

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA Y FACTORES DE RIESGO EN EL MUNICIPIO DE GUAIMACA, HONDURAS

Characterization of the urban population and risk factors, Municipality of Guaimaca, Honduras

German Leonel Zavala¹, David A. Montoya Reales, Sandra C. Durón, Kasla Y. Suazo, Carlos R. Izaguirre, Romel F. Agurcia, Kurt J. Messan, Gloria F. Alegría, Rebeca F. Hernández, Luis F. Galo, Ruth A. Torres²

RESUMEN

El análisis de la situación de salud como proceso, tiene como característica principal la interrelación de variables pertenecientes al aspecto político, socio-económico y ecológico de la comunidad, que permite generar una descripción y explicación del proceso salud-enfermedad. **Objetivo:** Identificar las características de la estructura poblacional y los factores de riesgo de las personas del área urbana del municipio de Guaimaca, Francisco Morazán, de noviembre 2012 a noviembre de 2013. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. La población fue de 12,442 personas de ambos sexos de todas las edades. Se utilizó para la recolección de datos la ficha familiar conformada por 43 ítems y se elaboró un instructivo que facilitó el llenado de la ficha. **Resultados:** La morbilidad mayor de 15 días de duración presente en la población, mostró que las primeras causas de enfermedad son: hipertensión arterial 5.2%; diabetes mellitus 1.7% y asma bronquial 1.3%. En el grupo de personas aparentemente sanas no se encontró diferencia por sexo; en el grupo de población con riesgo predominó el sexo masculino 21%. En el grupo población enferma predominó el femenino con 11.6%; en las personas con deficiencia, incapacidad o secuela no se encontró diferencia porcentual. **Conclusión.** En el área urbana del municipio de Guaimaca la mayoría de las personas resultaron estar aparentemente sana. Los grupos dispensariales II, III y IV estaban presentes en la población en menor frecuencia.

Palabras Clave: Atención primaria en salud, servicios de salud comunitaria, características de la población, factores de riesgo.

ABSTRACT

The analysis of the health situation as a process has as main feature the interrelation ship of variables belonging to the political, socio-economic, ecological aspects of the community, allowing to generate a description and explanation of the health-disease process. **Objective:** Identify the characteristics of the population structure and risk factors of the urban area population of Guaimaca, Francisco Morazán, November 2012 - 2013 **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study. The population was 12,442 people of both sexes of all ages. It was used for data collection a family record made up of 43 items and it was created an instructive that facilitated the filling of the family record. **Results:** the higher morbidity than 15 days of duration present in the population shows that the leading causes of disease are: hypertension 5.2%, diabetes mellitus 1.7% and asthma 1.3%. In this group of apparently healthy population, there were no differences by sex; in the risk group is predominantly male 21%. In the group of sick predominates the females with 11.6%, in the population with disabilities or sequel no differences were found. **Conclusion:** In the urban area of Guaimaca was mostly an apparently healthy population. The dispensariales groups II, III and IV were present in the population at lower frequency.

Keywords: Primary health care, community health services, population characteristics, risk factors

1 Profesor Titular del Departamento de Salud Pública de la FCM- UNAH.

2 Doctores en Medicina y Cirugía, FCM-UNAH

Autor corresponsal: David A. Montoya
montoyareal7485@hotmail.com

Recibido: 26/05/2015 Aceptado: 23/10/2015

INTRODUCCIÓN

A partir de la Asamblea Mundial de la Salud de 1977, los representantes de los países miembros acordaron que “la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debería ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. Posteriormente la declaración de Alma Ata (1978), enfatizó el compromiso de los gobiernos de casi todos los países del mundo, que la atención primaria era el camino para alcanzar la salud como parte del desarrollo general con espíritu de justicia social. La Atención Primaria en Salud (APS), fue definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.⁽¹⁾

En 1980 los gobiernos de América acordaron en el XXVII Consejo Directivo de la OPS las Estrategias y Objetivos Regionales y establecieron metas precisas en términos de mortalidad general y expectativas de vida al nacer, así como cobertura total de inmunizaciones, agua potable, disposición de excretas y servicios de atención médica para todo grupo de población. También se aprobó que la APS debería ser concebida como una estrategia de transformación del modelo asistencial en función de criterios de eficacia, eficiencia y equidad, así como el conjunto de acciones intersectoriales orientadas a la transformación de las condiciones de vida.^(1,2)

