

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TÍTULO DE LA TESIS

PROCESO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ESTABLECIMIENTO DE SALUD LAS CRUCITAS, COMAYAGÜELA DISTRITO CENTRAL. 2DO SEMESTRE, AÑO 2014

**Previa Opción al Título de
Máster en Salud Pública**

**Maestrante
Eros Loa Salinas Martínez**

**Asesores de Tesis
Dr. Jorge Sierra
Dra. Nora Rodríguez**

Tegucigalpa, M.D.C.

Septiembre 2015

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

**RECTORA
LICDA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADEMICA
DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA**

**VICE RECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
ABOG. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
DR. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL
LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSTGRADOS
MSc. LETICIA SALOMON**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSTGRADOS DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ELSA YOLANDA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
DR. HECTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

AGRADECIMIENTO

Al todo poderoso, que mueve el universo por su amor misericordia y por brindarme siempre un espíritu de perseverancia, paciencia y dedicación para poder culminar este proyecto tan importante dentro de mi vida personal y profesional.

Expresar mi agradecimiento al terminar esta tesis es de verdad un momento reconfortante. Recordar tantas personas y tantos hechos que han marcado mi camino es vivir otra vez. Sin embargo, es necesario agradecer pues es final de una etapa e inicio de un camino: una nueva experiencia de mi vida que ha sumergida en Dios y en las ciencias de la salud.

Mi agradecimiento se hará concreto en mi disponibilidad para continuar dedicando mi vida en nuestra misión relacionada con la salud realizando de este modo el sueño.

A mis hijas, por regalarme su amor sus sonrisas en todo momento, pero en especial, en esos días de tanto trabajo.

A mi asesora de tesis, Dra. Nora Rodríguez de Mendoza, le doy las gracias por su dedicación, comprensión y disponibilidad. Que su actividad en salud continúe brillante haciendo tanto bien, de corazón muchas gracias.

Un especial reconocimiento, al Dr. Jorge Alberto Sierra, Dr. Jacobo Arguello y a la M.Sc. Silvia López, por sus aportes intelectuales brindados en este proceso de investigación.

UDI-DEGT-UNAH

DEDICATORIA

Este trabajo está motivado en las diversas y enriquecedoras ideas como profesionales de la salud, este producto obtenido es el esfuerzo y satisfacción que se requiere y que hoy estoy finalizando, lo dedico a:

A Dios todo poderoso

Por haberme iluminado con su inmenso poder en el transcurso de mis estudios al darme el valor para enfrentar con humildad, seriedad, perseverancia y sabiduría cada etapa de mi preparación logrando así, alcanzar esta meta en mi proyecto de vida.

A mi esposo e hijas

A mi esposo Agapito Ortiz y a mis hijas Eros Gabriela y Mariela Siloe, quienes han sido mi inspiración para obtener este logro.

Mi esposo ha sido un apoyo incondicional, quien ha contribuido sustancialmente en lo moral, espiritual, material para lograr culminar mi maestría.

A mis padres

A mi padre Augusto Salinas, quien partió a la vida eterna, a mi madre Herminia Martínez, a ellos debo el legado de valores, rectitud, responsabilidad y lucha que las personas requerimos es este mundo de cambios constantes.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1 Planteamientos teóricos del proceso de atención de los pacientes con Tuberculosis desde la Atención Primaria de Salud	13
3.1.1 Contexto histórico de la Atención Primaria de Salud.....	14
3.1.2 Componentes de la Atención Primaria de Salud (APS).....	16
3.1.3 La Atención Primaria en Salud y los factores determinantes de la salud.....	17
3.1.4 La Atención Primaria de Salud orientada a la comunidad en el modelo de salud pública.....	24
3.1.5 La tuberculosis y la Atención Primaria de Salud	25
3.1.6 La Atención Primaria de Salud en Honduras	26
3.2 Generalidades de la Tuberculosis (TB)	28
3.2.1 Historia, Definición y causa de la enfermedad	28
3.2.2 El tratamiento de la Tuberculosis desde la perspectiva Latinoamericana	30
3.2.3 La Tuberculosis en Cifras.....	36
3.2.4 Proceso de atención al paciente con Tuberculosis (TB) en el marco del sistema de salud que rectora la Secretaría de Salud en Honduras.....	38
3.2.5 El Programa de Control de la Tuberculosis (TB) en Honduras.....	40
3.3 El derecho a la salud: Una atención inclusiva en la población	42
3.3.1 La importancia de la atención en los servicios de salud.....	45
3.3.2 La satisfacción de las necesidades en salud.....	46

3.4 La gestión en los niveles del sistema de salud	47
4. METODOLOGÍA.....	49
5. RESULTADOS	533
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	688
7. CONCLUSIONES.....	744
8. RECOMENDACIONES	777
9. BIBLIOGRAFÍA.....	79
10. ANEXOS	822

UDI-DEGT-UNAH

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) las estimaciones del comportamiento de la Tuberculosis en la Región de Asia registró el 34% de nuevos casos a nivel mundial. Sin embargo, la tasa de incidencia estimada en el África es casi el doble que en la Región de Asia, más de 350 casos por 100,000 habitantes, se calcula que 1,3 millones de personas murieron por Tuberculosis en 2008. El mayor número de muertes se registró en la Región de Asia Sudoriental, mientras que la máxima mortalidad por habitante se presentó en la Región de África.

En 2008, la incidencia estimada de Tuberculosis por habitante era estable o decreciente en las seis regiones de la (OMS). Como consecuencia, sigue aumentando el número de nuevos casos por año a escala mundial y en las regiones de la OMS de África, el Mediterráneo Oriental y Asia.

En el contexto Latinoamericano, Bolivia presentó un comportamiento de casos de Tuberculosis por baciloscopía de 98/100,000 a 86/100,000 habitantes y la tasa de mortalidad de 32/100,000 a 25/100,000 habitantes, factores como la pobreza y la desigualdad aún siguen incidiendo en la enfermedad, el porcentaje de pobres en el país no ha variado, aunque se presentaron importantes logros en política social, pero los problemas de empleo e ingreso persisten y están ligados a una economía de base estrecha.

De ahí, que el objetivo de la estrategia del control de la Tuberculosis está orientado a construir sus propias soluciones a través del intercambio de instituciones, experiencias y recursos en el área de gestión de política social, como salud, educación, para reducir las brechas de desigualdad, la iniciativa local baso su estrategia en reducir la tasa de incidencia. (PNUD, 2013)

En Honduras, como en la mayoría de los países Latinoamericanos, los esfuerzos continuados no han sido suficientes para brindar una salud de calidad garantizada por procesos de Atención Primaria de Salud. Por otro lado, Honduras ha sido calificada por la OMS/OPS de acuerdo a sus estimaciones de países con incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 habitantes y cobertura mayor del 90%, lo que ubica en octavo lugar al país en Latinoamérica y segundo lugar en Centro América después de Guatemala con 2,953 casos positivos y 72 muertos (OPS, 2006)

La estrategia de TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en los servicios de salud, se implementó para fortalecer, y consolidar el manejo de la TB en poblaciones vulnerables. En el año 2006 la OMS puso en marcha la nueva estrategia “Alto a la tuberculosis”, el núcleo de esta estrategia era el acceso, equidad y calidad incorporando innovaciones basadas en la evidencia de colaboración. (Jiménez & Godoy, 2004)

La utilidad metodológica de esta investigación está orientada a validar conocimiento, mejorar el proceso de atención en salud de los pacientes con tuberculosis desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud, especialmente en el mejoramiento del Programa de Prevención y Curación de la Tuberculosis (TB), mediante la participación de los prestadores de servicios, los pacientes y la comunidad del Centro de Salud Las Crucitas de Comayagüela, municipio del Distrito Central.

La importancia de la investigación está orientada al interés de la información sobre el proceso de atención de los prestadores de servicios de los pacientes con tuberculosis, que permita la sistematización de nuevas investigaciones en similares o diferentes contextos de salud. Entre los resultados más relevantes obtenidos de la investigación fueron que el 100% de los prestadores del servicio de salud tiene conocimiento sobre las normas de atención del Programa de Tuberculosis y la disponibilidad de las mismas es del 100%. Un 88% han recibido capacitación sobre normas de atención al paciente con tuberculosis. El 100% opinaron que el tiempo disponible para la atención del paciente con tuberculosis es adecuado. Un 100% seleccionaron favorablemente los aspectos más relevantes como ser: captación de sintomático respiratorio, curación del paciente, estudio de convivientes y cortar la cadena de transmisión.

En cuanto las condiciones de trabajo el 65% de los prestadores de servicios

Contestaron que el espacio físico era adecuado para la atención, y el 76% respondieron que cuentan con los recursos materiales necesarios para realizar sus actividades de atención. El 88% de los prestadores de salud manifestaron que cumple con las normas de bioseguridad en el manejo del paciente con tuberculosis.

En referencia a la Atención Primaria de Salud, el 100% de los prestadores de salud opinó que es una estrategia para la mejora de la calidad de atención en los servicios en el Centro de Salud Las Crucitas.

En cuanto a los primeros síntomas que presentaron los pacientes con tuberculosis, era la tos con 84%, fiebre 77%, pérdida de peso 61%, pérdida de apetito de 61% y otros síntomas de la enfermedad aparecen valorados en un 77%. El tipo de exámenes que les realizaron en la atención médica, fue la prueba de esputo 38%, la radiografía de tórax 23%, prueba de esputo y radiografía de tórax 31% y otros el 8%. Los usuarios entrevistados mostraron tener conocimiento acerca de la efectividad del tratamiento que les suministraron. Para recibir atención un 69% acudió al Centro de Salud como primer servicio asistencial que visitaron, el 23% visitó al Instituto Nacional Cardiopulmonar, y el 8% otro nivel. La totalidad de los usuarios calificaron de excelente la atención que brinda el personal del Centro de Salud Las Crucitas.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Caracterizar los procesos de atención de los pacientes con tuberculosis desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud en el Centro de Salud Las Crucitas de Comayagüela, municipio del Distrito Central año 2014.

Objetivos Específicos:

1. Conocer el proceso de atención de los pacientes con tuberculosis según opinión de los prestadores de salud.
2. Conocer las principales características de la Atención Primaria de Salud para el paciente con tuberculosis en la US Las crucitas.
3. Conocer la opinión de los pacientes sobre los principales síntomas de la enfermedad.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Planteamientos teóricos del proceso de atención de los pacientes con Tuberculosis desde la Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los sistemas de salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Es una preocupación fundamental para los administradores de servicios de salud, esta circunstancia está determinada por la necesidad de brindar adecuada respuesta a las reales necesidades de salud de la población, y porque es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de las personas. Este creciente interés por la mejora de la Atención Primaria de Salud reconoce motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

En referencia a los motivos éticos debe señalarse que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) contiene el principio de que “cada individuo tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible. Considerar la provisión de servicios de salud como un valor social, conlleva la obligación ética de verificar la disponibilidad y calidad de esos servicios con el fin de satisfacer el principio de equidad, definida como la capacidad de ofrecer iguales oportunidades de acceso a los servicios y asegurar la distribución de los recursos según necesidades”.

3.1.1 Contexto histórico de la Atención Primaria de Salud

La conferencia de Alma Ata definió la Atención Primaria de Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) : La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La Atención Primaria de Salud, como política implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud como un derecho humano. Por ello, se necesita la participación comunitaria en salud y requiere de ciudadanos que deseen y puedan ejercer ciudadanía.

Se propone realizar un conjunto de líneas estratégicas esenciales para adoptar, sistemas de salud basados sobre los valores; de equidad, solidaridad y el

derecho de gozar del grado máximo de salud posible, para ello se requiere de un esfuerzo considerable de todos los profesionales de la salud, la ciudadanía, los gobiernos, la sociedad civil y las agencias de cooperación en apoyo a las agendas estratégicas de trabajo en procura de mejores resultados en salud.

