

## El Problema Actual de la Tuberculosis en Honduras \*

Estoy seguro que el problema de la Tuberculosis en Honduras ofrece los mismos aspectos y problemas que los encontrados por todos los Servicios Cooperativos de Salud Pública en la América Latina. La cantidad de Tuberculosis y su extensión en las poblaciones tiene una relación definida, y más o menos directa, con el interés de los departamentos nacionales de Sanidad Pública y el deseo de cada gobierno de hacer algo concreto y directo, a fin de extirpar este gran destructor de la humanidad.

El investigar en la pasada historia a fin de encontrar el fondo del problema actual no nos rendiría provecho alguno y tampoco creo que nos ayudaría mucho a solucionar los problemas que confrontamos actualmente.

\* Trabajo leído por su autor en el Congreso Pan-americano de Sanidad, realizado en Caracas. República de Venezuela, en Enero del presente año.

vas dieron 81.32% para el *P. Vivax* y 18.68% para el *P. Falciparum*, observándose por consiguiente una gran propensión de la especie *Vivax* sobre la especie *Falciparum*. En abril de 1943, después de tres meses de tratamiento, solamente 46.43% fueron positivas por *P. Vivax* y 53.06% por *P. Falciparum*, demostrando una ligera preponderancia del *P. Falciparum* sobre el *P. Vivax*. Estudiando estas incidencias relativas, no se tomaron en consideración los resultados del mes de julio, por haberse encontrado un número muy reducido de positivos, solamente 19 láminas en 3.628 tomadas y examinadas cuidadosamente. Tal cambio de infección posiblemente resultó del cambio de trabajadores; posiblemente trabajadores portando *P. Falciparum* se agregaron al experimento y algunos con *P. Vivax* lo abandonaron. Sin embargo, esto no parece ser la razón de dicho cambio, desde luego que los mismos resultados generales son observados entre los 1.320 individuos presentes en diciembre 1942 a abril de 1943 (Tabla N° 4), y entre los 960 que se encontraban presentes de diciembre a julio de 1943 (Tabla N° 5).

Estos resultados sugieren: 1) Que puede existir una variación estacional para los diversos tipos del parásito del paludismo, y 2) Que la Atebrina es menos efectiva contra el *P. Falciparum* que contra el *P. Vivax* y por consiguiente la infección con *P. Falciparum* es más aparente en presencia del tratamiento utilizado en esta experiencia que en el caso del *P. Vivax*.

Desgraciadamente la falta de un grupo de control hace nuestra experiencia y nuestras conclusiones menos definitivas de lo que hubiéramos deseado que fueran.

Me complace en dar a conocer a Uds., en primer lugar, la situación actual en Honduras, una república típicamente latinoamericana, de tamaño regular (44.275 millas cuadradas), aunque pequeña en población (1.250.000) si se compara con otros países consistente de una población rural bastante dispersa con tendencia recientemente a urbanizarse.

La escasez de camas y de servicios de hospital en los pueblos pequeños y la falta de carreteras adecuadas para hacer uso de dispensarios móviles, constituye en Honduras un gran obstáculo en la lucha contra la Tuberculosis. También existe una distribución inapropiada tanto de médicos como de enfermeras por todo el país.

El primer esfuerzo organizado que se llevó a cabo para combatir esta enfermedad en dicho país se inició en el mes de octubre de 1944 cuando el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCXSP) estableció el Dispensario Anti-Tuberculoso como parte integrante de la Dirección General de Sanidad. Antes de dicha fecha todos los casos sospechosos o diagnosticados eran remitidos por los médicos particulares al Hospital General "San Felipe", de Tegucigalpa o a los pequeños hospitales del resto del país. (Tocante a los empleados enfermos de las compañías fruteras, estos eran atendidos debidamente por dichas compañías en sus propios hospitales.) En caso de que su aislamiento en el hospital no fuese grato al paciente, éste permanecía en su casa con o sin la asistencia de un médico particular, dependiendo de su capacidad de poder pagar los servicios médicos o de que estuviesen estos disponibles.

Las facilidades con que disponemos actualmente para llevar a cabo la lucha contra la Tuberculosis comprende las insuficientes Salas para Tuberculosos del Hospital "San Felipe," que cuenta aproximadamente con 70 camas, las cuales se destinan para todos los tipos de Tuberculosis. Actualmente las Salas de Tuberculosis Pulmonar cuentan con 37 camas las que están ocupadas por 50 pacientes, lo que pone de manifiesto lo lastimoso de la situación. Varias camas se encuentran ocupadas por dos pacientes. No obstante, con el fin de aliviar esta situación, una nueva Sala de Laenec se está construyendo anexa al Hospital "San Felipe", con capacidad para 200 camas, las que serán divididas por igual entre pacientes de ambos sexos, proyectándose asimismo asignar por lo menos 40 camas para niños enfermos. Los pacientes del Hospital "San Felipe" pueden clasificarse en casos moderados o bastante avanzados. Con el objeto de atender los casos recientes o precoces, se está construyendo, bajo un proyecto de del SCISP, un hospital moderno con capacidad para 108 camas, el cual se está completando con la mira de agrandarlo, y hacerlo con capacidad para 268 camas en el futuro. Este nuevo hospital está localizado cerca del Hospital "San Felipe" y con el tiempo vendrá a formar parte del Centro Médico.

