

La Promoción de la Salud en Intibucá, Honduras:
Empoderamiento, Conexión Comunitaria, Confianza en Atención Hondureña

Brian Linder

A thesis submitted to the Department of Romance Studies for honors
Duke University
Durham, Carolina del Norte
Primavera de 2022

Dr. Joan Clifford – consejera/ presidenta del comité
Profesora Melissa Simmermeyer– miembro del comité
Dr. Dennis Clements – miembro del comité

Tabla de contenidos:

I.	Reconocimientos	3
II.	Resumen	4
III.	Capítulo 1: Datos demográficos y actores principales en el sistema de salud hondureño.....	7
IV.	Capítulo 2: La confianza en los sistemas locales y la presencia de las brigadas médicas extranjeras.....	13
V.	Capítulo 3: Política exterior de los Estados Unidos hacia Honduras y el neocolonialismo.....	21
VI.	Capítulo 4: La promoción de la salud: historia, teoría, prácticas.....	33
VII.	Capítulo 5: El caso práctico: los promotores de salud en Intibucá, Honduras.....	42
VIII.	Capítulo 6: Discusión y conclusión.....	54
IX.	Obras citadas.....	57
X.	Apéndice.....	65

Reconocimientos

Primero, quiero agradecer a la organización Hombro a Hombro por darme la oportunidad de colaborar con ellos en mis proyectos de investigación. Dentro de esta organización, quiero reconocer a Laura Manship, la directora de la organización, por su disponibilidad para hacer llamadas de coordinación y crear conexiones entre Proyecto HEAL y líderes en las comunidades de Intibucá, y Gustavo Meza, por su apoyo coordinando las entrevistas con promotores de salud. Asimismo, quiero agradecer a cada promotor de salud que trabaja en la región de Intibucá por su participación en mi estudio y por su trabajo diario que mejora el bienestar de sus propias comunidades.

En Duke, quiero darle las gracias a la Profesora Joan Clifford por ser mi consejera más confiable durante todo este proceso de investigar y escribir la tesis. Ha sido un placer trabajar en este proyecto con ella y aprender bajo su liderazgo. Había un momento en que yo no iba a terminar esta tesis, pero el apoyo de la Profesora Joan Clifford me empujó a completarla. Voy a extrañar nuestras reuniones y las risas compartidas.

Quiero agradecer a la Profesora Melissa Simmermeyer por ser parte del comité de la tesis y por ser una consejera magnífica este semestre durante nuestras reuniones sobre el proyecto. Además, he tenido el placer de tomar dos cursos con ella como Profesora. Siempre tengo la gran oportunidad de aprender en nuestras conversaciones y sus clases.

Agradezco al Dr. Dennis Clements por siempre apoyarme en cualquier proyecto que yo le presento. Él me ha apoyado desde mi primer año aquí en Duke cuando empecé mi trabajo con Hombro a Hombro. Quiero darle las gracias al Dr. Clements por ser parte de este comité y ser un consejero fiel a lo largo de mi experiencia en Duke.

Resumen

Cuando viajé a la comunidad de Camasca, Intibucá, Honduras, tuve la oportunidad de conocer a una comunidad y su gente, y trabajar en colaboración con una organización, Hombro a Hombro, la cual trata de apoyar dicha comunidad en busca de un bienestar mejor. Me inquietó no solo las condiciones de vida en algunos lugares que vi, sino también las expresiones de neocolonialismo en el trabajo de las brigadas médicas y el punto de vista de los miembros de la comunidad sobre los voluntarios estadounidenses. Entre entrevistas para mi proyecto de investigación, escuché a las personas describir sus experiencias de recibir su atención especializada solamente de proveedores en las brigadas médicas. Empecé a entender que había un sentido de desconfianza entre los miembros de la comunidad en los servicios de su propia comunidad. No sabía qué opinar sobre las brigadas médicas y su impacto en esta comunidad de Intibucá. Me sentí incómodo con la influencia de las instituciones estadounidenses en este lugar y decidí dedicarme a aprender más sobre la historia que creó la dinámica actual de las brigadas médicas en Honduras. Además, me interesó específicamente el aspecto de confianza y las diferencias entre la confianza en los proveedores locales y los extranjeros. Durante mi trabajo en terreno, tuve la oportunidad de conocer a algunos promotores de salud y conocer su trabajo esencial en la comunidad. Encontré que ellos tienen bastante influencia en la comunidad y fomentan las conexiones entre los miembros de la comunidad y las instituciones que proveen atención y conocimiento de salud. Me pregunté cómo estos promotores de salud abordan la desconfianza de las personas en su comunidad. Esta pregunta se convirtió en el enfoque de las entrevistas que llevé a cabo con los promotores de la región de Intibucá en el verano de 2021.

Esta tesis tiene una colección de conocimientos que adquirí por la curiosidad que tenía acerca de las brigadas médicas y su impacto en la confianza en servicios de salud, la influencia

neocolonial estadounidense en el país de Honduras, y el papel de los promotores de salud en Intibucá. El propósito de la tesis es determinar la importancia de confianza en sistemas y servicios de salud, explorar las historias relevantes de neocolonialismo y sus expresiones en instituciones actuales, y proponer una solución posible a través del rol indispensable de los promotores de la salud comunitarios. Esta tesis tiene el deseo de imaginar la posibilidad de una comunidad sana y autosostenible.

El primer capítulo provee una introducción al sistema de salud hondureño y sus instituciones centrales. Asimismo, contiene un perfil del país de Honduras con algunos datos demográficos y epidemiológicos. Presenta los desafíos relevantes con este sistema de salud y las soluciones presentadas por la organización Hombro a Hombro que lleva a cabo su misión en el departamento de Intibucá.

El segundo capítulo cuenta con varias teorías acerca de la confianza para argumentar la importancia de la confianza en el contexto médico. Presenta las dinámicas complejas de confianza en instituciones y proveedores de salud, y estudios hechos en contextos variados que demuestran los impactos de dicha confianza en los resultados de salud.

El tercer capítulo utiliza el concepto de neocolonialismo para describir la presencia militar estadounidense en Honduras y sus servicios médicos en el país. Argumenta que existe una conexión entre la historia de acción militar en Honduras y la presencia continua de las brigadas médicas en el país que tienen ciertas expresiones de neocolonialismo en su orientación hacia las comunidades en que sirven. Finalmente, argumenta que esta presencia continua de brigadas y sus aspectos neocoloniales ha interrumpido el proceso de construir confianza en el sistema de salud local.

El cuarto capítulo introduce el campo de la promoción de salud con las teorías esenciales, las prácticas relevantes, y la historia del campo. Incluye un resumen del documento fundador del campo, La Carta de Ottawa y los cinco objetivos de la promoción de salud. Además, comenta los desafíos y límites del campo.

El quinto capítulo se enfoca en el estudio de caso que utiliza once entrevistas con promotores de salud en Intibucá para examinar la capacidad de dichos individuos aumentar la confianza comunitaria en los servicios de salud locales. Incluye una introducción a este estudio llevado a cabo en colaboración con Hombro a Hombro, los métodos utilizados, y los resultados con citas sacadas de las entrevistas.

El último capítulo es una discusión de las tres dimensiones del trabajo de los promotores de salud y cómo abordan de manera única el asunto de desconfianza en las instituciones y servicios de salud.

Capítulo 1: Datos demográficos y actores principales en el sistema de salud hondureño

Demografía del país

Antes de introducir el sistema de salud en Honduras, es importante entender el contexto del país que sirve y los desafíos que enfrenta la población hondureña. Se estima que hay 9.904.608 habitantes de Honduras por los datos de 2020 (*INE – Instituto Nacional de Estadística Honduras*). En términos de la composición étnica de Honduras, la mayoría de la población se considera mestizo (descendientes de los europeos), mientras que hay cerca de 7% de la población que es indígena o afro hondureña. El término mestizo es bastante ambiguo, pero se refiere a las personas que tienen herencia europea e indígena (Euraque). Hay siete pueblos indígenas en el país de Honduras: ch’orti’, lenca, miskito, nahuas, pech, tawahka, tolupán (*Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos – América Central*). Hay tres etnicidades que formaron como identidades distintas en Honduras después del siglo decimosexto: los garífunas, los misquitos o miskitos, y las personas de habla creole o inglesa (*RedHonduras.com*). Los Lencas representan el pueblo indígena más populoso en el país con aproximadamente 279,507 habitantes, según el censo de 2001 (*Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos – América Central*). Asimismo, Los Lencas son el pueblo indígena representado en el departamento de Intibucá (*Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos – América Central*).

Honduras está en una transición demográfica; es decir que la tasa de muertes en la población mayor baja mientras que la tasa de nacidos continua al mismo nivel o baja un poco. Sin embargo, la pirámide de la población refleja una tasa de nacidos alta con mortalidad alta en la población mayor (*Honduras - Piramide de Población 2020 | Datosmacro.Com*). La población de 0-14 años representa 30,59% de la población, mientras que la población de 15-64 años

representa 64,44% y 65+ representa solo 4,97% de la población (*Honduras - Piramide de Población 2020 | Datosmacro.Com*). La esperanza de vida al nacer fue 75,27 años en 2019, con una esperanza de vida más alta entre mujeres (77,55 años) y más baja entre hombres (72,96 años) (*Honduras - Esperanza de Vida al Nacer 2019 | Datosmacro.Com*). Es importante reconocer que la esperanza de vida hondureña ha aumentado desde los 73,32 años en 2010 (*Honduras - Esperanza de Vida al Nacer 2019 | Datosmacro.Com*). El índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador importante de la calidad de vida en un país. Este indicador de Honduras fue 0,634 puntos en 2019, clasificado a 132 de 196 países (“Honduras - Índice de Desarrollo Humano - IDH 2019”). El producto interior bruto de Honduras fue de \$23.103 dólares estadounidenses en el año 2020, esa cifra es 9% menor a la del año anterior (“PIB de Honduras 2020”). Honduras se encuentra puesto como la economía 107 de los 196 países que se clasifican.

En términos del perfil epidemiológico de Honduras, se encuentra en la transición epidemiológica que significa la persistencia de enfermedades transmisibles (dengue, tuberculosis, y VIH) y el aumento de condiciones crónicas como el cáncer, la diabetes, y las enfermedades cardiovasculares (Pineda et al.). Aunque ha mejorado en los últimos años, todavía persiste una tasa alta de la mortalidad materna e infantil (Pineda et al.).

El Sistema de Salud y las instituciones principales

Antes de examinar la dinámica de confianza en servicios locales de salud en Intibucá, Honduras, es esencial entender la estructura de las instituciones que forman el sistema de salud a nivel nacional. El sistema de salud hondureño está dividido en dos sectores grandes: el sector público y el sector privado (Bermúdez-Madriz y Muiser). El sector público es el más utilizado y atiende a la mayoría de los habitantes del país, mientras que el sector privado atiende a la

población con la capacidad de pagar (Bermúdez-Madriz y Muiser). El sector público se constituye en dos grandes organizaciones: la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) (Bermúdez-Madriz y Muiser). El sector privado o no público tiene dos lados, el sector con fines de lucro y sin fines de lucro. Generalmente, los expertos en la salud y las políticas se acuerdan de que el sistema de salud hondureño es fragmentado, desintegrado y que se duplican los servicios, esfuerzos y gastos entre los varios sectores del sistema (Carmenate et al.).

La Constitución de la República de Honduras encarga a la Secretaría de Salud con la responsabilidad de gobernar el sector público de salud (*Plan Nacional de Salud 2021*). La Secretaría de Salud es el instituto que es rector del sistema público y que provee atención a la población no asegurada sin capacidad de pagar (*Plan Nacional de Salud 2021*). Hay centros de salud públicos que proveen la mayoría de atención primaria a esta población que constituye por lo menos 60% de la población total de Honduras (Bermúdez-Madriz y Muiser). Se estima que hasta 88% de la población recibe servicios afiliados con la Secretaría de Salud (Bermúdez-Madriz y Muiser). Toda la población hondureña puede acceder a los centros de salud afiliados con la Secretaría de Salud y dichos centros forman la mayoría de atención disponible en las regiones rurales del país (*Plan Nacional de Salud 2021*). Los centros de salud están financiados por la Secretaría de Salud y el recurso humano viene del mismo instituto (*Plan Nacional de Salud 2021*). La Secretaría de Salud asimismo cuenta con hospitales para atender a los casos más agudos.

El IHSS cubre los empleados del sector formal los cuales forman entre 9% y 18% de la población hondureña (Bermúdez-Madriz y Muiser). El IHSS ofrece cobertura por enfermedad y maternidad (EM), riesgos de trabajo (RT), e invalidez, vejez y muerte (IVM)(Bermúdez-Madriz

y Muiser). A veces el IHSS cubre los servicios privados que sus afiliados eligen, especialmente en la categoría de atención primaria.