La nueva estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), reconoce que la salud es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano. Se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia y la sociedad con el transcurso del tiempo.

Los sistemas centrados en la atención individual, en los enfoques curativos, en el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral en el individuo, (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007). En este contexto, los modelos de atención de salud, deben basarse en sistemas eficaces de Atención Primaria de Salud, además la orientación hacia la familia y la comunidad debe incorporar el enfoque del ciclo de vida, tomar en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales, fomentar el establecimiento de redes de atención

en salud y la coordinación social en la continuidad adecuada de la atención. (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007).

3.1.2 Componentes de la Atención Primaria de Salud (APS)

Al realizar una investigación sobre la APS, se consideran como componentes de la misma:

- **Efectividad:** El grado en que alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.
- **Eficiencia:** Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.
- **Adecuación:** Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Este tiene un componente numérico (cantidad de servicios en relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).
- **Accesibilidad:** Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, está ligado a la distribución en suficiente cantidad y a un costo razonable.
- **Calidad científico técnica:** Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología, médicos disponibles actualmente.

- Continuidad: Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Puede incluirse en la calidad científico técnica.
- Satisfacción del usuario y del prestador: Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

En general estos componentes o variables adquieren diferente importancia según el actor que los analice: Los prestadores de servicios su mayor énfasis en la calidad científica técnica, los usuarios en los aspectos psicosociales y, los administradores y empresarios del sector Salud, en la eficiencia, los usuarios de la APS les permite observar otros aspectos de la atención: psicosociales, relación médico paciente, atención personalizada, accesibilidad, etc.

3.1.3 La Atención Primaria en Salud y los factores determinantes de la salud

En el transcurrir de los tiempos el termino salud se ha definido como ausencia de enfermedad, pero es a partir de la segunda mitad del siglo XX con la creación en el seno de las Naciones Unidas de la OMS (OMS, 1978), cuando se define la salud en su carta fundacional como el estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o

afecciones. Los determinantes de la salud remiten a factores relacionados con los estilos de vida, el comportamiento y su entorno, además factores de tipo sanitario sobre todo lo relacionado con el acceso y uso de los servicios de salud.

En relación a los determinantes se trabaja en los aspectos de tipo social condiciones de vida, trabajo, el desempleo, la exclusión social, la alimentación y el acceso, (Linstrom et al., 2002). Por ello, el reconocimiento en la importancia de los determinantes sociales de la salud implica reincidir en el modelo de acceso a los servicios de atención de salud.

La estrategia de atención a la salud ha de enfocar su atención a las necesidades de salud de la población entendiendo que está influenciada por múltiples variables. Esta perspectiva apunta al necesario cambio de enfoque en la atención en salud, y la importancia de establecer un equilibrio entre los servicios ofertados con las oportunidades de alcanzarlos. En este sentido, uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de Salud hace referencia explícita a los determinantes sociales de esta, declarando que la necesidad de una estrategia integral de salud no solo ha de prestar servicios de salud, sino abordar las causas sociales, económicas y políticas subyacentes en la mala salud.

Desde entonces hasta ahora, la estrategia de Atención Primaria de Salud, representa una estrategia más equitativa y que pueda ajustarse mejor a las necesidades de la población siguiendo sus principios y pilares constitutivos. (Starfield, 2001). Por lo tanto, el análisis de los factores determinantes de la salud y de su influencia en el desarrollo humano revela que la salud debe ser parte de cualquier programa de desarrollo, (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007).

Además considera la Atención Primaria de Salud no solo como la puerta de entrada al sistema sanitario sino el mecanismo por el cual los dos objetivos de los sistemas sanitarios; optimización de la salud y equidad en la distribución de los recursos están equilibrados. Más recientemente, la (OPS/OMS, 2007), ha editado un documento en la consideración del modelo de Atención Primaria de Salud como más adecuado para atender las necesidades en salud de la población. En este sentido el documento detalla los criterios que han de cumplirse para caracterizar verdaderamente un sistema sanitario orientado en el modelo de la Atención Primaria de Salud, como ser:

- El énfasis en la prevención y en la promoción es de vital importancia para el sistema de salud basado en la APS porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son

esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud.

- Atención apropiada significa que un sistema de salud no está enfocado en la atención de la enfermedad. Debe enfocarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida.
- Orientación familiar y comunitaria significa que un sistema de salud basado en APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones de la planificación y de la intervención.
- Un sistema de salud basado en la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, estar fundamentado en valores compartidos que involucren mecanismos activos de participación para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.
- Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas que estimulan la equidad con el fin de disminuir los efectos negativos de desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades, y asegurar que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto.

- Los sistemas de salud basados en APS son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud. El sistema se acopla con acciones intersectoriales y con más enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores.
- Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y de poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas.

Una característica fundamental en el modelo de Atención Primaria es la consideración de que los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Sin embargo para (Macinko, Montenegro, Nebot, & Etienne, 2007) las importantes diferencias en la organización de la Atención Primaria en los distintos países, se deben en gran medida a la priorización en el desarrollo de estrategias que permiten regular y controlar los costos de la atención sanitaria y menos atención ha tenido el estudio del impacto de las reformas en la mejora de la salud de la población.

Para (Voûri, 1984) el modelo de Atención Primaria supone un cambio de filosofía en la atención de salud, que implica concebir la salud como un derecho fundamental y garantizar su defensa prioritaria, respondiendo a criterios de justicia e igualdad. Además supone un nivel de asistencia, tanto para la población atendida con el sistema sanitario, y la población en general; promoviendo la toma de contacto de individuos y comunidades mutuamente interactiva con el sistema sanitario en consultas, domicilios y otras instituciones de la comunidad.

El modelo puede considerarse también como una estrategia diferente de organización de los servicios sanitarios, para alcanzar una cobertura total, que sean accesibles, respondan a las necesidades de la población, que estén funcionalmente integrados, basados en la participación comunitaria y una adecuada participación de los costos. Por lo tanto, la Atención Primaria de Salud más que un modelo de organización sanitaria, responde al convencimiento de que la salud de los ciudadanos es un derecho y no un privilegio y por tanto ha de ser el eje vertebrador de las políticas en salud, un país puede proclamar que posee una Atención Primaria en el sentido más amplio, solo si su sistema sanitario es justo e igualitario, si promueve la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud y la solidaridad internacional asume un concepto amplio de salud.

Según (Voüri, 1984) el modelo de Atención Primaria de Salud supone un cambio de perspectiva en la atención a la salud, pero también un cambio en su contenido, su organización y su modelo de responsabilidad en cuanto a la salud, recoge estas diferencias:

Perspectiva convencional Enfermedad Curación	Nueva perspectiva Salud Prevención cuidado
Contenido convencional Tratamiento Atención puntual Problema específico	Nuevo contenido Promoción de la salud Atención continuada Atención exhaustiva
Organización convencional Especialistas Profesional médico Práctica individual	Nueva organización Médicos de familia Otros colectivos profesionales Práctica en equipo
Responsabilidad convencional Exclusiva del sector sanitario Dominio profesional Intervención pasiva de la ciudadanía	Nueva responsabilidad Colaboración intersectorial Participación comunitaria Autorresponsabilidad

Tabla 1. Características de la Atención Primaria de Salud, adaptado de Vüori (1984).

En el caso de Starfield (2001), distingue características como primer contacto (o accesibilidad), la atención centrada en la persona y no en la enfermedad, la atención integral a todas las necesidades de salud (o comprensividad), la coordinación con otros niveles o servicios de salud, la orientación familiar, situando a la persona en su propio medio y la orientación comunitaria, considerando la ubicación de la persona en un contexto social pero también apuntando, el rol activo de la comunidad en la organización y funcionamiento de la Atención Primaria de Salud.

Siguiendo a Marrín Zurro (Martin, 1998) los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud se concretan en una perspectiva integrada, continuada, permanente, activa accesible y está basada en equipos interdisciplinarios.

3.1.4 La Atención Primaria de Salud orientada a la comunidad en el modelo de salud pública

La Atención Primaria de Salud, orientada a la salud comunitaria está basada en los principios de la medicina comunitaria cuyos principales elementos son la evaluación activa, y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su totalidad. La enfermedad de la tuberculosis se debe de tomar en cuenta como una necesidad dentro de una comunidad afectada, le corresponde a la Atención Primaria de Salud, aspectos importantes de la situación de la enfermedad de la

Tuberculosis, ante esta situación se formulan interrogantes como ser: ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad? ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud? y que ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud, que se puede hacer y cual sería lo esperado de esas acciones.

Para la efectividad del tratamiento y curación de los pacientes con la enfermedad de tuberculosis se necesita la participación comunitaria, individual y colectiva, se necesita la movilización del equipo de trabajo de salud fuera de las instalaciones del servicio de salud en la comunidad, los servicios de salud no pueden responder por si solo sino con el acompañamiento de otros actores para responder a las necesidades de salud de la población. (Jerusalem, Universidad, 2013).

3.1.5 La tuberculosis y la Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud, como un papel en la vigilancia de salud identifica y clasifica los problemas de salud, sobre la base de un análisis epidemiológico en la morbilidad y mortalidad y una respuesta inmediata para su solución tomando en cuenta la práctica científica. Los pilares fundamentales de la Atención Primaria de Salud: la cobertura total de salud, participación comunitaria, recursos humanos no convencionales, reorientación del financiamiento sectorial, tecnología apropiada, nuevas modalidades de

organización, programación integrada por necesidades, y la articulación intersectorial.

Además las estrategias implementadas en la Atención Primaria de Salud como ser:

- Agente sanitario, realiza las acciones básicas de prevención y promoción de la salud, control del tratamiento y seguimiento de los pacientes con tuberculosis en su área de trabajo de acuerdo a las indicaciones del médico, además de la detección y captación de sintomático respiratorio que están relacionados con la tuberculosis.
- Para realizar estas acciones toma como base las herramientas de reconocimiento geográfico de las localidades de la población intervenida, y la ronda sanitaria para ejecutar las acciones básicas de prevención y promoción de la salud. (OPS, 2007).

3.1.6 La Atención Primaria de Salud en Honduras

El antecedente en el modelo de Atención Primaria de Salud en Honduras ha sido un sistema de asistencia en salud, desde décadas brindando servicios de salud en el primer nivel de salud, que es una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la Atención Primaria de Salud, además de ello es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud, puedan realizar sus funciones desde la atención de los usuarios, hasta la asistencia curativas, de promoción y prevención en salud.

Las actividades de primer nivel de APS van encaminadas, al diagnóstico y tratamiento de pacientes, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención domiciliaria, ambulatoria, asistencial, vigilancia epidemiológica, investigación, capacitación, gestión y evaluación. Se han desarrollado gestiones desde la Secretaria de Salud Pública, con el propósito de ejecutar programas y proyectos en pro del fortalecimiento de los recursos humanos, materiales y suministros con asesoría del equipo conductor de salud.

De acuerdo con su esquema organizativo, las administraciones públicas deberán ocuparse de los aspectos de salud pública, dejando al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad.

De esta manera progresivamente se desarrolló en el país una asistencia ambulatoria centrada en el primer nivel, una atención médica individual y curativa, es decir, centrada en resolver la situación individual de salud. A medida que la población se va incrementando esta demanda de servicios de salud con mayor cobertura, teniendo la necesidad de incluir la participación comunitaria que requiere de ciudadanos que deseen y puedan ejercer ciudadanía para realizar funciones en la atención de los usuarios en la comunidad básicas de promoción y prevención de la salud.