Es un hecho reconocido que el nivel de salud está determinado por las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades, y que tales condiciones están vinculadas al mismo tiempo con el grado de desarrollo y de participación de los actores de la sociedad civil, en el ámbito local. Sin embargo, es necesaria una transformación en la estructura de los niveles de gestión, donde el fortalecimiento de los niveles locales sea el eje medular. Para ello, es fundamental el desarrollo de habilidades en la formulación y conducción de estrategias que resuelvan los problemas locales prioritarios, donde las técnicas, enfoques e instrumentos a utilizar sean prácticos y sencillos y que a su vez, permitan construir, analizar,

interpretar y modificar de manera favorable y dinámica su situación de salud local.⁽³⁾

En los últimos años en las Américas se han revitalizado algunas concepciones y enfoques en el campo de la Salud Pública y la Epidemiología, como respuesta a la situación socioeconómica prevaleciente y sus consecuencias en el deterioro de las condiciones de salud en la mayoría de los países. Uno de esos enfoques es el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), que es una actividad necesaria en la APS y tiene como propósito identificar las características socio-psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto.⁽⁴⁾

El ASIS es una práctica habitual en la APS, tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad, requiere un abordaje interdisciplinario y flexible en su aplicación.

Entre los aspectos novedosos a considerar en el ASIS es el enfoque familiar, de forma tal que se considere también a la familia como unidad de análisis. Este enfoque optimiza las acciones realizadas al ser la familia el primer y más importante núcleo donde se educa, se transmiten hábitos y estilos de vida a los individuos, que en este caso tienen también una misma base genética.⁽⁵⁾

La dispensarización es un proceso coordinado y gerenciado por el equipo básico de salud; es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una determinada comunidad. Supone el registro, diagnóstico, interpretación y seguimiento, con el propósito de mejorar el estado de salud de las personas, mediante la planificación y el desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

El proceso de evaluación de cada individuo determinará su clasificación en cuatro categorías dispensariales descritas a continuación, las cuales indican en sentido general el estado de su salud, así como la conducta que debe seguirse en su atención.

No debe olvidarse que la atención a cada paciente debe ser integral independientemente del grupo dispensarial

en el que se ha incluido, de esta forma cada persona debe ser categorizada en algunos de los grupos siguientes:

Grupo I. Aparentemente sanos: personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan mediante el interrogatorio o la exploración.

Grupo II. Con riesgo: personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que represente un riesgo potencial para su salud a mediano o largo plazo.

Grupo III. Enfermo: está categoría incluye a todo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida.

Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela; se trata de las personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas.⁽⁶⁾

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social).⁽⁷⁾

Es innegable que con la realización del ASIS, se aportan evidencias sólidas para apoyar las decisiones en política sanitaria, incluida la priorización de intervenciones. Su utilización en los servicios, constituye una contribución al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.⁽⁸⁾

El objetivo de este trabajo fue identificar las características de la estructura poblacional y los factores de riesgo de las personas del área urbana del municipio de Guaimaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó en el municipio de Guaimaca, Francisco Morazán un estudio descriptivo transversal. La población de estudio fue de 12,442 personas de ambos sexos en todas las edades. No se hizo ningún tipo de muestreo ni cálculo de tamaño de muestra, pues se abarcó toda la población. La unidad de análisis fue la familia y la unidad de información fue la persona entrevistada.

Para el levantamiento de datos se dividió el casco urbano de la comunidad en cinco sectores conformado por seis barrios o colonias, a cada uno de ellos se les asignó un responsable de coordinar las actividades a realizar. Se elaboró un croquis de cada sector y se identificó la casa y el jefe de familia para la entrevista posterior en caso de estar ausente. Una vez organizado el personal, las visitas fueron realizadas casa a casa hasta completar el sector. En la visita realizada se informó al jefe de familia el motivo de visita y los beneficios de la misma. El instrumento de recolección de datos utilizado fue la ficha familiar con su respectivo instructivo, contenía 43 ítems que incluían preguntas sobre: aspectos demográficos, salud reproductiva, cobertura de vacunación, antecedentes patológicos y las categorías dispensariales. Previa aplicación de dicha ficha se realizó la prueba piloto.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio refieren que la estructura de la población, la mayor concentración es joven, es decir que los grupos mayoritarios son menores de 20 años 47.5%, seguida por la población comprendida entre los 20 a 39 años 30.6%. (Cuadro No 1)

La frecuencia disminuye en el resto de los rangos de edad. El 91.2% de la población menor de cinco años tiene un esquema completo del programa ampliado de inmunizaciones.