Honduras sufre una falta de recursos humanos en el sistema de salud. Tiene 1,0 médicos por cada 1.000 habitantes y 1,1 enfermeros profesionales o personal auxiliar por cada 1.000 habitantes (Bermúdez-Madriz y Muiser). Esta falta de proveedores contribuye al asunto de acceso de servicios sanitarios limitado en el país y se convierte en una razón principal para recibir las brigadas médicas.

Intibucá y Hombro a Hombro

El capítulo final de esta tesis se enfoca en un estudio de caso del departamento de Intibucá, Honduras, ubicado en la región occidental y montañosa del país y entonces se desarrollan las características demográficas y el contexto institucional aquí. El departamento de Intibucá tiene 17 municipios con un total de 241.568 habitantes (*INE – Instituto Nacional de Estadística Honduras*). La mayoría del departamento se considera rural, pero el municipio de La Esperanza tiene la ciudad de La Esperanza, la capital del departamento. Se llevó a cabo la investigación de esta tesis en colaboración con una organización no gubernamental, Hombro a Hombro, que trabaja en el sur de Intibucá, específicamente en siete municipios: Camasca, Colomoncagua, Concepción, Magdalena, San Antonio, San Marcos de la Sierra, y Santa Lucía (“Where We Serve”). Hombro a Hombro dirige los centros de salud (que proveen cuidados primarios) y los centros maternos en estos municipios; hay siete centros de salud con proveedores médicos y nueve centros con proveedores enfermeros (“Where We Serve”). La organización cuenta con tres clínicas maternas (“Where We Serve”).

Además de dirigir estas clínicas, Hombro a Hombro envía brigadas médicas de instituciones académicas de los Estados Unidos (“About Shoulder to Shoulder”). Estas brigadas

cuentan con estudiantes, médicos de la facultad de medicina, entre otros para formar un equipo que provea atención de salud a corto plazo en estas comunidades (“About Shoulder to Shoulder”). El propósito de la organización es establecer relaciones entre voluntarios y las comunidades locales de Intibucá para que trabajen “hombro a hombro” para mejorar la salud de la comunidad (Heck et al.). El modelo Hombro a Hombro tiene cinco elementos: (1) empoderar a las comunidades a través de colaboración, (2) abordar los determinantes de salud en términos generales, (3) perseguir la sostenibilidad, (4) aprovechar los recursos financieros y las destrezas de los compañeros estadounidenses, (5) construir el beneficio mutuo de aprender y mejorar el bienestar de la comunidad (Heck et al.).

Las brigadas médicas

Por la falta de proveedores y servicios de salud especializados en algunas ubicaciones en Honduras, grupos de proveedores médicos del extranjero o de otras áreas en el país viajan a comunidades distintas para proveer los servicios que les faltan (St-Amant et al.). Una brigada médica es un grupo de profesionales médicos o proveedores en período de formación que vienen a un lugar remoto para proveer servicios de salud a corto plazo para las personas que normalmente no tienen capacidad de pagar (Oken). A veces estas brigadas proveen atención más especializada que no está disponible con regularidad en las ubicaciones a las que viajan (Bradke). Las brigadas pueden venir de otros lugares en el propio país, pero es más común que vienen de Norteamérica u otros países de alto ingresos (Bradke). Los países más comunes que envían las brigadas o misiones médicas a Honduras son los Estados Unidos, Cuba, y Canadá (Morrissey). Muchas de las brigadas estadounidenses están afiliadas con instituciones académicas y son formadas por miembros de la facultad, estudiantes de medicina, residentes, y aún los estudiantes de grado (Morrissey). Otras brigadas tienen asociación con el cristianismo y

son misiones (Morrissey). Las brigadas de Cuba son enviadas por el gobierno y hay más regulación en las expectativas de dichas brigadas (Torres). Es decir, hay menos diferencia entre el tipo de servicio y la manera de proveer atención entre las diferentes brigadas cubanas que las estadounidenses (Torres). La discusión de las brigadas médicas en el tercer capítulo se enfocará en los grupos enviados de los Estados Unidos, con unas comprobaciones con las brigadas cubanas.

Capítulo 2: La confianza en los sistemas locales y la presencia de las brigadas médicas extranjeras

Relevancia de la confianza en el contexto médico

La confianza de la población en los sistemas de salud tanto como en los proveedores tiene mucho impacto en varios indicadores. Los siguientes estudios indican que el nivel de confianza en el sistema de salud impacta el acceso a servicios de salud. Hay una correlación entre el nivel de confianza de un paciente en el sistema de salud y la utilización de ese sistema. Según un estudio que condujo encuestas en la ciudad de Baltimore a 327 personas, el índice de desconfianza médica es un predictor del nivel de utilización del sistema médico; entonces, la desconfianza es asociada con la subutilización de sistemas de salud en general (LaVeist et al.). Es decir, a nivel práctico, si una persona tiene baja confianza en los servicios de salud es muy probable que utilice menos el sistema. La confianza también afecta la fidelidad del paciente al plan de tratamiento propuesto por el proveedor médico. El desafío crítico de este análisis es la falta de investigación sobre la confianza en los sistemas de salud en Honduras y aún más general en los países de bajo ingreso.

Un estudio llevado a cabo en la Universidad de Marburg, Alemania demostró una correlación entre la confianza en el proveedor y los resultados de salud (Birkhäuer et al.). En el estudio, los pacientes que tenían niveles más altos de confianza reportaron comportamientos de salud más beneficiosos, menos síntomas y calidad de vida más alta (Birkhäuer et al.). El métrico más alto como respuesta a la confianza alta fue satisfacción del paciente en el tratamiento (Birkhäuer et al.).

Otro estudio colaborativo de 3 universidades en la reina unida observa la relación entre la salud autoevaluada por el paciente y la confianza a nivel nacional e individual utilizando datos

de 69 países y un universo total de 160,436 individuos (Jen et al.). El estudio demostró que la confianza aumentada se vincula con una mejor salud (Jen et al.).

Es esencial reconocer los límites de estos estudios dentro de la complicación sobre la causación y la correlación. No se puede probar que la confianza directamente causa los resultados de salud descritos en los estudios porque hay una variedad de factores en juego que estarán elaborados más adelante.

Teorías de la confianza

Las definiciones del concepto de confianza vienen de múltiples disciplinas, cada una con un enfoque en sus propias prioridades (Lewicki y Wiethoff). La psicología, la sociología, las ciencias políticas, las ciencias económicas, y la historia, entre otros han comentado el fenómeno de la confianza (Lewicki y Wiethoff). De todas las definiciones posibles de la confianza, hay tres grupos de perspectiva más salientes que constituyen aspectos importantes de la confianza en el contexto médico.

1. La primera perspectiva se enfoca en el nivel individual y viene de teóricos de la personalidad. Esta perspectiva examina las diferencias de personalidad que contribuyen a las diferencias de la disposición a la confianza, incluso los contextos sociales y de desarrollo que influyen esta disposición (Lewicki y Wiethoff). Según esta definición, la confianza es una creencia o sentimiento que se basa en la personalidad, la cual es desarrollada durante la infancia temprana.
2. La segunda perspectiva enfatiza la confianza como un proceso interpersonal. Las dinámicas de intercambios entre personas pueden crear y destruir la confianza. A este nivel interpersonal, se puede definir la confianza como las expectativas de una parte para la otra parte en un intercambio que son determinadas por intercambios anteriores y el

contexto de la relación establecida entre las partes (Lewicki y Wiethoff). Dicho intercambio puede fortalecer o debilitar al desarrollo y mantenimiento de la relación. Esta perspectiva es formada por los psicólogos sociales.

3. La tercera perspectiva viene de los campos de las ciencias económicas y los sociólogos que se enfocan en la confianza como un fenómeno institucional. La confianza institucional es la idea de que los intercambios futuros seguirán por las normas establecidas o las reglas implícitas (Lewicki y Wiethoff). Hay varios niveles de esta confianza institucional, incluso la confianza entre instituciones, la confianza de las instituciones en los individuos, y los individuos en las instituciones.

Para esta tesis se enfoca en la confianza cómo se relaciona a la salud. En términos de la salud, existe la confianza de los pacientes en los sistemas que proveen servicios de salud. En el contexto de Honduras, las instituciones relevantes a nivel nacional son la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y a nivel más local, los centros de salud o clínicas individuales. Entonces, hay que existir cierta confianza entre el paciente y esas instituciones para que las personas busquen la atención necesaria. Este tipo de confianza encaja bajo la perspectiva de confianza institucional. Además de la confianza en las instituciones que forman el sistema de salud, hay relaciones entre pacientes y proveedores (médicos, enfermeros, etc.) que forman parte de la imagen de confianza en los servicios de salud. Esta confianza entre paciente y proveedor encajaría bajo la categoría de confianza interpersonal. En el fondo de las relaciones entre los sistemas, los proveedores, y los pacientes, existe todo el contexto de la personalidad, circunstancias sociales/económicas, educación, etc. de un individuo que influye su predisposición a la confianza. Este aspecto es el nivel individual e influye los otros aspectos de la confianza: lo interpersonal e institucional.

Estas tres dimensiones de confianza (individual, interpersonal, institucional) impactan la probabilidad de una persona acceder a los servicios de salud que amerita.

La relación entre la confianza interpersonal y la institucional

Es importante reconocer que la confianza interpersonal, institucional e individual interactúan para crear un sistema de confianza (Campos-Castillo et al.). Es decir que la confianza interpersonal impacta la confianza institucional y viceversa. Esta sección explorará la relación entre la confianza institucional e interpersonal. Se define la institución de salud como una organización establecida para el propósito de tratar, manejar y prevenir la enfermedad. Primero, es importante definir dos tipos de instituciones. La institución local es una en que las personas que confían tienen contacto directo con los individuos que forman la institución (Campos-Castillo et al.). La institución “remota” es una en que este contacto directo es mínimo (Campos-Castillo et al.). La institución local dentro del sistema de salud hondureño serían los centros de salud mientras que la institución remota sería la Secretaría de Salud (Campos-Castillo et al.). Dentro de esta definición de una institución, los centros de salud, los hospitales, los proveedores/ médicos y los consejos de administración (la SS, el IHSS) todos forman la institución que es el sistema de salud hondureño.

En el contexto de la salud, es importante reconocer el nivel individual acerca de la confianza porque los pacientes que tienen que confiar en este sistema son vulnerables, están enfermos y tienen cierto riesgo que es más pronunciado en otros campos (Campos-Castillo et al.). Los pacientes dependen de los proveedores y su buena voluntad para proveer servicios adecuados y seguros (Campos-Castillo et al.). Hay un riesgo de que los pacientes no estén curados y que sufran aún más daño al recibir servicios.

El estudio de Ozawa y Sripad demuestra que la confianza en médicos específicos queda alta aún cuando la confianza en los sistemas de salud disminuye (Ozawa y Sripad). Una relación entre la confianza interpersonal y la institucional se forma cuando la institución se acerca al individuo (Campos-Castillo et al.). Entonces, cuando el paciente tiene acceso a una relación interpersonal con alguien afiliado con una institución, es más probable que confíe en dicha institución.

La confianza en su propio médico influye en la satisfacción del paciente, fidelidad al tratamiento, continuidad con el médico, divulgación de información privada, y la búsqueda de servicios de salud. Se ve que la relación entre paciente y proveedor individual determina el nivel de confianza que una persona tiene en los sistemas de salud y la medicina como un método para la curación/la prevención en general.

Datos demográficos y la confianza

Algunos estudios en el contexto de los Estados Unidos demuestran diferencias en la confianza de algunos grupos marginados. En general los grupos que confían más en el sistema de salud y los proveedores estadounidenses son las personas blancas no latinas, las mujeres y las personas con más educación (Boulware et al.). Sin embargo, las personas negras y latinas en los Estados Unidos tienen menos probabilidad de confiar en su médico (Boulware et al.).

Aunque estos estudios se llevaron a cabo en los Estados Unidos es importante reconocer que las comunidades marginadas reciben un tratamiento distinto por su estatus social y esto sugiere que los mismos asuntos serán relevantes en el contexto de Honduras. Gibson argumenta que las personas desamparadas a lo largo de cada sociedad enfrentan las barreras de confianza a un nivel desproporcionado (Gilson). Entonces, es muy probable que los grupos marginados en

Honduras, específicamente las comunidades negras y indígenas en el país, experimenten un nivel de confianza en los sistemas de salud reducido. Es esencial considerar esas diferencias del nivel de confianza entre varias identidades. Este nivel de confianza más baja es inextricable con las historias de grupos y la explotación de esos grupos en la investigación médica en los Estados Unidos y la opresión de dichos grupos en la sociedad. Exploramos aún más el neocolonialismo y su papel en la opresión de dichos grupos y cómo ha disminuido su nivel de confianza en el próximo capítulo. Además de las categorías étnicas es importante observar las diferencias entre la confianza de las mujeres y los hombres.