3.2 Generalidades de la Tuberculosis (TB)

3.2.1 Historia, Definición y causa de la enfermedad

La TB es una enfermedad infecciosa normalmente causada por el *Micobacterium Tuberculosis* (bacilo de Koch). Las infecciones por otras microbacterias afortunadamente es raro que se desarrollen a enfermedades, siendo estos bacilos casi siempre resistentes de los medicamentos Antituberculosos. Las formas de TB, los bacilos se diseminan de la lesión primaria pulmonar a otras partes del organismo por los sistemas sanguíneos, linfático, a través de los bronquios o por continuidad y de esta forma puede afectar otros órganos: Tuberculosis pulmonar, Tuberculosis extra pulmonar, Tuberculosis miliar, Meningitis tuberculosa.

La tuberculosis es conocida a través de la historia, como consunción, Tisis, mal del rey, peste blanca. La mentalidad etiopatogénica incluyo en el mismo concepto otras enfermedades causadas por el mismo microorganismo y que durante la historia, recibieron nombres propios que aún hoy se utilizan, como el mal de Pott, tabes de mesentérica o la escrófula. Es considerada una de las primeras enfermedades humanas de las que existe constancia. Aunque se estima una antigüedad entre 15.000 y 20.000 años, se acepta que el microorganismo que la origina evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *mycobaterium*.

Se cree que en algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias salto la barrera biológica por presión selectiva, y paso a tener un reservorio de animales, que incluye mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch. Se estima, no obstante, que el periodo de mayor extensión por porcentaje de población afectada transcurrió entre los años del siglo XVIII y los últimos del XIX, (Baguena Cervellera, 1984)

En 1882 un médico prusiano, Robert Koch, emplea un novedoso método de tinción de Ziehl Neelsen y lo aplica a muestras de esputo procedentes de pacientes con tuberculosis, revelándose por primera vez el agente causante de la enfermedad: Mycobacterium Tuberculosis, o bacilo de Koch, en su honor. En América del Sur, las primeras evidencias de la enfermedad se remonta a la cultura Paracas, entre los años 750 a. C y 100 d. C., aunque el hallazgo más notable pertenece a la momia de un niño Inca del año 900 d. C., en el que han logrado aislarse muestra de bacilo. Varios estudios sobre esqueletos de Sosoma (California), Nazca (Perú) y Chávez Pass (Arizona) confirman la extensión y abundante difusión de la enfermedad por el continente.

Algunos autores aún se mantienen en la duda de si la tuberculosis fue introducida por primera vez en América por los conquistadores, pero la opinión general es que ya existía antes una forma del Mycobacterium (aunque posiblemente una variante menos virulenta)

3.2.2 El tratamiento de la Tuberculosis desde la perspectiva Latinoamericana

Una documentación médica original replantea y cuestiona el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la Argentina y América Latina, a la vez que alerta sobre el avance de la enfermedad en territorio Latinoamericano. El autor Domingo J. Palmero, médico del Hospital Muñiz de Buenos Aires, Argentina, quien reconoce a la tuberculosis como una triste realidad que debe erradicarse y señala que los métodos hoy empleados en la Argentina y Latinoamérica no permiten una solución definitiva a esta problemática, que también es de orden social.

El documento hace referencia a la magnitud del impacto global de la tuberculosis infantil en el continente Latinoamericano que, a criterio del investigador, ha sido desestimada. Sostiene que a los menores no diagnosticados, la enfermedad se les presenta más severa, pudiendo desarrollar TBC miliar (tuberculosis diseminada y extrapulmonar). Los signos y síntomas clínicos de TBC pulmonar en menores generalmente son inespecíficos. A pesar de ello, se desarrollaron varias reglas de predicción diagnóstica, pero todas carecen de precisión y especificidad, particularmente para pacientes con desnutrición o coinfección por HIV.

El documento, encabezado por Palmero, fue elaborado con la integración de especialistas latinoamericanos. Este panel de expertos en tuberculosis fármaco resistente hacen justamente hincapié en lo más preocupante: la tuberculosis multi-resistente y la extensamente resistente. Las principales causas de la Tuberculosis Fármaco resistente (TBFR) son: Falta de tratamiento supervisado, mala adhesión de los pacientes a la terapia, tratamientos no estandarizados, desabastecimiento de drogas o utilización de drogas de baja calidad, manejo irregular de los pacientes por el sector privado, ausencia de control de infecciones en los hospitales, prisiones y asilos y coinfección TB/VIH/SIDA.

La Tuberculosis en el contexto Latinoamericano, el PNUD (2013) en Bolivia, la pobreza y la desigualdad aún siguen muy generalizadas. El porcentaje de pobres en el país no ha variado mucho en una década, aunque si su composición por los fenómenos de migración rural-urbana e internacional. Existen importantes logros en política social, pero los problemas de empleo e ingreso persisten y están ligados a una economía de base estrecha, con sectores intensivos en capital que impulsan crecimiento. En este contexto, el PNUD en Bolivia ayuda al país a construir sus propias soluciones a través del intercambio de instituciones y experiencias y recursos en el área de gestión de política social, como salud, educación, para reducir las brechas de desigualdad.

El objetivo de la iniciativa local, es reducir la tasa de incidencia de casos de TB baciloscopia de 98/100,000 a 86/100,000 habitantes y la tasa de mortalidad de 32/100,000 a 25/100,000 habitantes.

El proyecto basa su estrategia en seis objetivos específicos:

- Fortalecer el TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado,) y expandir el TAES-C (Tratamiento Acortado Directamente Observado Comunitario) en los Servicios de Salud de 64 municipios de elevado riesgo de morbilidad de TB y en 15 prisiones de dichos municipios, para incrementar la captación de casos de TB baciloscopia y curar al 85% de los mismos.
- Fortalecer el TAES Y TAES-C en zonas peri urbanas y rurales de 64 municipios de elevado riesgo de morbilidad de TB, incorporando las redes de servicios de ONGs locales, para incrementar la capacitación y curación de casos de TB baciloscópicas al 85%.
- Expandir la cobertura de la Estrategia TAES a pueblos originarios de etnias bolivianas desprotegidas y mayoritarias de tierras bajas.
- Fortalecer y expandir la red de baciloscopías y de cultivos en el ámbito nacional, la incorporación de los servicios de la seguridad social y ONGs, disminuyendo a 1% las discordancias en los resultados de baciloscopías e incrementando el diagnóstico de la TB pulmonar de 5 a 20%.
- Fortalecer y expandir la Estrategia TAES Plus de 01 a 03 Unidades especializadas en el ámbito nacional, logrando una curación del 80% de

los casos TB-MDR prevalentes y 85% de los casos incidentes TB-MDR (MDR, casos desarrollados que tienen su origen de tratamiento de segunda línea multidrogorresistente).

- Promover el diagnóstico precoz a través de la participación comunitaria y de los servicios de salud por medio del desarrollo de actividades de Información, Educación, Comunicación, Capacitación y Abogacía (IECCA), (PNUD, 2013).

El tratamiento de la Tuberculosis en el contexto Honduras, el Programa Nacional contra la Tuberculosis se organiza, a partir de 1972, cuando se establece una estrategia de trabajo transversal en la búsqueda y tratamiento de los enfermos. Es hasta en 1985 que inicia el tratamiento acortado a seis meses con el advenimiento de la Rifampicina, y en 1998 se establecen centros pilotos para llevar a cabo la estrategia de TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), para alcanzar total cobertura en el año 2003.

La Tuberculosis (TB) es un mal que aún en pleno siglo XXI aqueja a un buen número de hondureños, lo que representa una advertencia para las autoridades sanitarias del país. La tuberculosis es una enfermedad que puede ser mortal si no es tratada oportuna y adecuadamente. La tasa de incidencia de Tuberculosis recoge los datos entre 1990 y 1995, mostrando una clara tendencia al alza, para luego comenzar a declinar. La tasa de incidencia de Tuberculosis comenzó

a bajar a partir del año 2000 en que se registraron 66.7 casos por 100,000 habitantes. Para el año 2009, la tasa fue de 37.6 casos por cada 100,000 habitantes (SS-PNT, 2009).

En este contexto, la tasa de incidencia de la Tuberculosis, entre 2000 y 2009 se redujo a 1.8 veces con lo cual se ha cumplido la meta correspondiente que exige haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, enfermedades graves, como la tuberculosis. Sin embargo, la Tuberculosis persiste como una enfermedad que requiere vigilancia escrupulosa. Las más altas tasas de incidencia de Tuberculosis se encuentran en las regiones departamentales del municipio del D.C. (Tegucigalpa), San Pedro Sula y Cortés. Las mayores tasas de incidencia (mayores de 50/100,000 habitantes) en San Pedro Sula, Islas de la Bahía y Gracias a Dios). Es una enfermedad que afecta básicamente a la población en edad activa y se presenta más en hombres (61.4%) que a mujeres (38.6%). Afecta fundamentalmente a la población comprendida en el grupo de edad de 15 a 34 años.

Se observa que hay una reducción de la tasa de mortalidad por Tuberculosis de 4.6 en 1990 a 0.9 en el 2009 (SS-PNT, 2009), que corresponde a 3.7 puntos. De esta manera, se ha logrado sobrepasar la meta establecida por la Alianza Alto a la Tuberculosis, llamada a reducir la tasa de incidencia de la tuberculosis a la mitad de lo que se había registrado en 1990. Los logros obtenidos en la

reducción de la tuberculosis se debe fundamentalmente al hecho que a partir de 1998, la Secretaría de Salud inicio la aplicación de la Estrategia de Tratamiento Acortado y Supervisión Directa (TAES) o el Tratamiento de Observación Directa y Corta Duración (DOTS), por sus siglas en ingles) en centros pilotos.

En 2003 el 100% del personal de las Unidades en Salud (hasta ese año existían 1,329) fueron capacitadas en TAES y dotadas de un Manual de Normas actualizado que asegurará el cumplimiento en los diferentes niveles de atención. La (OMS, 2006) lanzó las nuevas iniciativas dirigidas a acelerar el control de la enfermedad. Se adoptó la estrategia “Alto a la TB” con sus seis lineamientos estratégicos: proseguir con la expansión de la estrategia TAES con calidad y mejorarlo, hacer frente a la TB/VIH, TB/MDR, contribuir a fortalecer los Sistemas de Salud, involucrar a todos los proveedores de salud, empoderar estos lineamientos que quedaron plasmados en el Plan Estratégico Nacional 2009-2015.

La proporción de casos de tuberculosis detectados y curados, con el tratamiento breve bajo observación directa en Honduras ha hecho suya la meta de 70% en detección de casos bacilíferos (BK+), establecida como valor mínimo por la OPS en su Plan Regional 2006-2015 (OPS, 2006). Esta meta se alcanzó en el año 2007 al llegar a 72.8%, manteniéndose en aumento hasta lograr un 78.1% en 2009. Datos de las Naciones Unidas ya confirmaban esta

tendencia positiva al lograr la tasa de detección en 2008 en casi 76%. La tasa de tratamiento exitoso fue en 80% (PNUD, 2010).

3.2.3 La Tuberculosis en Cifras

La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2005) informó que existían 8.811.000 casos en el mundo. Los aproximadamente 320,000 casos de TB registrados en Latinoamérica (3.58% del total mundial) conforman una incidencia de 63/100 000 habitantes. Por su parte, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/SIDA estimó que en 2004 vivían 1.6 millones de niños y adultos con VIH/SIDA en Latinoamérica. Esto representa 4.14% de la prevalencia mundial (38.6 millones).

La incidencia de la Tuberculosis en Honduras, está caracterizada por la vulnerabilidad de las personas de escasos recursos económicos porque viven hacinados y en graves condiciones de insalubridad. De acuerdo con las estadísticas oficiales, el 69% de los ocho millones de habitantes de Honduras se encuentran en la pobreza. Asimismo, "Hemos detectado 2,907 personas con la enfermedad, con mayor incidencia en Tegucigalpa y San Pedro Sula (segunda mayor ciudad de Honduras, a unos 180 kilómetros al norte de la capital)", indicó el director general de Promoción de la Secretaría de Salud, (Nágera, 2011).

