asamblea Nacional Constituyente de la República de Honduras. (1982). Constitución de la República. Recuperada el 30 de noviembre del 2016 en <http://www.sefin.gob.hn/data/leyes/constitucion1982.pdf>

Asociación Médica Hondureña. (1956) Memorias del VI Congreso Medico Centroamericano. Editores Mannheim Eva, Sarmiento Manuel, Baltodano Federico, Alvarado Rigoberto. Talleres Tipo-Litográfico Ariston. Tegucigalpa. D.C. Honduras.

Ávila Agüero, M.L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. En línea. Acta Médica Costarrica vol.51(2): Recuperada el 20 de noviembre 2015 de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022009000200002&script=sci_arttext

Ayala Cerna, C., Kroeger,A.(2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1771-1781, nov-diez. Recuperada el 27 de diciembre del 2016 en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13274.pdf>

Báguena Cervellera M.J. (2011). La Tuberculosis en la Historia. An. R. Acad. Med. Comunitat Valenciana, 12. Recuperado el 25 abril 2015 de <http://www.uv.es/ramcv/2011/VI.%20SESIONES%20CIENTIFICAS/CONFERENCIAS/Dra.%20Baguena/Dra.%20Baguena.pdf>

Banco Central de Honduras. Honduras en cifras 2012-2014. Recuperado el 9 de enero 2017 en http://www.bch.hn/download/honduras_en_cifras/hencifras2012_2014.pdf

Banco Internacional de Desarrollo (BID (2012). Un espacio para el desarrollo. Los mercados de vivienda en América Latina y el Caribe. Bouillon CP Editor. Washington, USA. Recuperado el 19 de noviembre del 2016 en

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3472/Un%20espacio%20para%20el%20desarrollo%20de%20los%20mercados%20de%20vivienda%20en%20America%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf;jsessionid=67FCA3AADBDF235567B28B20790D360C?sequence=1>

Banco Mundial (1990). Informe del Desarrollo Mundial. La Pobreza. Recuperado el 13 de noviembre del 2015 en http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/27/000011823_20051227151321/Rendered/PDF/88520spanish.pdf

Banco Mundial (2011). Datos. Salud. Esperanza de vida al nacer. Recuperado el 3 de febrero en http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?page=3&order=wbapi_data_value_2011%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-first&sort=desc

Banco Mundial (2011). Crimen y Violencia en Centroamérica. Un desafío para el desarrollo. Recuperado el 7 de enero del 2017 en http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/FINAL_VOLUME_I_SPANISH_CrimeAndViolence.pdf

Banco Mundial (2015). Tasa de crecimiento de la población. Recuperado el 15 de junio 2015 en, www.bancomundial.org/depweb/spanish/modules/social/pgt/

Banco Mundial. (2015). Pobreza: Panorama general. Recuperado el 15 de junio 2015 en www.bancomundial.org/es/topic/overview

Banco Mundial. Datos. Mortalidad Infantil. Recuperado el 14 de nov 2015 en <http://wdi.worldbank.org/table/2.21>

Banco Mundial. Coeficiente Gini. Datos. Recuperado el en <http://wdi.worldbank.org/>

Barton, H. y Grant, M. (2006). A health map for the local human hábitat. desarrollado a partir del modelo de Dahlgren and Whitehead. The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health. 126 (6). pp. 252-253. ISSN 1466-4240

Bayer, R., Wilkinson, D. (1995). Directly observed therapy for Tuberculosis: history of an idea. *Lancet* . vol 345:1545-1548

Berhman. La conexión salud y desarrollo.

Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010

BMJ. Sir Douglas Black. *BMJ* 2002; 325 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7365.661>

Brand, S. O. (1984). *Diccionario de economía*. 1era edición. Bogotá. PLAZA Y JANES EDITORES. COLOMBIA LTDA.1984

Bramley D, Hebert P, Tuzzio L., and Chassin Mark. Disparities in Indigenous Health: A Cross-Country Comparison Between New Zealand and the United States. *American Journal of Public Health* | May 2005, Vol 95, No. 5

Brichetau, M. (1853). *Tratado de enfermedades crónicas del aparato respiratorio*. En: *Tratados especiales de la Biblioteca Económica de Medicina y Cirujía* . Eds Miguel Pacheco. Madrid 1853. Recuperado el 10 de mayo 2016 en

http://books.googleusercontent.com/books/content?req=AKW5QaeEILA_FBQRKYBdKfMj_Zu_WSYq3ehm5yLXq160on1LPHLFAzf_mdsQV7_R_qGyOUcYO2mAYpgDJkF0bAmRSji9lPJ5gXaQ4TEE1t5BIDoNohJB6EjJfrQWReuLgqab8VhrPzWUmfj9sHXpCAERAdFx_rWAIK8CHd--tit8IIDZGCI0DNo33QbtNEhkQaybB0uUkSt-5kpi_5xrA5JoR2ruBDwiFWIQ09wZEcj7C7jjJFTXzulr26JW5klzl6P7XbukqfpAuIVmU89JE_EBNulhYRyktkKOPwihe7UA3zEHL5g_wqND7

Borisov, E. F., Zhamin, V. A., Makarova, M. F. Y Otros (1965). Thomas Robert Malthus. *Diccionario de economía política*. Recuperado el 18 de julio 2015 de: www.eumed.net/cursecon/dic/bzm/m/Malthus.htm

Boughton JM. (2009). ¿Un nuevo Bretton Woods”. *Finanzas & Desarrollo* marzo de 2009. Recuperado el 21 de julio 2015 www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2009/03/pdf/boughton.pdf

Bulnes, Martin. Como debiera organizarse la lucha contra la tuberculosis. *Rev Med Hondur* 1943; Vol 13(104):88-90

Bulnes, M. (1944). La tuberculosis a través de los años. *Rev Med Hondur*;14(1): 360-361

Brutland, G.H. (2002). Salud y desarrollo sostenible. Recuperado el 16 de octubre del 2016 en: http://www.revistasice.info/cache/pdf/ICE_800_173-179_248DEC7BEB6E56D291B59F95F6C13979.pdf

- Caballero Zeitun E.L. (2003). Caracterización del contexto urbano de Honduras: La relevancia de la problemática en torno a condiciones de vulnerabilidad demográfica y social 2002. Revista Población Y Desarrollo.
- Caceres Vijil, M. (1946). El Problema de la incurabilidad Tuberculosa. Rev Med Hondur. Vol 16 (124): 149-150
- Caceres Vijil, M. (1946). Examen radiológico pulmonar de las colectividades. Rev Med Hondur 1946; Vol 16(125):196-198
- Caceres Vijil, Marcial. (1947)- Labor dispensarial en la lucha antituberculosa. Página de la Dirección. Vol 17 (5): 485-487
- Caminero JA. Guía Clínica de Tuberculosis para médicos especialistas. (2003). UICTER. Paris, Francia.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, Argentina Editores S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Canguilhem, G. (2004). La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica, recuperado el 12 de noviembre 2015 en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/canguilhem_salud_concepto_vulgar_y_cuestion_filosofica.pdf
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV (2):287-307.
- Castellanos D. Plutarco E. (2002). Buscando raíces a través de la historia de la medicina. Primera Edición. Editorial Iberoamericana. Tegucigalpa M.D.C. Honduras. pp 5-16
- CEPAL. (2016). Ciudades sostenibles con igualdad en América Latina y el Caribe. Recuperado el 17 de febrero 2017. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40658/1/S1601057_es.pdf
- Centro Nacional de Información del Sector Social. Informe estadístico de las personas repatriadas/retornados a Honduras periodo 15 septiembre 2015. Accesado 2 de abril 2016 en www.ceniss.gob.hn
- Childe, V.G. (1996). Orígenes de la Civilización. (Primera edición en español 1954. Vigésima primera impresión 1996. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado el <https://uhphistoria.files.wordpress.com/2011/02/gordon-childe-los-origenes-de-la-civilizacion.pdf>
- Colegio Médico de Honduras. Posición del Colegio Médico de Honduras ante la propuesta de anteproyecto de Ley Marco del Sistema de Protección Social. La Tribuna, 23 de febrero de 2015. Recuperado el 13 de noviembre 2016.

Congreso Nacional de Honduras. (1991). Código de Salud. Recuperado el 17 de diciembre del 2016 en <http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/codigodesalud.pdf>

Congreso Nacional de la Republica de Honduras. (2010) Decreto 286-2009. Ley para el establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de nación para Honduras. La Gaceta. Martes 2 de febrero 2010. Recuperada en 4 de enero del 2017 en <http://www.ccichonduras.org/es/descargas/leyes/LEYES ADMINISTRATIVAS/PLAN DE NACIO N 2010.PDF>

Congreso Nacional de la República de Honduras. Ley Marco del Protección Social. La Gaceta. Decreto 56-2015. 2 de julio 2015. Recuperado el 4 de enero 2017 en [file:///C:/Users/cevarelam/Downloads/Ley-Marco-del-Sistema-de-Proteccion-Social-33771%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cevarelam/Downloads/Ley-Marco-del-Sistema-de-Proteccion-Social-33771%20(1).pdf)

Comisión de la Verdad y la Reconciliación. Hallazgos y recomendaciones. Para que los hechos no se repitan. Informe de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación. Recuperado el 26 de marzo 2016 en <https://www.oas.org/es/sap/docs/DSDME/2011/CVR/Honduras%20-%20Informe%20CVR%20-%20RECOMENDACIONES.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre la situación de las personas privadas de libertad en Honduras. Recuperada el 5 de abril del 2016 en <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/honduras-ppl-2013esp.pdf>

Gerard Cologne. Lesiones vertebrales similares a la producida por Tuberculosis en momias de los Andes septentrionales. Accesado el 23 de agosto 2005- Disponible en:

http://www.news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_1681000/1681804.stm

Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Recuperado el 13 de mayo 2016 en <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

De Souza Silva, J. (2004). La Farsa del Desarrollo: Del colonialismo imperial al imperialismo sin colonias. En: María Lorena Molina M. (Organizadora). La Cuestión Social y la Formación Profesional en Trabajo Social en el Contexto de las Nuevas Relaciones de Poder y la Diversidad Latinoamericana, XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, San José, Costa Rica, julio, 2004. Buenos Aires: Editorial ESPACIO.

Delgado, R. (2009). La integración de los saberes bajo el enfoque dialéctico globalizador: la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en educación. *Investigación y Postgrado*, 24(3), 11-44.

Durón, Raúl. Historia Clínica de un Hospital. Servicios Gráficos Técnicos. Tegucigalpa D.C.

Dye, C., Lönnroth, K. Jaramillo, E., Williams, B.G. & Raviglione, M. (2009). Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. *Bull World Health Organ*; 87:683–691 | doi:10.2471/BLT.08.058453

- Enciclopedia Britanica. Julius Nyerere. Recuperado el 16 de mayo del 2016, en <http://www.britannica.com/biography/Julius-Nyerere>
- Escribano G. (2010). Teorías del Desarrollo Económico. Recuperado el 3 agosto 2017 en www.sistemaucem.edu.mx/bibliotecavirtual/oferta/licenciaturas/derecho/LDE318/teorias_del_desarrollo_economico.pdf
- Esteva, G. (1996). Desarrollo. En: Sachs Wolfgang. Diccionario de Desarrollo: Una guía del conocimiento como poder. PRACTEC, Perú.
- Esteva, Gustavo. (2011) Más allá del desarrollo: la buena vida. En: Aportes Andinos No. 28. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Programa Andino de Derechos Humanos.
- ERP. Estrategia de reducción de la pobreza. Gabinete social, gobierno de la Republica de Honduras. (2001). Recuperado el 7 de julio 2016 en <http://www.unicef.org/honduras/ERPCompleto.pdf>
- Eumed.Net. (2015). Biblioteca virtual de las ciencias sociales, económicas y jurídicas. Universidad de Málaga. Grandes economistas. Recuperado el 23 de junio 2015 en www.eumed.net.
- Farga, V. y Caminero J.A. (2011). Tuberculosis (3era ed), Eds Santiago de Chile, Buenos Aires Argentina: Mediterraneo.
- Feres, J. C., Mancero, X. (CEPAL, 2001). El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. ISBN: 92-1-321791-9. Santiago de Chile 2001. En línea. Accesado 14 de nov en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4784/S0102117_es.pdf?sequence=1
- Ferrufino,T., Varela-Martínez C. (2006). Índice de conversión de la tuberculina en médicos residentes del Postgrado de Medicina. Rev Med Hondur; 74(3):120-125
- Finkelstein MM et al. Relation between income, air pollution and mortality: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169(5):397–402.
- Fondo de la Naciones Unidas para Poblaciones (2007). UNFPA. Estado de la población mundial 2007 – Liberar el potencial del crecimiento urbano. Recuperado el 4 de febrero 2016 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2007_spa.pdf
- Foro Social de la Deuda Externa de Honduras (FOSDEH). (2013), Análisis de la Pobreza en Honduras, Accesado el 30 de octubre 2016 en http://www.fosdeh.com/archivos/documentos/Publicaciones/Libros/determinantes_pobrez_a.pdf.

