

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA**



**DESIGUALDADES SOIALES DE LA SALUD
EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II
EN SEIS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CORTES
AÑOS 2014 y 2016**

PRESENTADO POR

MAYRA JUDITH GOMEZ MEDINA

PREVIA OPCIÓN

AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

Dra. NORA CONCEPCIÓN RODRIGUEZ

TEGUCIGALPA M.D.C. 23 DE SEPTIEMBRE DE 2019, HONDURAS, C. A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTOR
DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.**

**VICE RECTORA ACADEMICA
MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRIAS COELLO**

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

**SECRETARIA GENERAL
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ALVAREZ**

**DIRECTOR DE POSGRADOS
Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
Dr. ARNOLDO ZELAYA
COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA
Dra. ISNAYA NUILA ZAPATA.**

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. Introducción | 1 |
| II. Objetivos | 7 |
| 1.1. General | 7 |
| 1.2. Específicos..... | 7 |
| III. Marco Teórico | 8 |
| 3.1 Situación de la población con Diabetes Mellitus tipo II a nivel Mundial, de Latinoamericana y de Honduras. | 8 |
| 3.1.1 Población con Diabetes Mellitus según Edad y Género..... | 13 |
| 3.2 Conceptualización de desigualdades sociales en salud | 16 |
| 3.2.1 Desigualdad social internacional, regional y nacional | 19 |
| 3.2.2 Desigualdad Social, Inequidad y Equidad en Salud de Honduras | 26 |
| 3.2.3 Desigualdades sociales en salud de la población con Diabetes Mellitus. Mediciones de la desigualdad de la Salud | 28 |
| 3.3 La Diabetes Mellitus | 31 |
| 3.3.1 Desigualdades Sociales en salud en la población con diabetes mellitus tipo II | 32 |
| IV. Metodología | 34 |
| V. Resultados | 39 |
| VI. Análisis de Resultados | 58 |
| VII. Conclusiones | 71 |
| VIII.Recomendaciones | 73 |
| IX. Bibliografía | 75 |
| X. Anexos | 81 |

AGRADECIMIENTO

Agradecida con Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias.

Agradezco a mi familia por haberme dado la oportunidad de seguir preparándome, ya que por el estudio deje de formar parte de eventos familiares en donde por causa de las clases deje de participar en ellas; a mis hermanas y hermanos, por darme aliento en los momentos más difíciles como es perder a una madre y decirme seguí dos años se van rápido, gracias hermanos por insistir en que siguiera los estudios. A mi esposo por su ayuda incondicional y emocional para mis gastos, y un gran agradecimiento a la Secretaria de Salud por haberme dado la beca para seguir preparándome, también agradezco a mis amigas y amigos por darme aliento para seguir adelante con la carrera. Y muchas gracias a los maestros por brindarnos conocimientos para toda una vida gracias por tener esa paciencia y dedicación. Dios les bendiga.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta el final de la maestría logrando así uno más de mis objetivos además de su infinita bondad y amor hacia mi mis dos madres mami Teodora (Q.D.D.G.) y mi mami hermana Leticia a ellas que nunca me dejaron de ayudar y de insistir hasta el final a mi madre que en el primer año la perdí donde fue muy difícil seguir por sus recuerdo, mami siempre vas a estar conmigo donde yo vaya y en mi graduación ahí estarás madre porque a ti te dedico este título desde la tierra hasta el cielo te amo y te amare espero un día volver a verte. También se las dedico a mis hijas (o), nietas (o).

I. INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injusta y evitable que aparecen entre grupos de población definidos, sociales, económicos, demográfica o geográficamente. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia. Las desigualdades sociales de los pacientes diabéticos y su situación de salud, es un problema de investigación que se ubica específicamente en la línea política de salud de las prioridades de investigación del postgrado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de la Región, donde el análisis de los valores medios ha dejado de ser suficiente. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio, pues a través de él, se puede verificar si hay o no desigualdades entre las personas con Diabetes Mellitus con mayor o menor alfabetismo.

La diabetes mellitus particularmente de tipo II, es una enfermedad cuyo desarrollo y evolución están directamente afectados por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, la carencia de conocimientos indispensables para la prevención y el control adecuado de la enfermedad, la no accesibilidad a servicios de salud de calidad, entre otros, favorecen el desarrollo de la enfermedad a la vez que influyen negativamente en su pronóstico.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades no transmisibles (ENT) que han sido identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a su incremento permanente. Cada siete segundos, alguien muere por diabetes, lo cual significa que se producen cuatro millones de muertes en el mundo cada año. 5 Según la Federación Internacional de Diabetes la prevalencia de la diabetes en adultos en Honduras en el 2015 fue de 7,4%, presentándose con más frecuencia entre los 20-79 años, lo cual constituye un gran problema en la salud pública.

Esta investigación tuvo como propósito determinar la situación de salud de la población con Diabetes Mellitus a través de un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y comparativo de los años 2014 y 2016, en 29 establecimientos de Salud de seis Municipios del Departamento de Cortes: Villanueva, Potrerillos, Pimienta, San Manuel, San Antonio y Santa Cruz de Yojoa; utilizando como fuente de información las atenciones ambulatorias (ATA), de los

Establecimientos de Salud de los Municipios seleccionados para ser parte de esta investigación.

El universo lo conformo la población con Diabetes Mellitus registrada en la base de datos existente de los 29 establecimientos de salud que se encuentran distribuidos en los Municipios en estudio, que corresponden al Departamento de Cortés, Honduras. La muestra es a conveniencia seleccionada por condición de acceso geográfico y disponibilidad de información en la base de datos. Se utilizó el estratificador social educación y analizaron los resultados de la incidencia de la Diabetes Mellitus, obtenidos en los Municipios elegidos del Departamento de Cortes.

La Fuente de información es fuente secundaria, la constituyo la base de datos estadístico del formulario de atenciones ambulatoria (ATA). Las variables en estudio fueron: Edad, sexo, procedencia, desigualdad de salud. Las métricas de medición de desigualdad utilizadas: Índice de Kuznet relativo y absoluto, desigualdad en salud, índice de desigualdad de la pendiente, índice de concentración en salud de la población con diabetes. El estratificador social fue la tasa de alfabetismo, dato suministrado por el instituto Nacional de estadísticas de Honduras.

Los resultados más relevantes de la investigación fueron, según sexo en el año 2014, las mujeres presentaron mayor número de población con Diabetes Mellitus en el municipio de Villanueva, seguido por el Municipio de Santa Cruz de Yojoa. El porcentaje de atención médica en mayores de 15 años que asistieron al menos una vez a consulta, correspondió a los Departamentos de Santa Cruz de Yojoa, San Antonio de Cortes y Villanueva. Los casos nuevos de Diabetes Mellitus, en el año 2016 tuvo mayor incidencia en San Antonio de Cortes que presentó una tasa de incidencia de 23 x 10,000 habitantes, siendo la más alta; seguido de Pimienta con 21 x 10,000 habitantes y San Manuel con 20 x 10,000 habitantes. La tasa de incidencia más baja le corresponde a Santa Cruz de Yojoa Villanueva con 8 x 10,000 habitantes respectivamente.