Según cifras estadísticas de la Secretaría de Salud de Honduras reflejan un notable incremento de los casos de Tuberculosis en el país, que aumenta con el

transcurrir del tiempo. En 2009, la Secretaría de Salud reportó 2,848 casos de Tuberculosis a nivel nacional y 72 defunciones. Cantidad similar se registró en 2010. En este contexto, la incidencia de casos de tuberculosis está asociada a las condiciones de vida de la población hondureña, tratamiento y vigilancia epidemiológica.

La estadística de la Secretaría de Salud refleja un notable incremento en la tendencia de los casos de tuberculosis en el país. Como una muestra, durante el año 2010 se dieron 2901 casos y durante el año 2011 se registraron 3178 casos, cifra alarmante que podría ser superada en el presente, aseveró el jefe del Departamento de la Secretaría de Salud, (Maldonado, 2012). Honduras en 2011, ocupó el segundo lugar en Centroamérica con más casos de tuberculosis después de Guatemala, que tiene unos 4,000. La tuberculosis, además afecta segmentos de la población que son altamente vulnerables por las escasas medidas higiénicas de las que gozan.

Otro es el caso de los migrantes deportados, que desde el 2005 al 2011, presentaron un total de 493 casos a los cuales se les dio seguimiento. La posibilidad de tener tuberculosis es 5.5 veces mayor que la población en general. Asimismo, un total de 121 casos entre los privados de libertad se reportaron el pasado 2011. "Las posibilidades de tener tuberculosis en una cárcel es 24 veces mayor que la población en general" (Maldonado, 2012). Por

tal razón se mantienen labores de vigilancia en los centros penales porque hay sobrepoblación y los reos permanecen en infraestructuras inadecuadas donde hay poca iluminación y ventilación.

3.2.4 Proceso de atención al paciente con Tuberculosis (TB) en el marco del sistema de salud que rectora la Secretaría de Salud en Honduras.

A principios de los años noventa y dentro del marco de Modernización y Reforma del Estado, el país impulso un proceso de reforma del sector salud. En este marco, la Comisión Nacional de Modernización de Salud trabajó en la definición de una propuesta de transformación del sistema, basada en componentes específicos: Fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud; integralidad de la red de servicios de salud; descentralización y definición de la equidad, eficiencia, eficacia; y participación social como requisitos esenciales del modelo de atención.

Durante el período 1990-2005, se observa un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer a la Secretaría de Salud, en su capacidad de rectoría y gerencia, así como en su papel de prestador de servicios y en las acciones de ciertos programas prioritarios. Las innovaciones han estado orientadas básicamente a la identificación de un mecanismo para la delegación de funciones a las regiones departamentales, a fin de que la población tenga acceso a servicios de

salud oportunos y con calidad. Se han realizado esfuerzos orientados a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios.

En el 2001 se elaboró el Plan Nacional de Salud 2021. Su objetivo general está orientado a mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud. El Plan enfatiza la reforma del sector y la extensión de cobertura de la prestación de servicios de salud. La principal iniciativa del Plan fue el traspaso de responsabilidades a las Regiones Sanitarias, incluida la programación y ejecución del presupuesto asignado. Hoy por hoy, el país tiene que ser eficaz en su administración, es decir, que debe estar preparado en esa dinámica de atención en salud para enfrentar los retos y desafíos de menor y mayor magnitud.

El proceso de atención del paciente con tuberculosis está relacionado con los prestadores de servicios. Por ello, la responsabilidad de los prestadores de servicios influye en la mejora de la atención del paciente, en la búsqueda de la salud, para lograr un verdadero estado de bienestar físico, social y mental, y no simplemente en la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental; su objetivo es encontrar el máximo nivel posible de salud que requiere de la participación de otros sectores sociales, involucrados en el sector salud.

En Honduras, el prestador de servicios presenta una actitud quizás alejada de lo que se requiere para brindar un servicio de salud con calidad. En ese sentido, sensibilizar al prestador de servicio para que brinde una atención de calidad acompañada de una actitud positiva, garantizará que ese derecho sea cumplido. La actitud en salud debe contemplarse desde una perspectiva amplia, la integración de política que abarque la tecnología, economía, cultura, política y medio ambiente.

3.2.5 El Programa de Control de la Tuberculosis (TB) en Honduras

La Secretaría de Salud del país (2003) ha reconocido que la Tuberculosis es uno de los problemas de salud más desatendidos y que la epidemia está fuera de control en muchas partes del mundo, la OMS (1993), declaró que la tuberculosis ha adquirido carácter de urgencia mundial. La tuberculosis es la causa principal de muerte debido a un solo agente infeccioso. Ningún país puede desatender la amenaza de esta epidemia que afecta la salud de la población, lo que incide en su economía y esfuerzos de desarrollo.

Se estima que en el próximo decenio surgirán casi 90 millones de casos nuevos de tuberculosis, la mayoría en grupo de 20 a 49 años de edad, que incluye hombres y mujeres en sus años más productivos. De ello más de 30 millones morirán, a menos que se mejore radicalmente la respuesta a este problema. Las altas tasas de mortalidad y morbilidad debidas a la tuberculosis suelen ser

el resultado de medidas de control inadecuado y de haberse desatendido la enfermedad.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Honduras, está estructurado con la participación del nivel central, nivel intermedio o departamental y el local o Unidades de Salud (US), y otras direcciones institucionales relacionadas a la prestación de servicios y al control de la enfermedad, el que será ejecutado en todos los niveles, mediante un Manual de Normas dirigido a todo el personal institucional de salud y personal comunitario, como el instrumento de trabajo para aplicar las políticas de salud y operativizar las estrategias del Programa en el control de la enfermedad. (Secretaria de Salud, 2012)

La lucha contra la tuberculosis persigue dos objetivos:

- A nivel individual, salvar la vida del paciente, curar su enfermedad, recuperar rápidamente su capacidad de trabajo, mantenerlo en el seno de su familia y de la sociedad, quitando su estigmatización, marginamiento y conservando su posición socioeconómica.
- A nivel de la comunidad, detener la propagación de la infección tuberculosa, detectar y tratar eficientemente los casos originados por infecciones previas, por consiguiente, acelerar la eliminación de la tuberculosis y por ende, mejorar las condiciones sociales y económicas de la comunidad.

La primera prioridad de cualquier programa de control de la tuberculosis es el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y curación de pacientes tuberculosos en especial de los enfermos cuya expectoración presenta baciloscopía positiva.

3.3 El derecho a la salud: Una atención inclusiva en la población

En toda actividad humana, la perspectiva de ese derecho se convierte en realidad que puede ser posible para todos. La contravención o desatención pueden tener graves consecuencias para la salud; las políticas y los programas sanitarios. La vulnerabilidad, de la salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir.

El derecho a la salud, no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. En ese sentido, significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer un marco de políticas públicas y planes de acción, destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. En ese contexto, lograr que eso ocurra se convierte en un reto, al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos así como lo profesionales de la salud.

El derecho a la salud, es uno de los derechos humanos fundamentales y, por su complejidad, es uno de los más difíciles de garantizar a plenitud, así como de

precisar en su contexto y alcance. Es un derecho por el valor que tiene en sí misma la salud para el desarrollo de las capacidades, personalidad y proyectos de vida de las personas del mismo modo, que para el desarrollo de las colectividades. Es fundamental, porque está directamente vinculado a los derechos a la vida y a la integridad moral, psíquica y física, que son la base, condición y límite del ejercicio de todos los derechos humanos.

El derecho a la salud, no debería ser un problema de cumplimiento para los prestadores de servicios, por tanto, el no hacerlo está en contra de los derechos de equidad de los pacientes. Ese cumplimiento se ve limitado de poder responder a que la población encuentre una respuesta al momento de requerir de los servicios de salud, se convierte en una compleja relación entre salud y derechos humanos con respecto a los diversos problemas sanitarios. El derecho a la salud, ha sido reafirmado en toda una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, se reconoce y está estrechamente vinculado con otros derechos y depende de su realización.

Los derechos humanos, extraña la reivindicación, más allá, de que mediante un conjunto de mecanismos sociales, normas institucionales, leyes y un entorno propicio se pueda garantizar la mejor manera del disfrute de ese derecho y libertades, lo cual implica realizar medidas concretas para alcanzar la equidad. Los derechos humanos relacionados con la salud, se encuentran dentro de los

tratados básicos públicos y privados, que incluyen además a la salud física y mental, acceso a los servicios de salud, servicios de agua segura, distribución equitativa de alimentos, servicios higiénicos y a estar libre de cualquier forma de discriminación y prácticas sociales.

Se establecen cuatro criterios con respecto a los cuales se pueden evaluar el derecho a la salud como ser:

- La disponibilidad donde debe haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud y programas.
- La accesibilidad: los establecimientos y bienes de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, presenta cuatro dimensiones; no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y el acceso a la información.
- La aceptabilidad: todos los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- La calidad, los establecimientos, bienes y servicios de calidad deberán ser apropiados desde el punto de vista científico médico, (OMS, 2002).

3.3.1 La importancia de la atención en los servicios de salud

La importancia de la atención en los servicios de salud, es una respuesta necesaria a una estrategia y reto del sistema, de brindar atención en equipo con un enfoque social e integral en el análisis de los problemas de salud y en estrecha vinculación con la comunidad. En ese sentido, el perfeccionamiento de este proceso es fundamental la capacitación del recurso humano.

Los estudios realizados para medir la calidad de un servicio sanitario, muestran que la satisfacción del paciente es un instrumento importante para evaluar el funcionamiento real de dicho servicio. Esa calidad refleja resultados satisfactorios en beneficio del usuario y la recuperación del mismo. En este contexto, el objetivo es conocer la importancia que tiene la satisfacción de los usuarios en un sistema de salud. Para ello, se necesita un riguroso análisis para valorar la satisfacción del usuario en la atención primaria de salud.

La importancia de la atención en salud es fundamental en la calidad de atención del paciente, el no hacerlo afecta directamente al usuario que demanda los servicios, por tanto, la calidad de los servicios que brindan las instituciones requiere de cambios que posibilite la mejora continua de los procesos.

3.3.2 La satisfacción de las necesidades en salud

La satisfacción es una respuesta a las necesidades de los pacientes, y tiene base en la atención de los prestadores de servicios. La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica, (Hojat, Gonella, Nasca, & Vergore, 2002). La satisfacción de los pacientes en el cuidado médico y la atención en salud está directamente relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita y la continuidad en las citas de seguimiento, la obtención del bienestar deseado para el paciente. (Gross, Zyzanski, Borowski, Cebul, & Stange, 1998).

Debido al creciente interés por mejorar la calidad de los servicios en salud, se han elaborado instrumentos para evaluar la satisfacción de los pacientes. Otras razones encontradas para la investigación de estos temas fueron los fines diagnósticos, terapéuticos y pedagógicos que los resultados de éstas puedan tener para el beneficio de los médicos en formación, (Matthews & Feintein, 2006).

A continuación se presenta el análisis del comportamiento hospitalario y responsabilidad en la satisfacción del paciente como usuario:

- En lo concerniente a las habilidades de comunicación, se conoce que es más difícil en los adultos mayores.

- La falta de habilidades de la comunicación en los pacientes, se evidencia en la comparación de la escasa satisfacción obtenida en los puntos que evalúan las habilidades de la comunicación en comparación con la satisfacción general.
- Goic postula que estos comportamientos presentes en los médicos en general pueden deberse a que "las bases éticas de la relación del médico con su paciente se han debilitado, probablemente por vacíos en su formación profesional y falta de reflexión de los profesionales respecto a sus conductas cotidianas" (Balint & Shelton, 1996).