- Foro Nacional de Convergencia. Informe visión de Nación, Plan de País “Una mirada a su implementación 2014-2014”. (2014). Recuperado el 19 de febrero del 2017 en <http://www.fonac.gob.hn/?q=node/147>
- Fontalvo-Rivera D., (2014). Analysis of the policy for tuberculosis control in Colombia. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud 2014.Vol31(14). Recuperado el 27 de agosto 2017 en www.scielo.org
- Franco, R. Los paradigmas de la política social en América Latina (1998). Revista de la CEPAL, No. 96: 14-22.
- Freudenberg, N., Fahs, M., Galea S., Greenberg A (2006). The Impact of New York City’s 1975 Fiscal Crisis on Tuberculosis, HIV, and Homicide Syndemic. American Journal of Public Health | March 2006, Vol 96, No. 3.
- Furtado Celso (1971). Desarrollo y subdesarrollo. 7ª ed. Ed. Universitaria. Buenos Aires.
- Gale, A H. (1943) Variations in the mortality and incidence of the common infectious diseases of child-hood over a century. Proceedings of the Royal Society of Medicine, vol. XXXVI: pp. 97-103.
- Gino, C. La situación de la seguridad ciudadana en América Latina. En: Aportes Andinos No. 31. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Programa Andino de Derechos Humanos, diciembre 2012. 11 p. Recuperado el 26 de marzo 2016 <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3342/1/RAA-31%20Gino%20Costa.pdf>
- Gobierno de la República de Honduras. Plan de Nacion, visión de país 2010-2038. Secretaria de Coordinación General de Gobierno. Recuperado el 3 de octubre del 2016 en: <http://www.scgg.gob.hn/content/ley-de-visi%C3%B3n-de-pa%C3%ADs-y-plan-de-naci%C3%B3n>
- Gobierno de la República de Honduras. Pna de todos para una vida mejor. (2014). Recuperado el 24 de enero 2017 en http://www.scgg.gob.hn/sites/default/files/Plan_Estrategico_gobierno_2014-2018.pdf
- Gobierno de la República de Honduras. Poder Legislativo. (2015). Ley Marco del Sistema de Protección Social. La Gaceta, Tegucigalpa, 2 de julio de 2015. No. 33,771
- Gordis, L. Epidemiology (1996). W.b. Saunders Company. Philadelphia. United States of America.
- Gray, A.M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. Int J Health Serv. 1982;12(3):349-80.
- Grzybowski, S. (1991). Natural history of tuberculosis. *Epidemiology. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, 66(4), 193-194. .

- Guerra, F. (1990) La Medicina precolombina. Ediciones de Cultura Hispánica. Imprime EGRAF SA 1990.ppl00
- Guillén, A. (2008). Modelos de desarrollo y estrategias alternativas en América Latina. E. Correa, J. Deniz y A. Palazuelos coordinadores. *América Latina y desarrollo económico*. Editorial Akal, Madrid. Recuperado el 13 de junio 2016 http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201108311505340.A_GUILLEN3.pdf
- Hasbun, D., Varela-Martínez, C. (2010). Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con tuberculosis en el Hospital Escuela. *Rev Med Hondur.* 78(1):11-14
- Hanlon P, Walsh, D. y Whyte B. 2006. Let Glasgow Flourish. Glasgow centre for Population Health, ;) Recuperado el 16 de febrero 2016, disponible en http://www.understandingglasgow.com/assets/0000/4811/LetGlasgowFlourish_full.pdf
- Haileyesus Getahum, Wanitchaya Kittkraisak, Heilig M, et al. Development of a standardized screening rule for tuberculosis in people living with HIV in resources constrained setting. Metaanalysis. *PLoS Medicine*, 2011;8: 1000391.pdf. Accesada el 29 de agosto 2014. En www.plosmedicine.org
- Horna-Campos, O. J., Sánchez-Pérez, H. J., Sánchez, I., Bedoya, A., & Martín, M. (2007). Public Transportation and Pulmonary Tuberculosis, Lima, Peru. *Emerging Infectious Diseases*, 13(10), 1491–1493. <http://doi.org/10.3201/eid1310.060793>
- Inter-American Development Bank (IDB). *Urban Sustainability in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, 2011.
- Instituto de Investigaciones económicas y sociales de la UNAH. La Migración en Honduras. Accesado el 27 de marzo 2016 en www.iiec-unah.org/woee/wp-content/uploads/.../migracion_honduras.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta permanente de Hogares 2005 a 2014. Recuperada el 3 de abril 2016 en www.ine.gob.hn
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2006). Migraciones y Remesas Internacionales. Honduras CA. Recuperado el 20 de marzo del 2016 en www.ine.gob.hn
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2013). INE. XVII Censo de población y VI de Vivienda. Población que migro 2003-2013. Recuperado el 2 de abril del 2016 en www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=81
- Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta permanente de Hogares de propósitos múltiples. (2014). Recuperada el 3 de abril 2016 en www.ine.gob.hn
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2013). Censo de Población y Vivienda. Recuperado el 26 marzo 2016 en www.ine.gob.hn

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, 2001-2014. Recuperado el 18 de marzo 2014 <http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=91E> .

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Recuperado el 17 de marzo 2017 en <http://181.189.226.194/binhd/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EPH2016&lang=ESP>

Jaramillo, E. (2002). Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis: Una perspectiva Latinoamericana.

Joya, Olga (2001). Crónica de las Crónicas. La Conquista de la Provincia de Honduras. En: Zelaya Garay Oscar. Antología. Lecturas de la historia de Honduras. 3era edición. Pearson Educación. México. pp 35.

Laframboise HL (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *CMAJ*;108:388-91.

Lain Entralgo, P. (1949). La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Salvat Ed. Barcelona.

Lain Entralgo, P (2014). Historia de la Medicina. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Recuperado el 25 de febrero 2006 en <http://www.cervantesvirtual.com/obra/historia-de-la-medicina/>

Lalonde M (1974). Social values and public health. *Can J Public Health*. 1974; 65:260-8.

La Tribuna. (29 enero 2016). Las cincuenta ciudades más violentas del mundo. Tegucigalpa Honduras. Accesado el 120 de noviembre del 2016 en <http://www.latribuna.hn/2016/01/29/las-50-ciudades-mas-violentas-del-mundo>

La Tribuna. (30 septiembre, 2016) De 50% es la mora quirúrgica en el hospital del sur. Recuperado el 26 de diciembre del 2016. <http://www.latribuna.hn/2016/09/30/50-la-mora-quirurgica-hospital-general-del-sur>

Larios Manuel. Historia d la Medicina en Honduras. *Rev med hondur* 1935;4 (47):642 <http://www.unionimdp.org/images/publications/Union.90.Anniversary.Brochure.English.pdf>

Lawn, S. D., Mwaba, P., Bates, M., Piatek, A., Alexander, H., Marais, B. J., ... & Abubakar, I. (2013). Advances in tuberculosis diagnostics: the Xpert MTB/RIF assay and future prospects for a point-of-care test. *The Lancet infectious diseases*, 13(4), 349-361.

Ledermann D., Walter. (2003). Franceses y alemanes tras la etiología de la tuberculosis. *Revista chilena de infectología*, 20(Supl. notashist), 43-45. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003020200013>

- Lejarraga A. (2004). La construcción social de la enfermedad. Arch argent pediatr, 102(4):271-276.
- Lin, H., Ezzati, M., & Murray, M. (2007). Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine, 4, e142. Tabaquismo, contaminación intradomiciliaria y TB <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769410/> accesado 20 de abril 2011
- Lönnroth, K., *et al.* (2010). Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. Lancet.375:1814–29. Recuperado el 20 de abril del 2016 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60483-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60483-7/abstract)
- Mann Thomas. (1924). La Montaña Mágica. Recuperada el 24 de noviembre del 2016 en <http://www.gguil.com/juliolargo/wp-content/uploads/2014/09/La-montana-magica-Thomas-Mann.pdf>
- Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 Year follow up of civil servants from the first Whitehall study. BMJ 1996;313:1177-80 M G Marmot, Martin J Shipley
- Martínez Rangel, R., Soto Reyes Garmendia, E.(2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. Política y Cultura, primavera 2012, núm. 37, pp. 35-64 . Recuperado el 2 septiembre 2015 en <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n37/n37a3.pdf>
- McKeown, T. y Record, R. G. R. Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century. Recuperado el 25 de febrero 2016 <http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/eco02072/mckeown-record-1962.pdf>
- Maurya, V., Vijayan, V. K., Shah A.(2002). Smoking and tuberculosis: an association overlooked. Int T J Tuberc Lung Dis:942–951
- Mejía, L. (31 de mayo 2014) Mas de mil personas esperan por Cirugia en el Mario Catarino Rivas. La Prensa. Accesado el 26 de dic 2016 en <http://www.laprensa.hn/honduras/sanpedrosula/714463-98/m%C3%A1s-de-mil-personas-esperan-por-una-cirug%C3%ADa-en-el-hospital-mario>
- Mendoza Ticona A.(2012). Tuberculosis como enfermedad ocupacional Rev. Perú. med. exp. salud pública v.29 n.2 Lima jun. Recuperado el 10 de abril 2016 en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342012000200011&script=sci_arttext
- Montesino Jerez, J.L.:** "Globalización y modelos de desarrollo. Temas de calidad de vida de menor prioridad social aparente en el Mundo y América Latina" en Contribuciones a la Economía, mayo 2008 en <http://www.eumed.net/ce/2008a/>

Munayco CV, Mújica OJ, León FX, del Granado M, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(3):177–85. Recuperado el 17 diciembre 2016 en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n3/v38n3a01.pdf>

Newson Laura. (2001). Variaciones regionales y el impacto del dominio colonial español en las poblaciones indígenas de Honduras y Nicaragua. En: Zelaya Garay Oscar. *Antología. Lecturas de la historia de Honduras*. 3era edición. Pearson Educación. México. pp 83-86

Nobel Lectures (1967). Wilhen Conrad Roetgen Biographical. Physics 1901-1921, Elsevier Publishing Company, Amsterdam, accesado 24 de noviembre en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/physics/laureates/1901/roentgen-bio.html

Nobel Lectures (1967). Robert Koch Biographical. Physiology and Medicine 1901-1921, Elsevier Publishing Company, Amsterdam, accesado 24 de noviembre en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1905/koch-bio.html

Novy Andreas (2012). Economía política internacional. Curso virtual. Departamento para el desarrollo Urbano y Regional de la Universidad de Economía de Viena. Recuperado el 22 de junio del 2015 en <http://www.lateinamerika-studien.at/content/wirtschaft/ipoesp/ipoesp-titel.html>

Novy Andreas (2012). Sistema de Bretton Woods. En: *Economía Política Internacional*. Curso en línea. Accesado el 29 de junio de 2015 en <http://www.lateinamerika-studien.at/content/wirtschaft/ipoesp/ipoesp-2088.html>

Núñez-Rocha G.M., Salinas-Martínez, A.M., Villarreal-Ríos, M. C., Ma. Garza-Elizondo, E., González-Rodríguez, F. Riesgo nutricional en pacientes con tuberculosis pulmonar: ¿cuestión del paciente o de los servicios de salud? *Salud Pública de México* / vol.42, no.3, marzo-abril de 2000

Ocampo, J.A. (1998) Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 65:7-14

Ocampo, J.A. Más allá del Consenso de Washington: una agenda de desarrollo para América Latina, México, CEPAL, 2005, p. 8.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948). Acerca de la OMS. Recuperado el 15 de noviembre del 2015. Disponible en <http://www.who.int/about/mission/es/>

Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria en Salud. Alma Ata 1978. Recuperado el 7 julio 2016 en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (OMS 2001) Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. ISBN 92 4 354550 7 (Clasificación NLM: WA 30). Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Boletín de MacroSalud No. 11. Recuperado el 24 de octubre del 2016 en www.who.int/macrohealth/newsletter/MacroHealth%20NL%2011%20Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados directos. ISBN: 978 92 4 350300 4 Recuperada el 17 de enero 2017 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44838/1/9789243503004_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). La Carga Mundial de la Tuberculosis. http://who.int/tb/publications/tb_global_facts_sep05_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006). OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la OMS. Recuperado el 4 de diciembre del 2015 en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008)