Para obtener las brechas de desigualdad se dividió la población en terciles según el estratificador de equidad alfabetismo. En el año 2014 y 2016 la brecha de desigualdad en relación de la DM tipo II y el alfabetismo se encuentra en el segundo grupo, que corresponde a los municipios de Potrerillos y Pimienta.

La Desigualdad de la pendiente (IDP) de la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II por el estratificador de equidad (alfabetismo) de los seis municipios del Departamento de Cortes en el año 2014 indica que, por cada caso en los demás municipios estudiados, en Pimienta ocurren 10 casos. Y en el año 2016

el IDP se mantiene constante en los municipios de Cortés. Excepto el punto que corresponde a Pimienta que se mantiene con mayores casos de DM2. El IDP es de 22. Lo que indica que por cada caso que ocurre en los demás municipios; en Pimienta ocurren 22 casos.

El Índice de concentración de salud, en seis Municipios del Departamento de Cortés, indica que hay un grado de desigualdad en la población más alfabetizada en relación a la presencia de DM2. El ICS, año 2016 en seis Municipios del Departamento de Cortés, el municipio de Pimienta es donde está más concentrada la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2, y menos concentrada es en Santa Cruz de Yojoa, aunque sea el Municipio que menor Tasa de alfabetismo tiene de los 6 municipios estudiados.

En conclusión, la incidencia de la diabetes se presenta más en las mujeres en los Municipios del Departamentos de Cortés, en los años 2014 y 2016. Los grupos de edad correspondieron a personas antes de iniciar la tercera edad, en ambos años en estudio. El municipio con mayor incidencia de Diabetes Mellitus en la población mayor de 15 años es el municipio de Pimienta en ambos años de estudio. Los municipios alfabetizados y menos alfabetizados presentan desigualdades en la concentración de casos nuevos de DM.

Los medios de comunicación deben colaborar en campañas de publicidad a favor de incentivar prácticas de salud física y hábitos alimenticios saludables en la población y la Secretaria de Salud debe iniciar un plan estratégico de promoción y prevención de enfermedades crónicas; enfatizando en los estilos de vida saludable que incluya una nutrición adecuada, actividad física y evitando así el sedentarismo en la población e iniciar a empoderar a la población en el autocuidado. Dirigidos a todos los estratos sociales.

II. OBJETIVOS

1.1. General

Analizar las desigualdades sociales en salud en la población mayor de 15 años con Diabetes Mellitus 2 en seis Municipios del Departamento de Cortés, en los años 2014 y 2016.

1.2. Específicos

1. Describir la situación Demográfica de la población con Diabetes Mellitus II en los Municipios del Departamentos de Cortés, en los años 2014 y 2016.
2. Estimar las Métricas de desigualdad en salud (índice de Kuznets, relativo y absoluto, índice de desigualdad de la pendiente, índice de la concentración de salud), de la población mayor de 15 años con Diabetes Mellitus II en los Municipios del Departamento de Cortés, en los años 2014 y 2016.
3. Describir la situación de las desigualdades sociales en salud, y alfabetismo en la población con Diabetes Mellitus en los Municipios del Departamento de Cortés en los años 2014 y 2016

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Situación de la población con Diabetes Mellitus tipo II a nivel Mundial, de Latinoamericana y de Honduras.

La diabetes es una de las mayores emergencias mundiales de salud del siglo XXI. Cada año más y más personas viven con esta condición, que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida. Además de los 415 millones de adultos que actualmente tienen diabetes, hay 318 millones de adultos con tolerancia a la glucosa alterada, lo que les sitúa en un alto riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro. (Federación Internacional Diabetes, 2015)

La diabetes y sus complicaciones son las principales causas de muerte en la mayoría de los países, la diabetes tipo II es el tipo de diabetes más común, y ha aumentado junto a los cambios culturales y sociales. En los países de renta alta hasta un 91% de adultos con la enfermedad tienen diabetes tipo 2. La Federación Internacional de la Diabetes (FID) estima que 193 millones de personas con diabetes no están diagnosticadas y tienen, por tanto, un mayor riesgo de desarrollar complicaciones. (Federación Internacional Diabetes, 2015)

En el mundo, el 81.1% de todas las personas que no han sido diagnosticadas viven en países de renta medio y baja, Aproximadamente 5 millones de

personas entre los 20 y 79 años murieron por diabetes en 2015, el equivalente a una muerte cada seis segundo. La diabetes representó el 14.5% de todas las causas de mortalidad entre las personas de esta edad en el mundo. Esto es mayor que el número combinado de muertes por enfermedades contagiosas, Cerca de la mitad (46,6%) de las muertes por diabetes son en personas menores de 60 años. El mayor número de muertes por diabetes ocurrieron en los países con el mayor número de personas con diabetes: China, India, EE.UU. y la Federación Rusa. (BIOMEDICA, 2016)

Las estimaciones más conservadoras, sugieren que el gasto sanitario en diabetes representó un 11,6% del gasto sanitario total en el mundo en 2015. Más del 80% de los países que fueron analizados en este informe dedicaron entre un 5% y un 20% del total de su gasto sanitario a la diabetes, los gastos sanitarios incluyen la provisión de servicios sanitarios (preventivos y de curación), actividades de planificación familiar, actividades nutricionales y ayuda para emergencias de la salud. Incluye tanto los gastos sanitarios privados como públicos. (Federacion Internacional Diabetes, 2015)

Según la Federación Internacional de la Diabetes (2015) existe una gran disparidad en el gasto sanitario en diabetes entre las regiones y países. Solo un 19% del gasto sanitario mundial en diabetes fue gastado en países de renta

medios y bajos, donde un 75,4% de personas con diabetes viven, comparado con aquellos que viven en países de renta alta, las personas que viven en países de renta baja y media pagan una mayor proporción del gasto sanitario porque no tienen acceso a un seguro sanitario y a servicios médicos disponibles al público. (Federacion Internacional Diabetes, 2015)

Existe varios factores que intervienen en la alta presencia de la enfermedad, como lo son: la accesibilidad a los servicios de salud; bajos recursos económicos para la adquisición de medicamentos; alto consumo de carbohidratos por el tipo de alimentación, poca actividad física y evolución crónica y silenciosa de la enfermedad. La mayoría de los países en desarrollo de América Latina se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, que consiste en el desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las enfermedades crónicas no transmisibles, como las principales fuentes de la morbilidad y mortalidad. (Rosales Lemus, 2015)

En Nicaragua alrededor de 130 mil personas son diabéticos con una población alrededor de los 5 millones de habitantes, preocupante es conocer que el 70% de esta población está dentro del umbral de pobreza. En los últimos 10 años las muertes por complicaciones secundarias a diabetes se han duplicado. (Rosales Lemus, 2015)

En Costa Rica la atención a personas con diabetes está mucho más extendida, cuenta con alrededor de 1000 centros de atención de salud perteneciente a la seguridad social llamado (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud) EBAIS, 103 áreas de salud y 29 hospitales que desarrollan actividades de concienciación social regularmente. Guatemala presentó una prevalencia de diabetes similar a la notificada en los Estados Unidos. Esto quiere decir que en el futuro se producirá un incremento importante en la prevalencia de diabetes a medida que la población envejezca, a menos que se introduzcan estrategias preventivas, la diabetes afecta a las personas de más bajo nivel educacional, lo que supone una mayor carga a los más pobres. (Rosales Lemus, 2015)