3.4 La gestión en los niveles del sistema de salud

La gestión de la calidad de atención en las instituciones de salud, conlleva implementar la planificación de estrategias y la toma de decisiones orientadas a la mejora de los procesos del sistema de salud en los diferentes niveles como ser:

- Desarrollar un liderazgo en las instituciones que apunte a la generación de resultados, significa renovar el liderazgo en salud.
- La Rectoría constituye el ejercicio pleno por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública de salud. La rectoría del sector es definida como prioritaria en el proceso de Reforma y Modernización del Sector Salud y se ejerce a través de sus diferentes dimensiones, constituidas en seis grandes áreas:

1. Conducción del sector salud: capacidad de orientar a las instituciones del sector y de movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo a la política nacional de salud.
2. Regulación de la salud: diseño y garantía del cumplimiento del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud.
3. Armonización de la provisión de servicios: capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios, a fin de extender la cobertura de atención de salud, en forma equitativa y eficiente.
4. Garantía del aseguramiento: acción para garantizar el acceso a un conjunto definido de servicios de salud, universal y equitativo o planes específicos para grupos especiales de la población, el objetivo es que toda la población acceda a un servicio de salud con calidad.
5. Modulación del financiamiento: garantía, vigilancia y modulación de la complementariedad de los recursos de las diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a servicios de salud con calidad y oportunamente.
6. Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): vigilar las condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública en el proceso de prestación de servicios en el nivel local, (OPS, 2009) En Honduras este nivel local lo constituye el municipio y su red de servicios.

4. METODOLOGÍA

El diseño metodológico de esta investigación, es de corte cuantitativo transversal.

El universo y muestra para este estudio lo constituyó el personal laborante y los pacientes con diagnóstico de tuberculosis del centro de salud las Crucitas escogido a conveniencia por presentar características de demanda de pacientes con este tipo de enfermedad, la población es de escasos recursos y de procedencia urbano marginal. El lugar de ubicación del Centro de Salud Las Crucitas es la ciudad de Comayagüela, municipio del Distrito Central.

Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron la encuesta semi estructurada para prestadores de servicios de salud, y la encuesta semi estructurada para usuarios. La Encuesta semi estructurada para prestadores: consistió en: Datos generales (edad, sexo, domicilio, nivel educativo y ocupación), objetivo o propósito, indicaciones, 18 preguntas estructuradas: preguntas dicotómicas, preguntas de enumeración. Para los usuarios la Encuesta semi estructurada: Datos generales: (edad, sexo, domicilio, nivel educativo y ocupación), objetivo o propósito, 16 preguntas estructuradas: preguntas dicotómicas, preguntas de enumeración, preguntas optativas, y una pregunta abierta.

Los criterios de inclusión utilizados para elegir a los prestadores de servicios de salud fueron los siguientes:

- Prestadores de servicios que laboran en la Unidad de Salud donde se realiza la investigación.
- Prestadores de servicios que han ganado experiencia y conocimiento en la atención de los pacientes afectados por esta enfermedad.
- Recurso humano que ha sido capacitado en el proceso de Atención Primaria de Salud.
- Personal que ha sido capacitado para aplicar instrumentos de monitoreo, seguimiento para evaluar la incidencia y prevalencia de la enfermedad de Tuberculosis.
- Personal que esté de acuerdo en participar en la investigación

Los criterios de inclusión para los pacientes con tuberculosis:

- Personas que visitan las Unidades de Salud para recibir atención médica por padecer tuberculosis
- Pacientes que cumplen con el tratamiento de tuberculosis suministrado por el personal de salud.
- Pacientes con tuberculosis que están de acuerdo con participar en la investigación

La validación de los instrumentos se realizó con la participación del Doctor Jorge Alberto Sierra, docente de Postgrado en Salud Pública, durante un periodo establecido de asesorías programadas para revisar los avances relacionado con la estructura y formulación de los ítems, hasta lograr un consenso de referencia acerca de los registros a obtener y la calidad con que el instrumento podrá obtenerlos, permitiendo de esta manera hacer los ajustes necesarios para cumplir con los requisitos de investigación que requirió el estudio.

El pilotaje y validación de los instrumentos de recolección de la información se realizó con la participación de prestadores y usuarios, se aplicaron 13 instrumentos a los prestadores de servicios de salud y 9 a los usuarios que estaban recibiendo tratamiento de TB en el Centro de Salud San Miguel, y se aplicaron 15 instrumentos a los prestadores de servicios de salud, y 9 a los usuarios que estaban recibiendo tratamiento de TB en el Centro de Salud El Manchen, ambos ubicados en la Región Sanitaria Metropolitana, Municipio del Distrito Central. Es así, que después de analizar la información, relacionada con el pilotaje de los instrumentos de recolección de datos se realizó un ajuste a los ítems que corresponde al tema estudiado. Estos ajustes a los instrumentos permitieron lograr el nivel de validez, confiabilidad y consistencia.

El Centro de Salud Las Crucitas, ubicado en el barrio Las Crucitas, en Comayagüela, Municipio del Distrito Central, con cobertura a otros barrios y colonias que constituye el área geográfica de influencia como ser: barrio Los Profesores, El Pastel, El Centavo, Las Mercedes, Monseñor Fiallos, La Obrera, Guamilito, Bella Vista, Perpetuo Socorro y El Mayoreo.

En el procesamiento y análisis de la información se utilizó el Programa SPSS versión 18 y Microsoft office Excel que permitió la tabulación y comparación de datos estadísticos. El SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 18.0, es un programa o herramienta estadística de primera necesidad utilizados en trabajos de investigación con datos cuantitativos aplicado a las ciencias sociales. (Cea, 2004).

Para poder concentrar la información recabada se diseñó, primero una matriz codificadora con sus frecuencias de respuestas en forma tabuladora, posteriormente se elaboró un cuadro estadístico de tendencias porcentuales en las diferentes variables objeto de investigación y finalmente las gráficas demostrativas de los resultados de la investigación con sus análisis e interpretación de los mismos.

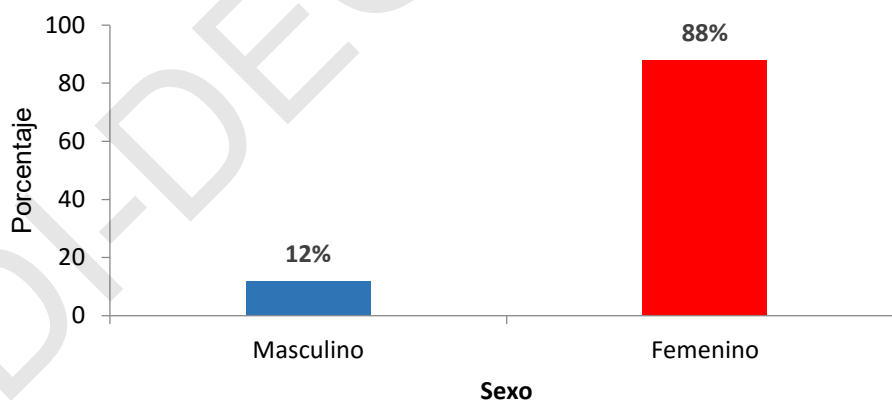
5. RESULTADOS

Presentación y análisis de resultados de los prestadores de servicios de salud.

El estudio muestra el análisis de los resultados obtenidos en el Proceso de Atención en los pacientes con Tuberculosis, desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud.

Para efectos de este estudio, se aplicaron 17 encuestas dirigida a los prestadores de salud, a continuación se presentan los resultados obtenidos:

Gráfico 1. Sexo de los prestadores de servicios de salud . Centro de Salud Las Crucitas 2do. Semestre Año, 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El más alto porcentaje de prestadores de salud fueron del sexo femenino (88%).

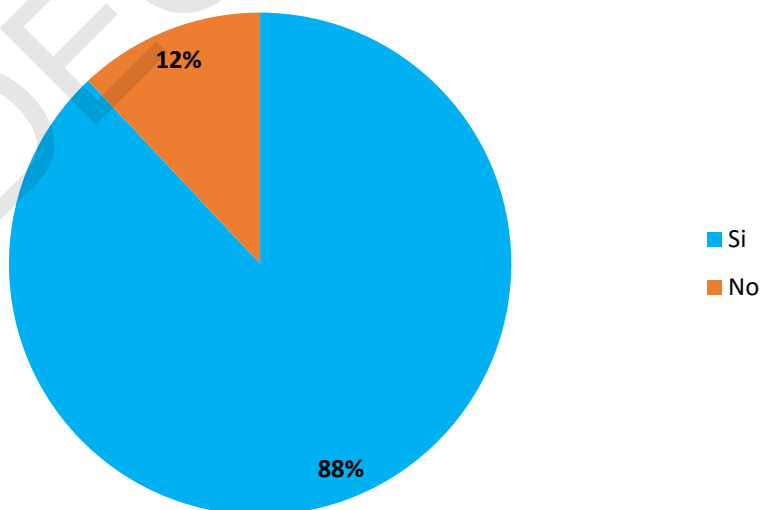
Tabla 1. Conocimiento sobre las normas de atención del Programa de Tuberculosis es Las Crucitas, Año 2014.

El 100% de los prestadores servicios de salud, opinó que tiene conocimiento sobre las normas de atención del Programa de Tuberculosis.

Tabla 2. Disponibilidad de un manual de normas de atención del paciente con tuberculosis es Las Crucitas, Año 2014.

EL 100% de los prestadores de servicios tienen disponibilidad del manual de normas de atención del paciente con tuberculosis.

Gráfico 2. Capacitación sobre normas de atención al paciente con Tuberculosis ES Las Crucitas.2do semestre Año, 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 88% de los prestadores de salud han recibido capacitación sobre normas de atención al paciente con tuberculosis.

Tabla 3. Tiempo disponible para la atención del paciente con tuberculosis ES Las Crucitas. 2do semestre, Año 2014

El 100% de los prestadores de salud opinaron que el tiempo disponible para la atención del paciente con tuberculosis es adecuado.

Tabla 4. Conoce sobre la estrategia de Atención Primaria de Salud.

El 100% de los prestadores de salud reflejan conocer sobre la estrategia de Atención Primaria de Salud.

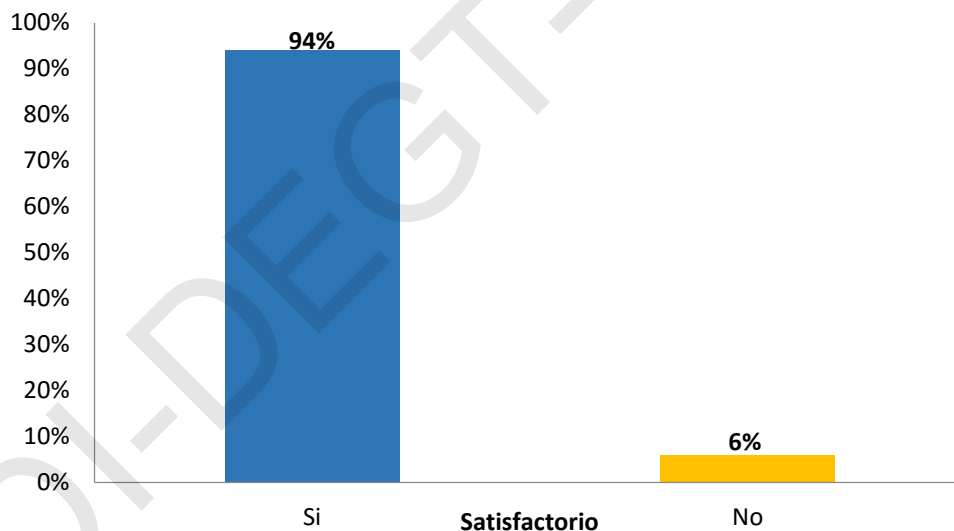
Tabla 5. Aspectos importantes del Manual de normas de atención del paciente TB.