Unos estudios que se llevaron a cabo en los Estados Unidos demuestran que hay disparidades de confianza entre diferentes poblaciones, concretamente las poblaciones marginadas, personas de bajo ingreso y poblaciones rurales (Spleen et al.).

El nivel de confianza apropiado entre un paciente y el sistema de salud

En las relaciones con poder desigual, como es el caso con relaciones interpersonales entre médicos y pacientes, y la relación institucional entre paciente y el sistema médico, la desconfianza tiene un papel en proteger la parte vulnerable de abuso de poder (Lewicki y Wiethoff). Es decir, en este contexto, cierto porcentaje de desconfianza es necesario para asegurar que los proveedores y el sistema mantengan su responsabilidad al proveer servicios de atención adecuada para la gente (Ozawa y Sripad). De este hecho viene la pregunta, ¿qué es un nivel de desconfianza saludable en la población? El escepticismo permite que los pacientes pregunten sobre dudas y hagan responsables a sus proveedores explicar sus métodos o procesos de proveer la atención. Sin embargo, demasiado escepticismo previene que las personas busquen la atención que necesitan especialmente cuando está compuesto con las otras barreras de

servicios de salud. Un poco de escepticismo hace que las personas pidan aclaraciones sobre sus dudas y entonces entiendan más sobre el tratamiento que recibirán. Entonces, la desconfianza todavía tiene un papel en hacer el sistema de salud responsable por el bienestar de sus pacientes.

Mientras que la desconfianza puede tener beneficios en la construcción del sistema sanitario, un desequilibrio de confianza entre servicios proveídos por miembros de una comunidad y otros proveedores extranjeros presenta otra complicación en el asunto de la confianza. Siguiendo, se explora cómo la atención que brindan los grupos extranjeros médicos a Honduras impacta la confianza en los servicios hondureños.

El desequilibrio de confianza y la dependencia

El artículo de DeCamp, que trata de la ética acerca de las brigadas médicas, documenta conversaciones con pacientes en Honduras que prefieren recibir atención de las brigadas y los proveedores extranjeros en vez de los proveedores hondureños por los centros de salud o las clínicas locales (DeCamp). Este fenómeno demuestra un asunto acerca de la confianza en Honduras: en algunos casos las personas tienen una predisposición a confiar en los servicios proveídos por un profesional ajeno más que los proveedores que pertenecen a la comunidad. Mientras que el trabajo de las brigadas médicas presenta una manera de llenar las faltas de un sistema de salud fragmentado, interrumpe el proceso de formar confianza en los servicios de salud hondureños, los proveedores en la comunidad, y las instituciones locales/nacionales que constituyen el sistema de salud (Green et al.).

Un concepto relacionado a la confianza en el contexto de las brigadas médicas es la dependencia que se refiere al límite de opciones fuera de las brigadas médicas debido al proceso de evitar el desarrollo de ciertos servicios dentro de sistemas locales porque la comunidad ya los

recibe de otra fuente (i.e. las brigadas médicas). La literatura acerca de viajes de corto plazo para proveer atención médica discute el peligro de la dependencia en los grupos que vienen a ciertas comunidades. Un estudio de La Universidad de Colorado Denver que se llevó a cabo en Guatemala explora maneras de abordar el asunto de dependencia en las brigadas médicas (Green et al.). El estudio examinó entrevistas con 72 individuos, representando proveedores locales y extranjeros, voluntarios a corto plazo, y personas que recibían atención de las brigadas médicas en la comunidad (Green et al.). En las entrevistas que hicieron, ambos los guatemaltecos locales y los miembros de brigadas médicas mencionaron el asunto de dependencia (Green et al.). Criticaron cómo el gobierno guatemalteco cuenta las brigadas médicas u otras actividades programáticas de las ONGs en su evaluación cuando determinan la cantidad de fondos que proveerá en cada comunidad (Green et al.). Por la falta de investigación, este fenómeno solo se discute de manera anecdótica en los estudios y artículos. Por eso, es imposible documentar exactamente el impacto de las brigadas en este asunto de confianza.

Capítulo 3: Política exterior de los Estados Unidos hacia Honduras y el neocolonialismo

Esta sección de la tesis explorará la historia sociopolítica que ha impactado la des/confianza de la población de Honduras en sus servicios de salud. El capítulo enumerará sobre las políticas del gobierno estadounidense hacia el gobierno hondureño y argumentará que estas políticas, incluso las acciones militares en el país contribuyen a la presencia habitual de las brigadas médicas estadounidenses en Honduras. Esta historia de la relación entre EE. UU. y Honduras también revela algunas razones por qué existen las tendencias neocoloniales de las brigadas médicas. Empezamos este capítulo con una exploración del neocolonialismo en las brigadas médicas y cómo contribuye al asunto de la confianza.

Definición del neocolonialismo:

El neocolonialismo se refiere al “nuevo colonialismo,” un proceso de ejercer poder de manera indirecta sobre otro país y sus ciudadanos (Morales). Este poder indirecto viene de varias fuentes, concretamente la influencia económica, cultural, epistemológica, y política sobre los países independientes (Morales). Casi siempre el neocolonialismo depende de la creencia de superioridad del país que ejerce poder sobre el otro. Se ve el aspecto de poder indirecto del neocolonialismo en el contexto médico en las misiones de la fuerza armada estadounidense que queda de manera “semipermanente” en la base Soto Cano en Comayagua, Honduras llevando a cabo varias brigadas médicas o MEDTRETES (ejercicios de presteza médica) como parte de su operación en el país (Downey). En el contexto de las brigadas médicas civiles de varias organizaciones no gubernamentales, se ve este sentido de superioridad a través de las acciones de proveedores estadounidenses que reflejan una creencia que su entrenamiento, recursos, y conocimiento de patología es mejor que los de los proveedores hondureños (St-Amant et al.). Se enumerará más sobre este concepto más adelante.

¿Cuáles factores motivan las acciones neocoloniales del gobierno estadounidense en Honduras?

Esta sección sirve como una pequeña introducción a algunas razones potenciales por el interés y la intervención subsiguiente estadounidense en Honduras y la región de América Central. No es posible enumerar todos los motivos en la formación y esta relación neocolonial, sin embargo, es importante reconocer que hay historias de políticas y beneficios para los EE. UU. que motivan la relación. Los motivos mencionados aquí son el legado de la Doctrina Monroe, la geopolítica y propagación del comunismo, y los beneficios económicos. Honduras se convierte en un lugar más importante para los EE. UU. en Centroamérica porque forma la base para todas las operaciones estadounidenses en la región a través de la alianza fuerte entre los dos países.

Primero, la Doctrina Monroe es la declaración fundamental que dio derecho a los EE. UU. a intervenir en América Central (Gilderhus). Esta doctrina avisó a todo el mundo, específicamente Europa, que los EE. UU. no permitiría más colonización en el hemisferio occidental (Gilderhus). De esta manera esencialmente declaró que los EE. UU. fue el poder dominante en el hemisferio, y esta declaración motivó las políticas exteriores estadounidenses en las Américas por décadas (Gilderhus).

Una extensión de los principios de la Doctrina Monroe ocurrió durante la guerra fría cuando la propagación del comunismo llegó a América Central, una región más cercana a los EE. UU. considerada como parte de su dominio bajo los puntos claves de la Doctrina Monroe. Los EE. UU. vio a esta propagación de ideología como una amenaza a la influencia política estadounidense en la región centroamericana (Downey 6). De verdad, algunos percibían ese proceso como un país fuera del hemisferio (la URSS en el caso de la guerra fría) ejerciendo

poder e influencia sobre países en el mundo occidental. Esta influencia extra-hemisférica presenta una amenaza percibida a los EE. UU. que llevó al gobierno estadounidense a intervenir en la región con su base fundamental en Honduras (Downey 2).

En el fondo de este asunto de la propagación del comunismo están los beneficios económicos a los EE. UU. en su relación con los países centroamericanos. La subida de empresas transnacionales aumentó el interés estadounidense en la región por motivos económicos (Ugalde y Homedes). Las empresas transnacionales son las que tienen oficinas y producción en múltiples países (Ugalde y Homedes). Normalmente, estas empresas aprovechan la mano de obra más barata en países de medio o bajo ingreso, poniendo su producción en estos países con oficinas centrales en los países de origen de las empresas (Ugalde y Homedes). La decisión de dónde poner la producción y otras oficinas “no se basa en las necesidades de un país sino en la de acumular de capital.”(Ugalde y Homedes) Esta prioridad dada a las empresas transnacionales y la acumulación de capital es central del concepto de neocolonialismo. Extraen el recurso humano de la mano de obra, sin importar de manera suficiente el bienestar de los ciudadanos del país del que se extrae.

Estas empresas han acumulado mucho capital y poder en los países donde establecen centros de producción porque proveen trabajo o oportunidad para “desarrollo.” (Ugalde y Homedes) Ugalde y Homedes en "América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud, y el papel de las instituciones internacionales" proveen un resumen de la dinámica de neocolonialismo y la influencia económica, “La experiencia de Estados Unidos en América Latina había demostrado que era posible explotar a los pobres de los países del tercer mundo y acumular capital sin necesidad de mantener un control político formal.” (Ugalde y Homedes) Esta cita demuestra cómo la influencia de las empresas transnacionales ha contribuido a una

explotación que no es tan obvio como bajo el sistema de colonialismo. Esta dinámica neocolonial es un poder y una explotación más silenciosa. Todavía existe bastante influencia estadounidense y extranjera en la región centroamericana. Los EE. UU. ha tenido interés en la región por mayor parte del asunto económico, con la oportunidad de acumular más capital a través de una presencia comercial en la región. Entonces, las acciones del gobierno en la región sirven para defender esos intereses.

El derrocamiento del presidente respaldado por los EE. UU. de Nicaragua Anastasio Somoza DeBayle en julio de 1979 aumentó la preocupación del gobierno estadounidense sobre la propagación del comunismo en la región, la cual se citó por la necesidad de tener una base militar constante en América Central (Downey 8). Una relación bien establecida ya existía entre los gobiernos de EE. UU. y Honduras en los años 1970 y 1980, entonces Honduras se convirtió en el lugar de interés primario durante estos tiempos de tensión política en la región (Downey 9).

Honduras enfrentaba sus propios desafíos durante este periodo de la guerra fría que animaron su cooperación e interés en una presencia militar estadounidense en el país. Honduras estaba en una transición después de un régimen militar la década anterior al nuevo gobierno democrático (Downey 8). Además de esa transición, enfrentó el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) de El Salvador que tuvo grupos activos operando en Honduras, junto con las fuerzas nicaragüenses que transgredieron la frontera del sur hondureño para atacar los bases de los insurgentes que se oponían el Frente Sandinista de Liberación Nacional (contrarrevolucionarios, más conocidos como los ‘Contras’) (Downey 9).

Por dichos desafíos que enfrentaba Honduras y el apoyo que los EE. UU. tenía capacidad de ofrecer, el gobierno hondureño aceptó el interés e influencia estadounidense en su país. El

gobierno estadounidense recompensó su cooperación de manera monetaria. La ayuda económica estadounidense a Honduras aumentó de 50,7 millones de dólares en 1980 a 139 millones en 1984. Asimismo, la ayuda militar aumentó de 3,4 millones de dólares en 1980 a 79,7 millones en 1986 (Dougherty 167). Se ve a través de este apoyo monetario el aspecto de influencia económica y política del neocolonialismo estadounidense en Honduras.

En 1983, los EE. UU. llevó a cabo su primer entrenamiento militar con Honduras con 1.600 tropas estadounidenses y 4.000 participantes hondureños que se llamó *Ahaus Tara* por el pueblo de Ahaus en el departamento de Gracias a Dios donde los Contras basaron sus operaciones de resistencia (Downey 11). La Enmienda de Boland prohibió que la administración de Reagan utilizara los fondos para apoyar a los Contras. No había la misma rigurosidad en términos de los entrenamientos militares (Downey 10). Entonces, la administración aprovechó el vacío legal de entrenar las fuerzas armadas estadounidenses y hondureñas con proximidad a los Contras. Estos entrenamientos proveían una manera indirecta para la administración respaldar la oposición a Sandinista sin la habilidad de dar fondos o armas a los Contras (Downey 10).

El departamento de defensa estadounidense quería encontrar un lugar más permanente para llevar a cabo estos entrenamientos militares y basar sus operaciones en toda la región de América Central (Downey 10). Decidieron establecer el puesto de mando en un base de aire que se llamaba Palmerola, ubicado a 80 km de distancia de Tegucigalpa (la capital del país) (Downey 12). Se renombró la base en Palmerola a “Soto Cano” por un coronel Soto Cano en 1989 (Downey 27).