Además de las camas anteriormente mencionadas, se cuenta actualmente en el resto del país con un total de 30 camas destinadas a pacientes tuberculosos. El número total de pacientes que se atiende con este pequeño número de camas nunca excede de doscientos (200) pacientes al año.

Los hospitales pequeños al responder a mi cuestionario manifestaron que disponen de muy poco lugar para pacientes de "corta permanencia" y que por lo tanto no pueden destinar mayor número de camas para pacientes de "larga permanencia". Esta disposición aunque justificada es, sin embargo, lamentable.

Volviendo sobre la fase diagnóstica del presente problema. por ahora solamente nos encontramos al **comienzo** de la obra. Actualmente solamente existen facilidades de Rayos X en **algunos** lugares apartados. La mayor parte de los **diagnósticos** se lleva, a cabo en la Clínica de Tuberculosis, localizada en el Centro de Salud de Tegucigalpa, otro proyecto del S0I3P, bajo la dirección del Doctor Marcial Cáceres **Vijil**. En dicha clínica más de diez mil (10.000) exámenes por fluoroscopia y Rayos X se han efectuado y registrado desde que se comenzaron a guardar datos estadísticos en Julio de 1944. Estos pacientes fueron recomendados a la clínica por sus propios médicos, o se presentaron para que S8 les practicara el examen que prescribe la ley para los comerciantes de comestibles, o fueron remitidos directamente de la clínica general de diagnósticos o se presentaron a la clínica espontáneamente. Al revisar las estadísticas de dicha clínica, se encontró que 420 pacientes o sea un 4.2% estaban sufriendo de infección pulmonar. El siguiente cuadro da una idea más definida de los casos conforme a su grado de infección:

Casos recientes	61	61%
Moderadamente avanzados	212	2.12%
Muy avanzados	150	<b>1.50%</b>
TOTAL	423	4.2%

El porcentaje de 4.2% solamente indica aquellos casos que han sido examinados en la clínica y de ninguna manera constituye una base para formular un porcentaje total de casos activos existentes en todo el país.

El número de "enfermos ambulantes", de casos no diagnosticados, así como también de aquellos que se encuentran "escondidos en casa" podría alterar la cifra considerablemente.

Hasta ahora mi presentación de la situación en Honduras se muestra bastante lúgubre y para los colegas de otros **países** más avanzados en este ramo les parecerá como "una situación propia de a principios del siglo". Pero debe recordarse que **solamente** tenemos cuatro años de haber organizado lo que podemos llamar la sombra de una campaña contra la Tuberculosis. No so-

lamente tenemos que vencer el miedo, superstición e inercia, sino también debemos luchar contra fuerzas reaccionarias y contra aquellos que desechan el asunto con un ligero levantamiento de hombros. Para complicar aún más la situación, desgraciadamente tenemos que habérmolas con médicos que no denuncian los casos de esta enfermedad a la Sección de Epidemiología, pareciendo creer que es su deber proteger la identidad de *sus* pacientes. Esto no solamente es absurdo sino que constituye una violación directa de la ley.

Para combatir esta amenaza contra la salud del pueblo hondureño, estamos haciendo uso de todas las medidas imaginables. La educación sanitaria del pueblo, especialmente de los niños de escuela, es de suma importancia. La distribución de literatura de Educación Sanitaria por los profesores de escuela de cada comunidad, el uso de la radio, la presentación de películas educacionales, la publicidad por parte de la prensa, la colaboración activa de jóvenes sacerdotes interesados en Sanidad Pública, así como de ministros y misioneros religiosos, se está llevando a cabo sistemáticamente. Además se está enseñando a nuestras enfermeras visitadoras e inspectores de sanidad a explicar en cada hogar que visitan las precauciones que deben adoptarse, lo mismo que todo lo relacionado con la propagación de esta enfermedad y los métodos de aislamiento que deben emplearse.

Además de estos métodos, necesitamos inculcar en el público la noción de que la tuberculosis puede curarse si se descubre desde el principio y que no es una enfermedad vergonzosa ni representa un estigma social, y que si el individuo consciente en hospitalizarse sus familiares serán debidamente atendidos. Actualmente en Honduras no existe el seguro social que pueda cubrir este último punto. Sin embargo, la cooperación prestada por el Ministerio de Sanidad así como por el Doctor Pedro H. Ordóñez Díaz, Director General de Sanidad, ha sido espléndida, encontrándose estos funcionarios, en todo tiempo, conscientes de sus responsabilidades.

No obstante, la salvación de nuestro programa estriba en el interés que se logre despertar en cada individuo por el conocimiento de las consecuencias de la enfermedad y también por el interés que cada comunidad preste al problema. Nos damos perfecta cuenta que nuestra lucha es larga y penosa, pero contamos con métodos modernos, con suficiente espíritu y con el convencimiento de que si se ha hecho en otras partes puede, con el tiempo, hacerse también en Honduras.

A continuación ofrecemos las siguientes conclusiones y recomendaciones para solucionar nuestros propios problemas los que, quizás, puedan también emplearse en otras partes:

- 1.—Incluir la educación sanitaria en el plan de estudios de todas las escuelas, sobre todo en el de escuelas de niñas, pues con