Cuadro No 1. Distribución de la población según edad del Municipio de Guaimaca, 2013

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 4 años	1705	13.7%
De 5 a 9 años	1144	9.2%
De 10 a 14 años	1513	12.2%
De 15 a 19 años	1544	12.4%
De 20 a 24 años	1247	10.0%
De 25 a 29 años	935	7.5%
De 30 a 34 años	839	6.7%
De 35 a 39 años	789	6.3%
De 40 a 44 años	646	5.2%
De 45 a 49 años	471	3.8%
De 50 a 54 años	451	3.6%
De 55 a 59 años	295	2.4%
De 60 a 64 años	283	2.3%
Mayor de 65 años	580	4.7%
Total	12442	100%

Fuente: Ficha Familiar de la población de Guaimaca.

La frecuencia de enfermedades crónicas que padecía la población estudiada fue de 9.4%. La morbilidad mayor de 15 días de duración presente en la población del municipio de Guaimaca muestra que las tres primeras causas de enfermedad son: hipertensión arterial 5.3%, diabetes mellitus 1.7% y asma bronquial 1.3%. (Cuadro No 2)

Cuadro No 2. Enfermedades Crónicas en la población del Municipio de Guaimaca

Enfermedades Crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	654	5.3%
Diabetes mellitus	212	1.7%
Asma	156	1.3%
Síndrome convulsivo	35	0.3%
Enfermedades reumatoideas	33	0.3%
Enfermedades acido péptica	21	0.2%
Enfermedades tiroideas	15	0.1%
Cardiopatías	13	0.1%
Cáncer	7	0.1%
Insuficiencia venosa	6	0.0%
Total Enfermos	1152	9.4%

Fuente: Ficha Familiar de la población de Guaimaca.

En relación a la escolaridad y la citología vaginal del total de mujeres en edad fértil, las que más se hacen la citología son las del nivel universitario, mientras que las mujeres que menos se realizan la citología son las que cursaron el ciclo común. (Cuadro No 3) El 65.1% de las mujeres en edad fértil no usaban ningún método de planificación familiar, el 34.9% los utilizaban.

Cuadro No 3. Escolaridad y Citología vaginal en mujeres en edad fértil del Municipio de Guaimaca

Nivel de Escolaridad	Citología Vaginal				Total
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	
Ninguno	111	47.2%	124	52.8%	235
Primario	808	49.5%	823	50.5%	1631
Ciclo	267	32.9%	545	67.1%	812
Diversificado	434	41.9%	602	58.1%	1036
Universitario	98	55.4%	79	44.6%	177
Total	1718		2173		3891

Fuente: Ficha Familiar de la población de Guaimaca

Nota: Edad fértil: mujeres mayores de 10 años de edad con menarquía hasta la menopausia.

En la población del casco urbano del municipio de Guaimaca, no se encontró diferencia entre sexos en los grupos: aparentemente sano y población con deficiencia, incapacidad o secuela; mientras el sexo masculino 21% predominó en el grupo de población con riesgo; en el grupo de enfermo es donde se observó la mayor diferencia en el grupo femenino con un 11.6%. (Cuadro No. 4)

Cuadro No 4. Dispensarización de la población del Municipio de Guaimaca según sexo

Grupo Dispensarial	Masculino		Femenino		Total
	N	%	N	%	
Aparentemente sano	4,282	73%	4,734	72.2%	9,016
Con riesgo	1,235	21%	1,024	15.6%	2,259
Enfermo	322	5.5%	762	11.6%	1,084
Con deficiencia, incapacidad o secuela	31	0.5%	31	0.5%	62
No evaluados	2	0%	5	0.1%	7
Total	5,872	100%	6,556	100%	12,428

Fuente: Ficha Familiar de la población de Guaimaca

Nota: perdidos en el sistema 14 datos, por falta de información.