Según diario La Prensa (2015) En Honduras hay aproximadamente 850,000 personas con diabetes, lo que equivale a un 10% de la población; la mayoría de los pacientes tienen la enfermedad del tipo 2, según datos de la Secretaria de Salud. La diabetes tipo 2 es un fantasma y la obesidad es un monstruo que en 2015 causaron la muerte de por lo menos, 247,494 personas entre los 20 y 79 años, en Centro América y Sudamérica. De esa cantidad, 2,276 eran hondureños (Rivera, 2016)

Las enfermedades no transmisibles constituyen un problema de salud pública que genera la erogación de una gran cantidad de recursos financieros a consecuencia de los elevados costos en la atención requerida para su manejo. La diabetes mellitus es dentro de estas enfermedades una de las principales contribuyentes en ese gasto. La diabetes ocasiona un costo muy elevado a las naciones y a las personas que la padecen. En los Estados Unidos, el costo de la diabetes en el 2007 fue estimado en \$174 mil millones de dólares americanos. En América Latina y el Caribe, los costos de la diabetes en el 2000 fueron estimados en \$65 mil millones dólares americanos (2). El alto costo de la diabetes está relacionado con los costos de los cuidados médicos (costos directos) (OMS/OPS, 2000)

La mayoría de los países en desarrollo de América Latina se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, la cual se caracteriza por el cambio de enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles como fuentes principales de morbilidad y de mortalidad. Estos países también se encuentran en una etapa de transición demográfica, en un cambio de un modelo de Tasas de fecundidad y mortalidad altas a uno de fecundidad y mortalidad bajas. En ellos existe una transición nutricional, dado el cambio de los hábitos alimentarios tradicionales a uno alto en grasa saturada, azúcar y carbohidratos refinados y bajos en fibra dietética. (OMS/OPS, 2000)

Los propósitos de CAMDI (Central América Diabetes Initiative, según sus siglas en Inglés) fueron: Contar con información que permita establecer políticas nacionales de prevención y control de la diabetes e hipertensión arterial; Proyectar intervenciones de promoción de la salud, la detección temprana y la calidad de atención de las enfermedades enunciadas; y contribuir a la reducción de las complicaciones de la diabetes e hipertensión Arterial. (OMS/OPS, 2000)

La insuficiente información que permita reconocer la magnitud del problema de salud pública que la diabetes mellitus y sus complicaciones ocasionan a la población hondureña, y en el contexto de CAMDI, se realizó un primer paso que consistió en el inicio de la vigilancia epidemiológica sobre la enfermedad, a través de una encuesta de recopilación de diferentes investigaciones siendo el antecedente del "STEPwise" de la OMS y de la PAN AM STEPS, las cuales ha sido definidas para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, titulada: Encuesta Multinacional de Diabetes, Mellitus e Hipertensión Arterial y sus Factores de Riesgo. (OMS/OPS, 2000)

3.1.1 Situación de Diabetes Mellitus a nivel mundial por Edad y Género

Existe poca diferencia entre géneros en el número mundial de personas con diabetes del año 2015 hacia el año 2040. Hay alrededor de 15.6 millones más

de hombres que de mujeres con diabetes 215.2 millones de hombres vs. 199.5 millones de mujeres. Se espera que la diferencia se reduzca unos 15.1 millones más de hombres que de mujeres (328.4 millones de hombres vs. 313.3 millones de mujeres para 2040). En las regiones de Norte América y el Caribe y el Pacífico Occidental, la diabetes es responsable de una mayor proporción de muertes en hombres que en mujeres. En las regiones de África, Europa, Oriente Medio y África del Norte, Sureste Asiático y Sur y Centro América la diabetes representa una proporción mayor de muertes en mujeres que en hombres. (Federación Internacional Diabetes, 2015).

La incidencia de diabetes diagnosticada entre las personas de todas las edades, los datos del 2015 indican lo siguiente, una cantidad estimada de 23.1 millones de personas (0 7.2 % de la población de los Estados Unidos) tenía diabetes diagnosticada. Este total incluyó 132,000 niños y adolescentes menores de 18 años (0.18 % del total de la población de los Estados Unidos menor de 18 años), 193 000 niños y adolescentes menores de 20 años (0.24 % del total de la población de los Estados Unidos menor de 20 años), e estima que aproximadamente el 5 % de las personas con diabetes tienen diabetes tipo dos. (National Center for Chronic Disease Prevention and Health, 2017)

En general, la incidencia fue más alta entre los indoamericanos o nativos de Alaska (15.1 %), los negros no hispanos (12.7 %) y las personas de etnia hispana (12.1 %) que entre los blancos no hispanos (7.4 %) y los asiáticos (8.0 %). La prevalencia varió significativamente por nivel de estudios alcanzado, que es un indicador del nivel socioeconómico. Específicamente, el 12.6 % de los adultos con un nivel de estudios menor al de escuela secundaria superior tenían diabetes diagnosticada, en comparación con el 9.5 % de aquellos que habían alcanzado ese nivel de estudios y el 7.2 % de aquellos que habían alcanzado un nivel mayor. (National Center for Chronic Disease Prevention and Health, 2017)

La Incidencia entre los adultos para el 2015, se diagnosticó una cantidad estimada de 1.5 millones de casos nuevos de diabetes (6.7 por cada 1000 personas) entre los adultos en los Estados Unidos de 18 años o mayores. Más de la mitad de esos casos nuevos fueron en adultos de 45 a 64 años, y la cantidad fue casi pareja entre los hombres y las mujeres. La incidencia ajustada por edad fue aproximadamente 2 veces más alta en las personas con un nivel de estudios menor al de escuela secundaria superior (10.4 por cada 1000 personas) que en aquellas con un nivel de estudios mayor a este (5.3 por cada 1000 personas) para el periodo 2013-2015. (National Center for Chronic Disease Prevention and Health, 2017)

3.2 Desigualdades sociales en salud

Según Borrell las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injusta y evitable que aparecen entre grupos de población definidos sociales, económicos, demográfica o geográficamente. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud causan un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al de la mayoría de factores de riesgo conocidos. Las desigualdades en salud según nivel socioeconómico tienden a aumentar porque las personas de clases sociales más favorecidas mejoran más su salud que el resto de la población. (Borrell , Rue , Pasarin, Benach, & Kunst, 2000)

Definir adecuadamente el término «desigualdad», no es algo inmediato. La tarea es a la vez simple y compleja, según se mire. Es simple, porque todos comprendemos con gran rapidez qué significa señalar la desigualdad económica que existe entre un multimillonario y un pobre, o bien la desigualdad en salud que hace que más de 800 millones de personas sufran de hambre. (Benach J, 2005)

La expresión desigualdades sociales en salud, hace referencia a desigualdades que se manifiestan en indicadores relacionados con la salud (tasas de

morbilidad, tasas de mortalidad, acceso y uso de servicios de salud, disponibilidad de recursos sanitarios u otros del mismo tenor) entre grupos o clases sociales. Si el término “salud” no se hace explícito, uno podría referirse a otro género de desigualdades, como, por ejemplo, en el ingreso, en la educación o en el acceso a cierto tipo de facilidades o recursos no sanitarios. Si, por otra parte, no se incluye el calificativo “sociales”, podría pensarse en otras desigualdades sanitarias que se manifiestan, por ejemplo, entre países o entre regiones de un país, con independencia de cualquier atributo social (Junta de Galicia, 2014)