Sin embargo, la constitución hondureña no permite la presencia de un poder extranjero en su país de manera permanente (*La Constitución de Honduras - Español*). Para evitar esta regla y establecer una presencia más formal en el país, se estableció una Fuerza de Tarea Conjunta

(Downey 12). Esta Fuerza de Tarea Conjunta experimentó varios cambios de nombre entre agosto de 1983 y agosto de 1984, con el nombre permanente de Fuerza de Tarea Conjunta-Bravo (JTF-Bravo) (Downey 16–17). El gobierno estadounidense llevó a cabo otro ejercicio de entrenamiento combinado con las fuerzas armadas de ambos países. Este entrenamiento *Ahuas Tara II*, involucró 12.000 soldados estadounidenses y se enfocó en la infraestructura de varias ubicaciones de interés para los EE. UU., incluso la base de Palmerola (Downey 13). En ese lugar construyeron un hospital de apoyo de combate. Inmediatamente, el personal del hospital empezó a dirigir eventos por todo el país de “presteza médica” (Downey 14).

En 1990, Roatán, HN sufrió unas inundaciones que causaron una crisis humanitaria en el área. La Secretaría de Salud hondureña pidió el apoyo de JTF-Bravo que mandó equipaje y recursos humanos para responder a la situación (Downey 34). El equipaje mandado por JTF-Bravo fue suficiente para establecer el primer hospital en la ciudad de Coxen Hole en Roatán (Downey 34). Este ejemplo demuestra la conexión fuerte entre JTF-Bravo y el gobierno hondureño, aún a un nivel de dependencia. Solo a través del apoyo de JTF-Bravo se construyó un hospital en Roatán. Entonces, esta historia contribuye a una narrativa que promueve la superioridad de apoyo estadounidense. Aunque esta misión y el establecimiento del hospital aumentó el acceso a atención de salud en Roatán, todavía interrumpe el proceso de construir confianza en los servicios de salud propios de la comunidad porque el involucramiento de brigadas en el establecimiento de clínicas sugiere que los estadounidenses tienen que estar involucrados para que la clínica funcione.

JTF-Bravo llevó a cabo varias brigadas médicas o MEDTRETES (ejercicios de entrenamiento para la presteza médica) en Honduras en los años 1990s, y se convirtió en una

razón principal para quedar en el país cuando se disipó la amenaza de la propagación del comunismo en América Central después de la guerra fría (Downey 45).

Los MEDRETES se diseñan para el beneficio primario de los participantes médicos. Es decir, las fuerzas armadas, en este caso JTF-Bravo, lleva a cabo los MEDRETES para el propósito de entrenar a su personal médico (Downey 46). El beneficio en segundo lugar es proveer tratamiento para los ciudadanos del país anfitrión (Downey 46). Este marco de los MEDRETES prioriza el aprendizaje de personal militar en vez de la salud de la población que sirve y por eso funciona dentro del neocolonialismo. Las actividades médicas de JTF-Bravo permitían que se quedara el personal en el país, y esta permanencia de la fuerza armada estadounidense presenta una manera de ejercer control indirecto sobre el país y los circundantes en la región de América Central. Además, el proceso de priorizar el aumento de conocimiento estadounidense en los MEDRETES es un proceso neocolonial porque aprovecha de la vulnerabilidad de las poblaciones hondureñas no para motivo único de apoyarlas y empoderarlas, sino extraer conocimiento y permanecer en el lugar para el beneficio del país que envía, en este caso los EE. UU.

Un comentario del coronel Jacoby del JTF-Bravo destaca el sentido de superioridad de los servicios proveídos por las Fuerzas Armadas estadounidenses (Downey 47). JTF-Bravo realizó un MEDRETE en Mocerón, Honduras después del huracán Mitch en 1998 en que los profesionales médicos involucrados vieron a casi 10,000 pacientes durante 9 días (Downey 46). El coronel Jacoby declaró que esta fue una misión compleja que “solo la fuerza armada estadounidense podía lograr.” (Downey 47-48). Este comentario refuerza el concepto de superioridad estadounidense en su atención hacia la población. Este orgullo y superioridad se convierte en algo problemático porque demuestra a la gente hondureña que todo estadounidense

es mejor que todo hondureño; interrumpe el proceso de construir confianza en los sistemas y servicios de salud hondureños. Este argumento no niega los impactos positivos potenciales al nivel individual de estos MEDRETES, sino cuestiona cómo ha interrumpido la confianza de los hondureños en los servicios de salud de su propios sistemas y vecinos. Aunque hay necesidad de investigar más el impacto médico de estos MEDRETES, especialmente dado su orientación/marco neocolonial, el propósito de este argumento no es evaluar cómo han mejorado la salud de la población hondureña, sino plantear la cuestión de su papel en el desequilibrio de confianza en los sistemas de salud hondureños (Downey 48).

Aunque hay una falta de investigación sobre el impacto general de los MEDRETES, había un estudio que trató de las actitudes de oficiales de la Secretaría de Salud hondureña acerca de la acción de JTF-Bravo, específicamente con respecto a las brigadas médicas (Lougee y Mondragón). El estudio utilizó una encuesta de cuatro preguntas abiertas. Once oficiales respondieron las preguntas sobre (1) su conocimiento de las actividades médicas de las fuerzas armadas estadounidenses, (2) los beneficios al público hondureño por estas actividades, (3) los problemas de dichas actividades, (4) cómo mejorar las actividades en Honduras y apoyar los profesionales que responden a la encuesta (Lougee y Mondragón). Los oficiales conocían más el trabajo de los MEDRETES a que dichos oficiales referían como “las brigadas médicas.” (Lougee y Mondragón) El beneficio fue traer atención médica a poblaciones más remotas e inaccesibles (Lougee y Mondragón). Las respuestas más comunes a la tercera pregunta fueron que no había coordinación suficiente ni comunicación adecuada con los profesionales hondureños (Lougee y Mondragón). Además, algunos respondieron con preocupación sobre las barreras de lenguaje y la falta de intérpretes suficientes (Lougee y Mondragón). Un respondedor se preocupó porque las “brigadas médicas han sido beneficiosas para los fines militares.” (Lougee y Mondragón) A la

última pregunta la mayoría de los respondedores indicaron que el mejoramiento de las acciones médicas militares estadounidenses depende más de aumentar la comunicación y coordinación de las actividades de las brigadas médicas con los oficiales hondureños (Lougee y Mondragón). Un respondedor sugirió que los médicos militares estadounidenses planean sus actividades con un conocimiento aumentado del perfil epidemiológico nacional de Honduras (Lougee y Mondragón).

Este estudio revela el legado estadounidense militar de valorar el conocimiento de los participantes de las brigadas médicas sobre el entendimiento de los proveedores hondureños. El estudio documenta que los oficiales de la Secretaría de Salud hondureña tenían sus propias preocupaciones sobre la falta de comunicación y coordinación entre los grupos estadounidenses militares que traen servicios de salud a las comunidades hondureñas (Lougee y Mondragón).

Neocolonialismo y las brigadas médicas civiles

La prevalencia del voluntourismo se ha aumentado en las últimas décadas con 3.5 millones de voluntarios estadounidenses en 2007 a más de 10 millones en 2014 (“Travelers Inspired to Do Good While Seeing the World”). Este número de voluntarios ha aumentado aún por los últimos años antes de la pandemia de COVID-19. La popularidad de programas de servicio en el extranjero, específicamente las brigadas médicas que se examinan en esta tesis, ha aumentado y con esa popularidad viene consecuencias para las comunidades y sistemas locales. Es importante reconocer que hay una combinación de impactos positivos y negativos de estas brigadas médicas. Esta tesis opera bajo el entendimiento que hay muchos impactos positivos en esta situación de matriz que las organizaciones que envían destacan en sus informes. Sin embargo, el propósito de esta sección no es enumerar los aspectos positivos, sino cuestionar los

elementos de neocolonialismo dentro de las brigadas médicas civiles y sugerir que estos elementos han interrumpido la confianza en sistemas de salud locales.

El primer elemento neocolonial de las brigadas médicas es un punto en común con los MEDRETES de JTF-Bravo: da prioridad a la experiencia del voluntario. En su estudio, St-Amant, et al entrevistaron a voluntarios de brigadas canadienses en Tanzania (St-Amant et al.). En las entrevistas, los participantes contestaban de manera como si fueran los clientes en vez de los pacientes de la comunidad local (St-Amant et al.). Entonces los investigadores destacan esta prioridad a los participantes de la brigada y la expectativa que recibirán algún reconocimiento por el tiempo, dinero, energía que han dado a la organización (St-Amant et al.). Esta situación del voluntario como cliente tiene el peligro de seguir la ideología de “el cliente siempre tiene razón” (St-Amant et al.). En este caso, los clientes deberían ser los miembros de la comunidad no los voluntarios y esta ideología que prioriza los sentimientos y opiniones de los voluntarios sobre el personal local puede interrumpir los procesos del sistema local.

En su artículo, “Voluntorismo médico en Honduras” McLennan cuestiona el impacto de esas experiencias en las actitudes de los voluntarios. McLennan presenta los trabajos de varios autores que han sugerido que el impacto es positivo, haciendo a los voluntarios más conscientes de otras comunidades y empujando a ellos a tomar acciones que reflejan más entendimiento del asunto (McLennan). Sin embargo, destaca otros estudios que sugieren que las brigadas médicas refuerzan los estereotipos del “tercer mundo,” y acentúa la dinámica de “nosotros vs ellos” (McLennan). Esta preocupación señala que las brigadas médicas tienen la posibilidad de reforzar las ideas de superioridad de los países que envían voluntarios, como los EE. UU. Es decir que se asocia ser experto con ser estadounidense. No solo tiene el peligro de dirigirse de una manera neocolonial que trata al conocimiento de los estadounidenses como superior, sino

también perpetuar esta idea a través de los voluntarios en vez de interrumpir este proceso (McLennan). Esta consideración del conocimiento estadounidense como superior constituye una influencia epistemológica dentro de la definición de neocolonialismo. McLennan sugiere que más educación sobre la justicia social es esencial para evitar esta posible actitud entre los voluntarios (McLennan).

St-Amant et al. enumeran sobre la posibilidad de cultivar dependencia a través del voluntarismo extranjero (St-Amant et al.). Añade que el concepto de debilitar la dignidad de las comunidades con limosnas o servicios gratis que personal local ya provee a sus ciudadanos es otro factor de estas brigadas médicas que puede contribuir a la cultivación de dependencia (St-Amant et al.). La dependencia más que todo interrumpe el proceso de fortalecer los sistemas locales para que las personas construyan la confianza hacia esos servicios hondureños en vez de en los servicios extranjeros.

Cuestión de brigadas cubanas

Aunque esta tesis se enfoca primariamente en las brigadas médicas estadounidenses, no se puede negar el impacto de la presencia de las brigadas cubanas en Honduras y alrededor del mundo. Cuba tiene una reputación muy distinta por su historia de enviar brigadas médicas a países en varias regiones (Marimón Torres y Martínez Cruz). Algunos expertos argumentan que estas brigadas cubanas, fundadas por el gobierno cubano, tienen el objetivo de ejercer cierto poder indirecto sobre los países en que trabajan (Silva). Entonces, estas brigadas siguen el mismo modelo de neocolonialismo porque tienen el fin último de propagar una ideología e influir en el país que sirven. A través de las brigadas médicas, el gobierno cubano intenta influir en el otro país de manera política, económica, epistemológica, e ideológica asimismo como ha pasado con las brigadas militares y civiles estadounidenses. Aunque la estructura de las brigadas cubanas

parece distinta, a nivel fundamental tienen los mismos riesgos en términos de impacto en la confianza en el sistema de salud hondureño.

¿Cómo interrumpe la confianza en servicios de la salud hondureños este neocolonialismo en las brigadas médicas?

Aunque la conciencia acerca de la colaboración con los actores locales ha aumentado en las privadas médicas estadounidenses, no se puede negar el impacto a largo plazo de las acciones militares y la historia neocolonial de los Estados Unidos en Honduras. Es probable que la presencia continúa de proveedores estadounidenses a través de organizaciones no gubernamentales y las fuerzas armadas ha creado una percepción de superioridad de los servicios proveídos por los extranjeros en comparación con los de la Secretaría de Salud o proveedores hondureños. Debido a que la Secretaría de Salud hondureña depende de los recursos fiscales, humanos, etc. de los Estados Unidos, hay una percepción de superioridad estadounidense en la población que interrumpe el proceso de construir confianza en el sistema de salud hondureño. Asimismo, la falta de colaboración entre los actores locales y las brigadas médicas extranjeras (militares o civiles), permite la coincidencia de ciertos servicios. Esa coincidencia de servicios puede causar un gasto de recursos a veces y hace que la población busque la atención de proveedores extranjeros en vez de los proveedores que pertenecen a la comunidad.