Organización Mundial de la salud. OMS (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Recuperado el 4 de diciembre del 2015 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012) Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44838/1/9789243503004_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Documentos básicos. 48.^a ed. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. 1. Organización Mundial de la Salud. 2. Constitución y Estatutos. I. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 365048 7 (Clasificación NLM: WA 540.MW6)

Organización Mundial de la Salud (2014). Diez datos sobre VIH.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Tuberculosis. Nota descriptiva N°104. Recuperado el 19 de abril del 2016 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). Inequidad en salud. Conceptos clave. Recuperado el 16 de febrero 2016 en http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. Datos. Recuperada el 16 de enero 2017 en <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1317?lang=en>

ONU (1941). Declaración de Londres. Recuperado 28 de junio 2015 en <http://www.un.org/es/aboutun/history/>

- ONU (1941). Historia de las Naciones Unidas. Recuperado 26 de junio 2015 en www.un.org/es/aboutun/history/
- ONU (1941). Carta del Atlántico. Recuperado el 16 de mayo 2016 en http://www.un.org/es/aboutun/history/atlantic_charter.shtml
- ONU. Carta de las Naciones Unidas (1945). Recuperado el 17 de mayo 2015 en <http://www.un.org/es/charter-united-nations/index.html>
- Organización de las Naciones Unidas. 1941-1950. Naciones Unidas. Recuperado el 3 de junio 2016 en www.un.org/es/sections/history/milestones-1941-1950/index.html
- ONU. 1941: La Carta del Atlántico. Recuperada el 3 de junio 2016 en www.un.org/es/sections/history-united-nations-charter/1941-atlantic.../index.html
- ONU (1942). 1942: La Declaración de las Naciones Unidas. Recuperado el 3 de junio del 2016 en: <http://www.un.org/es/sections/history-united-nations-charter/1942-declaration-united-nations/index.html>
- ONU. Carta de las Naciones Unidas (1945). Recuperado el 17 de mayo 2015 en: <http://www.un.org/es/charter-united-nations/index.html>
- ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperada el 21 de julio 2016 en http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1987). Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Informe Brundtland). A/42/427. Digitado por Dag
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). Encuesta del Milenio, Naciones Unidas, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa. Recupera el 1 de enero 1917 en <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS,1996). La conexión salud y desarrollo. Rodríguez-García, R. y Goldman, A. (1996). La conexión salud desarrollo. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). ISBN 92-75-32115-9
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Version actualizada – 2010. Washington, D. C. ISBN 978-92-75-33156-9.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). TB en las Américas. Recuperado el 11 de mayo 2016 en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=59&Itemid=40776&lang=es

- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2015). Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni (2014). Estructura y Organización de las Redes de Laboratorio de Tuberculosis en la Región de las Américas. Recuperado el 27 de enero 2017 en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31548&lang=es
- Organización Seguridad, Paz y Justicia. México. (2015). Recuperado el 26 de marzo 2016 en <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/sala-de-prensa/1165-por-cuarto-ano-consecutivo-san-pedro-sula-es-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo>
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M.L., Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS) Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre, Vol. 72, extra 1, 71-91. DOI:10.3989/ris.2013.02.16
- Pamm, B. O. S. (1981). Salud y desarrollo. *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*. Bol of Sanit Pamm 91(Z). 1981. Recuperado el 3 de octubre del 2016
- Pan American Health Organization/ World Health Organization, (2013). Framework for Tuberculosis Control in Large Cities in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization/ World Health Organization 523 23rd St. NW, Washington D.C. 2037-2895
- Panting C. Honduras, Lejos de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Prensa. 5 de junio 2014. Recuperado el 31 de diciembre del 2016 en: <http://www.laprensa.hn/honduras/apertura/716527-98/honduras-lejos-de-cumplir-la-meta-de-los-objetivos-del-milenio>
- Pardo, A. Que es salud. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 1997;41(2):4-9.
- Paredes Salvador (1934). Pabellón para Tuberculosos en el Hospital General. Página de la Dirección. Rev Med Hondur 1934; Año 4(47):385-386
- Paz de Zavala, N., Membreño, HC, Almendares N. (2010) Vigilancia de la resistencia a las drogas antituberculosas en Honduras. Rev med hondur, vol. 78, no. 1,
- Pinto da Cunha, E. 1997. In Barata et al: Equidade e saúde: Contribuições da epidemiologia. Abrasco/FioCruz, Rio de Janeiro.
- Portes, A., Hoffman, K. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. (2003). CEPAL, Santiago de Chile. ISSN: electrónico:1680-8983. Recuperado el 3 julio 2016 en http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/6347_Cached.pdf

Porter J.D. H., McAdam K.P. W. J. (1994). The re-emergence of Tuberculosis. Annual Review of Public Health. Vol. 15: 303-323 DOI: 10.1146/annurev.pu.15.050194.001511

Platón. Diálogos. La República. Recuperado el 6 de mayo del 2016 en <https://licenciaturaenlenguayliteratura.files.wordpress.com/2011/08/platon-dialogos-iv-republica-gredos.pdf>

Peñuela Velásquez, L. A. (2005). La transdisciplinariedad: Mas allá de los conceptos, la dialéctica. *Andamios*, 1(2), 43-77

PNUD Honduras. (2009) Informe sobre desarrollo Humano de Honduras 2008/2009. San José, Costa Rica pp 379 y 380.

PNUD (2015). Human Development Report 2015. Work for Human Development. Recuperado el 2 abril 2014 en <http://www.pnud.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2015-human-development-report/>

PNUD (2016). Acerca del PNUD. Recuperado el 27 de octubre del 2016 en http://www.undp.org/content/undp/es/home/operations/about_us.html

PNUD, 2016. Índice de desarrollo Humano. Recuperado el 12 de mayo de 2016 en <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>

Portes H., Hoffman K. La estructura de clases en América Latina. Composición y cambios en la era neoliberal. *Desarrollo Económico*, Vol. 43, No. 171, pp. 355-387. doi: 10.2307/3455890

Preston, S. H. (1975). The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies*. Vol. 29, No. 2 (jul., 1975), pp. 231-248. DOI: 10.2307/2173509.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD (2016). El estado del desarrollo humano en HONDURAS. IDH accesado el 3 de abril del 2016 como parte de Google Public Data Explorer tool. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/>

Real academia española. Salud. Recuperado el 30 septiembre 2015 en www.rae.es

Reina Valenzuela, J. (1947). Bosquejo histórico de la farmacia y la medicina en Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Ariston Editores.

Rieder H.L. (1999). Epidemiological basis for Tuberculosis control. First edition 1999. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Paris, Francia. Recuperado el En http://www.tbrieder.org/publications/books_english/epidemiology_en.pdf

República de Honduras. Estrategia para la Reducción de la Pobreza. (2001)

Rodríguez, K., Varela-Martínez, C. (2007). Tuberculosis entre los migrantes deportados desde Estados Unidos. *Rev med hondur*. Vol 78(1):15-18

- Rodríguez-García, R. y Goldman, A. (1996). OPS. La conexión salud y desarrollo. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). ISBN 92-75-32115-9.
- Rodríguez Gómez, G., Flores, J.G., García Jiménez, E. (1996). Metodología de la n cualitativa. Málaga, España. Ed Aljibe.
- Rodríguez Cabezas A., Rodríguez Idigoras M.I. (1996). Historia Ilustrada de la Medicina. Editorial Algazara, Málaga
- Rodríguez Gómez, G., Flores, J.G., García Jimenes, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Archidona, Málaga.
- Rodríguez, K., Varela-Martínez, C. (2010). Tuberculosis entre los migrantes deportados de los Estados Unidos. *Rev Med Hondur.* Vol 78 (1): 15-18
- Rojas Ochoa, F., López Pardo, C. Desarrollo humano y salud en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Salud Pública*2003; 29(1): 8-1.
- Paredes, S. (1934). Pabellón para Tuberculosos en el Hospital General. Página de la Dirección. *Rev Med Hondur*, 4(47), 385-386.
- Sada-Ovalle, I., Ocaña-Guzmán, R., Torre-Bouscoulet, L. (2015). Humo de biomasa, inmunidad innata y Mycobacterium tuberculosis. *Neumol Cir Tórax* Vol. 74 - Núm. 2:118-126. Recuperado el 20 1bril 2016 <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v74n2/v74n2a7.pdf>
- Santos, Maria de Lourdes Sperli Gerales, Vendramini, Silvia Helena Figueiredo, Gazetta, Claudia Eli, Oliveira, Sonia Aparecida Cruz, & Villa, Tereza Cristina Scatena. (2007). Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(spe), 762-767. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700008>
- Secretaria de Trabajo y Seguridad Social. Antecedentes y diagnóstico del mercado laboral de Honduras. Mayo 2011. Recuperado el 27 de marzo 2016 en www.trabajo.gob.hn
- Secretaria de Salud (Honduras). Plan Nacional de Salud (2006-2021). Tegucigalpa, Honduras. Recuperado el 16 de noviembre del 2015 en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf
- Secretaria de Salud de Honduras. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. (2003). Manual de normas de atención para el control de la Tuberculosis.Secretaria de Salud. Programa Nacional de control de la TB.
- Secretaria de Estado en el Despacho de Salud República de Honduras. (2010). Control de la tuberculosis a través del Fortalecimiento de la estrategia TAES en municipios prioritarios. Propuesta a Ronda 10 del Fondo Global. Recuperado el 29 de enero 2017 en <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=HND&k=38565614-b542-4558-96f5-6c0ab3e36f97>

- Secretaria de Salud de Honduras, Programa Nacional de control de la TB. (2010). Guía de manejo clínico y Programático de la Tuberculosis Multidrogoresistente. Tegucigalpa, Honduras.
- Secretaría de Salud de Honduras (2012). Modelo Nacional de Salud. accesado el 25 de agosto del 2017 en www.salud.gob.hn/doc/upeg/modelonacionaldesalud.pdf
- Secretaria de Salud de Honduras. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. (2012). Manual de normas de atención para el control de la Tuberculosis. Secretaria de Salud. Programa Nacional de control de la TB. Tegucigalpa, Honduras
- Secretaria de Salud de Honduras. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Guía para el control de la Tuberculosis en población privada de libertad de Honduras. (2013). Tegucigalpa, D.C., Honduras.
- Secretaria de Salud, Programa Nacional de control de la Tuberculosis. (2013). Identificación de las causas de pérdida de seguimiento a Sintomáticos Respiratorios detectados en la red de servicios de la Secretaría de Salud, que no se examinan por medio de la baciloscopia. Editora Varela- Martínez, C.
- Secretaria de Estado en el Despacho de Salud República de Honduras, (2014). Reglamento interno de organizaciones y funciones de SESAL. Tegucigalpa, Honduras. Recuperado el 29 de enero 2017 en [http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/regulacion/acuerdos/2015/acuerdo_406-14_reglamento_interno_de_organizaciones_y_funciones_sesal_PDF%20\(2\).pdf](http://www.salud.gob.hn/transparencia/archivos/regulacion/acuerdos/2015/acuerdo_406-14_reglamento_interno_de_organizaciones_y_funciones_sesal_PDF%20(2).pdf)
- Secretaria de Salud, Programa Nacional de control de la Tuberculosis. (2016)
- Sen, A. Desarrollo y Libertad (2000). Ed Planeta. Barcelona España.
- Silva de Rivas, M.E. (1975). Reflexiones sobre la TBC en Honduras Revista Médica Hondureña. Vol. 43 - No. 1, 192
- Schultz T.W., (1961). Investment in human capital. The American Economic Review, Vol 51, No. 1: pp1-17. Recuperado el 17 junio 2016 en <http://www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wp-content/uploads/2012/04/schultz61.pdf>
- Serrano, A. (2013). La senda del desarrollo humano. Doctorado en Ciencias Sociales con orientación a gestión de desarrollo. UNAH, Honduras.
- Serrano, A. (2013). El creador de la ciudad. Doctorado en Ciencias Sociales con orientación a gestión de desarrollo. UNAH, Honduras.
- Smith, A. (1776). Investigación de la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. Tomo I. Traducción al castellano Lic Jose Alonzo Ortiz. Valladolid. Recuperado el 20 junio 2015 en https://www.marxists.org/espanol/smith_adam/1776/riqueza/smith-tomo1.pdf

Socialist Health Association. The Black report, 1980. Recuperado en el 5 de noviembre del 2016 en <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>

Sousa da Silva, J (2001). La dimensión institucional del desarrollo sostenible. 1era Ed. Puzo I, Ibarra Ecuador, pp97. Recuerada el 14 de noviembre del 20016 en [http://www.naturalezaycultura.org/docs/Souza-LIBRO2001La dimension institucional del desarrollo sostenible.pdf](http://www.naturalezaycultura.org/docs/Souza-LIBRO2001La%20dimension%20institucional%20del%20desarrollo%20sostenible.pdf)

Sousa da Silva, J. La investigación científica y sus aportes a la gestión del desarrollo. Doctorado en Ciencias Sociales - Gestión del Desarrollo. Universidad Nacional Autónoma de Honduras – UNAH, 2010.