Hay desigualdades sistemáticas, que exhiben patrones consistentes en la población. Se manifiestan como diferencias entre grupos sociales con respecto a una gran cantidad de indicadores sanitarios. Muchas de ellas son inducidas por procesos sociales y no resultan de diferencias naturales, como las que son de origen genético o las que se asocian al esfuerzo y la aplicación personal o a la intervención del azar. Hay desigualdades ostensiblemente injustas, porque atentan contra nociones ampliamente compartidas de justicia, como, por ejemplo, la noción de que todos los niños, con independencia de su grupo social de origen, deberían tener las mismas posibilidades de sobrevivir y de alcanzar una educación universitaria. Estas desigualdades sistemáticas, injustas y generadas por procesos sociales, se les llama inequidades (Junta de Galicia, 2014)

Las personas de clases sociales desfavorecidas, como, por ejemplo, la etnia gitana, las que residen en áreas con mayor privación, las mujeres, y más recientemente la población inmigrante procedente de países pobres, presentan peores condiciones de vida y que se manifiestan en la salud. “Estas desigualdades entre grupos sociales se dan en forma de gradiente en toda la escala social”. ((SESPAS, 2012)

Las desigualdades sociales en salud son injustas, evitables y tienen un enorme impacto en la salud de la población, y por lo tanto deben ser una prioridad de las políticas que se llevan a cabo desde distintos sectores (economía, trabajo, vivienda, servicios sociales, salud, etc.), siguiendo la línea trazada por los principales organismos internacionales y diversos países de nuestro entorno,” La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y la Organización Mundial de la Salud enfatizó que la injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas.” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España, 2011)

Las desigualdades, según como está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de salud, estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades. Esas

desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo. (OMS, 2008)

Para alcanzar equidad sanitaria es esencial que las comunidades tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social, promoción del bienestar físico y psicológico y protección del medio ambiente. Las desigualdades sociales se manifiestan en distintos rasgos de la sociedad que convergen, tales como la clase social, la educación, el género, el origen étnico, la discapacidad y la situación geográfica. No se trata únicamente de diferencias, sino de una jerarquía, pues reflejan profundas y marcadas posiciones de ascendencia y descendencia en los estratos sociales. Las personas marginadas están en una situación de mayor desventaja en cuanto a su salud, educación, vivienda, ingreso económico, servicios públicos. (Cañete Alonso, 2016)

3.2.1 Desigualdad social internacional, regional y nacional

Usando diferentes modelos de estimación, estos acuerdan que el 20 % superior de la población controla más del 70 % de los ingresos mundiales, en contraste con solo un insignificante 2 % que tiene el quintil inferior en 2007 con tasas de cambio; bajo tasas de cambio de mercado, el quintil más rico de la población

mundial recibe el 83 % del ingreso total mundial, y solo un 1 % llega a aquellos en el 20 % más pobre. Si bien es cierto que hay progreso, el ritmo de cambio es demasiado lento, se estima que se necesitarían aproximadamente 800 años para que los mil millones de personas más pobres del planeta alcanzaran el 10 % de los ingresos mundiales. (D'amico, 2013)

La pobreza que abate a los hondureños/as, dice que desde 1990 que se iniciaron los Programas de Ajuste Estructural de la Economía del modelo neoliberal imperante, los niveles de pobreza no experimentan una disminución significativa, sino un aumento absoluto. Sin embargo, la última evaluación sobre el gasto social que hizo el Banco Mundial en 2013, mostró que estos gastos han contribuido muy poco a la reducción de la pobreza. Es así que en el 2014 constató que los niveles de pobreza incrementaron, aunque apuntó que si los programas sociales son bien enfocados se puede paliar la situación de personas en extrema pobreza. (Banco Mundial, 2015)

La proyección del crecimiento para 2015 es del 3.5%. El país también es vulnerable ante los choques externos, por ejemplo, en el sector agrícola, que perdió cerca de un tercio de su poder adquisitivo en las dos últimas décadas, en gran parte debido a una disminución de precios en los cultivos de exportación, en especial bananos y café. Estudios del Banco Mundial han destacado la

importancia de mejorar la calidad de la educación y diversificar las fuentes de ingresos rurales, ya que la mayoría de los hondureños que viven en pobreza residen en zonas rurales y dependen de la agricultura para subsistir. Otros estudios señalan que los programas sociales focalizados han demostrado potencial para reducir la pobreza (Banco Mundial, 2015)

Estudios del Banco Mundial han destacado la importancia de mejorar la calidad de la educación y diversificar las fuentes de ingresos rurales, ya que la mayoría de los hondureños que viven en pobreza residen en zonas rurales y dependen de la agricultura para subsistir. Otros estudios señalan que los programas sociales focalizados han demostrado potencial para reducir la pobreza. (Banco Mundial, 2015)

En América Latina, en la actualidad la cuestión social, se describe como un proceso de profundización de la desigualdad que tiene sus orígenes en la historia de la pobreza estructural; las desventajas se heredan y perpetúan intergeneracionalmente su concentración espacial con la conformación de espacios diferenciados de sociabilidad y la consolidación de diferentes estatus de ciudadanía. (D'amico, 2013)

La salud y equidad deben ir incluidas en todas las políticas institucionales para reducir las desigualdades en salud hoy; actuar sobre los determinantes sociales de entorno, y establecer medidas de colaboración entre los diversos sectores, ensanchando la perspectiva reducida a la atención sanitaria. Aunque la salud no sea un aspecto explícito, cada política sectorial afecta directa e indirectamente a la salud y a las desigualdades en salud. En los actuales momentos de escasez cobra todavía más sentido promover la equidad en la vivienda, la salud ambiental, el empleo, los ingresos familiares, la educación, las posibilidades de ocio, el transporte o el acceso a los servicios públicos. (Borrell, Diez, Morrison, & Camprubi, 2012)

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (Borrell, Diez, Morrison, & Camprubi, 2012)

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: mejorar las condiciones de vida cotidiana, luchar contra la desigualdad del poder, el dinero y los recursos y medición y análisis del problema. (OMS, 2005)

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo informe mundial final, Subsana las desigualdades en una generación, publicado en 2008, supuso un hito en la sistematización del abordaje de los determinantes sociales de la salud. En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14, que supone una clara llamada a la acción a los estados miembros, para reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (Hernandez, 2012)

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar el estado de salud desaparecerán. Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus

familias, La Comisión pide; que se disponga de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago. (OMS, 2008)

Los derechos humanos ofrecen un marco útil para eliminar las desigualdades en salud porque se trata de derechos que nos pertenecen, que reflejan las obligaciones existentes y las bases para proceder a un examen completo de los marcos jurídicos nacionales para el cambio. Algunos relacionados con las desigualdades en salud son los derechos a la vida, la Salud, la alimentación y la nutrición, el agua y la educación. Además, actores no estatales pueden guiarse por las normas en materia de derechos humanos para reducir la desigualdad de acceso a la salud. (Cardenas, 2010)