Capítulo 4: La promoción de la salud

Unas definiciones

La Organización Mundial de la Salud define la promoción de la salud (PS) como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud.”(*Promoción de la Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*) La promoción de la salud (PS) tiene que ver con la prevención de enfermedades a través del cambio de comportamiento y educación. Asimismo, se ocupa con cambios en los sistemas, las estructuras políticas, etc. para garantizar un acceso a bienestar equitativo. Un artículo define la PS como “la transmisión de información sobre conductas de riesgo,” involucra intervenciones para mejorar las condiciones de vida y crear hábitos que contribuyan al bienestar individual y colectivo (Cerqueira 343). La PS combina conceptos y prácticas de varias disciplinas, incluyendo la política social, la educación, la sociología, la psicología, y la comunicación, para llegar a un campo distinto con práctica y teoría única (Bunton y Macdonald).

Es importante reconocer que la PS trata de traer de manera equitativa soluciones para que las personas cumplan la definición de salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”(*Constitución, OMS*) Entonces, el campo de la PS reconoce el papel central de las condiciones sociales y económicas en el desarrollo de una vida saludable (Bunton y Macdonald). La PS provee una variedad de teoría y métodos para mejorar la salud a nivel individual y colectivo. Asimismo, la PS no trata de imponer un estándar estricto de salud, sino presentar las posibilidades y proveer herramientas para los individuos cumplir sus propias metas de salud (Cerqueira 343). La educación de la salud y la promoción de la salud no son intercambiables, sino la PS es más amplia e incluye métodos de la educación (Bunton et al.).

Un promotor de salud es un trabajador que es competente en los métodos de la promoción de la salud y empodera a los miembros de su comunidad para mejorar el bienestar por medios educativos y conexiones con servicios de salud y sociales (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). Un promotor de salud tiene que ser confiable en la comunidad que trabaja porque es un tipo de puente entre la comunidad y los sistemas de salud y sociales que proveen servicios para los padecimientos de cada individuo (Cerqueira 345). La fuente de la capacitación y salario del promotor de salud depende del contexto en que se entrenan y trabajan. Para el estudio actual que tiene su enfoque en Intibucá, Honduras, los promotores de salud se entrenan por una carrera o plan de estudios en colegio. Cuando terminan el colegio y su capacitación, trabajan en colaboración con los centros de salud públicos fundado por la Secretaría de Salud hondureña. Hay 394 promotores empleados por la Secretaría de Salud en Honduras (*Plan Nacional de Salud 2021*). Entonces, los promotores de salud hondureños trabajan para el gobierno dentro del sistema público de salud.

En un sistema de salud, los promotores de salud tienen varias contribuciones esenciales. Primero, considerando la equidad de salud, los promotores conocen a los individuos y sus situaciones únicas de manera más íntima y entonces pueden conectar a esos individuos a un servicio que necesitan. Además de formar estas conexiones y sugerencias al nivel individual, los promotores tienen un papel importante en reflexionar sobre las estructuras y participar en activismo para aumentar el acceso equitativo a la salud (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). Debido a su relación más íntima con la comunidad y sus miembros, los promotores tienen una perspectiva única en la conversación sobre estrategias para mejorar los sistemas de salud. Entonces hay dos enfoques en la PS: la promoción individual (micro) y estructuralista (macrosocial/político) (Bunton y Macdonald) (González-Vargas y Salinas-Urbina).

La Carta de Ottawa

La promoción de salud emergió como una escuela de pensamiento y métodos en la salud pública en los 1990s después de la publicación de la Carta de Ottawa de 1986 que fue un producto de la Primera Conferencia de la Promoción de Salud (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). Esta conferencia fue una respuesta a la demanda de nuevas concepciones de la salud pública (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). La conferencia fue organizada por la Organización Mundial de Salud y el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá, y llevó a doscientos delegados de 38 países con varios sectores, disciplinas, y profesionales representados (*Carta de Ottawa*). La conferencia fue un intercambio de experiencia y conocimientos para formar metas colectivas en la promoción de la salud y lograr un objetivo común bajo la iniciativa de “Salud para Todos en el Año 2.000.” (*Carta de Ottawa*)

La Carta de Ottawa declara que la promoción de salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.” (*Carta de Ottawa*) Entonces, la declaración de la promoción de la salud presenta al concepto de empoderamiento como un valor central en la teoría y la práctica de la disciplina (Beltrán 20). La carta de Ottawa construye la promoción de salud dentro de cinco objetivos (Luis Andrés López-Fernández):

1. La **elaboración de políticas saludables** es uno de los principales instrumentos para mejorar la salud colectiva. La meta de este objetivo es aumentar la conciencia del impacto de las decisiones políticas para la salud y animar a los políticos a asumir la responsabilidad por estas consecuencias en la salud.
2. **Crear medios ambientes saludables (ambientes físicos, sociales, económicos, culturales, etc.)** es otro campo de acción de la promoción de la salud. Este aspecto de la

promoción de salud se enfoca en los ambientes sociales, económicos, y culturales. Es decir, se enfoca en los ambientes de las comunidades que forman las condiciones que determinan la salud de los individuos que constituyen la comunidad. Asimismo, ambientes sanos incluye el medio natural y la conservación de recursos naturales. Con los peligros del cambio climático, las consecuencias en la salud comunitaria son múltiples.

3. **Reforzar la acción social / comunitaria en salud** es otra estrategia para mejorar la salud colectiva. Esta estrategia requiere que la comunidad tenga acceso a la información sobre el progreso del colectivo con respecto a la salud. La acción comunitaria sugiere que los miembros de la comunidad tienen cierto poder sobre el funcionamiento de los sistemas de salud locales y cuestiones de promoción de salud, junto con la atención de la salud.
4. **Desarrollar las habilidades personales** en el cuidado de la propia salud es otra forma de mejorar la salud (comportamiento individual). El fin más destacado de la PS es que los individuos ejerzan mayor control sobre su propia salud. Entonces, este objetivo reconoce el aspecto indispensable de los comportamientos de cada individuo en el desarrollo de una salud sana. Hay un enfoque en proporcionar las opciones sostenibles para crear una protección de la salud a lo largo de la vida.
5. **Reorientar los servicios de salud** para crear vías de comunicación entre los sistemas de salud y otros sectores en la sociedad (servicios sociales, económicos, políticos, entre otros). La PS provee cierta proximidad a los desafíos comunitarios, entonces los promotores de salud tienen la responsabilidad de comunicar esa información a otros actores e instituciones para que se ajusten su manera de abordar las necesidades de la comunidad.

La Promoción de la Salud *Comunitaria*

Una meta de la promoción de la salud *comunitaria* es “fomentar la participación de la comunidad en la identificación y análisis de sus problemas y necesidades y en la formulación de posibles soluciones” e “incorporar el concepto de capacidad de decisión individual y colectiva.” (Cerqueira 345)

Participación comunitaria

Los promotores de salud comunitarios tratan de “facilitar a la comunidad los medios para que pueda analizar sus propias necesidades y formular maneras de satisfacerlas, creando lazos de solidaridad y fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias.” (Cerqueira 346)

Entonces, la participación comunitaria en la PS requiere que varios miembros de la comunidad compartan sus propias experiencias acerca de la salud (incluso de los servicios de salud, comportamientos, experiencia con enfermedades específicas, etc.) para aumentar el intercambio de conocimientos diversos. Idealmente en la PS, la conciencia de la salud no solo viene de los proveedores/profesionales de salud sino de todos los miembros de la comunidad que experimentan fenómenos de la salud (Bunton y Macdonald). La promoción de salud comunitaria también trata de considerar más los aspectos económicos y sociales que impactan la salud de una comunidad más que los estilos de vida de cada individuo (Cofiño, et al.). Hay que considerar la importancia de la palabra “comunitaria” en esta concepción de la PS porque el aspecto de la comunidad es central en este campo.

Empoderamiento: concepto y práctica

La meta de la promoción de la salud no es proporcionar un estilo de vida estándar, sino permitir que las personas puedan seguir una vida tan saludable como quieran (*Carta de Ottawa*). La PS no funciona como una serie de órdenes para cumplir hábitos más saludables, sino que la

práctica que viene del concepto de empoderamiento requiere que los promotores de salud brindan la información más importante a sus comunidades para que tengan el conocimiento y las herramientas para lograr el nivel de salud que desea cada individuo (Luis Andrés López-Fernández).

El empoderamiento funciona en varios niveles o se puede decir dimensiones: la dimensión personal, organizacional y colectiva (Beltrán 21). El estudio actual se enfoca más en la dimensión individual que los otros niveles de empoderamiento. Beltrán trata del empoderamiento en la PS y sostiene que “El empoderamiento desde el plano personal hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas.” (Beltrán 21) Entonces, el papel del promotor de salud en esta dimensión está ubicado en el desarrollo de competencias y habilidades para las personas que los promotores sirven. El empoderamiento es un proceso de equipar a cada individuo con las habilidades necesarias para cuidarse.

Autonomía

El derecho humano a la autonomía tiene un papel central en el concepto de empoderamiento. Si los promotores de salud obligan a las poblaciones a cumplir algún estándar de salud, pone en riesgo la libertad de cada individuo tomar sus propias decisiones sobre su salud (Bunton et al.). Los aspectos sociales y económicos impactan la habilidad de las poblaciones de tener la autonomía sobre sus decisiones de salud (Bunton et al.). Por ejemplo, si uno vive en un área rural y no hay servicios de salud cercanos no tiene la autonomía sobre su situación para seguir algunos servicios especializados. Entonces el derecho humano de la autonomía tiene un papel muy importante en la PS, pero funciona como resultado de las situaciones en que los miembros de la comunidad se encuentran.

Distribución de poder

Como aparece dentro de la palabra “empoderamiento,” el poder y su distribución en sociedad tiene una función central en la cultivación del empoderamiento. La PS tiende a los aspectos individuales a través de la educación de salud, pero es esencial asimismo abordar la desigualdad de poder sistémica. El mismo artículo de antropología argumenta que

El empoderamiento, por tanto, cuestiona las estructuras sociales, económicas y políticas que crean y sostienen las desigualdades sociales y de poder. Sin embargo, con frecuencia, al hablar de empoderamiento, solo se atiende al cambio individual o personal. (Beltrán 22)

Para lograr un empoderamiento completo, hay que enfocar tanto en los desafíos sistémicos como las necesidades de cada individuo (Bunton et al.). Una práctica dentro de la PS que se puede emplear para redistribuir el poder tiene que ver con el concepto de participación, específicamente la transmisión de información (Beltrán). Cuando la información de salud, especialmente acerca de la calidad de cierta atención, solo viene de los promotores de salud crea un poder desigual en términos de influencia. Parte del empoderamiento—el aspecto de redistribución de poder—es asegurar que todas las voces pueden compartir su perspectiva en la formación de nuevo conocimiento, soluciones de problemas en salud, y la promoción de servicios de salud. El último aspecto forma el enfoque de este estudio actual.

Desafíos y límites en la Promoción de la Salud

Paternalismo

El mayor desafío de la PS es el paternalismo. El enfoque en la educación puede crear una dinámica en que los promotores de salud ejercen poder sobre los miembros de la comunidad a los que están promocionando la salud (Cerqueira 346). Si no hay intercambio de experiencia

acerca de la salud, los promotores son los únicos actores que tienen el conocimiento necesitado por los miembros de la comunidad. Este intercambio potencial con poder unilateral sugiere que las personas que están recibiendo la promoción no tienen nada que contribuir y que no pueden pensar por sí mismas. La promoción de la salud es distinta porque trata de negar esta transmisión de información paternalista y aproximarse a un intercambio igual en que los promotores facilitan conexión entre varios actores.

La posibilidad de culpar a la víctima

Un límite de la promoción de salud es la posibilidad de culpar a la víctima. Debido al hecho de que la educación de la salud es un enfoque en la PS, los promotores de salud se pueden concentrar tanto en los comportamientos de cada individuo, minimizando el impacto de los aspectos sociales y económicos que contribuyen a la formación de patología (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). En conclusión, un énfasis en la educación y el cambio de estilo de vida es esencial para el desarrollo de habilidades personales, pero no se puede desarrollar esas capacidades sin considerar los factores exteriores que están presentes en la formación de la salud de un individuo (Bunton et al.).

Perpetuar estructuras desiguales de poder

El trabajo de los promotores de salud funciona dentro de las estructuras de poder existentes y entonces los promotores de salud forman parte de las estructuras existentes y los sistemas de salud (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). Su lugar como parte de los sistemas de salud plantea la pregunta de si los promotores de salud son beneficiarios de algunas inequidades. Los promotores de salud ocupan un papel esencial como puente entre el sistema de salud y la comunidad. Sin embargo, hay que cuestionar si ocupan este papel en un lugar centrado en la comunidad o si pertenecen más a los sistemas de salud. Parte de los objetivos de la PS es

asegurar políticas saludables, sin embargo, si los promotores de salud se benefician de algunas estructuras de poder desiguales, se puede cuestionar si están abogando al lado de la comunidad por el cambio necesario en el sistema de salud.