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje
Captación de sintomático respiratorio	17	100%
Curación del paciente	17	100%
Estudio de convivientes	17	100%
Cortar la cadena de transmisión	17	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 100% de los prestadores de servicios seleccionaron favorablemente los aspectos más importantes del Manual de normas de atención del paciente TB.

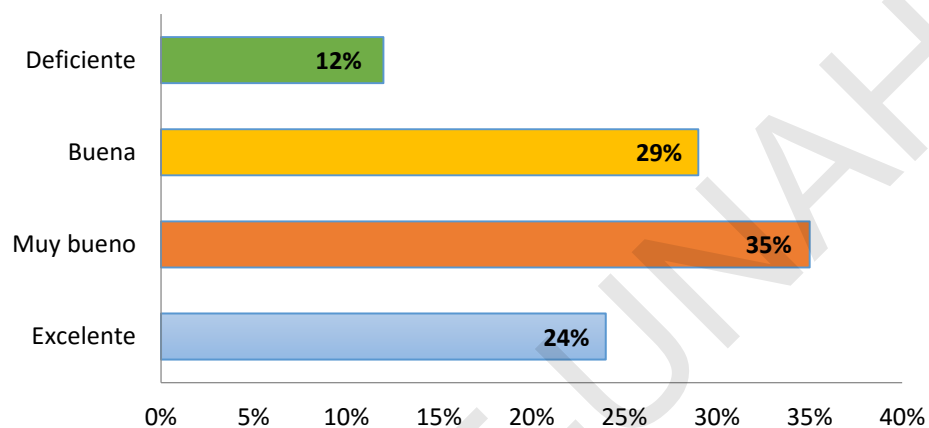
Grafico 3. Satisfacción de los prestadores de servicios sobre la atención que se le brinda al paciente con Tuberculosis. ES Las Crucitas, 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 94% de los prestadores de servicios consideran que la atención que se les brinda a los pacientes con tuberculosis es satisfactoria.

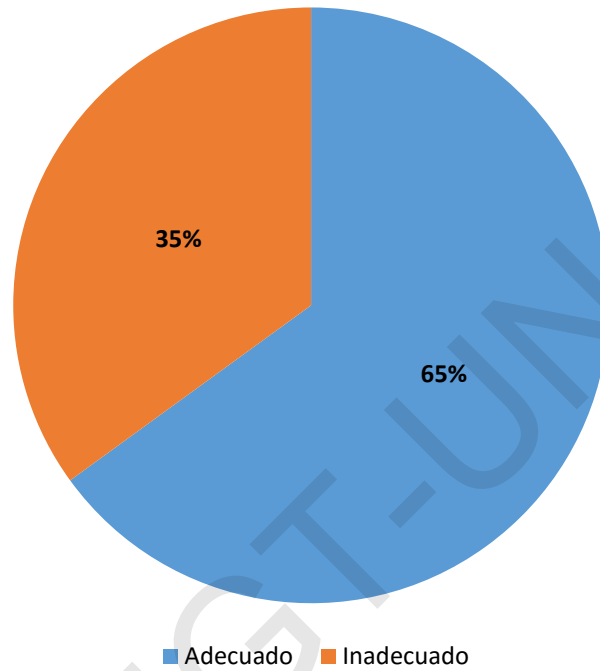
Gráfico 4. Condiciones de trabajo del personal de salud, relacionado a la atención de pacientes TB. ES Las Crucitas. 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 35% de los prestadores de salud opinaron que las condiciones de trabajo son muy buenas, un 29% contestaron que es buena, un 24% opinaron que es excelente y el 12% contestaron que es deficiente.

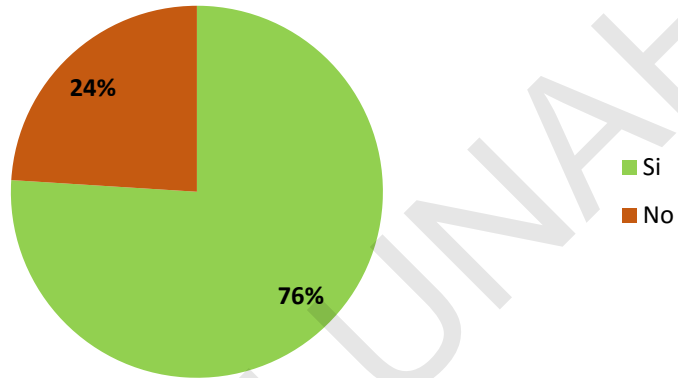
Gráfico 5. Espacio físico de la clínica de Tuberculosis. ES las Crucitas. 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 65% de los prestadores de servicios contestaron que el espacio físico es adecuado.

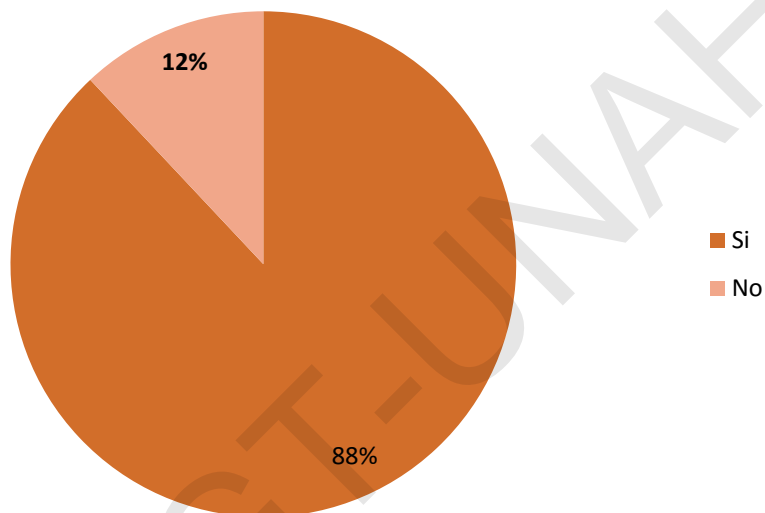
Gráfico 6. El Centro de Salud Las Crucitas cuenta con los recursos materiales necesarios para realizar sus actividades de trabajo en TB. 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 76% de los prestadores de salud respondieron que cuentan con los recursos materiales necesarios para realizar sus actividades de trabajo.

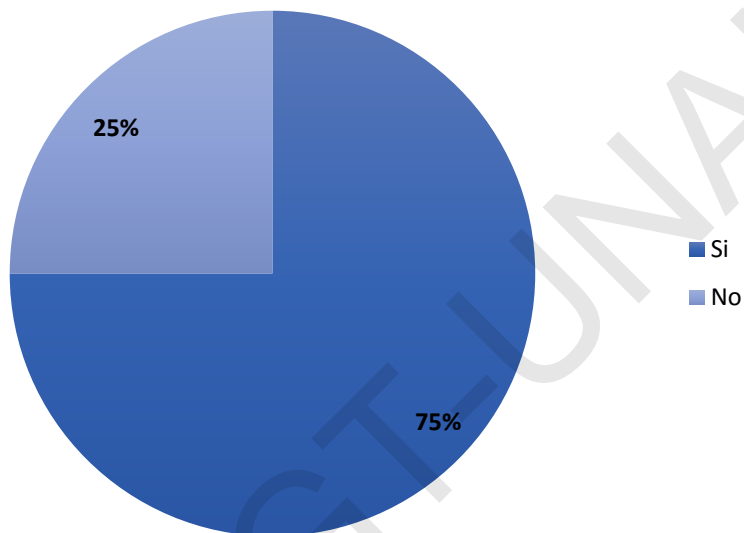
Gráfico 7. Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el manejo del paciente con Tuberculosis. ES Las Crucitas. 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 88% de los prestadores de salud manifestaron que cumple con las normas de bioseguridad en el manejo del paciente con tuberculosis.

Gráfico 8. Realización de reuniones periódicas para analizar la enfermedad de tuberculosis. ES Las Crucitas. 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 75% de los prestadores de salud opinó que si realizan reuniones periódicamente cada mes, para analizar la problemática de la enfermedad de tuberculosis en el Centro de Salud.

Tabla 6. La Atención Primaria de Salud es una estrategia para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

El 100% de los prestadores de salud opinó que la Atención Primaria de Salud si es una estrategia para la mejora de la calidad de atención en los servicios en el Centro de Salud Las Crucitas.

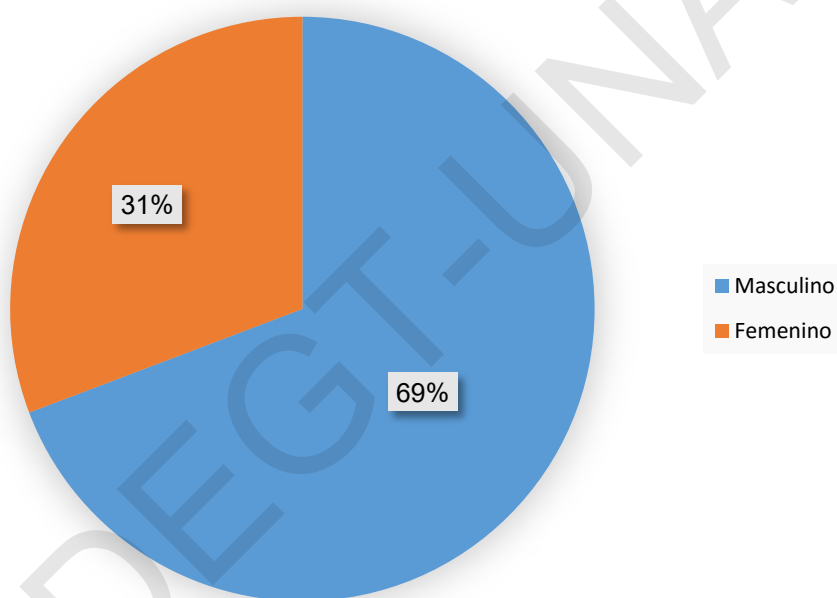
Tabla 7. ¿Cómo considera la estrategia de Atención Primaria de Salud implementada en el Centro de Salud?

El 100% de los prestadores de salud opinó que es adecuada la estrategia de Atención Primaria de Salud implementada por el Centro de Salud Las Crucitas.

Resultados de los usuarios de servicios de salud

Se entrevistaron 13 usuarios con tuberculosis para aplicar las encuestas obteniendo los siguientes resultados:

Gráfico 9. Sexo de los usuarios que asisten al Centro de Salud Las Crucitas Año, 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El más alto porcentaje de los usuarios del proceso de atención en salud sobre la enfermedad de tuberculosis fueron del sexo masculino 69%, siendo las mujeres el 31%.

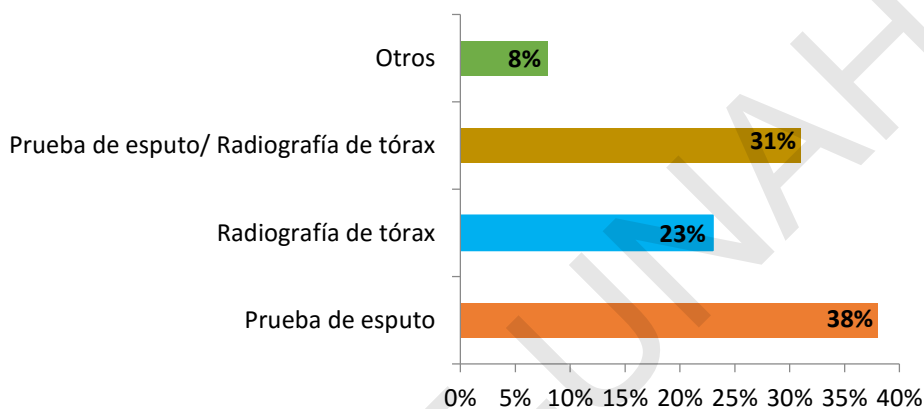
Tabla 8. Primeros síntomas de la Tuberculosis según los usuarios.**Las Crucitas. 2do semestre, Año 2014.**

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Tos > de 15 días	11	84%
Fiebre	10	77%
Pérdida de peso	8	61%
Pérdida de apetito	8	61%
Otros	10	77%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 84% de los usuarios manifestaron que la tos era el primer síntoma de la enfermedad de tuberculosis, la fiebre 77%, pérdida de peso 61%, pérdida de apetito 61%, y otros síntomas de la enfermedad en un 77%.