Está ampliamente demostrado que los factores sociales, como la educación, la situación laboral, el nivel de ingresos, el sexo y el origen étnico, tienen una clara influencia en la salud de una persona. En todos los países, ya sean de ingresos bajos, medios o altos, existen grandes diferencias en cuanto al estado de salud entre los distintos grupos sociales. Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico de una persona, mayor es el riesgo de mala salud. Las inequidades sanitarias son diferencias sistemáticas observadas en el estado de salud de los distintos

grupos de población. Esas inequidades tienen un importante costo social y económico tanto para las personas como para las sociedades. (OMS, 2017)

En Honduras la situación es más complicada porque los criterios para la asignación son políticos y no técnicos y porque está siendo financiado con préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), lo que implica que a mediano plazo no será sostenible. La disparidad en Honduras es tal, que por ejemplo los niños más pobres solo accedan a cuatro años promedio de educación, mientras que los más ricos tienen 10 años y más. Las cifras de desigualdad se vuelven más dramáticas en las zonas rurales que en las urbanas, el 42% de los niños /as campesinos son desnutridos, frente al 24.6% de las zonas urbanas. Al margen de las cifras, las desigualdades se acentúan en los grupos sociales más vulnerables: desde los indígenas, las madres solteras y los niños /as y jóvenes en desamparo y exclusión social. (D'amico, 2013)

De este modo, los determinantes sociales de la salud son la causa de la distribución diferenciada de las enfermedades en la sociedad sin embargo los procesos sociales tienen diferente jerarquía de acuerdo al grado en que se expresan en el proceso salud – enfermedad. Entonces la inequidad se diferencia de desigualdad, en la medida en que la primera hace referencia a la justa o injusta de una desigualdad. “La inequidad y desigualdad tienden a

quedar en un mismo plano de descripción, en donde la inequidad es apenas una desigualdad injusta y evitable; no existe entonces una profundización en el porqué de estas injusticias”. (Lobato Huerta, 2010)

3.2.2 Desigualdad Social, Inequidad y Equidad en Salud de Honduras

En Honduras la desigualdad del ingreso y la pobreza están creciendo en forma exponencial, impulsadas por años de malos gobiernos, despilfarro, ineficiencia, contubernio de políticos y grupos de poder o presión, desperdicio de sus recursos naturales, ignorancia, deterioro del medio ambiente, falta de conciencia social y del bien común y especialmente la corrupción, mal que ha infiltrado todos los estratos de la sociedad hondureña. (Reina Cleavs, 2015).

Desigualdad en salud se refiere a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos. Cualquier aspecto cuantificable de la salud que entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud. Al contrario, una inequidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud. Las inequidades en salud son diferencias sistemáticas en la salud que podrían evitarse con medios razonables.” (Arcaya, Arcaya, & Subramanian, 2015)

Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la Salud, las diferencias en salud entre grupos sociales, como aquellas basadas en raza o religión, se consideran como inequidades en salud porque reflejan una distribución injusta de los riesgos y los recursos en salud. La clave entre los términos desigualdad e inequidad es que el primero es sencillamente una descripción dimensional que se emplea cada vez que las cantidades son desiguales, mientras que el segundo requiere emitir un juicio moral de que la desigualdad está mal con criterios definidos para tal fin. (Lobato Huerta, 2010).

La OMS puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo informe mundial final, Subsanan las desigualdades en una generación, publicado en 2008, supuso un hito en la sistematización del abordaje de los determinantes sociales de la salud. En mayo de 2009, la 62^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14, que supone una clara llamada a la acción a los estados miembros, para reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (Hernández, 2 marzo 2012).

3.2.3 Desigualdades sociales en salud de la población con Diabetes Mellitus. Mediciones de la desigualdad de la Salud

Índice de Kuznets (métrica de rango):

- Métrica de brecha absoluta: diferencia de rango (Kuznets absoluto)
- Métrica de brecha relativa: razón de rango (Kuznets relativo) (Mujica, 2016)
- Son mediciones simples de la desigualdad:

Desigualdad absoluta: refleja la magnitud de la diferencia en salud entre dos grupos.

Desigualdad relativa: muestra las diferencias proporcionales en la salud entre grupos.

Tasa de incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad o evento que aparece en un periodo de tiempo determinado.

Formula:
$$\frac{\text{Numero casos de un evento en un periodo} \times 1000}{\text{Población en riesgo}}$$

- **Mediciones complejas de desigualdad.**

Estas métricas producen un número único que es expresión de la cantidad de desigualdad existente entre todos los subgrupos de una población. Se pueden

calcular usando programas informáticos estadísticos, aunque por lo general se pueden calcular con programas informáticos básicos. Existen dos tipos principales de mediciones complejas de desigualdad; Las que miden la desigualdad en una serie de grupos con un ordenamiento natural y las que no miden ordenadamente.

Las métricas que miden la desigualdad en una serie de grupos con un ordenamiento natural son:

Índice de desigualdad de la pendiente: (métrica de regresión) se usa para mostrar el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (más comúnmente educación y riqueza). Representa la diferencia absoluta en los valores predichos de un indicador de salud entre aquellos con el nivel más bajo de educación o riqueza, tomando en cuenta la distribución integra de la educación o la riqueza usando un modelo de regresión apropiado. Se puede entender como un estimado de la diferencia en un indicador de salud dado entre los menos privilegiados y los más privilegiados de una población. (OPS, 2016)

Índice de concentración: (métrica de desproporcionalidad) es una métrica relativa de desigualdad que muestra el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (más comúnmente educación o riqueza). Esta métrica indica el grado en que se concentra un indicador de salud entre los más

desaventajados o los más aventajados. Dado que la población se ordena de peor a mejor estado socioeconómico, el índice de concentración tiene un valor negativo cuando el indicador de salud se concentra en los más desaventajados, ya sea un indicador adverso como ser la mortalidad de los menores de cinco años. De no existir desigualdad, el índice de concentración es igual a cero. (OPS, 2016, pág. 41)

El alfabetismo como Estratificador de salud

Casi 800 millones de personas en todo el mundo no saben leer ni escribir. En su mayoría, son mujeres y niñas que pierden los beneficios de la educación. Esta supone una herramienta de gran valor contra la pobreza y los conflictos, contribuye a mejorar la salud y la independencia económica, cómo combatir el analfabetismo a través del acceso a la educación obligatoria, el reto de la enseñanza primaria y secundaria universal y la situación de las mujeres y niñas, las más afectadas por la falta de acceso a la educación.

Los países tienen prioridades financieras para cumplir con los compromisos establecidos por la ley, de acuerdo a eso hay un compromiso para asignar recursos financieros a educación por los diferentes estados y de esta forma cubrir las metas establecidas, entre otras que los niños en edad escolar asistan

a la escuela, la población adulta no sea analfabeta, y cumplir con el principio de equidad. (Caritas de Honduras, 2013).

La educación en Honduras es obligatoria para el nivel primario, y es gratuita para estudiantes del sector público. El sistema educativo en Honduras está organizado en Cuatro niveles: Educación Pre-Básica, Educación Básica, Educación Media (Secundaria) y Educación Superior. En 2011, la población total del país ascendió a 2, 187,188 estudiantes (sin incluir el Nivel terciario), de este total el 99.6 % están en matriculados en colegios adscritos al Sistema público y solo el 0.14 % pertenecen al sistema privado, según los Indicadores propuestos para medir la desigualdad educativa.