Souza FBA, Villa TCS, Cavalcante SC, Netto AR, Lopes LB, Conde MB. Peculiarities of tuberculosis control in a scenario of urban violence in a disadvantaged community in Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol.* 2007; 33(3):318–22. Recuperado el 12 de abril del 2016 en: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n3/en_12.pdf

Stavenhagen, R (1992). La cuestión étnica. Algunos problemas teórico-metodológicos. *Estudios Sociológicos.* X. 28

Stiglitz Joseph. Participación y desarrollo: perspectivas desde el paradigma integral de desarrollo. En línea. Conferencia sobre desarrollo, economía de Mercado y Democracia, Seul Corea. Recuperada el 24 08 2015 en [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/102023/Unidad 3. Negociacion Internacional/Impacto socio economico.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/102023/Unidad_3_Negociacion_Internacional/Impacto_socio_economico.pdf)

Styblo, K. (1989). Overview and epidemiologic assessment of the current global tuberculosis situation with an emphasis on control in developing countries. *Review of Infectious Diseases*, 11(Supplement 2), S339-S346.

Styblo, K. (1980). Recent advances in epidemiological research in tuberculosis. *Advances in tuberculosis research. Fortschritte der Tuberkuloseforschung. Progres de l'exploration de la tuberculose*, 20, 1.

The Global Fund (2010). Honduras Grant Performance Report. Recuperado el 23 de agosto 2017 en <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?k=fabd193e-6077-404e-843a-9d33cd4749a0&grant=HND-102-G02-T-00>

The Global Fund. (2010). Honduras. Proposal Form Rund 10. Recuperado el 12 de febrero 2017 en <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=HND&k=38565614-b542-4558-96f5-6c0ab3e36f97>

The Union (2016) .90 years of collaboration and innovation. Recuperado el 20 de abril 2016 <http://www.uniondp.org/images/publications/Union.90.Anniversary.Brochure.English.pdf>

Todaro, M. P. (1994). *Economic Development* (5th ed.). New York, London: Longman.

Truman H. Inaugural address 20 Januar 1949. Recuperado el 12 de mayo del 2016 en <https://www.trumanlibrary.org/.../inaugural20jan1949...>

United Nations. *World Urbanization Prospects: The 2007 Revision - Highlights*. New York: Population Division, Department of Economics and Social Affairs, 2008.

UNICEF (1987). Annual Report . Ajuste con rostro humano Recuperado el 22 junio 2016 en http://www.unicef.org/about/history/files/unicef_annual_report_1987.pdf

UNICEF. Th estate of the world´s children 2003. Recuperado el 6 de diciembre 2016 en <http://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World's%20Children%202003.pdf>

UNICEF (2008). Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata. Accesado 1 de nov 14 <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.2-ESP.pdf>

United Nations. *World Urbanization Prospects: The 2007 Revision - Highlights*. New York: Population Division, Department of Economics and Social Affairs, 2008.

United Nation Development Programm (UNDP, 1997). Governance for sustainable human development. UNDP Policy Document. New York, United NationsDevelopment Programme. Recuperado el 18 de julio 2010 en <http://www.pogar.org/publications/other/undp/governance/undppolicydoc97-e.pdf>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). Global study on Homicine. Recuperado el 1 de abril del 2016 en <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime/global-study-on-homicide-2011.html>

United Kindom Gobermmnt.(2004). *The impact of overcrowding on health and education: a review of the evidence and literature*. Government of the United Kingdom, Office of the Deputy Prime Minister. London. Recuperado el 19 de noviembre 2016 en <http://dera.ioe.ac.uk/5073/1/138631.pdf>

Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Observatorio de la Violencia. (2007-2014) Recuperado el 15 de marzo del 2015 en <http://www.iudpas.org/pdf/Boletines/Nacional/NEd36EneDic2014.pdf>

Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Instituto Universiditario en Paz, democracia y Seguridad (IUDPAS). (2014). Boletín San Pedro Sula. Recuperado el 26 de marzo del 2016 en <http://www.iudpas.org/boletines/boletines-san-pedro-sula>

Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (2016). Analizarán la Ley Marco del Sistema de Protección Social. Presencia Universitaria 9 de julio 2015. Recuperado el 17 de febrero 2017 <https://presencia.unah.edu.hn/vinculacion/articulo/analizaran-la-ley-marco-del-sistema-de-proteccion-social>

USAID, TBCTA. (2009). GUIDELINES FOR CONTROL OF TUBERCULOSIS IN PRISONS recuperado el 17 de enero del 2017 en http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

Urquidi VL. (1994). Bretton Woods: un recorrido por el primer cincuentenario. Recuperado el 22 de 06 2015 en. <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/364/1/RCE1.pdf>

Varela-M., C. (2005). Historia de la lucha antituberculosa en Honduras. Rev Med Hondur. Vol 73 (S2).

Varela-Martínez C, Yadon ZE, Marín D, Hedal E. (2016). Contrasting trends of tuberculosis in the cities of San Pedro Sula and Tegucigalpa, Honduras, 2005–2014. Rev Panam Salud Publica. Vol 39(1):51–9.

Varela-Martinez C. Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis. PENTB 2009-2015. RESUMEN. REV MED HONDUR, Vol. 78, No. 1, 2010

Vidal, R., Miravittles, M., Caylà^o, J. A., & Torrella, M. (1997). Estudio del contagio en 3.071 contactos. *Med Clin (Barc)*, 108, 361-365. Accesada 21 de diciembre del 2016 en

Urriola R., Suárez, J., Madrid, S., et al (2011). Economía y salud: aportes y experiencias en América Latina. Santiago, Chile: OPS/ OMS.

Whitehead, M. y Dahlgren, C. (1991). What can we do about inequalities in health. *The lancet* .338:1059-1063.

Williamson, J. (2002). What Washington Means by Policy Reform. Recuperado el 14 de junio 2016 en http://www.papelesdesociedad.info/IMG/pdf/john_williamson_what_washington_means_by_policy_reform-2.pdf

Williamson, J (2004). A short history of Washington consensus. Recuperado de <https://piie.com/publications/papers/williamson0904-2.pdf> el 14 de junio 2016

Wilkinson Richard and Kate Pickett. The impact of income inequalities on sustainable development in London. A report for the London Sustainable Development Commission. 2010

Woods, R.B. (1997). The Marsall plan. A fifty-year perspective. Recuperado el 3 agosto 2017 en http://marshallfoundation.org/library/wpcontent/uploads/sites/16/2014/05/The_Marshall_Plan_A_Fifty_Year_Perspective_000.pdf

World health Organization (WHO, 1994). "Framework for Effective Tuberculosis Control." World Health Organization. Document WHO/TB/94.179. Recuperado el 11 de mayo 2016 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58717/1/WHO_TB_94.179.pdf

World Health Organization (1997). Tuberculosis control. The DOTS Strategy. Geneva. WHO/TB/97.228

World Health Organization (WHO 2003). *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. Wilkinson R, Marmot M, eds. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2003, Recuperado el 18 Julio del 2010 en (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf,

World Health Organization (WHO, 2005). Trade, foreign policy, diplomacy and health. Recuperado el 14 de nov del 2015 en <http://www.who.int/trade/en/>

World Health Organization (WHO, 2005). Statement of the WHO on international trade and health. Recuperado el 3 julio 2016 en http://www.who.int/trade/WHO_Statement_Hong_Kong.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO. (2006). The Stop TB Strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. WHO/HTM/TB/2006.368

World Health Organization. (2008). Practical Approach to Lung Health. Manual on initiating PAL implementation. Geneva: WHO/HTM/TB/2008.410. WHO/NMH/CHP/CPM/08.02. WHO; 2008

World Health Organization, (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Recuperado el 19 July 2010) en (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html,

World Health Organization (2009). Who policie on TB infection control in health care facilities, congrégate settings and households. 21 octubre 2016, Accesible en [www.who.int/tb/publications /tb-facilities-policy/en/](http://www.who.int/tb/publications/tb-facilities-policy/en/)

World Health Organization, (2008). The world health report 2008 – primary health care: now more than ever. Geneva, Recuperado el 18 July 2010 en <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

World Health Organization. (2009) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva. Recuperado el 18 de julio del 2010 en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

World Health Organization. (2009). Tuberculosis y el Tabaco. Recuperado el 31 de diciembre 2016 en http://www.who.int/tobacco/resources/publications/es_factsheettbtobacco.pdf

World Health Organization- United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), (2010). Hidden cities. Unmasking and overcoming health inequities in urban settings. The WHO Centre for Health Development, Kobe, and, Switzerland. ISBN 978 92 4 154803 8 (WHO), (NLM classification: WA 380, ISBN 978 92 1 132271 2 (UN-HABITAT)

World Health Organization -Un-Habitat (2010). Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Ginebra Suiza.

- World Health Organization (2011). Bugs, Drugs and Smokin.Histories of Public Health. Ed Fiona Fleck. France. ISBN 978 92 4 156436 6 (NLM classification: WA 540)
- World Health Organization (2011). Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis.2011 update. ISBN 978 92 4 150158 3 (NLM classification: WF 310) 2011 update
- World Health Organization (WHO ,2014) The End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Recuperado el 11 de mayo 2016, en http://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf
- World Health Organization (WHO, 2015). Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. WHO/HTM/TB/2015.01
- World health Organization (2016) Global Tuberculosis Report 2016. NLM classification: WF 300. WHO/HTM/TB/2016.13. Recuperado el 26 de noviembre del 2016 en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>
- World health Organization (Who, 2015). Gender. Recuperado 20 de noviembre del 2015 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>*
- World health Organization (2016). Tuberculosis, nota descriptiva. (Clasificación NLM: WF 200). Accesada el 8 de noviembre 2016 en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/92_4_354890_6
- World Health Organization (2016). Global TB report 2015. Recuperado el 18 de enero 2016 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf
- World Health Organization (2016). OMS. Incidencia data by country. Recuperado el 9 de febrero 2017 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1315?lang=en>
- Wright Pearce. Sir Douglas Black. (2002). The Lancet; Vol 360: October 5, 2002. Recuperado el 6 de noviembre del 2016 en [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)11146-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11146-9.pdf)
- Yadón, Z., Gürtler, R. E., Tobar, F., & Medici, A. C. (2006). *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. OPS. Buenos Aires Argentina. ISBN 92 75 07397 X Recuperada el 14 de enero 2017 en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18538>
- Zachariah R, Spielmann MP, Harries AD, Salanipont FM (2002). Moderate to severe malnutrition in patients with tuberculosis is a risk factor associated with early death.Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.; 96:291–4
- Zoellick RB. (2008). *Commentary: a new deal for global food policy*. Washington, DC, World Bank. Recuperado el 18 de julio 2010 en <http://beta.worldbank.org/node/3791>,

Zurbriggen, Cristina. (2006). El institucionalismo centrado en los actores: Una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 26(1), 67-83. Recuperado en 21 de mayo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2006000100004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-090X2006000100004

DEGT-UNAH

ANEXOS

DEGT-UNAH

ANEXO 1

SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS

I. DATOS GENERALES DE LA UNIDAD NOTIFICADORA

No. de registro: _____ No. de expediente: _____
 Departamento: _____ Región de Salud: _____
 Municipio: _____ Unidad de Salud: _____
 Código de la US: _____ CAI: _____
 Fecha de registro: dd mm aaaa Fecha de notificación del caso: dd mm aaaa

II. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____
 No. de identidad: dd mm aaaa Sexo: F M Embarazada: SI NO
 Fecha de nacimiento: dd mm aaaa Edad en años cumplidos: _____ (Si, es menor de 1 año) Edad en Meses: _____
 Si es menor de 5 años, recibió la vacuna de BCG?: SI NO
 Ocupación del paciente (Anote código): _____ Lugar de trabajo: _____
 Tipo de población: 1. Mestizo 2. Garífuna 3. Negro inglés 4. Tolupan 5. Pech
 6. Misquito 7. Lenca 8. Tawanca 9. Chorti 10. Otro _____
 98. No sabe 99. No responde
 Dirección Completa (actual) Departamento: _____ Municipio: _____
 Aldea: _____ Colonia/Barrio: _____ Calle/Avenida: _____ Casa: _____
 Otras referencias: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono Cel: _____
 Cambió de dirección en los últimos 6 meses: NO SI Si la respuesta es SI donde: _____
 Departamento: _____ Municipio: _____ Aldea/Colonia/Barrio: _____
 Migrante interno: NO SI De donde: _____
 Migrante retornado: NO SI De donde: _____
 Migrante: NO SI De donde: _____
 Nivel de escolaridad (Anote código): _____
 ¿El paciente vive o trabaja en alguna de estas condiciones de riesgo? SI NO Si, es NO pase a la siguiente pregunta
 Centros penitenciarios: Asilos: Fábricas/Maquilas: Camionero:
 Orfanatorios: Cuarteles/Batallones: Albergues temporales: Pesca/buceo:
 ¿El paciente pertenece a un grupo de riesgo? NO SI Si la respuesta es SI a cual:
 Empleados de salud: Alcohólicos: Drogodependientes: Alcohólicos y Drogodependientes:
 Indigentes: Otro: Especifique: _____

III. CLASIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS

Pulmonar: Extrapulmonar: Especifique ubicación anatómica: _____

IV. MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Baciloscopia: P+ P++ P+++ Cultivo Rx Biopsia Clínico Otro:
 Especifique: _____

V. CONSEJERÍA

Recibió consejería: NO SI

Especifique:	VIH	TB	TB-MDR
Pre consejería			
Post consejería			

VI. CONTROL DE CONTACTOS (Contactos Registrados)

Tipo de Contacto:	Numero	< 15 años		> o igual 15 años	
		M	F	M	F
Convivientes					
Habituales					
Casuales					
Laborales					
Escolares					

VII. CONDICIÓN DEL PACIENTE

Nuevo:
 Recaída:
 Abandono Recuperado:

VIII. TRATAMIENTO

Antecedentes de tratamiento previo	Esquema de tratamiento actual
Cuántas veces: <input type="checkbox"/>	Basico Primario: <input type="checkbox"/>
Año: <input type="checkbox"/>	Basico Secundario: <input type="checkbox"/>
Esquema: B/P <input type="checkbox"/> B/S <input type="checkbox"/>	Pediatrico: <input type="checkbox"/>
Duración: <input type="checkbox"/> meses	
Año: <input type="checkbox"/>	
Esquema: B/P <input type="checkbox"/> B/S <input type="checkbox"/>	
Duración: <input type="checkbox"/> meses	
Año: <input type="checkbox"/>	
Esquema para Drogoresistencia:	
Estandarizado: <input type="checkbox"/>	
Individualizado: <input type="checkbox"/>	
Esquema TB Atípico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Duración: <input type="checkbox"/> meses	

IX. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

Diabetes mellitus:
 Hipertensión arterial:
 Insuficiencia hepática:
 Insuficiencia renal:
 Otros (Especifique): _____

X. COINFECCIÓN TB/VIH

PVIH: SI NO
 Tratamiento con ARV: SI NO
 Acepta realizarse la prueba: SI NO
 Si es NO porque? _____
 Se realizó la prueba: SI NO
 Si es NO porque? _____
 Positivo para VIH: SI NO
 Fecha de toma muestra: dd mm aaaa
 Referido al CAI: SI NO
 Nombre del CAI: _____

Responsable del Llenado de la Ficha

Nombre completo: _____

Cargo: _____ Sello

Nota: Enviar la ficha a La persona responsable del PNT del Nivel Regional

ANEXO 2

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN FORMULACION DE ESTRATEGIAS PARA CONTROL DE LA TB

Categoría de determinantes de la salud		TAES	Alto a la TB	Fin a la TB	Norma 2003	Norma 2012	Propuesta Fondo Global 2003	Propuesta Fondo Global 2010	Plan estratégico Nacional 2016-20
Primera categoría. Aspectos biológicos:	Sexo	x	x	x	x	x	x	x	x
	Edad	x	x	x	x	x	x	x	x
	Nutrición								
Segunda categoría. Estilo de Vida: Alcohol Adicciones	Alcoholismo		x	X					
	Droga adicción		x	x					
Tercera categoría. Redes Sociales Comunitarias	Grupos comunitarios		x	x					x
Cuarta Categoría. Alimentación, educación, ambiente laboral, condiciones de vida y de trabajo, desempleo, agua y saneamiento, servicios de salud y vivienda.	dieta								
	Educación		x	X					
	Ocupación		x	X					
	Migrante		x	X	x	X			x
	PPL		x	X	x	X			x
	Condición de vivienda/hacinamiento								
	Acceso a servicios de salud			X	X				
Quinta Categoría. Variables ecológicas: variables socioeconómicas, culturales y ambientales	Ingreso por familia								
	Vivienda								
	Educación	x	x	x	x	x	x	x	x

ANEXO 3

Punto cuatro del discurso de Truman (29 enero 1949)

.....“ Four. We must embark on a bold new program for making the benefits of our scientific advances and industrial progress available for the improvement and growth of underdeveloped areas. More than half the people of the world are living in conditions approaching misery. Their food is inadequate. They are victims of disease. Their economic life is primitive and stagnant. Their poverty is a handicap and a threat both to them and to more prosperous areas. For the first time in history, humanity possesses the knowledge and the skill to relieve the suffering of these people. The United States is pre-eminent among nations in the development of industrial and scientific techniques. The material resources which we can afford to use for the assistance of other peoples are limited. But our imponderable resources in technical knowledge are constantly growing and are inexhaustible. I believe that we should make available to peace-loving peoples the benefits of our store of technical knowledge in order to help them realize their aspirations for a better life. And, in cooperation with other nations, we should foster capital investment in areas needing development. Our aim should be to help the free peoples of the world, through their own efforts, to produce more food, more clothing, more materials for housing, and more mechanical power to lighten their burdens. We invite other countries to pool their technological resources in this undertaking. Their contributions will be warmly welcomed. This should be a cooperative enterprise in which all nations work together through the United Nations and its specialized agencies wherever practicable. It must be a worldwide effort for the achievement of peace, plenty, and freedom. With the cooperation of business, private capital, agriculture, and labor in this country, this program can greatly increase the industrial activity in other nations and can raise substantially their standards of living.⁵¹ Such new economic developments must be devised and controlled to benefit the peoples of the areas in which they are established. Guarantees to the investor must be balanced by guarantees in the interest of the people whose resources and whose labor go into these developments. The old imperialism—exploitation for foreign profit—has no place in our plans. What we envisage is a program of development based on the concepts of democratic fair-dealing. All countries, including our own, will greatly benefit from a constructive program for the better use of the world's human and natural resources. Experience shows that our commerce with other countries expands as they progress industrially and economically. Greater production is the key to prosperity and peace. And the key to greater production is a wider and more vigorous application of modern scientific and technical knowledge. Only by helping the least fortunate of its members to help themselves can the human family achieve the decent, satisfying life that is the right of all people. Democracy alone can supply the vitalizing force to stir the peoples of the world into triumphant action, not only against their human oppressors, but also against their ancient enemies—hunger, misery, and despair” (Truman, 1949)

ANEXO 4



Barton, H. y Grant, M. (2006). Un mapa para el hábitat humano desarrollado a partir del modelo de Dahlgren and Whitehead. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (6). pp. 252-253. ISSN 1466-4240

ANEXO 5

Cuadro 1. Resultado acumulado de tratamiento de la Tuberculosis en el Distrito Central y San Pedro Sula. 2005-2014

Variable	Distrito Central			San Pedro Sula			p
	Promedio	SD	(IC 95%)	Promedio	SD	(IC 95%)	
Tasa acumulada TB total	37.1	6.0	(32.8-41.4)	80.0	7.1	(74.8-85.0)	0.000
Tasa acumulada de TB BK+	23.7	3.4	(21.3-26.1)	53.8	5.00	(50.2-57.3)	0.000
Tasa acumulada de consultas	50528.3	5633.4	(46948.4-54558.2)	35392.2	27078.3	(16022.0-54763.0)	0.101
Tasa acumulada de SR* esperados	2526.4	281.7	(2324.9-2727.9)	1770.0	1354.0	(801.1-2738.1)	0.101
Tasa acumulada de SR* detectados	907.0 (35.9%)	347.0	(659.0-1155.2)	749.1 (42.3%)	164.0	(632.0-866.3)	0.210
Tasa acumulada de SR* examinados	627.0	329.0	(392.0-862.3)	661.0	159.57	538.0-783.3	0.784
Porcentaje acumulado de pacientes con TB hombres	60.5	1.8	(58.7-62.4)	60.8	3.0	(58.0-62.4)	0.827
Porcentaje acumulado de pacientes TB mujeres	39.5	1.8	(38.0-41.3)	39.2	3.0	(36.0-42.3)	0.827
Porcentaje acumulado de pacientes TB menores de 5 años	1.6	1.0	(1.0-2.4)	4.6	2.0	(2.5-6.7)	0.006
Porcentaje acumulado de pacientes TB de 5 a 14 años de edad	2.6	1.1	(1.4-4.0)	5.1	1.4	(3.7-6.6)	0.005
Porcentaje acumulado de pacientes TB de 15 a 55 años	69.3	3.2	(66.0-72.6)	71.5	2.7	(68.6-74.3)	0.231
Porcentaje acumulado de pacientes TB mayores de 55 años.	26.7	2.3	(24.2-29.1)	18.9	0.9	(17.9-19.9)	0.000

- SR Sintomático Respiratorio; Tasa X/100,000 habitantes

ANEXO 6

Cuadro 2. Características Sociodemográficas de pacientes con Tuberculosis del Distrito Central y de San Pedro Sula. Honduras, 2014. Característica

Característica	Tegucigalpa n= 348			San Pedro Sula n=541			p
	Numero	(%)	(95%CI)	Número (%)	(%)	(95% CI)	
Edad	Promedio 42.6 SD 18.8		(40.6-44.5)	Promedio 37.4 SD 19.2		(35.8-39.1)	
<5	6	1.7	(0.8-3.7)	18	3.3	(2.1-5.2)	
5-14	10	2.9	(1.6-5.2)	25	4.6	(3.1-6.7)	
15-55	251	72.1	(67.2-76.6)	394	72.8	(68.9-76.4)	
55+	81	23.3	(19.1-28.0)	104	29.2	(16.1-22.8)	
Total	348	100		541	100		
Sexo							
Hombre	216	62.2	(57.0-67.2)	321	59.3	(55.1-63.4)	
Mujer	131	37.8	(32.8-43.0)	220	40.7	(36.6-44.9)	
Total	347	100		541	100		
Educación							
Primaria incompleta	86	30.5	(25.4-36.1)	128	31.6	(27.3-36.3)	
Primaria completa	56	19.9	(15.6-24.9)	103	25.4	(21.4-29.9)	
Secundaria incompleta	33	11.7	(8.5-16.0)	46	11.4	(8.6-14.8)	
Secundaria completa	38	13.5	(10.0-18.0)	49	12.1	(9.3-15.6)	
Técnico incompleta	3	1.1	(0.4-3.1)	8	2	(1.0-3.8)	
Técnico completa	9	3.2	(1.7-6.0)	21	5.2	(3.4-7.8)	
Universitaria completa	11	3.9	(2.2-6.8)	12	3	(1.7-5.1)	
Universitaria completa	8	2.8	(1.4-5.5)	12	3	(1.7-5.1)	
Ninguna	38	13.5	(10.0-18.0)	26	6.4	(4.4-9.2)	*
Total	282	100		405	100		
Grupo Étnico							
Mestizo	335	98.5	(96.6-99.4)	536	99.1	(97.9-99.6)	
Misquito	4	1.2	(0.1-1.6)				
Negro inglés	1	0.3	(0.5-3.0)				
Garífuna				4	0.7	(0.3-1.9)	
Lenca				1	0.2	(0.0-1.0)	
Total	340	100		541	100		
Ocupación							
Desempleado	149	45.6	(40.3-51.0)	213	49.5	(44.8-54.2)	
Ama de casa	29	8.9	(6.2-12.4)	31	7.2	(5.1-10.1)	
Otras varias	27	8.3	(5.7-11.7)	101	23.5	(19.7-27.7)	
Vendedor/comerciante	24	7.3	(5.0-10.7)	19	4.4	(2.8-6.8)	
Trabajador de salud	16	4.9	(3.0-7.8)	13	3.0	(1.8-5.1)	
Albañil	11	3.4	(1.9-5.1)	7	1.6	(0.8-3.3)	
Profesional	9	2.8	(1.5-5.1)	15	3.5	(2.1-5.7)	
Taxista	8	2.4	(1.2-4.8)	7	1.6	(0.8-3.3)	
Oficinista	7	2.1	(1.0-4.4)				
Jubilados	5	1.5	(0.7-3.5)				
Agricultor	4	1.2	(0.5-3.1)	3	0.7	(0.2-2.0)	
Aseadora	3	0.9	(0.3-2.7)				
Vigilantes	3	0.9	(0.3-2.7)	10	2.3	(1.3-4.2)	
Total	327	90.2		419	97.3		
Grupo de riesgo							
Migrante	10	3.0	(1.6-5.4)	11	2.0	(1.1-3.6)	
Privado de libertad	13	3.8	(2.2-6.4)	50	9.2	(7.1-12.0)	