Gráfico 10. Tipos de exámenes que realizaron en la atención médica. ES Las Crucitas. 2do semestre , Año 2014



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

En el gráfico 10 se muestran los resultados acerca de qué tipo de exámenes se les realizaron en la atención médica teniendo como primera prueba de esputo el 38% en un segundo momento la radiografía de tórax el 23%, en un tercer momento prueba de esputo y radiografía de tórax el 31%, y otros el 8%.

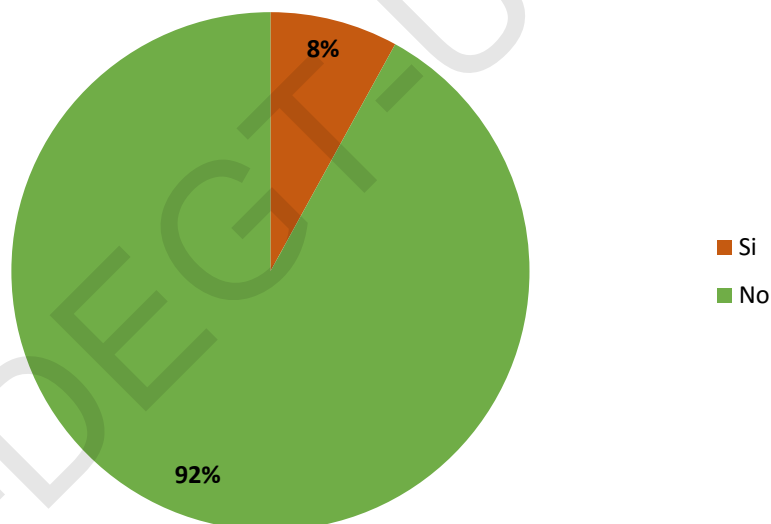
Tabla 9. Conocimiento acerca de la efectividad del tratamiento que le suministran y si tiene cura la enfermedad.

El 100% de los usuarios mostraron tener conocimiento acerca de la efectividad del tratamiento que les suministraron, y si tiene cura la enfermedad.

Tabla 10. Conocimiento sobre el tiempo que dura su tratamiento.

El 100% de los usuarios mostraron tener conocimiento sobre el tiempo que dura el tratamiento de la tuberculosis.

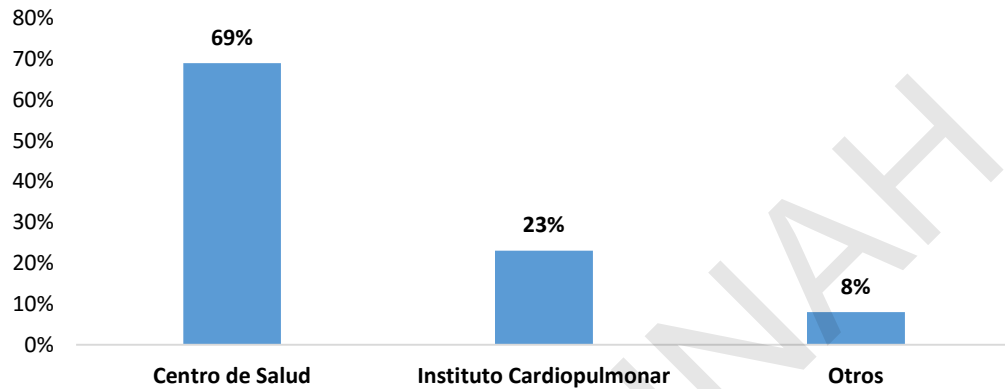
Gráfico 11. Usuarios con antecedente de tratamiento contra la Tuberculosis. ES Las Crucitas. 2do semestre, Año 2014



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

El 92% de los usuarios que se les prestó atención en salud manifestaron no haber recibido tratamiento previo para la tuberculosis. Un 8% ya había recibido un tratamiento.

Gráfico 12. Primer centro asistencial visitado por el paciente con tuberculosis. ES las Crucitas. 2do semestre, Año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

Según datos obtenidos el 69% manifestaron que el Centro de Salud es el primer centro asistencial que visitó el paciente o usuario de proceso de atención, el 23% visitó al Instituto Nacional Cardiopulmonar, y el 8% a cualquier otro centro.

Tabla 11. Atención brindada por el personal del Centro de Salud.

El 100% de los usuarios calificaron de excelente la atención que brinda el personal del Centro de Salud Las Crucitas.

6. Análisis de resultados

Los determinantes de la salud, el proceso de atención, los prestadores de servicios, los usuarios, el tratamiento y prevención de la tuberculosis, constituyen un desafío para la Atención Primaria de Salud en diferentes ámbitos. La población más vulnerable para adquirir la enfermedad son los pacientes infectados con VIH/SIDA y los que proceden de zonas de extrema pobreza, esto conlleva dos condicionantes importantes, el hacinamiento factor determinante en la transmisión de la enfermedad, según lo expresa el Dr. Caminero, neumólogo Español, (Caminero, 2011)

Por lo tanto, la orientación familiar y comunitaria es importante en el sistema de salud basado en APS, el cual no descansa, exclusivamente en una clínica individual, por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones de planificación e intervención.

Los resultados de la presente investigación indican que el Manual de normas de atención al paciente con tuberculosis de la Secretaría de Salud de la República de Honduras, sirve como instrumento guía para orientar a los prestadores de servicios en la atención de los pacientes con tuberculosis, el 88% de los prestadores de salud manifestaron que han recibido capacitación en dichas normas ;en este sentido, la Secretaría de Salud a través, de la norma de

atención orienta, informa al prestador de servicios y concientiza al paciente sobre la transmisión, tratamiento y prevención de la enfermedad, mejorando de esta forma el proceso de atención de los pacientes con tuberculosis.

De igual forma el 100% de los prestadores de servicios de la unidad de salud Las Crucitas tienen conocimiento sobre la estrategia de Atención Primaria de Salud. El modelo propone un cambio de perspectiva en la atención a la salud, pero también un cambio en su contenido, su organización y su modelo de responsabilidad en cuanto a la salud. (Voūri, 1984).

El 100% de los prestadores de salud opinó que es adecuada la estrategia de Atención Primaria de Salud implementada por el Centro de Salud Las Crucitas, se considera que es básica para el cumplimiento de la atención de los pacientes en el Centro de Salud.

El 100% de los prestadores de servicios se mostraron de acuerdo con los aspectos incluidos en el Manual de normas de atención del paciente TB.

Los aspectos en referencia son los siguientes: captación de sintomático respiratorio, curación del paciente, estudio de convivientes y cortar la cadena de trasmisión; los cuales son muy importantes para brindar calidad de servicios a los pacientes que padecen de la enfermedad de tuberculosis.

El 100% de los prestadores de servicios opinaron que el tiempo disponible en la atención del paciente con tuberculosis es adecuado para brindar la atención y transmitir los conocimientos, es el Centro de Salud con los prestadores de servicios quienes tienen la responsabilidad, de ejecutar el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (2003).

El 94% de los prestadores de salud opinaron que el proceso de atención que se les brinda a los pacientes con tuberculosis es satisfactorio, la teoría lo expresa, los estudios realizados para medir la calidad de un servicio sanitario, muestran que la satisfacción del paciente es un aspecto importante para evaluar el funcionamiento real de dicho servicio. Esa calidad refleja resultados satisfactorios en beneficio del usuario y la recuperación del mismo. La responsabilidad de los prestadores de servicios influye en la mejora de la atención del paciente, en la búsqueda de la salud, para lograr un verdadero estado de bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares.

Según datos obtenidos existe una diversidad de opiniones respecto a las condiciones de trabajo, muy importante para brindar un mejor servicio a los pacientes con tuberculosis, la satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención del paciente, con relación a los datos obtenidos, el 65% opinaron que el espacio

físico de la clínica se constituye en un lugar indispensable para mejorar el proceso de atención a los pacientes con tuberculosis, el 35% opinaron que es inadecuada. La Atención Primaria en Salud hace énfasis en el espacio físico de la clínica con las condiciones necesarias para brindar la atención a los pacientes con tuberculosis. (Linstrom et al., 2002)

El 75% de los prestadores de salud opinó que si realizan reuniones periódicamente para analizar la problemática de la enfermedad de tuberculosis en el Centro de Salud, la programación de reuniones está establecida por los equipos multidisciplinarios de los Centros de Salud. Un 76% de los prestadores encuestados opinaron que los recursos materiales son importantes para realizar las actividades de trabajo.

Según resultados obtenidos, el cumplimiento de las normas de bioseguridad se constituye una parte importante en los procesos de atención a los pacientes para evitar la morbilidad de la enfermedad de tuberculosis en los prestadores de servicios, Secretaría de Salud, Manual Normas de Control de Tuberculosis y su reforma (2003).

En cuanto a la enfermedad los usuarios manifestaron que los primeros síntomas que presentaron los pacientes con tuberculosis, era la tos con 84%, la fiebre 77%, pérdida de peso 61%, pérdida de apetito de 61%, y otros síntomas

de la enfermedad que aparecen valorados en un 77%; información que se encuentra en el expediente clínico de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Las Crucitas año 2014.

En relación a los tipos de exámenes que se indican como método diagnóstico en la atención médica, la prueba de esputo fue indicada en un 38%; la radiografía de tórax en un 23%; la prueba de esputo y radiografía de tórax un 31% y otros un 8%.

Al analizar los resultados de los usuarios entrevistados, el 100% manifestaron tener conocimiento de la efectividad y duración del tratamiento de la tuberculosis, es muy importante en la atención informar al paciente de su enfermedad, y la prevención, Secretaría de Salud, Manual Normas de Control de Tuberculosis (2012).

El 100% de los usuarios mostraron tener conocimiento sobre el tiempo que dura el tratamiento de la tuberculosis, esto denota que el conocimiento del paciente es importante porque conlleva un grado de concientización para la curación de la enfermedad, tratamiento de tuberculosis (2012).

El 92% de los usuarios que se les prestó atención en salud manifestaron no haber recibido tratamiento previo para la tuberculosis. Un 8% ya había tenido

anteriormente tratamiento, la prevención de la enfermedad conlleva reducir los casos y el abandono del tratamiento tiene incidencia en la no curación de la enfermedad de los pacientes con tuberculosis, detección y tratamiento Normas TB (2003).

La estrategia de TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) es un tratamiento de seis meses, tiene como objetivo acortar la cadena de transmisión y evitar la morbimortalidad en pacientes con tuberculosis debido a la incidencia y prevalencia de los casos, estableciendo medidas de control factibles y viables, ampliando la cobertura en la tasa de curación al 85% de casos de TB, Secretaría de Salud, Manual de Normas de Control de Tuberculosis (2003).

El 69% de los usuarios opinaron que el primer centro asistencial que visitaron fue Centro de Salud, y en segundo lugar el Instituto Nacional Cardiopulmonar. Las actividades del primer nivel de APS van encaminadas, al diagnóstico, tratamiento de los pacientes, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención domiciliaria, ambulatoria, asistencial, vigilancia epidemiológica, investigación, capacitación, gestión y evaluación a los servicios de salud que se brindan a los pacientes en el Centro de Salud. (Salud, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Manual Normas de Control de Tuberculosis, 2012).