DISCUSIÓN

Según el Informe de Salud para las Américas a nivel regional en 1900, la edad mediana era de 23 años y el índice de envejecimiento de 14. En el año 2010, la mediana de la edad era de 31 años y el índice de envejecimiento de 37.⁽⁹⁾ En Honduras un estudio realizado en el año 2001 reveló que la estructura de la población por edad clasificada por grandes grupos, señaló que los menores de 15 años eran el 42%, la población de 15 a 64 años 54%, de 65 o más años 4%.⁽¹⁰⁾

Datos del Plan de Nación de Salud, en el año 2005 mostró que la población menor de 15 años representó el 40.4%, la población comprendida entre 15 y 65 años representó el 55.7%, mientras que los mayores de 65 años alcanzaron el 3.9%.⁽¹¹⁾ La población perteneciente al casco urbano del municipio de Guaimaca eran de 12,442 habitantes, en este estudio la población menor de 15 años fue de 35.1%, la población comprendida entre 15 y 64 años representó el 60.3%, mientras que los mayores de 65 años alcanzaron el 4.7%.

La población proyectada para el año 2010 en Honduras de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE) era de 8,045,990 habitantes (49.3% hombres y 50.7% mujeres).⁽¹²⁾ En este estudio se encontró un porcentaje de 47.2% (5,886) en hombres y 52.8% (6,556) en mujeres; se observa un ligero predominio de la población femenina, similar a la población estadística proyectada por el INE. También se encontró un índice de envejecimiento de 13.2 (en otras palabras, había 13 personas de 65 o más años de edad por cada 100 menores de 15 años), un porcentaje menor en comparación con el índice de envejecimiento encontrado a nivel regional. El índice de masculinidad fue de 89.8 (en otras palabras, habían 90 hombres por cada 100 mujeres) lo que indica un predominio del sexo femenino.

Uno de los objetivos de las normas y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Honduras es la vacunación homogénea de por lo menos 95% de la población objetivo en todos los municipios del país.⁽¹³⁾ La población menor de 5 años del municipio de Guaimaca tiene una amplia cobertura de PAI, nueve de cada diez niños recibieron todas las vacunas recomendadas (91.4%).

Estudios demuestran que Honduras ha alcanzado logros en el control, eliminación y erradicación de enfermedades

prevenibles por vacunación, manteniéndose una tendencia descendente en la incidencia y la mortalidad por este tipo de enfermedades. La tasa de cobertura de vacunación es elevada en todos los grupos objeto de PAI pero varía por departamento: en La Paz y Francisco Morazán (94%) y baja en Gracias a Dios (68%). Los beneficios de una supervisión adecuada en el PAI se observan en la reducción de las tasas de mortalidad infantil, la que disminuyó a 30 por cada 1000 nacidos vivos en el año 2009, la meta es de 18 por 1000 nacidos vivos para el 2015.⁽¹⁴⁾

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son la causa de una carga de morbilidad considerable en la región de las Américas y de unos 3.9 millones de defunciones.⁽⁹⁾ Las enfermedades crónicas que prevalecen en el casco urbano del municipio de Guaimaca son la hipertensión arterial 5.2%, diabetes mellitus 1.7% y asma 1.3% (enfermedades referidas por los entrevistados). Durante la investigación no se realizó ninguna evaluación médica o diagnóstico de laboratorio.

La población con enfermedad mayor de 15 días de duración del Municipio representó un 9.3%. La menor prevalencia de ENT podría atribuirse a que la población en su mayoría es joven. Un estudio publicado en 2009 por la OPS sobre la prevalencia de diabetes, hipertensión y factores de riesgo en el país en 2004, encontró entre otros, que el 22.6% de la población adulta de Tegucigalpa tenía hipertensión arterial y 6.2% diabetes.⁽¹²⁾ Tradicionalmente estas enfermedades crónicas no transmisibles no habían recibido atención prioritaria en las políticas de salud. Sin embargo, en la actualidad están consideradas en el Plan Nacional de Salud 2021 y han sido definidas por las políticas de salud por los altos niveles de prevalencia.⁽¹¹⁾

El carcinoma de cuello uterino es la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en todo el mundo y es común en países en desarrollo. En el año 2000 se reportó más de 37,000 muertes por este cáncer en América, de las cuales 83.9% ocurrieron en América Latina. El cáncer de cuello uterino es frecuente en Honduras, representa el 40% de todas las neoplasias malignas de la población general y el 50% de los tumores malignos que afectan a la población femenina, con tasas estimadas de incidencia y mortalidad de 30.6 y 17.2 por 100,000 habitantes, respectivamente.⁽¹⁵⁾