ANEXO 6

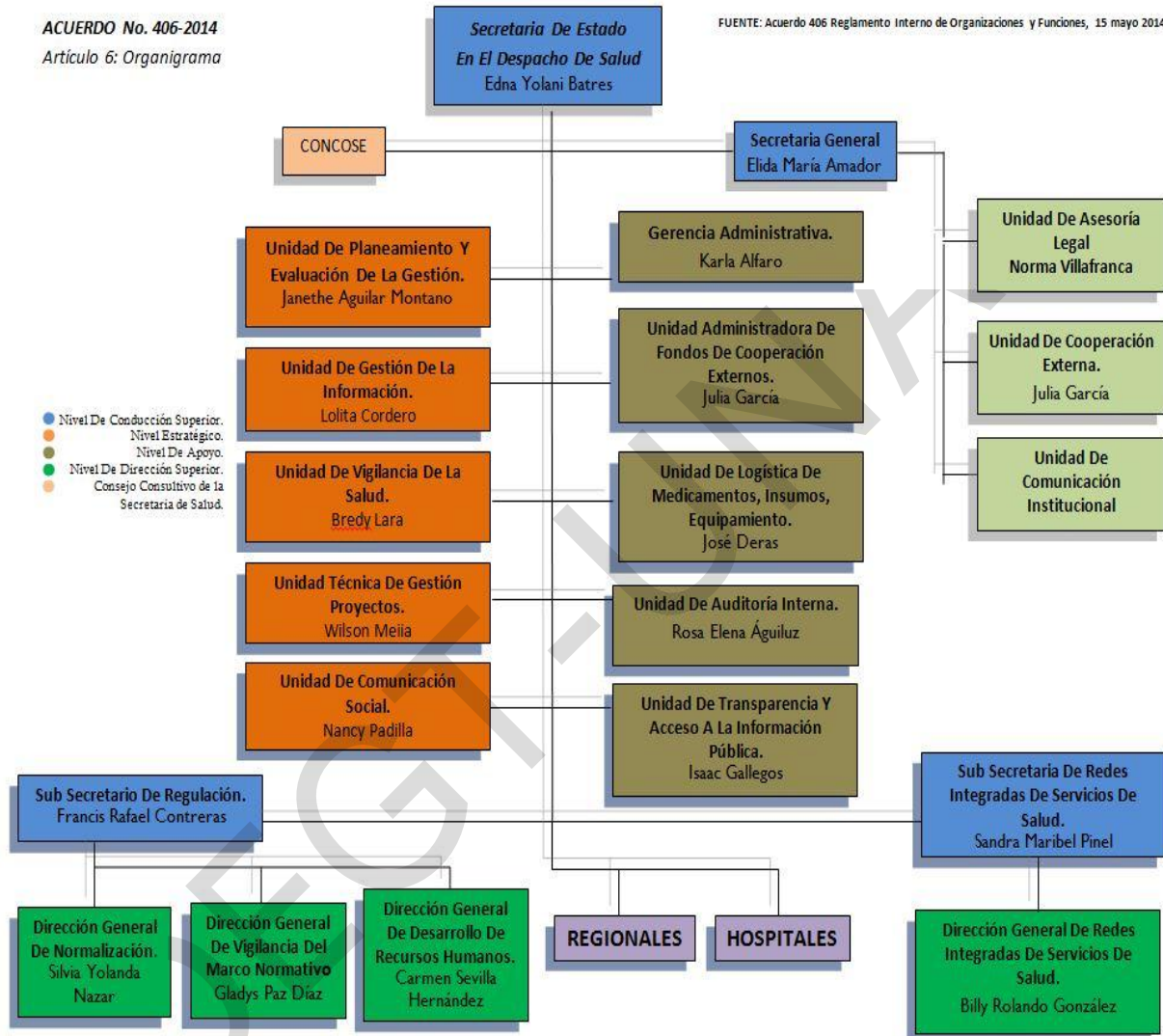
Alcohólico	43	12.8	(9.6-16.7)	21	3.9	(2.4-6.6)	
Drogadicción	15	4.5	(2.7-7.3)	35	6.4	(4.9-7.8)	
Indigente	11	3.3	(1.8-5.7)	3	0.6	(0.2-1.6)	
Trabajador de maquila	2	0.6	(0.2-2.2)	23	4.3	(2.6-7.2)	
Trabajador de salud	16	4.9	(3.0-4.8)	13	2.4	(1.3-4.8)	
Centro de Salud							
D.C. / SPS							
IHSS	37	10.6	(7.8-14.3)	82	15.2	(12.4-18.4)	
ASuazo/MPBarahona	31	8.9	(6.3-12.4)	176	32.5	(28.7-36.6)	
LaCrucitas/Calpules	22	6.3	(4.2-9.4)	45	8.3	(6.3-10.9)	
EICarrisal/LaPalmas	18	5.2	(3.3-8.0)	37	6.8	(5.0-9.3)	
3deMayo/RiveraHerna	18	5.2	(3.3-8.0)	29	5.4	(3.8-7.6)	
San Francisco	17	4.9	(3.1-7.7)	25	4.6	(3.1-6.7)	
Centro penal	15	4.3	(2.6-7.0)	50	9.2	(7.1-12.0)	
Test VIH							
Realizado	322	95.8	(93.1-97.5)	535	99.4	(98.4-99.8)	
Positivo	52	16.3	(12.6-20.6)	48	9.0	(6.8-11.7)	*
Comorbilidad							
Ninguna	233	69.6	(64.5-74.3)	448	82.8		
Diabetes	30	9.1	(5.5-12.7)	77	14.2	(11.5-17.4)	
Hipertensión	27	8.1	(4.8-13.4)	28	5.2	(3.6-7.4)	
Malnutrición	10	3.0	(1.5-6.7)				
EPOC o Asma	6	1.8	(0.8-3.9)	1	0.2	(0.0-1.0)	
Hepatopatía	3	0.9	(0.3-2.6)	1	0.2	(0.0-1.0)	
Enfermedad Renal	3	0.8	(0.3-3.9)	3	0.6	(0.2-1.6)	

ANEXO 7

Esquema de la estructura administrativa de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud.

ACUERDO No. 406-2014
Artículo 6: Organigrama

FUENTE: Acuerdo 406 Reglamento Interno de Organizaciones y Funciones, 15 mayo 2014



Fuente: Portal de Transparencia. Secretaría De Estado en el Despacho de Salud. Organigrama Secretaría de Salud. Recuperado el 29 de enero del 2017 en <http://www.salud.gob.hn/transparencia/organigrama.html>

ANEXO 8

Cuadro 3. Categorización y tipificación de establecimientos de salud según el Modelo Nacional de Salud. Secretaria de Salud de Honduras, 2014

CATEGORIZACION Y TIPIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

NIVEL DE ATENCION	ESCALONES DE COMPLEJIDAD CRECIENTE	CATEGORIA Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA DISTINTIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PRIMER NIVEL	Nivel de Complejidad 1	Centro de Salud Tipo 1	Ambulatorio rural con médico general.
	Nivel de Complejidad 2	Centro de Salud Tipo 2	Ambulatorio urbano con médico general. Es sede del Equipo de Atención Integral de Salud. Atiende referencia de CS Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 3	Centro de Salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas). Atiende referencias de CS Tipo 2 y del EAPS.
SEGUNDO NIVEL	Nivel de Complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias de del primer nivel.
	Nivel de Complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y algunas sub especialidades. Referencia del Hospital Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente, de especialidades y subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales tipos 1 y 2.
	Nivel de Complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e Instituto altamente especializado. De referencia nacional.

*CS= Centro de Salud

*EAPS=Equipo de Atención Primaria de Salud

ANEXO 9

Cuadro 4. Red de laboratorios establecimientos públicos, HONDURAS 2015*

Laboratorios según su complejidad Técnica	Numero de laboratorios por habitantes	Observaciones
Baciloscopías 174 laboratorios con actividades múltiples realizando baciloscopía a nivel local Distrito Central :27 laboratorios San Pedro Sula: 7 laboratorios	1 laboratorio x 45,681 hab. 1 laboratorio x 45,103 1 laboratorio x109,089	191 laboratorios que realizan baciloscopías
Cultivo Distrito Central San Pedro Sula	1 Laboratorio x 8, 725,111 hab. (nacional) 1 laboratorio x 405,934 h 1 laboratorio x 763,626 h	11 Laboratorios que procesan cultivos a nivel nacional
Pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea	1 laboratorio x 8,725,112 hab	1 Laboratorio que realiza PS (Método de las proporciones)
Pruebas moleculares (Gene Xpert-MTB/RIF)	3 Equipos	1 laboratorio en Región de Cortés (alta carga de TB, TB-VIH y TB-MDR), 1 Hospital de Referencia TB-MDR (INCP) 1 en el LNR-TB. Distrito Central

Fuente: Tomado de PENTB 2016-2020 y modificado para el Distrito central y San Pedro Sula.

ANEXO 10

Cuadro 5. Número y porcentaje promedio acumulado de personas diagnosticadas de TB según tipo y categoría de Tuberculosis pacientes por ciudad (Distrito Central y San Pedro)

Indicador	DISTRITO CENTRAL			SAN PEDRO SULA			P
	Número o porcentaje	DS	IC95%	Número y porcentaje	DS	IC95%	
Número promedio de pacientes TB nuevos diagnosticados por baciloscopia/año	245.1	26.8	(225.9-264.3)	331.5	38.1	(304.2-358.9)	0.000
Porcentaje acumulado de casos TB nuevos baciloscopia positiva	60.4	3.3	(58.0-63.0)	59.3	5.1	(55.7-63.0)	0.559
Número promedio de casos TB recaídas BAAR +/año	16.4	4.1	(13.3-19.6)	50.0	8.6	(43.7-56.1)	0.000
Porcentaje acumulado de casos TB recaída BAAR +	4.2	2.0	(3.1-5.3)	8.9	1.3	(8.1-9.7)	0.000
Número promedio de casos TB nuevos, BAAR negativo (Diagnostico clínico/radiológico)	71.9	20.9	(56.9-86.8)	92.0	36.6	(65.8-118.2)	0.148
Porcentaje acumulad de casos TB nuevos BAAR negativo	17.5	3.8	(14.8-20.3)	16.0	5.0	(12.5-19.6)	0.471
Número promedio de casos TB nuevos extrapulmonares	72.6	13.1	(63.5-81.9)	70.2	9.2	(63.6-76.5)	0.640
Porcentaje acumulado de casos TB nuevos extrapulmonares.	17.9	2.4	(16.2-19.7)	12.6	1.8	(11.3-13.8)	0.000
Número promedio de pacientes TB examinados por VIH/año	273.3	90.5	(203.8-342.9)	430.0	84.5	(369.5-490.5)	0.001
Porcentaje acumulado de pacientes TB examinados por VIH	69.9	27.0	(49.1-90.7)	76.4	11.0	(68.5-84.3)	0.495
Número promedio de pacientes TB VIH positivo/año	45.6	14.1	(35.5-55.7)	44.3	9.7	(37.4-51.2)	0.813
Porcentaje acumulado de casos TB VIH positivo	11.5	4.4	(8.4-14.7)	8.0	1.7	(6.8-9.1)	0.026