3.3 La Diabetes Mellitus

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en Honduras representa el 61 por ciento de todas las defunciones, resultando las enfermedades cardiovasculares la principal causa con el 27 por ciento del total, seguida del cáncer con un 14 por ciento, enfermedades respiratorias y diabetes con el cinco y dos, respectivamente. La diabetes mellitus II es una de las cuatro ENT seleccionadas para intervenir con carácter prioritario, la cual se asocia a una alta morbilidad y mortalidad, así como a un significativo deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen. (La Tribuna, 2016). El desarrollo de la

enfermedad se atribuye a una combinación de factores genéticos, actuando los ambientales como desencadenantes.

3.3.1 Desigualdades Sociales en salud en la población con diabetes mellitus tipo II

Se consideran determinantes estructurales de la salud (DSS) o factores sociales determinantes de las desigualdades en salud: el nivel de ingreso, la educación, la ocupación, el género, el grupo étnico, entre otros. Estos factores generan mecanismos de estratificación socioeconómica, y consecuentemente, desigualdad y exclusión social de determinados grupos poblacionales. El enfoque de análisis de los DSS intenta integrar los diferentes niveles y dimensiones desde los cuales se debe actuar para resolver problemas que están en la base de las inequidades en salud.

Los DSS ubican a más del 75 % de las personas con diabetes mellitus en países en vías de desarrollo en el año 2025, los que, por supuesto, cuentan con menos recursos que los desarrollados para enfrentar esa situación. (Dominguez Alonso , 2013). El contexto socioeconómico y político abarca el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente. Incluye los

mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas. (Pan American Health, 2012)

IV. Metodología

El diseño metodológico de este estudio describe el conjunto de procedimientos, métodos y técnicas mediante las cuales se recopiló la información y análisis de los resultados de la medición de las desigualdades en salud de la incidencia de la enfermedad Diabetes Mellitus en la población mayores de 15 años de seis municipios del departamento de Cortes: Villanueva, Pimienta, San Manuel, Potrerillos, San Antonio de Cortes y Santa Cruz de Yojoa; con el propósito de generar evidencias que las desigualdades sociales en salud están afectando la salud de la población con Diabetes mellitus.

El Tipo de estudio de esta investigación es de enfoque cuantitativo, tipo analítico, de corte transversal, los datos a revisados corresponden a los años 2014 y 2016 y se comparan de los resultados de ese período para ver sus tendencias y proyecciones.

El universo lo conformó la población con Diabetes Mellitus registrada en la base de datos existente de los 29 establecimientos de salud que se encuentran distribuidos en los Municipios en estudio, que corresponden al Departamento de Cortés, Honduras. La muestra es a conveniencia seleccionada por condición de acceso geográfico y disponibilidad de información en la base de datos de la población con Diabetes de 6 Municipios del Departamento de Cortés.

Muestra: a conveniencia (técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dado a la conveniencia de accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador). Son los casos de incidencia de Diabetes Mellitus de los años 2014 y 2016 de seis Municipios; y se tomaron los municipios que están más accesibles a la investigadora.

Se caracterizó epidemiológicamente la población mayor de 15 años; se utilizó el estratificador social educación y analizaron los resultados de la incidencia de la diabetes mellitus, obtenidos en los Municipios elegidos del Departamento de Cortes. El estudio inicio con la revisión de literatura sobre desigualdades en salud, la incidencia de la Diabetes Mellitus, y tomando referencias de la población afectada de los municipios en estudio. La recopilación de los datos bibliográficos básicamente fue de libros, sitios web, artículos científicos, y periódicos.

Las Variables analizadas en este estudio fueron:

Diabetes Mellitus: Conjuntos de trastornos metabólicos que afectan a la población mayor de 15 años en Villanueva, Pimienta, San Manuel, Potrerillos, San Antonio de Cortés y Santa Cruz de Yojoa.

Sexo: Características biológicas que definen en hombre y mujer a la población de estudio.

Edad: Tiempo de existencia de una persona o cualquier otro ser animado o inanimado desde su creación hasta la actualidad.

Procedencia: Municipios de Villanueva, Pimienta, San Manuel, Potrerillos, San Antonio de Cortés y Santa Cruz de Yojoa, correspondientes al Departamento de Cortés.

Nivel de alfabetismo: Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico. Se decidió trabajar con el índice de Alfabetismo 2013 debido a que el INE no tiene datos actualizados, ya que cada diez años actualiza el índice de alfabetismo nacional. Por lo que se tomó el más cercano con los años en estudio.

Tasa de Incidencia: Número de casos nuevos de la Diabetes Mellitus tipo II en los años 2014 y 2016 en los Municipios en estudio.

Desigualdades en salud: Es una diferencia sistémica y potencialmente evitable en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones por grupos poblacionales definidos por la tasa de alfabetismo, en la población mayor de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 en los años 2014 y 2016 en los municipios descritos.

Medición de desigualdades es la medición estadística de las diferencias que existen en la incidencia diabetes Mellitus en la población mayor de 15 años en

los años 2014 y 2016 en los Municipios en estudio. Las métricas de medición utilizadas fueron el Índice de Kuznets absoluto y relativo, índice de desigualdad de la pendiente y el índice de concentración de la salud.

La Fuente de información es fuente secundaria, la constituyo la base de datos estadístico del formulario de atenciones ambulatoria (ATA), instrumento en el cual se anotan las atenciones que el personal de salud brinda en cada uno de los establecimientos de salud de la Secretaria de Salud de Honduras de los Municipios en estudio en el Departamento de Cortés.

La unidad de observación es la base de datos de la incidencia de la Diabetes Mellitus tipo II en la población mayor de 15 años de los Municipios en estudio. La **unidad de Análisis** son las desigualdades de salud en la incidencia de la Diabetes Mellitus tipo II en la población mayor de 15 años de los Municipios estudiados.

El instrumento de esta investigación es una plantilla elaborada en Excel. Se realizó un pilotaje previo para validar la confiabilidad del instrumento que midió los resultados de acuerdo a los objetivos planteados, según las variables en estudio. Se realizó una segunda revisión de la información para verificar coincidencia de los datos y la calidad de la información. El procesamiento de la información, se ejecutaron mediante los Programas Microsoft Excel.

Las consideraciones éticas se basaron en la confidencialidad. Se protegió la identidad de los pacientes registrados en las ATA. El procedimiento para la recolección de la información incluyó la autorización del tutor de tesis; para proceder a recolectar la información de la base de datos a utilizar en el estudio.

Los resultados se dieron a conocer por medio de gráficos de barras y de dispersión. Se analizó los resultados de acuerdo a los objetivos en estudio. Finalizando el análisis e interpretación de los datos, se elaboraron las conclusiones, recomendaciones de acuerdo a los objetivos. Para desarrollar la parte procedimental se utilizaron las métricas de desigualdades de salud, con ayuda del programa de computación Microsoft Excel.