Existen diversas acciones que se pueden poner en práctica en las mujeres en edad fértil para prevenir el carcinoma de cuello uterino, es conocido el efecto favorable que tiene la realización de la citología vaginal en la reducción de la mortalidad por esta causa.⁽⁹⁾ Datos obtenidos en una zona urbana de Colombia en el 2004, revelaron que el 78.2% de las mujeres con primaria completa se realizaban citología y sólo 21.8% no lo hacían.⁽¹⁶⁾ En este estudio de Guaimaca se encontró que las mujeres que menos se realizan la citología son las que no cursaron el ciclo común (67.1%) y las que más se practicaron la citología (55.4%) son las que alcanzaron el nivel universitario.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA (2011-2012), reportó que casi tres de cada cuatro (73%) de las mujeres casadas usaban un método anticonceptivo y el 64% usaba un método moderno en el momento de la encuesta.⁽¹⁴⁾ En el país se ha extendido la cobertura de los programas de salud sexual y reproductiva, lo que ha dado como resultado que se haya incrementado el número de mujeres de 26.8% en 1981 a 61.8% en 2001, que utilizan algún método de planificación familiar. Se considera que dicho incremento en el uso de anticonceptivos y otras medidas de planificación familiar, es insuficiente para reducir la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y contribuir a una reducción significativa de la mortalidad materna e infantil a corto plazo.⁽¹¹⁾ En el presente estudio se encontró que el 65.1% de la población femenina no utilizan ningún método de planificación familiar, lo que refleja una baja tasa de cobertura.

Existe relación entre factores demográficos y salud, caracterizada por el riesgo que presentan ciertos grupos de edades a sufrir enfermedades o encontrarse expuestos a las mismas. En el modelo de atención primaria en salud se incluye la dispensarización dirigida a toda la población.⁽¹⁷⁾ En el estudio realizado en el municipio de Guaimaca, en la población **aparentemente sana** no hay diferencia entre sexo; en el grupo con **riesgo** es predominante el sexo masculino 21%; en el grupo de **enfermo** es donde se observa la mayor diferencia entre sexo, siendo el femenino con un 11.6% y en la población con **deficiencia, incapacidad o secuela** no hay diferencia porcentual.

Al igual que estudios realizados en otros países, se encuentra que el sexo femenino es el grupo que más se enferma con 20.9%; el sexo masculino predomina en el grupo que está en riesgo de enfermedad con 85.4%,

lo que indica que las mujeres son más vulnerables a enfermarse. El 0.8% de la población total se considera en situación de discapacidad.⁽¹⁸⁾

Conclusión

Uno de los hallazgos encontrados en el área urbana del municipio de Guaimaca, fue una población aparentemente sana, sin embargo posee una población en grupos dispensariales en riesgo y enfermo, por lo cual se deberá realizar actividades para orientar adecuadamente a las personas y la familia sobre situaciones capaces de influir en la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico 1990; 10(4):1-16.
2. Organización Mundial de Salud. Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá; 2004.
3. Heredia H, Artmann E, López N, Useche J. Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(3):1887-1898,
4. Martínez S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1998;23(1):19-22.
5. Pría Barros M, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso A, Gómez de Haz H, Pérez S. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria, Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 22(3).
6. Batista R, Sansó F, Feal P, Lorenzo A. Corratge H. La Dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (2): 109-20.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Washington D.C.: OMS 2011.

8. Martínez Calvo S. Renovación del análisis de situación de salud en los servicios de medicina familiar en Cuba, *Rev Cub de Salud Pública*. 2013;39(4):752-762.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: Volumen Regional*, Edición 2012. Washington D. C.: OPS 2012.
10. Flores M. Estado de la población en Honduras, *Revista Parainfa*, 2004;(25): 123-155.
11. Honduras. Secretaria de Salud. *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa, Honduras: La Secretaría; 2005.
12. Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas: Volumen de países*, Edición de 2012, Washington D.C.: OPS 2012.
13. Honduras. Secretaria de Salud. *Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Esquema nacional de vacunación 2011*. Tegucigalpa, Honduras: La Secretaria; 2011.
14. Honduras. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012: informe resumen*. Tegucigalpa, Honduras: Instituto Nacional de Estadística (INE), La Secretaría; 2013.
15. Varela S. Citología cervical. *Rev Med Hondur*. 2005;73(3):131-136.
16. Lucumi D, Gómez L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(3): 367-377.
17. UNICEF. *La infancia en Honduras: análisis de Situación 2010*. Tegucigalpa, Honduras: UNICEF; 2010.
18. Ponce LL. *Análisis de la situación de salud de la población perteneciente al módulo Antonio José de Sucre*. Monografía. Caracas, Venezuela; 2010.