ANEXO 11

Cuadro 6. Número de pacientes con TB y porcentajes según ciudad y barrio. Honduras 2014

Distrito Central				San Pedro Sula			
Barrio o colonia	Número	%		Barrio o colonia	Número	%	
TamaraPC	13	3.8		CENTRO PENAL SPS	50	9.2	
Villa Nueva	8	2.2		BO. CABAÑAS	23	4.3	
3 demayo	7	2		BO. MEDINA	22	4.1	
FlordelCampo	7	2		COL. LA PRADERA	10	1.8	
Morazán	6	1.7		COL. VILLA ERNESTINA	9	1.7	
SanFrancisco	6	1.7		COL. VIDA NUEVA	9	1.7	
21 de febrero	5	1.4		BO. SUNCERY	9	1.7	
Cerro Grande	5	1.4		COL. SATELITE	8	1.5	
El Hato de enmedio	5	1.4		COL. SANDOVAL SORTO	7	1.3	
Abraham Lincoln	4	1.1		COL. MIGUEL A PAVON	7	1.3	
El Bosque	4	1.1		COL. GRACIAS A DIOS	7	1.3	
Nueva Capital	4	1.1		COL. BRISAS DEL VALLE	7	1.3	
Pedregal	4	1.1		BO. BARANDILLAS	7	1.3	
Bella Vista	3	0.8		COL. SANTA MARTHA	6	1.1	
Campo Cielo	3	0.8		COL. SAN JOSE V	6	1.1	
Kennedy	3	0.8		COL. RIVERA HERNANDEZ	6	1.1	
La Concordia	3	0.8		COL. LOMAS CARMEN	6	1.1	
La Era	3	0.8		COL. EBENEZER	6	1.1	
La Leona	3	0.8		COL. SUYAPA	5	0.9	
Los Izotes	3	0.8		COL. SAN ANTONIO CHAMELECON	5	0.9	
Nueva Suyapa	3	0.8		COL. LA UNION	5	0.9	
Perpetuo Socorro	3	0.8		COL. GUILLEN	5	0.9	
Reparto Arriba	3	0.9		COL. AYESTAS	5	0.9	
San Matias	3	0.8		BO. CONCEPCION	5	0.9	
1dediciembre	2	0.6		NACO	4	0.7	
Arcierly	2	0.6		COL. REPARTO LEMPIRA	4	0.7	
Ayestas	2	0.6		COL. MUNICIPAL	4	0.7	
Bo Lempira	2	0.6		COL. GUADALUPE	4	0.7	
Bolivar	2	0.6		COL. FESITRANH	4	0.7	
Canada	2	0.6		COL. FELIPE ZELAYA	4	0.7	
Centro America Oe	2	0.6		COL. BOGRAN	4	0.7	
Ciudad España	2	0.6		BORDO RIO BLANCO	4	0.7	
Duarte	2	0.6		BO. CABAÑITAS	4	0.7	
El Rosario	2	0.6		NO CONSIGNADO	3	0.6	
Flor1	2	0.6		GUSTAVO ADOLFO REYES REYES	3	0.6	
Independencia	2	0.6		COL. VILLA FLORENCIA	3	0.6	
Izaguirre	2	0.6		COL. SAN ISIDRO	3	0.6	
La Haya	2	0.6		COL. PRIMAVERA	3	0.6	
Las Casitas	2	0.6		COL. PASTOR ZELAYA	3	0.6	
La Sosa	2	0.6		COL. MODELO	3	0.6	
Las Palmas	2	0.6		COL. MICHELETI	3	0.6	
La Venta	2	0.6		COL. LUSUSA	3	0.6	
Lomas del Gujarr	2	0.6		COL. LUISIANA	3	0.6	
Los Pinos	2	0.6		COL. LOS PINOS	3	0.6	
Nueva Danli	2	0.6		COL. LAS VEGAS	3	0.6	
Obrera	2	0.6		COL. ISLAS DEL PROGRESO	3	0.6	
Policarpo Paz	2	0.6		COL. EL PARAISO	3	0.6	
Reparto Abajo	2	0.6		COL. EL CARMEN	3	0.6	
Rivera Vega	2	0.6		COL. CENTRAL	3	0.6	
San Pablo	2	0.6		COL. CALLEJAS	3	0.6	
Sipile	2	0.6		COL. ASENTAMIENTOS HUMANOS	3	0.6	
Torres	2	0.6		BORDO EL PEDREGAL	3	0.6	

ANEXO No. 11

Cuadro 6. Número de pacientes con TB y porcentajes según ciudad y barrio. Honduras 2014

Distrito Central				San Pedro Sula			
Barrio o colonia	Número	%		Barrio o colonia	Número	%	
Travesía	2	0.6		BORDO BERMEJO	3	0.6	
VillaCentroamer	2	0.6		BO. PAZ BARAHONA	3	0.6	
VillaCristina	2	0.6		BO. LAS PALMAS	3	0.6	
ZapoteCentro	2	0.6		ARENALES	3	0.6	
Zapotenorte	2	0.6		RIO BLANCO	2	0.4	
19deseptiembre	1	0.3		EL TRONCONAL	2	0.4	
21deoctubre	1	0.3		COL. VILLEDA MORALES	2	0.4	
28demarzo	1	0.3		COL. VALLE DE SULA #2	2	0.4	
30denoviembre	1	0.3		COL. VALLE DE SULA #1	2	0.4	
Aguacatal	1	0.3		COL. UNICA ESPERANZA	2	0.4	
AldeaSanMatias	1	0.3		COL. SUAZO CORDOVA	2	0.4	
AltosCampoAstal	1	0.3		COL. SMITH	2	0.4	
AltosdeLaQuezad	1	0.3		COL. SANTA ANA	2	0.4	
AltosdelCountry	1	0.3		COL. SAN JOSE	2	0.4	
AltosdelParaiso	1	0.3		COL. SAN FRANCISCO	2	0.4	
AltosDivanna	1	0.3		COL. PLANES DE CALPULES	2	0.4	
Altosindependen	1	0.3		COL. NUEVA PRIMAVERA	2	0.4	
Altos las Cascada	1	0.3		COL. LOS ANGELES	2	0.4	
Altos San Francis	1	0.3		COL. LLANOS DE SULA	2	0.4	
Altos Santa Rosa	1	0.3		COL. LEMPIRA II	2	0.4	
América	1	0.3		COL. LAS BRISAS	2	0.4	
Barrio El Centro	1	0.3		COL. HONDURAS	2	0.4	
Belén	1	0.3		COL. GARCIA BUSTAMANTE	2	0.4	
Bo Japon	1	0.3		COL. FLOR DE CUBA	2	0.4	
Brisas del Valle	1	0.3		COL. FE Y ESPERANZA	2	0.4	
Brisas San Jose	1	0.3		COL. CIUDAD NUEVA	2	0.4	
Buenos Aires	1	0.3		COL. CERRITO LINDO	2	0.4	
calpules	1	0.3		COL. CALPULES	2	0.4	
Canaan	1	0.3		COL. BRISAS DEL CARMEN	2	0.4	
Cantarranas	1	0.3		COL. BRISAS	2	0.4	
Carrizal	1	0.3		COL. BENDICION DE DIOS	2	0.4	
centroamerica	1	0.3		COL. AURORA	2	0.4	
Sipile	1	0.3		COL. ALFONZO LACAYO	2	0.4	
ColDuarte	1	0.3		COFRADIA	2	0.4	
ColEmanuel	1	0.3		CHOTEPE	2	0.4	
Colonia8	1	0.3		BORDO SANTA ANA	2	0.4	
ColProgreso	1	0.3		BORDO DE LA BOGRAN	2	0.4	
ColVenezuela	1	0.3		BO. TEPEACA	2	0.4	
Concordia	1	0.3		BO. SANTA CRUZ, EL OCOTILLO	2	0.4	
Cristodia	1	0.3		BO. SANTA ANA	2	0.4	
Crucitas	1	0.3		BO. MORAZAN	2	0.4	
Curaren	1	0.3		BO. EL PLAYON	2	0.4	
Divanna	1	0.3		ANEXO AL PARAISO	2	0.4	
DivinaProvidenc	1	0.3		VILLA SAN JUAN	1	0.2	
El Pastel	1	0.3		SAN ISIDRO	1	0.2	
ElEden	1	0.3		RESIDENCIAL SANTA MONICA	1	0.2	
ElHaya	1	0.3		RESIDENCIAL PALOS VERDES	1	0.2	
ElParaiso	1	0.3		RESIDENCIAL LOS NARANJOS	1	0.2	
ElPastel	1	0.3		RESIDENCIAL LAS COLINAS	1	0.2	
Flor2	1	0.3		PEÑA BLANCA (ZONA HMCR)	1	0.2	
GraciasaDios	1	0.3		ORQUIDEA BLANCA	1	0.2	
Guanabano	1	0.3		LAS TUNAS, NACO	1	0.2	
Guanacaste	1	0.3		LA CUMBRE	1	0.2	
Guanavano	1	0.3		HOSPICIO SAN JOSE	1	0.2	

ANEXO No. 11

Cuadro 6. Número de pacientes con TB y porcentajes según ciudad y barrio. Honduras 2014

Distrito Central				San Pedro Sula			
Barrio o colonia	Número	%		Barrio o colonia	Número	%	
Guayabillas	1	0.3	EL ZAPOTAL		1	0.2	
Guillen	1	0.3	EL SITIO		1	0.2	
Izotes	1	0.3	EL PORVENIR		1	0.2	
Jacarandas	1	0.3	EL OCOTILLO		1	0.2	
Jardin Ton2	1	0.3	EL EDEN		1	0.2	
JardinesCountry	1	0.3	COL. VILLAS EL PARAISO		1	0.2	
JoseADuarte	1	0.3	COL. VILLAS DEL SOL		1	0.2	
JoseArturoDuart	1	0.3	COL. VILLAS DE COFRADIA		1	0.2	
JoseAUlloa	1	0.3	COL. VALLE DE SULA		1	0.2	
JoseSimonAscona	1	0.3	COL. TERENCE SIERRA		1	0.2	
JoseTrinidadCab	1	0.3	COL. SUBAM		1	0.2	
La Peña	1	0.3	COL. STYBIS		1	0.2	
LaCabaña	1	0.3	COL. STIBYS		1	0.2	
LaCañada	1	0.3	COL. SITRATTEL		1	0.2	
LaConcordia)	1	0.3	COL. SATELITE II ETAPA		1	0.2	
LaCuesta2	1	0.3	COL. SANTO DOMINGO		1	0.2	
LaEsperanza	1	0.3	COL. SAN VICENTE DE PAUL		1	0.2	
LaFatima	1	0.3	COL. SAN JUAN		1	0.2	
LaGranja	1	0.3	COL. SAN JORGE, CHAMELECON		1	0.2	
LaGuadalupe	1	0.3	COL. SAN CARLOS DE SULA		1	0.2	
LaPeña	1	0.3	COL. SAN ANTONIO		1	0.2	
LaRonda	1	0.3	COL. SALAMANCA		1	0.2	
LaRosa	1	0.3	COL. SABILLON CRUZ		1	0.2	
LasAdas	1	0.3	COL. REAL DEL CAMPO #2		1	0.2	
LasAyestas	1	0.3	COL. PRIETO		1	0.2	
LasBrisas	1	0.3	COL. PEDROZA		1	0.2	
LasDelicias	1	0.3	COL. PANTING		1	0.2	
LasGradas	1	0.3	COL. ODYLON AYESTAS		1	0.2	
LasLomasGuijarr	1	0.3	COL. MONTE FRESCO ESTE		1	0.2	
LasMercedes	1	0.3	COL. MONTE FRESCO CENTRO		1	0.2	
LasMinitas	1	0.3	COL. MONTE FRESCO		1	0.2	
LaSoledad	1	0.3	COL. MODERNA		1	0.2	
LaSoledad2	1	0.3	COL. LOS SORZALES		1	0.2	
LasPavas	1	0.3	COL. LOS ALPES		1	0.2	
LasSabananas	1	0.3	COL. LEMPIRA III		1	0.2	
LasTorres	1	0.3	COL. LAS COLINAS		1	0.2	
LasVegas	1	0.3	COL. LAS BRISAS II		1	0.2	
LaTravesia	1	0.3	COL. LARIOS SILVA		1	0.2	
LaUlloa	1	0.3	COL. LA REINA		1	0.2	
LaVentaNorte	1	0.3	COL. LA OPORTUNIDAD, COFRADIA		1	0.2	
Loma Linda Sur	1	0.3	COL. LA LIBERTAD		1	0.2	
LomaLinda	1	0.3	COL. LA CEIBITA		1	0.2	
LomasCarrisal	1	0.3	COL. JUAN BOSCO		1	0.2	
LomasdeGermania	1	0.3	COL. JERUSALEN		1	0.2	
LomasdelToncont	1	0.3	COL. IDEAL		1	0.2	
LuisAndresZunig	1	0.3	COL. HERMOSA PROVIDENCIA		1	0.2	
LuisLanda	1	0.3	COL. HERMOSA PRIMAVERA		1	0.2	
m28	1	0.3	COL. FRANCISCO MENDEZ		1	0.2	
Maradiaga	1	0.3	COL. FERNANDEZ GUSMAN		1	0.2	
Mateo	1	0.3	COL. EL ROBLE		1	0.2	
Mercedes	1	0.3	COL. EL PRADO		1	0.2	
MilleniunSur	1	0.3	COL. EL PARAISO #4		1	0.2	
miradordeorient	1	0.3	COL. EL ESTADIO		1	0.2	
Misionerosdelac	1	0.3	COL. DOS CAMINOS		1	0.2	