7. Conclusiones

1. La norma de atención del Programa de Tuberculosis, sirve como una herramienta para aplicar el protocolo en el manejo clínico de atención médica en los pacientes con tuberculosis.
2. La capacitación a los prestadores sobre normas de atención al paciente con Tuberculosis, sirve para actualizar los conocimientos y mejorar la calidad de los servicios en el proceso de atención.
3. El conocimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud, es importante para mejorar la atención de los pacientes con tuberculosis.
4. El cumplimiento de las normas de bioseguridad en el manejo del paciente con tuberculosis, es fundamental para prevenir y proteger al personal de salud.
5. El conocimiento de los usuarios sobre los síntomas de la enfermedad en los pacientes con tuberculosis, ayuda a que visite en forma oportuna el Centro de Salud para poder recibir atención médica.

6. Los exámenes realizados como medio de diagnóstico en la atención médica en los pacientes, sirve para detectar con prontitud la enfermedad de tuberculosis.
7. El conocimiento de los usuarios sobre la efectividad del tratamiento suministrado a los pacientes, contribuye a la curación de la enfermedad de la tuberculosis.
8. La asistencia de los usuarios al Centro de salud, contribuye a disminuir los índices de morbimortalidad en los casos de la enfermedad de tuberculosis.
9. La atención primaria en salud brindada a los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud da respuesta a las necesidades del paciente en la mejora de la calidad de los servicios atención.
10. La provisión de servicios en el establecimiento de salud conlleva la disponibilidad y calidad de los servicios, con el fin de satisfacer el principio de equidad.

11.La disponibilidad y uso del Manual de Normas de Control de Tuberculosis, permitirá el adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud.

UDI-DEGT-UNAH

8. Recomendaciones

1. El proceso de atención de los pacientes con tuberculosis desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud (APS), debe ser una prioridad en la estrategia de mejora de la atención en los servicios de salud de los pacientes con tuberculosis.
2. Los prestadores de salud deben conocer la incidencia prevalencia de la tuberculosis, para la toma de decisiones en la prevención, tratamiento y curación de los pacientes con tuberculosis basado en la mejora del proceso de atención de la Atención Primaria de Salud.
3. El Centro de Salud Las Crucitas, debe solicitar al nivel central de la Secretaria de salud la capacitación sobre Atención Primaria de Salud, con el objetivo de actualizar conocimientos de los prestadores que permita la mejora de los procesos de atención.
4. Los usuarios tienen conocimiento de la enfermedad de la tuberculosis, no obstante debe haber autorresponsabilidad para evitar la morbilidad en el establecimiento de Salud.

5. La prevención en salud de la enfermedad de tuberculosis, evitará la incidencia y prevalencia de los casos en la población del área geográfica de influencia.
6. El establecimiento de salud debe contar con el suministro necesario, para brindar una calidad de atención a los pacientes con tuberculosis, ello permitirá garantizar una respuesta oportuna y eficiente a los usuarios que demanda los servicios de salud.
7. El Manual de Normas de Control de Tuberculosis, debe estar siendo actualizado de acuerdo al comportamiento de la enfermedad, con el propósito de mantener capacitado a los prestadores de servicios en el manejo clínico, en los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Baguena Cervellera, M. J. (1984). La tuberculosis y su historia. *Colección Historia de Ciencias de la Salud* (8487452-12).
2. Balint, J., & Shelton, W. R. (1996). The initiative: forging a new model of the patient-physician relationship. *The patient-physician relationship* .
3. Caminero, J. (Abril de 2011). Población vulnerable VIH/SIDA, Tuberculosis. *Publicaciones periódicas, El Heraldó*. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.: El Heraldó.
4. Cea, D. M. (2004). *Análisis multivariable. Teoría y práctica de la investigación social*. Madrid, España: Síntesis.
5. Gross, D., Zyzanski, S., Borowski, E., Cebul, R., & Stange, K. (1998). Patient satisfaction with time spent with their physician. *J. Fam Pract* , s.d.
6. Hojat, Gonella, Nasca, & Vergore. (2002). Definition, components, measurement, and the relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry. Physician empathy* , s.d.
7. Jerusalem, Universidad. (2013). Escuela de Salud Pública y Comunitario. *Hadassah, and Hebreww* , s.d.
8. Jiménez, J. R., & Godoy, Á. M. (2004). Unidad de Infecciones del Hospital de Huelva. *VIH+/SIDA* (N°6).
9. Linstrom et al. (2002). Los determinantes sociales de salud.
10. Macinko, J., Montenegro, M., Nebot, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* .

11. Maldonado, M. (Marzo de 2012). Estadística casos de Tuberculosis, Secretaría de Salud. *Publicaciones periódicas, El Heraldo*. Tegucigalpa, M.D.C., Homduras, C.A.: El Heraldo.
12. Martin, A. (1998). Organización de las actividades en Atención Primaria. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica* .
13. Matthews, D., & Feintein, A. (2006). Am J Med Sc. *A review of systems for hte personal aspects of patient* .
14. Nágera, M. (Marzo de 2011). La Incidencia de la Tuberculosis, Secretaría de Salud. *Publicaciones periódicas, El Heraldo*. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.: El Heraldo.
15. OMS. (1978). Atención Primaria en Salud.
16. OMS. (2006). Estrategias Alto a la Tuerculosis.
17. OMS. (2002). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. *Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos* , 1.
18. OMS. (2010). *www.who.int/tb/data*. Recuperado el 2010
19. OPS. (2009). Perfil de los Sistemas de Salud Honduras. *Monitoreo y Análisis de los Procesos de cambio y Reforma* .
20. OPS. (2006). Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. OPS .
21. OPS. (2006). Programa Nacional de Tuberculosis. *Fuente Sistema de Vigilancia*
22. OPS/OMS. (2005). Estado Actual de la Tuberculosis. *Organización Panamericana de la Salud* .
23. PNUD. (2013). La Tuberculosis en el contexto Latinoamericano. *Situación de la Tuberculosis* .

24. PNUD. (2010). Sistema de Observatorios para el Seguimiento de Metas del Milenio. *Revista PNUD* .
25. Salud, S. d. (2003). *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Manual Normas de Control de Tuberculosis*. Tegucigalpa, Honduras C.A.: Artes Gráficas.
26. Secretaria de Salud. (2012). *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Manual Normas de Control de Tuberculosis* (Vol. Tercera norma formulada por el PNT). Tegucigalpa, Honduras, C.A.: Artes Gráficas.
27. Starfield, B. (2001). *Atención Primaria de Salud*.
28. Voüri, H. (1984). *Atención Primaria de Salud*. s.d: Catedra Iberoamericana.

Indicaciones: Lea atentamente cada una de las siguientes afirmaciones y marca con (x), la respuesta que refleja su opinión personal.

1. ¿Conoce sobre las normas de atención del Programa de Tuberculosis?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

2. Tiene disponible un manual de normas de atención del paciente con tuberculosis.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

3. ¿Ha recibido usted capacitación sobre normas de atención al paciente con Tuberculosis?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

4. ¿Conoce sobre la estrategia de Atención Primaria en Salud?

SI _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

5. ¿Para usted cuáles son los aspectos más importantes del manual de normas de atención del paciente TB.

- a. Captación de sintomático respiratorio _____
- b. Curación del paciente _____
- c. Estudio de convivientes _____
- d. Cortar la cadena de transmisión _____

6. ¿Cómo considera el tiempo disponible para la atención del paciente con tuberculosis?

Adecuado ___ Inadecuado ___ Poco adecuado ___ No adecuado ___

7. ¿Cuáles son los aspectos del protocolo de atención que se le brinda al paciente con tuberculosis?

- a. Captación de sintomático respiratorio _____
- b. Pruebas diagnósticas _____
- c. Toma de muestras de esputo _____
- d. Tratamiento supervisado _____

8. ¿Considera usted que la atención que se le brinda al paciente con tuberculosis es satisfactoria?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

9. ¿Cómo son las condiciones de trabajo donde usted se desempeña?
Excelente _____ Muy bueno _____ Buena _____ Deficiente _____

10. Cómo considera usted el espacio físico de la clínica de Tuberculosis?
Adecuado _____ Inadecuado _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

11. Encuentra usted algunos obstáculos para brindar la atención a los pacientes con tuberculosis.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es afirmativa

¿Cuáles?

12. Cuenta con los recursos materiales necesarios para realizar sus actividades de trabajo.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

13. Se cumple con las normas de bioseguridad en el manejo del paciente con tuberculosis.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

14. Se realizan reuniones periódicamente para analizar la problemática de la enfermedad de tuberculosis en el Centro Salud.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

15. Tiene participación en las reuniones programadas en el Centro de Salud?

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

16. La Atención Primaria en Salud es una estrategia para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es negativa

¿Por qué?

17. ¿Cómo considera la estrategia de Atención Primaria en Salud implementada en el Centro de Salud?

Adecuada ___ Inadecuada ___ Poco adecuada ___ No adecuada ___

18. Mencione algunas sugerencias que pueden contribuir a la mejora de la calidad de atención de los prestadores de servicios al paciente con tuberculosis en el Centro de Salud

UDI-DEGT-UNAH

2. ¿Qué tipo de exámenes le realizaron en su atención médica?

Prueba de esputo _____ Radiografía de tórax _____ Otros _____

3. Que le explicaron acerca de la enfermedad y su tratamiento.

a. Que es una enfermedad que se puede transmitir a otras personas _____

b. Que se puede curar con tratamiento _____

c. Que el tratamiento dura 6 meses _____

d. Que con el tratamiento se evita el contagio a otras personas _____

e. Otro _____

4. ¿Qué sabe acerca de la efectividad del tratamiento que le indicaron?

a. Que cura la enfermedad _____

b. Que evita el contagio a otras personas _____

c. Que lo debe tomar durante 6 meses _____

d. Que debe tomarlo en el centro de salud _____

e. Otro _____

5. Conoce el tiempo que dura su tratamiento?

a. Seis meses _____

b. Tres meses _____

c. No sabe _____

d. Otro _____

6. Ha tenido anteriormente tratamiento para la tuberculosis.

Sí _____ No _____

Si su respuesta es positiva:

¿Por qué?

7. ¿Cuánto tiempo estuvo en tratamiento?

- a. Menos de dos meses _____
- b. De dos a cuatro meses _____
- c. Seis meses _____
- d. No sabe _____

8. Si no terminó su esquema de tratamiento, explique ¿Por qué?

- a. Cambio de domicilio _____
- b. Problemas familiares _____
- c. Efectos secundarios del tratamiento _____
- d. Problema con el personal de la UPS _____
- e. Otro _____

9. ¿Ha presentado efectos secundarios durante su tratamiento?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa

¿Cuáles?

10. ¿Está presente el personal de salud cuando toma su tratamiento?

Siempre _____ Casi siempre _____ A veces _____ Nunca _____

11. ¿Qué tipo de apoyo ha recibido usted de su familia durante el tratamiento?

12. ¿Qué actitud ha tenido su familia en cuanto a su enfermedad y tratamiento?

- a. De apoyo _____
- b. Indiferencia _____

c. Rechazo _____

d. Otros _____

13. ¿Cuál fue el primer centro asistencial que visitó?

a. Centro de salud _____

b. Instituto Cardiopulmonar _____

c. IHSS _____

d. Otros _____

14. El horario de atención del servicio del Centro de Salud le parece:

Adecuado _____ Inadecuado _____ ¿Por qué? _____

15. ¿Cuánto tiempo tarda normalmente en recibir su atención?

a. Menos de una hora _____

b. De una a dos horas _____

c. Más de dos horas _____

16. ¿Cómo es la atención que le brinda el personal del Centro de Salud?

Excelente _____ Muy buena _____ Buena _____ Deficiente _____