Comercialización de la salud

Hay un argumento que la promoción de la salud falta un código ético y tiene la posibilidad de ofrecer educación falsa o vender algo que no está basado en la ciencia (Helena E. Restrepo y Hernán Málaga). Especialmente con la presencia de servicios ineficaces o no estandarizados, es esencial que los promotores de salud no engañan a la población y que no promocionan una solución fácil que realmente no funciona (Bull et al.). Este argumento sostiene que algunas organizaciones reducen la salud a una “mercancía” que se puede vender. La PS en realidad considera la salud en su totalidad y los factores múltiples que contribuyen a su formación. Entonces, este proceso de la comercialización de la salud está en contra de la definición de bienestar holístico que guía el campo de la PS.

Capítulo 5: El caso práctico

El caso práctico de la tesis estudia el papel de la promoción de la salud en Intibucá, Honduras en abordar las preocupaciones y/o la desconfianza de los miembros de la comunidad en servicios de salud ocular proveídos por profesionales hondureños en el Club de Leones de La Esperanza, Intibucá. Este estudio o caso práctico se enfoca en las comunidades de la Zona Fronteriza del Departamento de Intibucá, Honduras en que trabaja la organización no gubernamental, Hombro a Hombro.

Esta organización tiene varias iniciativas en la salud y la educación local. Hombro a Hombro colabora con instituciones educativas estadounidenses para llevar brigadas médicas que brindan servicios de salud a la población del departamento de Intibucá (Heck et al.). Se utiliza su propio modelo de trabajar en la comunidad, el modelo ‘Hombro a Hombro’ en que las organizaciones estadounidenses que vienen proveen atención ‘Hombro a Hombro’ con los proveedores del sistema local de salud. El modelo Hombro a Hombro es distinto porque toma medidas intencionales para asegurar que el sistema de atención primaria es un fundamento robusto. El modelo incluye la meta de abordar los determinantes de salud de una manera amplia, perseguir la sostenibilidad, utilizar los recursos de las organizaciones compañeras estadounidenses, y educar los profesionales de salud futuros (Heck et al.). Proyecto HEAL, una organización estudiantil en la universidad de Duke, ha colaborado con Hombro a Hombro en investigaciones de salud y trabajo voluntario acerca de la educación desde el año 2017. Cada verano un equipo de tres a cinco miembros de Proyecto HEAL viajan a Camasca, Intibucá, Honduras para llevar a cabo sus investigaciones, dirigidos por empleados de la organización Hombro a Hombro.

En el año 2019, el equipo de Proyecto HEAL exploró la salud ocular (prevalencia de varios padecimientos del ojo, barreras al acceso a atención, hábitos acerca de los ojos) en el municipio de Camasca. El propósito de este proyecto fue investigar la salud ocular en la zona fronteriza de Intibucá, HN para empezar un programa sostenible para atender las necesidades de la población acerca de este asunto de salud. De esta investigación y conversaciones entre varios accionistas en la comunidad vino la iniciativa de establecer una conexión entre las comunidades fronterizas con la clínica de salud ocular en el Club de Leones de La Esperanza, Intibucá. Esta clínica provee varios servicios de salud, incluso exámenes oculares comprensivos, para prescribir y proveer lentes, además de referir para cirugía ocular en San Pedro Sula. La clínica trata de hacer los servicios proveídos más accesibles por una evaluación financiera y ajuste del costo basado en la necesidad de cada paciente. Este ajuste del costo aborda la barrera más citada al acceso de atención ocular en la zona fronteriza: la falta de recursos económicos. Esta clínica está ubicada a 60-70 km de los municipios dentro de la cobertura de Hombro a Hombro.

Para empezar el proceso de establecer esta conexión, Hombro a Hombro patrocinó un viaje de capacitación para los promotores de salud a la clínica ocular en La Esperanza. En el otoño de 2019, un grupo de veinticinco promotores de salud, que atienden a la población de la zona fronteriza de Intibucá, HN, asistieron a este viaje de capacitación en la clínica ocular del Club de Leones en La Esperanza, Intibucá para fomentar esta conexión entre las comunidades que Hombro a Hombro sirve y la clínica del Club de Leones. Los promotores lograron una conversación con los proveedores de la clínica y la directiva del Club de Leones y recibieron exámenes oculares, también.

El estudio actual se basa en entrevistas, dirigidas por miembros de Proyecto HEAL, acerca de las experiencias de los promotores de salud que participaron en el viaje de capacitación

y sus acciones después de recibir la información proveída por los asociados en el Club de Leones. Este estudio se enfoca en los promotores de salud en cuatro municipios del departamento de Intibucá: Concepción, Camasca, Colomoncagua, y San Antonio. Cada uno de estos municipios tienen un centro de salud público apoyado por los fondos de la Secretaría de Salud hondureña. Sin embargo, los centros de salud no proveen atención de la salud ocular, entonces no hay servicios de salud ocular cercanos fuera de las brigadas ocasionales o clínicas privadas (que solo atienden a los pacientes con mayores recursos económicos).

Este estudio de 2021 dio a los promotores de salud la oportunidad de proveer retroalimentación sobre la experiencia en el viaje de 2019, reflexionar cómo la experiencia cambió su estrategia de promoción, y ofrecer sugerencias de cómo se puede avanzar la meta principal de proveer acceso asequible a los exámenes oculares y servicios más extensos, si son necesarios, para más residentes de la frontera. Además de esta reflexión, proveían información sobre las preocupaciones más prevalentes entre los miembros de sus comunidades respectivas y sus propios métodos dentro de su campo para abordar esta preocupación y animar a otros buscar atención de un proveedor hondureño.

Métodos de investigación

Once promotores de salud fueron entrevistados en julio y agosto de 2021 a través de Zoom por miembros de un equipo de estudiantes en la organización ‘Proyecto HEAL’ en la Universidad de Duke. Esta organización es un colaborador de Hombro a Hombro que envía un equipo de estudiantes a Camasca, Intibucá cada verano (antes de la pandemia de 2020-21) para investigar en varios proyectos de salud comunitaria, como descrito anteriormente. Estas entrevistas se enfocaron en las experiencias de los promotores de salud en el viaje al Club de

Leones en La Esperanza, Intibucá. Se puede encontrar la guía de entrevistas en el apéndice. El equipo grabó las entrevistas utilizando la tecnología de Zoom y transcribió las entrevistas con una herramienta llamada Sonix y finalmente, editó las transcripciones producidas por Sonix.

Es importante notar que estas entrevistas varían en duración, dependiendo del entrevistador. Debido a los niveles variados de experiencia de los miembros del equipo de estudiantes en el español, conocimiento de la región, y dificultades de conexión, no todas las entrevistas contuvieron la información deseada. Asimismo, el estilo abierto de las entrevistas permitió que los promotores compartieran sus propias experiencias y reflexionaran cómo han usado la información que recibieron en el viaje. Para este análisis, incluimos algunas respuestas aclaradas con contexto o frases adicionales entre paréntesis. En la sección de resultados, se identifica los promotores por las letras A-K para que el lector pueda notar la conexión entre las varias respuestas mientras que mantenemos la anonimidad y la privacidad de ellos.

Resultados

Las razones de la preocupación

Los promotores respondieron la pregunta “¿cuáles fueron las razones principales por la preocupación sobre la búsqueda de servicios o atención de salud ocular entre miembros de la comunidad?” con varias observaciones de preocupaciones, barreras, o desconfianza que expresaron los individuos con los que reciben la promoción de los promotores de salud. Estas respuestas proveen entendimiento de la presencia de las barreras, la desconfianza, y el escepticismo al buscar servicios de salud en las poblaciones del departamento de Intibucá. Es decir, las respuestas sobre la preocupación de la población demuestran la desconfianza que el papel de promotor de salud tiene la posibilidad de abordar a través de sus esfuerzos.

La situación financiera:

La pobreza está bien documentada y prevalente en todo Honduras con una estimada 66 porcentaje de la población viviendo en pobreza (“Honduras”). Se estima que este porcentaje aumentará a causa de la pandemia y sus efectos en la economía, incluso la disminución de la disponibilidad de trabajos tanto en el país como en todo el mundo. La situación económica del país impacta los resultados de salud en toda la población, con un impacto más pronunciado en las zonas rurales como el área fronteriza de Intibucá. Esta situación contribuye a la barrera o la preocupación más discutida en las entrevistas: la falta de recursos económicos. Casi todos los promotores de salud entrevistados mencionan la situación financiera, la falta de recursos económicos, o la falta de empleos en su discusión de barreras y preocupación. Promotor A lo pone así, *“Aquí es un país pobre, una región pobre, o una zona altamente pobre.” (Promotor A)* Para este promotor, fue importante enfatizar la medida extrema de la pobreza en el país y que esa falta de recursos limita las posibilidades para ciertas poblaciones acceder servicios de salud y forma una barrera significativa en la confianza de buscar atención.

Promotor D enfatiza el esfuerzo del Club de Leones y su trabajo como promotor de salud como una respuesta a la barrera económica, *“Recuerde que acá a nivel de la frontera tenemos gente de bajos recursos económicos y que no tienen el dinero suficiente para hacerse una--Una operación en la vista y a raíz de eso que el Club de Leones está apoyando y nosotros hacemos la réplica.” (Promotor D)* A través de esta cita, se ve que la falta de recursos económicos presenta una barrera verdadera que los individuos no pueden acceder a algunos servicios que quizás ameriten cómo una cirugía. También, Promotor D observa que el proceso de subvención del Club de Leones trata de abordar esta barrera y que el papel del promotor mismo está interconectado en cómo el individuo percibe su habilidad de acceder al servicio necesario.

Es importante considerar cómo los promotores entienden la falta de recursos económicos como un padecimiento o una patología en sí mismo. Al responder la pregunta “¿de esas treinta o 40 personas con los que usted ha hablado individualmente, ¿cuáles fueron los padecimientos primarios de la vista o salud ocular?,” Promotor F enumeró los padecimientos esperados (casación de la vista, que les duele, etc.) y añadió en la misma respuesta, “*Y una de otra limitante que ellos--Hay mucha población además de tener dificultad económica.*” (Promotor F) Este proceso de entender la dificultad económica como parte del padecimiento es un entendimiento profundo que sugiere que la prevalencia de patologías oculares en la población es agravada por la patología financiera y el fracaso del sistema sanitario proveer servicios de una manera equitativa a pesar de la dificultad económica del país. Esta manera de entender la falta de recursos económicos también puede sugerir que esta falta crea mayor riesgo en ciertas áreas de salud para los individuos que sirven. Sin embargo, la interpretación más sensible es que se requiere fondos para acceder ciertos servicios especializados en el sistema sanitario hondureño porque solo los ofrecen a través de proveedores privados, entonces la inhabilidad de acceder estos servicios causa que se queden las personas sin atención y empeore su condición o padecimiento.

Claro que la falta de recursos económicos al nivel individual impacta el acceso a servicios de salud, pero asimismo parece tener un impacto mayor en las percepciones al nivel de la población sobre la habilidad de uno acceder a un servicio para el mantenimiento de salud. “*Pues ya usted lo dijo a la distancia, la parte económica, la parte de--de que la gente lo ve como imposible.*” (Promotor A) Este promotor demuestra que el padecimiento de la falta de recursos económicos contribuye a percepciones entre miembros de la comunidad sobre una falta de habilidad de acceder servicios. Los miembros de la comunidad tienen escepticismos sobre el

tiempo y esfuerzo que contribuirán a la búsqueda de un servicio para una ganancia que no vale la pena.

Temor y malas experiencias anteriores

Hay un asunto de temor natural acerca de cualquier tipo de atención de salud, especialmente para cuidado de los ojos que la gente percibe con mayor riesgo por la posibilidad de ceguera como un resultado de atención dañosa. Promotor G reflexiona acerca de los temores de la población sobre la atención ocular y los riesgos de recibir esa atención, *“Mucha gente siempre tiene eso de que les da miedo perder la vista o alguien igual al sufrimiento que tienen al momento de estar padeciendo de la vista. Y muchas personas siempre hacen o preguntan sobre ese tipo de atención.”* (Promotor G) En este comentario el promotor está consciente de los temores existentes en la población acerca de atención ocular por los resultados dañosos potenciales. Se observa que los promotores se convierten en recursos para los miembros de la comunidad porque responden a las preguntas sobre la atención y aseguran a las personas que tienen miedo de la atención. Se puede resumir este factor como el temor natural que produce una visita con un médico.

Un promotor sugirió en su entrevista que malas experiencias anteriores pueden contribuir a la desconfianza o la vacilación de las personas acerca de la búsqueda de servicios, *“Porque también ha habido otra clínica donde ellos han ido ya y han tenido alguna mala experiencia y los ojos”* (Promotor F) En este comentario, el promotor observa que la mala experiencia anterior desanima al miembro de la comunidad a buscar un servicio. Esta experiencia rompió la confianza del individuo en el servicio que recibió y los servicios asociados o similares. En este caso, el individuo tenía una mala experiencia con atención ocular y esta experiencia impactó su inclinación a probar los servicios en el Club de Leones en La Esperanza, Intibucá.