ANEXO No. 11

Cuadro 6. Número de pacientes con TB y porcentajes según ciudad y barrio. Honduras 2014

Distrito Central				San Pedro Sula			
Barrio o colonia	Número	%		Barrio o colonia	Número	%	
ModestoRodas	1	0.3	COL. COSMUL		1	0.2	
Molinon	1	0.3	COL. COLINAS		1	0.2	
MonseñorFiallos	1	0.3	COL. CHAMELECON		1	0.2	
Monterrey	1	0.3	COL. CENTROAMERICA		1	0.2	
MontesdeBendici	1	0.3	COL. CELEO GONZALES		1	0.2	
NuevaJerusalem	1	0.3	COL. CASA QUEMADA		1	0.2	
NuevaOrocuina	1	0.3	COL. BUENA VISTA		1	0.2	
NuevaSantaRosa	1	0.3	COL. BUENA INVERSION		1	0.2	
OscarAFlores	1	0.3	COL. BRISAS II		1	0.2	
OscarCastro	1	0.3	COL. BRISAS DE OCCIDENTE		1	0.2	
PalmaReal	1	0.3	COL. BOSQUES DE JUCUTUMA		1	0.2	
Palmas	1	0.3	COL. ANGEL FAJARDO		1	0.2	
Pavas	1	0.3	COL. ALTIPLANO		1	0.2	
PeñaAbajo	1	0.3	COL. ALTAMIRA		1	0.2	
Picachito	1	0.3	COL. ALAMEDA		1	0.2	
Popular	1	0.3	COL. 9 DE MAYO		1	0.2	
Providencia	1	0.3	COL. 7 DE JULIO		1	0.2	
RamonAmayaAmado	1	0.3	COL. 6 DE MAYO		1	0.2	
Renacer	1	0.3	COL. 24 DE ABRIL #2		1	0.2	
Reparto	1	0.3	COL. 24 DE ABRIL #1		1	0.2	
ResidencialCA	1	0.3	COL. 2000		1	0.2	
ReynielFunez	1	0.3	COL. 15 DE OCTUBRE		1	0.2	
RioHondo	1	0.3	COL. 14 DE JULIO		1	0.2	
Rodriguez	1	0.3	COL. 10 DE ENERO		1	0.2	
Sabana	1	0.3	COL. CERRITO LINDO		1	0.2	
Sagastume	1	0.3	COL. MONTE ALEGRE		1	0.2	
Sagastume2	1	0.3	COL. PASTOR ZELAYA		1	0.2	
San Francisco	1	0.3	BORDO SANTA MARTHA		1	0.2	
SanAngel	1	0.3	BORDO LOS NARANJOS		1	0.2	
SanBuenaventura	1	0.3	BORDO LOS LANOS		1	0.2	
SanJoseLoarque	1	0.3	BORDO ESQUIPULAS		1	0.2	
SanJuanRioGrand	1	0.3	BODO SANTA MARTHA		1	0.2	
SanMartin	1	0.3	BO. SUYAPA		1	0.2	
SanMartindePorr	1	0.3	BO. SANTA ANITA		1	0.2	
SanMiguel	1	0.3	BO. SAN MANUEL		1	0.2	
Santa Isabel	1	0.3	BO. RIO DE PIEDRAS		1	0.2	
SantaCecilia	1	0.3	BO. OJO DE AGUA		1	0.2	
SantaEduviges	1	0.3	BO. LOS ANGELES		1	0.2	
SantaFe	1	0.3	BO. LOS ANDES		1	0.2	
SantaTeresita	1	0.3	BO. LEMPIRA		1	0.2	
Satelite	1	0.3	BO. LAS FLORES		1	0.2	
Smith	1	0.3	BO. LAS ACACIAS		1	0.2	
Smith2	1	0.3	BO. LA PUERTA #2		1	0.2	
Suyapa	1	0.3	BO. LA PUERTA		1	0.2	
Tiloarque	1	0.3	BO. GUAMILITO		1	0.2	
Torocagua	1	0.3	BO. GUADALUPE		1	0.2	
UniversidadNort	1	0.3	BO. EL PORVENIR		1	0.2	
VillaAdela	1	0.3	BO. EL BENQUE		1	0.2	
VillaVieja	1	0.3	BO. CHAMELECON		1	0.2	
VistaHermosa	1	0.3					
Zorzales	1	0.3					

ANEXO 12

ANEXO 12

Ficha de notificación de caso modificada

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS									
Programa Nacional para la Eliminación de la Tuberculosis									
FICHA DE NOTIFICACION DE CASO DE TUBERCULOSIS									
I DATOS GENERALES DE LA UNIDAD BOTIFICADORA									
No de Registro				No de Expediente					
Departamento				Región de Salud					
Municipio				Unidad de Salud					
Código de la US				CAI					
Fecha de Registro	dd	mm	aaaa	Fecha de notificación de caso	dd	mm	aaaa		
II IDENTIFICACION DEL PACIENTE									
Nombre completo	Primer nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
No. De identidad				Sexo	F	M	Embarazada	Si	No
Fecha de nacimiento	dd	mm	aaaa	Edad en años cumplidos	Edad en meses si es menor de 1 año				
Si es menor de 5 años, recibió vacuna de BCG			Si	No	Tiene cicatriz	Si		No	
III DATOS SOCIOECONOMICOS									
Dirección completa	Departamento			Municipio					
	Aldea			Barrio o colonia			Código del Barrio		
	Calle o Avenida			Número de casa					
	Otra Referencia								
Telefono	Personal: Fijo		Celular						
	Trabajo: Fijo		Celular						
	Otra Referencia								
	Telefono								
Cambio de dirección	Si	No	Si la respuesta es Si, de donde						
	Departamento			Municipio			Aldea o Barrio		
Vivienda	Propia			Alquilada			No tiene		
	Número de habitaciones (dormitorios)								
	Número de personas viviendo en casa								
	Número de personas que duermen en la habitación del enfermo								
	Material de construccion								
	Material de techo								
	Servicio sanitario		Si	No	Letrina		Si		
	No								
	Agua por tubo en la vivienda		Si	No					
Visita domiciliaria	Se efectuó	Si	no						
	Si no se realizo, porque?								

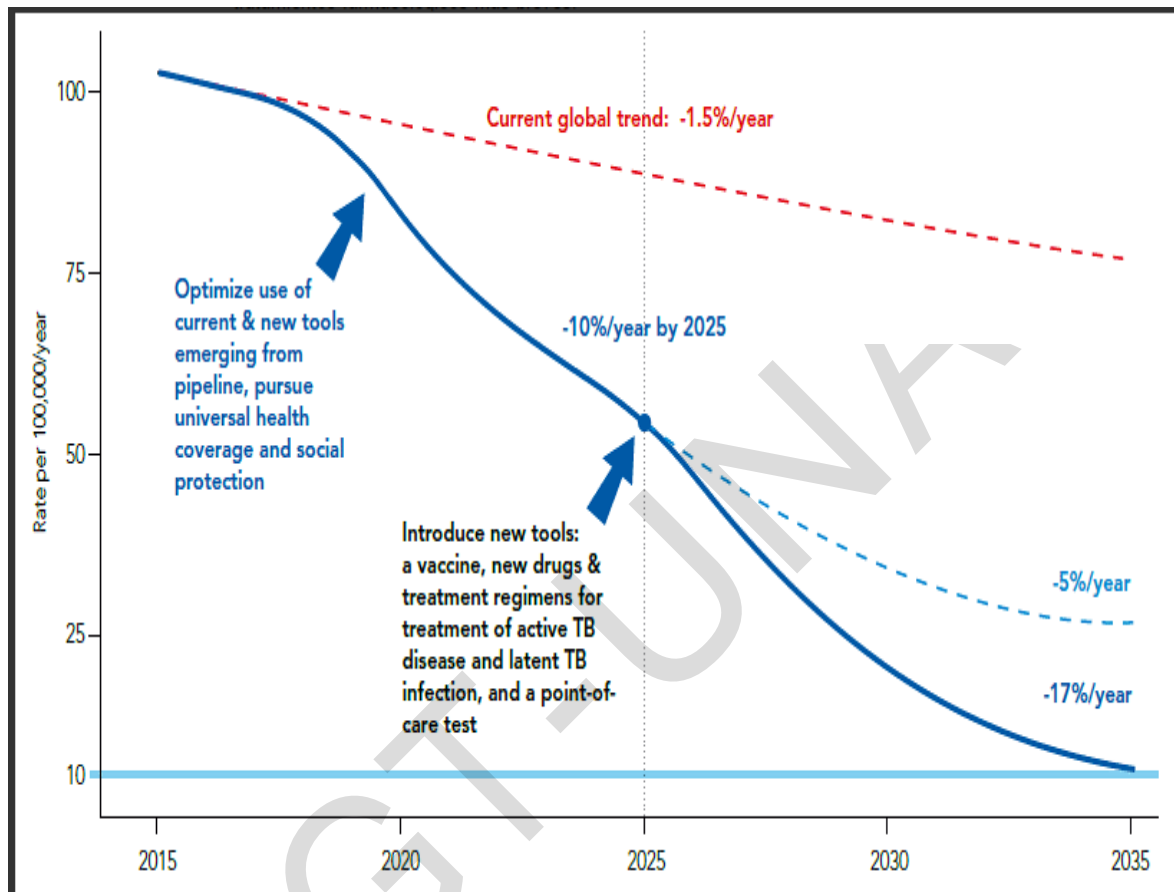
ANEXO 12

Ficha de notificación de caso modificada

VI	CLASIFICACIÓN TIPO TB								
	Pulmonar	Extrapulmonar		Especifique ubicación					
VII	MÉTODO DIAGNÓSTICO								
	Baciloscopia	P+	P++	P+++	Cultivo	Rx	Biopsia		
		Otro (Especifique)							
/III	ESTADO METABÓICO/NUTRICIONAL	IMC			Glicemia	Presion arterial			
		Peso		Talla					
IX	CONSEJERIA								
	Recibió consejería	Si	No	Especifique	VIH	TB	TBMDR	Nutricional	Antiadicción
X	CONTROL DE CONTACTOS								
	Tipo de contacto	Número	<15 años	<15 años					
	Conviviente		M F	M F					
	Laboral								
	Escolar								
	Otro	Cual							
CI	PATOLOGIA ASOCIADA				Coinfección TB/VIH				
	Diabetes mellitus	Si	No		PVVIH	Si	No		
	HTAS				tratamiento antiretroviral	Si	No		
	Hepatopatía				Acepta realizarse la prueba VIH	Si	No		
	Enfermedad renal				Si es No, porque?				
	Enfermedad siquiátrica				Se realizo la prueba	si	No		
	Tabaquismo				Si es Si,				
	Alcoholismo				Positiva	Si	No		
	Otra Drogadiccion				Fecha de toma de muestra				
	Otra enfermedad					dd	mm	aaaa	
					Referido a CAI	Si	No		
					Nombre del CAI				
II	TRATAMIENTO								
	Antecedentes de tratamiento previo	Si	No						
	Año								
	Esquema	Basico Prim	Básico Sec	Pediatrico					
	Duración		meses						
	Año								
	Esquema	Basico Prim	Básico Sec	Pediatrico					
	Duración		meses						

ANEXO 13

Estimación del Ritmo de disminución de la TB en el mundo



Fuente: OMS Estrategia Fin a la TB objetivos e indicadores. Recuperada el 10 de febrero 2017
<http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>