V. Resultados

Cuadro 1

Población Atendida mayor de 15 años en los establecimientos de salud según Municipio, en relación a la población total. Seis (6) Municipios del Departamento de Cortés, Honduras. Año 2014

| Municipios | Población Total | Población >15 años atendida X E.S | Porcentaje |
|-----------------------|------------------------|---|-------------------|
| Pimienta | 26,001 | 7,394 | 28% |
| Potrerillos | 24,870 | 7,495 | 30 |
| Villanueva | 144,046 | 42,274 | 29 |
| San Antonio de Cortés | 22,412 | 7,546 | 34 |
| San Manuel | 57,118 | 14,459 | 25 |
| Santa Cruz de Yojoa | 85,527 | 17,154 | 20 |
| Total | 302,856 | 96,322 | |

Fuente: Registro de Atenciones de establecimiento de salud de los 6 municipios en estudio

El 34% de la población atendida se concentra en el Municipio de San Antonio de Cortés y San Manuel, el 30% se concentra en el Municipio de Potrerillos y el 29% de acuerdo a sus poblaciones.

Cuadro 2

Población Atendida mayor de 15 años que consultaron al menos una vez, según Municipios de estudio, en relación a la población total seis (6) Municipios del Departamento de Cortés, Honduras. Año 2016

| Municipios | Población Total | Población >15 años atendida X ES | Porcentaje |
|-----------------------|------------------------|--|-------------------|
| Pimienta | 27,868 | 12,242 | 44% |
| Potrerillos | 26,695 | 7,796 | 29 |
| Villanueva | 154,229 | 70,158 | 45 |
| San Antonio de Cortés | 23,833 | 10,775 | 45 |
| San Manuel | 61,108 | 19,631 | 32 |
| Santa Cruz de Yojoa | 91,712 | 46,977 | 51 |
| Total | 385,445 | 167,579 | 43 |

El 51% de la concentración de consultas en mayores de 15 años que asistieron al menos una vez a consulta corresponde al Municipio de Santa Cruz de Yojoa; y 45% de concentración de población atendida fueron los Municipios de San Antonio de Cortés y Villanueva respectivamente, de acuerdo a sus poblaciones.

Cuadro 3

Población Atendida mayor de 15 años, en relación a la población con incidencia de Diabetes Mellitus II según Municipio, Departamento de Cortés. Año 2014

| Municipio | Población >15 años atendidas X ES | Población >15 años con DM2 | Porcentaje |
|--------------------------|---|--------------------------------------|-------------------|
| Pimienta | 7,394 | 158 | 2% |
| Potrerillos | 7,495 | 59 | 1 |
| Villanueva | 42,274 | 120 | 0.2 |
| San Antonio de Cortés | 7,546 | 61 | 1 |
| San Manuel | 14,459 | 78 | 1 |
| Santa Cruz de Yojoa | 17,154 | 125 | 1 |
| Total | 96,322 | 601 | 1 |

La población mayor de 15 años atendida en el año 2014 fue de 96,322, de las cuales 601 (1%) son diabéticos nuevos, presentando el Municipio de Pimienta el más alto porcentaje en relación a su población mayor de 15 años.

Cuadro 4

Población Atendida mayor de 15 años, en relación a diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II de seis (6) Municipios Departamento de Cortés. Año 2016

| Municipio | Población >15 años atendidas X ES | Población >15 años con DM2 | Porcentaje |
|-----------------------|---|--------------------------------------|-------------------|
| Pimienta | 12,242 | 177 | 1.4% |
| Potrerosillos | 7,796 | 35 | 0.4 |
| Villanueva | 70,158 | 173 | 0.2 |
| San Antonio de Cortés | 10,775 | 49 | 0.4 |
| San Manuel | 19,631 | 96 | 0.4 |
| Santa Cruz de Yojoa | 46,977 | 87 | 0.1 |
| Total | 167,579 | 617 | 0.36 |

La población mayor de 15 años atendida en el año 2016 fue de 167,579 y de las cuales 617 (0.36%) son diabéticos nuevos en los seis Municipios en estudio. En el porcentaje individual de cada Municipio, corresponde el más alto porcentaje al Municipio Pimienta con 1.4% de incidencia de DM tipo II en la población mayor de 15 años atendida en el establecimiento de salud.

Cuadro 5

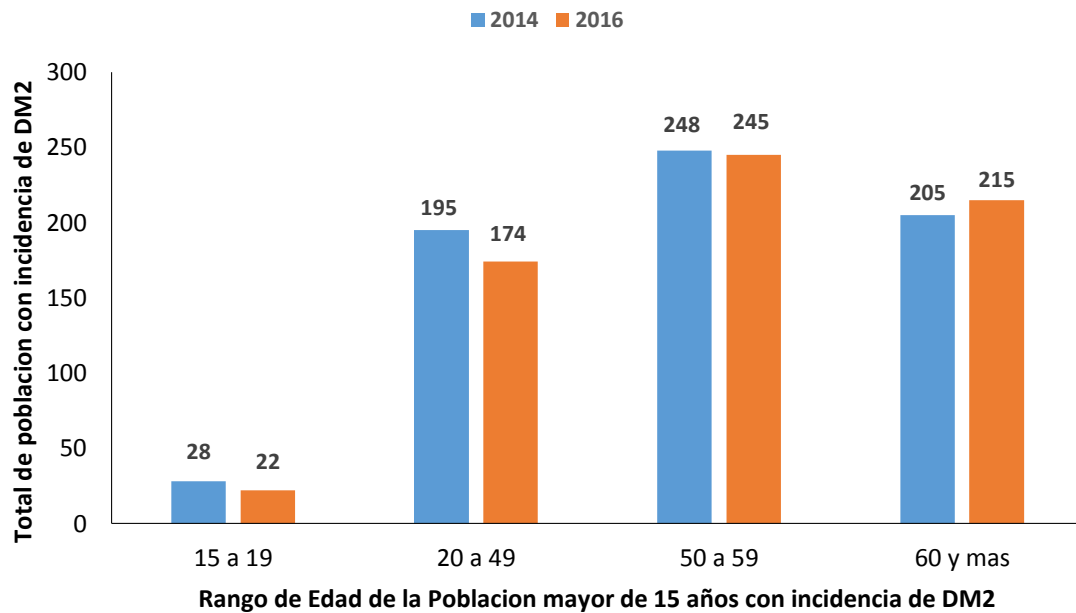
Nuevos casos de Diabetes Mellitus tipo II según sexo, en seis Municipios del Departamento de Cortés. Años 2014 y 2016

| Municipio | Año 2014 | | | | Año 2016 | | | |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | Mujer | % | Hombre | % | Mujer | % | Hombre | % |
| Pimienta | 105 | 23 | 53 | 22 | 178 | 14 | 75 | 11 |
| Potrerosillos | 45 | 10 | 13 | 5 | 62 | 5 | 36 | 5 |
| Villanueva | 148 | 32 | 72 | 30 | 323 | 27 | 208 | 31 |
| San Antonio de Cortés | 36 | 8 | 25 | 10 | 149 | 12 | 97 | 14 |
| San Manuel | 50 | 11 | 28 | 12 | 258 | 21 | 132 | 20 |
| Santa Cruz de Yojoa | 74 | 16 | 51 | 21 | 260 | 21 | 127 | 19 |
| Total | 458 | 100 | 242 | 100 | 1230 | 100 | 675 | 100 |