Asimismo, hay la posibilidad de un efecto social: cuando un miembro de la comunidad tiene alguna mala experiencia acerca de un servicio de salud, se puede comunicar esa experiencia a través de toda su familia y todos sus conocidos, especialmente en estos lugares rurales, y causar una desconfianza más amplia que antes. Es importante hacer responsable a los médicos o proveedores de atención cuando fallan. También, los errores de una clínica específica no deberían causar una desconfianza completa de todas las clínicas similares. Los promotores de salud tienen un papel esencial en asegurar que una mala experiencia no define todo el sistema de salud o todos los servicios ofrecidos. Los promotores de salud lo ven como su responsabilidad animar a sus comunidades a buscar otra atención una “segunda opción” y no “quedarse en casa.” (Promotor D)

Cómo abordar la desconfianza desde el campo de la promoción de la salud:

Considerando que existen estas barreras y factores de desconfianza, se tiene que analizar el poder de la promoción de la salud en responder a esta desconfianza en la comunidad en los servicios de salud. Los promotores respondieron a la pregunta *En su trabajo como promotor/a de salud, ¿cómo asegura usted a los miembros de la comunidad? También, ¿cómo los hace tener confianza en los servicios de la salud locales como El Club de Leones?* Estas respuestas proveen entendimiento sobre los métodos centrales que utilizan en sus comunidades respectivas para aumentar la confianza en los servicios hondureños. Los métodos discutidos en las entrevistas involucran un enfoque en la narrativa porque todos los promotores enfatizan el compartir de cuentos de experiencias tanto entre los promotores y la población como los miembros de la comunidad entre uno a otro.

Comunidad, conexión, y narrativa de experiencia:

Primero, los promotores describieron una estrategia de testimonio en que un miembro de la comunidad, que recibió una atención de salud, describe su experiencia de atención para aumentar la confianza del otro. *“Nosotros como personal de salud, siempre buscamos a personas que ya han tenido una experiencia satisfactoria y ellos la comparten. Y entonces ahí las demás personas buscan ayuda en ese lugar.”* (Promotor F) A nivel teórico, la respuesta de este promotor tiene grandes implicaciones. En su estrategia de abordar la desconfianza, este promotor prioriza la experiencia de un miembro de la comunidad sobre su propio conocimiento o habilidad de promocionar un servicio. Es decir, el promotor entiende el impacto de un testimonio que no viene de un profesional/ trabajador de salud sino un miembro de la comunidad con un nivel comparable de conocimiento sobre los asuntos de salud. Este promotor de salud utiliza un modelo que prioriza la perspectiva comunitaria y el intercambio de diálogo acerca de experiencias en varios servicios de salud entre miembros de su comunidad.

Asimismo, este método que utiliza Promotor F puede caber dentro de las estrategias del empoderamiento. El promotor da poder a la voz de otros miembros de la comunidad, entonces es un proceso de redistribución de poder epistémico (Beltrán). Esta estrategia requiere que el promotor se acerca a los individuos y trabaja más al nivel de la comunidad. Para crear estas conexiones entre miembros de la comunidad para que ellos compartan sus testimonios sobre la búsqueda de servicios, los promotores tienen que estar en la comunidad, escuchando sus voces diversas. Este método hace que los promotores sean más conscientes de las necesidades de la comunidad y sus experiencias en recibir la atención de varios proveedores locales. Esta estrategia utiliza las voces propias de la comunidad para aumentar el conocimiento y confianza en servicios de salud.

Utilizar experiencia propia y la capacitación:

Otro método para aumentar la confianza de los individuos en los servicios es utilizar la experiencia y conocimiento propio del promotor de salud para asegurar al individuo de la eficacia y los beneficios de la atención. En el viaje de capacitación de 2019, los promotores de salud recibieron exámenes de la vista y algunos de los promotores expresaron que comparten esa experiencia con los individuos que beneficiarían de los servicios disponibles en la clínica del Club de Leones. *“Yo les hablo en base a mi experiencia, la que tuve ahí [en el Club de Leones], eh? Que a mí me realizaron el examen y que el puesto salí bien... Entonces, en cuanto a eso, prácticamente nosotros les hablamos con hechos reales de lo que nosotros pasamos y que es bueno también de que ellos busquen esa atención.”* (Promotor G) Se ve a través del comentario de promotor A que la capacitación fue distinta porque recibieron el servicio de que estaban aprendiendo. Esta experiencia provee un base de conocimiento único que los promotores pueden compartir en sus intercambios con la comunidad.

Descartar conexiones existentes y fiables:

Promotor E introduce una estrategia de descartar la asociación entre una organización ya creíble en la comunidad y un servicio desconocido para aumentar la confianza en dicha atención. Este promotor emplea este método en su descripción de la conexión entre Hombro a Hombro y la clínica ocular, *“Hombro a Hombro tiene muy buena credibilidad. Que, si nosotros informamos de que estamos coordinando con Hombro a Hombro y Club de Leones, entonces también la población es normal. Algunos pueden disentir de la información, pero la mayoría de la población que carece de los servicios ha ido confiando en las gestiones que la organización está haciendo.”* (Promotor E) Por este comentario, se puede observar que la credibilidad ya existente

de Hombro a Hombro crea un ambiente en que los miembros de la comunidad confían en las clínicas o servicios que se asocian con la organización, según este promotor. El papel del promotor en este escenario es revelar la conexión entre las dos organizaciones para que las personas que tienen confianza en Hombro a Hombro puedan ganar más tranquilidad cuando consideran recibir atención en la clínica ocular.

Promotor D también empezó a abordar el asunto de la comercialización de salud dentro de la PS y la falta de un código ético para promotores de salud con un comentario sobre su perspectiva sobre el proceso de sugerir servicios. El promotor respondió la pregunta *¿Cómo asegura usted a los miembros de la comunidad y cómo los hace tener confianza en los servicios de salud locales?* Explicó su requisito de tener confianza en la atención o promoción antes de proveerla a la población, *“Con firmeza y sinceridad hacia la gente. No le voy a prometer a alguien algo que yo no pueda cumplir. Pero sí le puedo sugerir o apoyar en algo que pueda lograr. Por ejemplo, buscar una alternativa...Una persona no uno le sugiere y le apoya, le motiva a la gente a seguir adelante,”* (Promotor D) Se ve que el promotor forma su propio valor ético en esta estipulación de honestidad en su trabajo. Comete solo prometer y promocionar lo que funciona y los aspectos que sí puede controlar o apoyar en su alcance como promotor de salud.

Empoderamiento

Promotor D discute el factor de la motivación y los promotores de salud en aumentar la motivación en la población. El promotor reflexiona sobre cómo él motiva a las personas, *“Por ejemplo, para poder realizarse un examen visual, entonces. Ver las alternativas y los beneficios que hoy hace y lo motivan a uno como promotor a poder impulsar a la gente, que no nos quedemos siempre esperando a que alguien nos ayude, si no siempre motivarlos a no*

quedarnos en casa. Buscar una alternativa, una solución, como decimos nosotros: una segunda opinión sobre nuestro problema visual y ver si podemos solucionar este problema y buscar la ayuda y la atención médica inmediata.” (Promotor D) A través de esta cita, se ve el papel de los promotores en animar a los miembros de la comunidad que lo vean como imposible acceder los servicios de salud. Se observa que la educación tiene un papel esencial en este tipo de empoderamiento porque el promotor es el accionista que lleva el conocimiento de las alternativas a la gente. Entonces para este factor de la motivación, requiere que el promotor lleve información necesaria y que la presente con ánimo hacia las personas. Esta cita demuestra que la promoción de la salud va más allá de solo presentar los hechos o servicios disponibles y requiere que haya una relación confiable y alentadora entre el promotor y las personas que sirve.

Capítulo 6: discusión y reflexión:

El propósito de esta investigación fue explorar la pregunta de cómo la promoción de la salud aborda el problema de la falta de confianza en los servicios de salud locales. Se ve a través de esta investigación— las entrevistas conducidas por el equipo de Proyecto HEAL— que hay una variedad de métodos que utilizan los promotores de salud en Intibucá, Honduras para abordar este asunto de confianza. Arraigados en la teoría del campo de la promoción de la salud, los promotores actúan en sus comunidades respectivas a través de tres dimensiones más prevalentes: (1) escuchar y entender las preocupaciones en la comunidad acerca de la búsqueda de servicios de salud, (2) fomentar conexiones entre miembros de la comunidad y servicios locales disponibles, (3) participar en un proceso de empoderamiento hacia la población.

En la primera sección de los resultados de la investigación, se observa que los promotores están conscientes de las barreras que previenen que la gente busque atención. La proximidad que los promotores tienen con los individuos permite que ellos aprendan acerca de las necesidades y preocupaciones de la comunidad. Los comentarios de los promotores demuestran que hay una falta de confianza entre residentes de Intibucá en su búsqueda de servicios para la salud. Sin embargo, esos mismos comentarios que revelan una patología social asimismo señalan a parte de la solución que ofrece la promoción de la salud: la habilidad de los promotores escuchar y entender las barreras de confianza y las preocupaciones de sus poblaciones respectivas.

La segunda dimensión en la que trabajan los promotores de salud enfatiza el aspecto de lo comunitario. Se podría analizar el alcance de este aspecto de lo comunitario en el trabajo de los promotores hondureños. No obstante, las entrevistas de esta investigación demuestran un enfoque significativo en los avances comunitarios y la utilización de la comunidad y sus miembros como un recurso para aumentar la confianza en los servicios locales. El uso de

testimonios de otras personas que han accedido a una cierta atención de salud es un método distinto que depende de voces diversas en la comunidad. La creación de varias conexiones no solo entre la población y servicios disponibles, sino entre miembros de la comunidad en sí misma también, demuestra el compromiso del campo de la PS en la importancia de la comunidad en la formación de bienestar. Este proceso de conectar miembros de la comunidad y los servicios disponibles asimismo es educativo. Es decir, estas conexiones sirven para educar a la población acerca de los ofrecimientos de atención de una manera menos paternalista y que cultiva la autonomía. En esta dimensión, los promotores de la salud actúan para abordar la teoría de la confianza porque crean conexiones interpersonales que construyen la confianza en los proveedores de servicios locales.

La tercera dimensión de trabajo tiene que ver con el concepto más central en la PS: el empoderamiento. Los promotores discuten sus esfuerzos en animar y motivar a sus poblaciones *“buscar una segunda opinión”* y *“no quedarse en casa.”* (Promotor D) Este nivel del trabajo se extiende más allá de la presentación de ofrecimientos y conocimientos de salud porque incluye un aspecto de la empatía y las relaciones. Sin embargo, no se puede negar el papel de la educación en el empoderamiento. Los promotores de salud presentan la información que da cierto poder a los individuos que la escuchan, porque esa información permite que puedan tomar sus propias decisiones informadas para abordar asuntos de bienestar y salud. Otro aspecto importante de este proceso de empoderamiento es reconocer los desafíos que detiene el poder de los individuos. Los promotores demuestran a través de las entrevistas que están conscientes de esos desafíos y proveen sugerencias a nivel individual para abordar esas barreras. Sin embargo, más evaluación será necesaria para determinar si los promotores de salud tienen el impacto a nivel estructural como los objetivos de La Carta de Ottawa sugieren.

Los promotores de la salud en las comunidades de Intibucá, Honduras ofrecen un papel único que puede abordar el legado del neocolonialismo en el contexto médico, específicamente de las brigadas médicas. Estos actores esenciales en la comunidad pueden servir como un recurso para los miembros de las brigadas médicas, enseñando a estas personas que vienen fuera de la comunidad sobre el contexto complejo de las barreras que enfrentan las poblaciones locales. Además, los promotores aumentan la confianza comunitaria a través de estas tres dimensiones de su trabajo y entonces se enfocan en la creación de una comunidad sana que puede sostener su propia salud y bienestar sin la necesidad de la asistencia extranjera continua.

En fin, la promoción de la salud ofrece varios métodos y teoría para abordar la falta de confianza en servicios locales en Honduras que los promotores de salud en Intibucá están empleando en sus municipios respectivos. Se requiere más investigación para evaluar los grandes impactos de la promoción de la salud en los sistemas de salud en Honduras, pero las estrategias a nivel interpersonal parecen robustas según las entrevistas analizadas en esta investigación.

Obras citadas:

- About Shoulder to Shoulder.” *Shoulder to Shoulder*, <https://www.shouldertoshoulder.org/who-we-are/about/>. Accessed 27 Mar. 2022.
- Beau Downey. *A History of JTF-Bravo*. febrero de 2020, <https://www.jtfb.southcom.mil/Portals/14/documents/A%20History%20of%20JTF-Bravo.pdf?ver=2020-04-07-122737-510×tamp=1586276868596>.
- Beltrán, Mar Rodríguez. *Empoderamiento y promoción de la salud*. 2009, p. 12.
- Bermúdez-Madriz, Juan Luis, and Jorine Muiser. “Sistema de salud de Honduras.” *salud pública de méxico*, vol. 53, 2011, p. 11.
- Birkhäuser, Johanna, et al. “Trust in the Health Care Professional and Health Outcome: A Meta-Analysis”. *PloS One*, vol. 12, núm. 2, 2017, p. e0170988. *PubMed*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>.
- Boulware, L. Ebony, et al. “Race and Trust in the Health Care System.” *Public Health Reports*, vol. 118, no. 4, 2003, pp. 358–65.
- Bradke, Amanda J. *THE ETHICS OF MEDICAL BRIGADES IN HONDURAS: Who Are We Helping?* p. 118.
- Bull, Torill, et al. “Does health promotion need a Code of Ethics? Results from an IUHPE mixed method survey”. *Global Health Promotion*, vol. 19, septiembre de 2012. *ResearchGate*, <https://doi.org/10.1177/1757975912453181>.
- Bunton, Robin, et al. “The Contribution of Education to Health Promotion”. *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*, Psychology Press, 2002.
- Bunton, Robin, et al. “The Contribution of Education to Health Promotion”. *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*, Psychology Press, 2002.

- Bunton, Robin, y Gordon Macdonald. “Health Promotion: Disciplinary Developments”. *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*, Psychology Press, 2002.
- Campos-Castillo, Celeste, et al. Examining the Relationship Between Interpersonal and Institutional Trust in Political and Health Care Contexts. 2016, pp. 99–115. ResearchGate, https://doi.org/10.1007/978-3-319-22261-5_6.
- Carmenate, Lino, et al. “Situación del sistema de salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto.” *Archivos de medicina*, vol. 12, no. 4, 2016, p. 9.
- Carta de Ottawa para La Promoción de la Salud*. Organización Mundial de Salud, el 21 de noviembre de 1986, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
- Cerqueira, María Teresa. “Promoción de La Salud: Evolucion y Nuevos Rumbos”. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;120(4),Abr. 1996, 1996. iris.paho.org, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15480>.
- Cofiño, Rafael, et al. “Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?” *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, noviembre de 2016, pp. 93–98. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>.
- Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Consultado el 2 de diciembre de 2021.
- DeCamp, Matthew. “Scrutinizing Global Short-Term Medical Outreach.” *The Hastings Center Report*, vol. 37, no. 6, Dec. 2007, pp. 21–23. PubMed, <https://doi.org/10.1353/hcr.2007.0096>.

- Dougherty, Kevin Joseph. *Following the Principles: Case Studies in Operations Other than War, 1945-1999*. p. 402.
- Euraque, Darío A. “200 AÑOS DE CATEGORÍAS RACIALES Y ÉTNICAS EN HONDURAS, 1790-1990S.” Trinity College, Nov. 2003.
- Francisco Coll Morales. “Neocolonialismo”. *Economipedia*,
<https://economipedia.com/definiciones/neocolonialismo.html>. Consultado el 3 de marzo de 2022.
- Gilderhus, Mark T. “The Monroe Doctrine: Meanings and Implications”. *Presidential Studies Quarterly*, vol. 36, núm. 1, 2006, pp. 5–16. *Wiley Online Library*,
<https://doi.org/10.1111/j.1741-5705.2006.00282.x>.
- Gilson, Lucy. “Acceptability, Trust and Equity.” *The Economics of Health Equity*, edited by Di McIntyre and Gavin Mooney, Cambridge University Press, 2007, pp. 124–48. Cambridge University Press, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544460.008>.
- González-Vargas, Yaneli, y Addis Abeba Salinas-Urbina. “EL PROMOTOR DE LA SALUD INSTITUCIONAL EN MÉXICO: SU MIRADA DESDE SU CAMPO LABORAL”.
Hacia la Promoción de la Salud, vol. 25, núm. 1, enero de 2020, pp. 60–75. *SciELO*,
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.25.1.5>.
- Green, Tyler, et al. “Perceptions of Short-Term Medical Volunteer Work: A Qualitative Study in Guatemala.” *Globalization and Health*, vol. 5, no. 1, Feb. 2009, p. 4. BioMed Central,
<https://doi.org/10.1186/1744-8603-5-4>.
- Heck, Jeffrey E., et al. “The Shoulder to Shoulder Model-Channeling Medical Volunteerism toward Sustainable Health Change”. *Family Medicine*, vol. 39, núm. 9, octubre de 2007, pp. 644–50.

Helena E. Restrepo y Hernán Málaga. “Conceptos y definiciones”. *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*, Pan American Health Organization, 2001. *ProQuest Ebook Central*, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/duke/detail.action?docID=282390>.

Honduras - Esperanza de Vida al Nacer 2019 | Datosmacro.Com.

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/honduras>. Accessed 23 Mar. 2022.

Honduras - Índice de Desarrollo Humano - IDH 2019.” *datosmacro.com*,

<https://datosmacro.expansion.com/idh/honduras>. Accessed 23 Mar. 2022.

Honduras - Piramide de Población 2020 | Datosmacro.Com.

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/honduras>. Accessed 23 Mar. 2022.

“Honduras : Noticias sobre desarrollo, investigación, datos | Banco Mundial”. *World Bank*,

<https://www.bancomundial.org/es/country/honduras>. Consultado el 3 de diciembre de 2021.

“Honduras : Noticias sobre desarrollo, investigación, datos | Banco Mundial”. *World Bank*,

<https://www.bancomundial.org/es/country/honduras>. Consultado el 3 de diciembre de 2021.

INE – Instituto Nacional de Estadística Honduras. <https://www.ine.gob.hn/V3/>. Accessed 23 Mar. 2022.

Jen, Min Hua, et al. “Trustful Societies, Trustful Individuals, and Health: An Analysis of Self-Rated Health and Social Trust Using the World Value Survey”. *Health & Place*, vol. 16,

núm. 5, septiembre de 2010, pp. 1022–29. *DOI.org (Crossref)*,
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.06.008>.

La Constitución de Honduras - Español. p. 59.

LaVeist, Thomas A., et al. “Mistrust of Health Care Organizations Is Associated with Underutilization of Health Services”. *Health Services Research*, vol. 44, núm. 6, diciembre de 2009, pp. 2093–105. *PubMed Central*, <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01017.x>.

Lewicki, Roy, and C. Wiethoff. “Trust, Trust Development, and Trust Repair.” *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice*, Jan. 2000, pp. 86–107.

Lougee, Douglas, y Delfi Mondragón. *HONDURAN MINISTRY OF HEALTH PERCEPTIONS OF US MILITARY MEDICAL CIVIC ASSISTANCE*. NEW MEXICO STATE UNIVERSITY, el 14 de enero de 2003, <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA410747.pdf>.

Luis Andrés López-Fernández. *Comunidad semFYC | Estrategia de promoción de la salud (primera parte)*. <https://comunidad.semfyc.es/estrategia-de-promocion-de-la-salud-primera-parte/>. Consultado el 19 de noviembre de 2021.

Luis Andrés López-Fernández. *Comunidad semFYC | Estrategia de promoción de la salud (primera parte)*. <https://comunidad.semfyc.es/estrategia-de-promocion-de-la-salud-primera-parte/>. Consultado el 19 de noviembre de 2021.

Marimón Torres, N., & Martínez Cruz, E. (2010). Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 254–262. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662010000300010>

- McLennan, Sharon. “Medical Voluntourism in Honduras: ‘Helping’ the Poor?” *Progress in Development Studies*, vol. 14, no. 2, Apr. 2014, pp. 163–79. SAGE Journals, <https://doi.org/10.1177/1464993413517789>.
- Morrissey, Marietta. “Medical Brigades to El Salvador and Honduras: Travel Imaginaries and Volunteer Tourist Recruitment.” *Tourist Studies*, Jan. 2022, p. 14687976211068188. *SAGE Journals*, <https://doi.org/10.1177/14687976211068187>.
- OACNUDH publica diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas en América Central | Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos – América Central. <http://www.oacnudh.org/oacnudh-publica-diagnostico-sobre-la-situacion-de-los-derechos-humanos-de-los-pueblos-indigenas-en-america-central/>. Accessed 23 Mar. 2022.
- Oken, E. “Use of Volunteer Medical Brigades to Assess Growth in Honduras.” *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 50, no. 4, Aug. 2004, pp. 203–08. *DOI.org (Crossref)*, <https://doi.org/10.1093/tropej/50.4.203>.
- Ozawa, Sachiko, and Pooja Sripad. “How Do You Measure Trust in the Health System? A Systematic Review of the Literature.” *Social Science & Medicine*, vol. 91, Aug. 2013, pp. 10–14. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>.
- PIB de Honduras 2020.” *datosmacro.com*, <https://datosmacro.expansion.com/pib/honduras>. Accessed 23 Mar. 2022.
- Pineda, Carlos Roberto Aguilar, et al. *HEALTH SYSTEMS PROFILE HONDURAS: MONITORING AND ANALYZING HEALTH SYSTEMS CHANGE/REFORM*. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), Feb. 2009,

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Honduras_2009.pdf

PLAN NACIONAL DE SALUD 2021. La Secretaría de Salud, HN,

http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Politiclas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf.

Promoción de la Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>. Consultado el 19 de noviembre de 2021.

RedHonduras.com. “Conoce Las Etnias de Honduras - Grupos Indígenas En Honduras.”

RedHonduras.Com - El Referente de Honduras, 19 Aug. 2018,
<https://redhonduras.com/cultura/etnias-honduras/>.

Silva, M. A. da, & Johnson, G. (2013). La proyección internacional de la revolución cubana en el siglo XXI: La diplomacia social. *Revista Conjeturas Sociológicas*, 81–95.

Spleen, Angela M., et al. “Health Care Avoidance Among Rural Populations: Results From a Nationally Representative Survey.” *The Journal of Rural Health : Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, vol. 30, no. 1, Jan. 2014, p. 10.1111/jrh.12032. PubMed Central,
<https://doi.org/10.1111/jrh.12032>.

St-Amant, Oona, et al. “Client or Volunteer? Understanding Neoliberalism and Neocolonialism Within International Volunteer Health Work”. *Global Qualitative Nursing Research*, vol. 5, enero de 2018, p. 2333393618792956. *SAGE Journals*,
<https://doi.org/10.1177/2333393618792956>.

Torres, Dr Nestor Marimón. *Los coordinadores de las Brigadas Médicas Cubanas y la Formación de Salud Pública Internacional*. p. 4.

Travelers Inspired to Do Good While Seeing the World”. *NBC News*,
<https://www.nbcnews.com/business/travel/travelers-inspired-do-good-while-seeing-world-n95026>. Consultado el 3 de marzo de 2022.

Ugalde, Antonio, y Núria Homedes. “América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales”. *Salud Colectiva*, vol. 3, abril de 2007, pp. 33–48. *SciELO*, <https://doi.org/10.1590/S1851-82652007000100003>.

“Where We Serve.” *Shoulder to Shoulder*, <https://www.shouldertoshoulder.org/who-we-are/where-we-serve/>. Accessed 16 Mar. 2022.

Apéndice 1.

1. ¿En qué municipio vive/ trabaja usted?
2. ¿Cómo fue la experiencia en su viaje al Club de Leones?
3. ¿Cómo le preparó el viaje para su papel como promotor/a de salud?
4. ¿Con cuántas personas usted ha hablado que expresaron problemas de vista o salud ocular desde el viaje al club de leones?
 - a. ¿Cuáles fueron los padecimientos primarios? ¿miopía? ¿hipermetropía o vista cansada?
 - e. ¿Cuántas personas estimaría que usted ha referido a la clínica del club de leones desde el viaje en 2019?
 - f. ¿Cuántas charlas estimaría que usted ha dado en la comunidad acerca del tema de salud ocular desde el viaje en 2019?
 - g. ¿Algunos de los miembros de la comunidad tenían preocupaciones sobre la búsqueda de servicios o atención de salud ocular?
 - i. Si es así, ¿cuáles fueron las razones principales por la preocupación?
5. ¿Recibió usted un examen ocular en el viaje?
 - a. ¿Cómo fue esa experiencia?
 - b. ¿Cómo cambió la manera en que trabaja usted como promotora de salud, después de recibir este servicio?
6. ¿En su trabajo como promotora de salud, cómo asegura usted a los miembros de la comunidad? También, ¿cómo los hace tener confianza en los servicios de la salud locales como El Club de Leones?
7. ¿Usted recomendaría este tipo de viaje para explorar otros servicios de salud como

atención dental? (¿Por qué?)

8. ¿Usted tiene sugerencias de cómo Hombre a Hombre puede prepararlo para abordar los padecimientos oculares u otros problemas saludables en la comunidad?