Según sexo en el año 2014, las mujeres presentaron mayor número de casos nuevos con Diabetes Mellitus tipo II: Villanueva con 32% y Pimienta con 23% de mujeres diabéticas nuevas. El año 2016 el Municipio que mayor población presentó Diabetes según sexo Mujer fue el Municipio de Villanueva con 26%, seguido por el Municipio de Santa Cruz de Yojoa y San Manuel, ambos con 21%. En ambos años el sexo mujer predominó sobre los hombres en el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

Grafico 1

Rango de edad de la población con incidencia de DM tipo II, de seis Municipios del Departamento de Cortés. Años 2014 y 2016

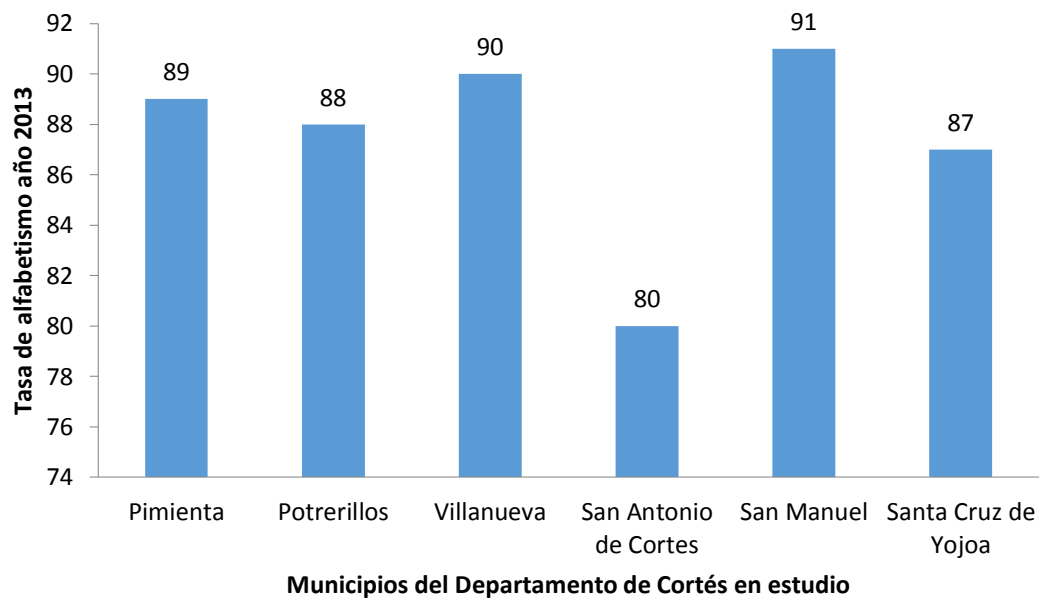


El rango de edad con más incidencia de la DM II, es de 50 a 59 años, seguido del rango 60 años y más.

Grafico 2

Tasa de alfabetismo X 100% habitantes mayores de 15 años de seis (6)

Municipios en estudio. Departamento de Cortés. Año 2013

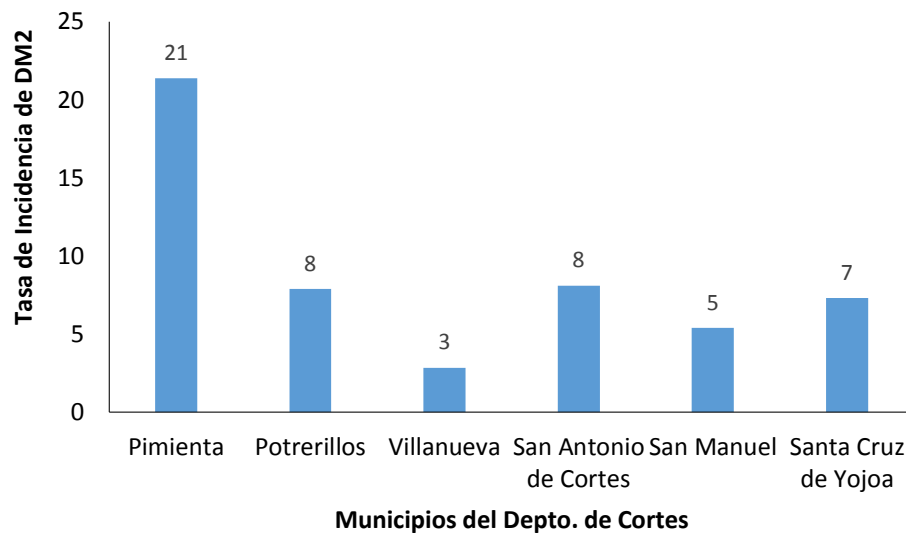


Fuente: INE 2013

La Tasa de alfabetismo por Municipio del año 2013 la más alta fue para el Municipio de San Manuel (91%) seguido por Villanueva (90%) y Pimienta (89%).

Grafico 3

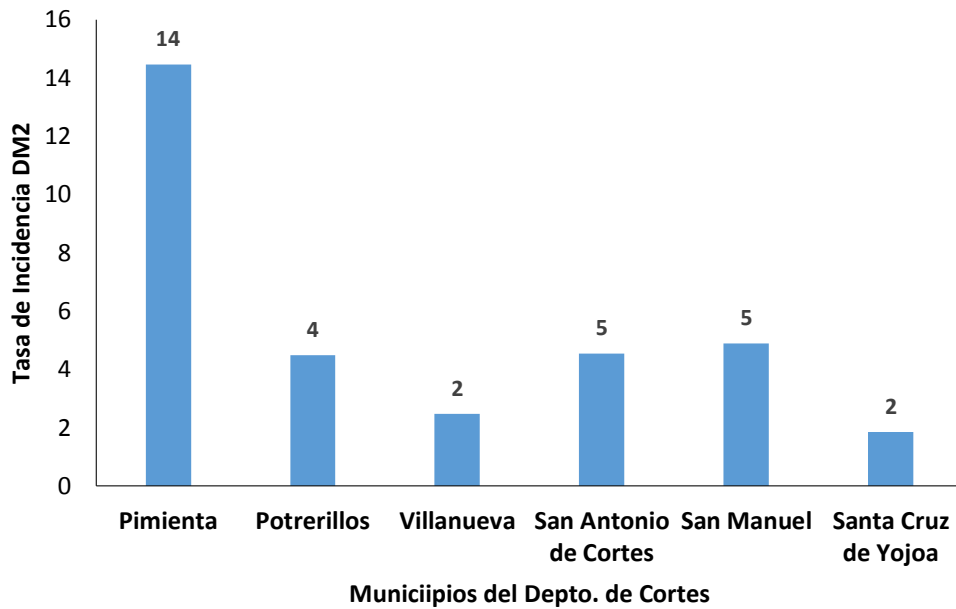
Tasa de incidencia de Diabetes mellitus Tipo 2, en la Población mayor de 15 años. Seis municipios, Departamento de Cortés. Año 2014



El Municipio de Pimienta presento una Tasa de incidencia de 21 x 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos, siendo el Municipio con la tasa más alta.

Gráfico 4

Tasa de Incidencia de Diabetes mellitus Tipo II, en la Población mayor de 15 años. De los Seis (6) Municipios del Departamento de Cortés. Año 2016

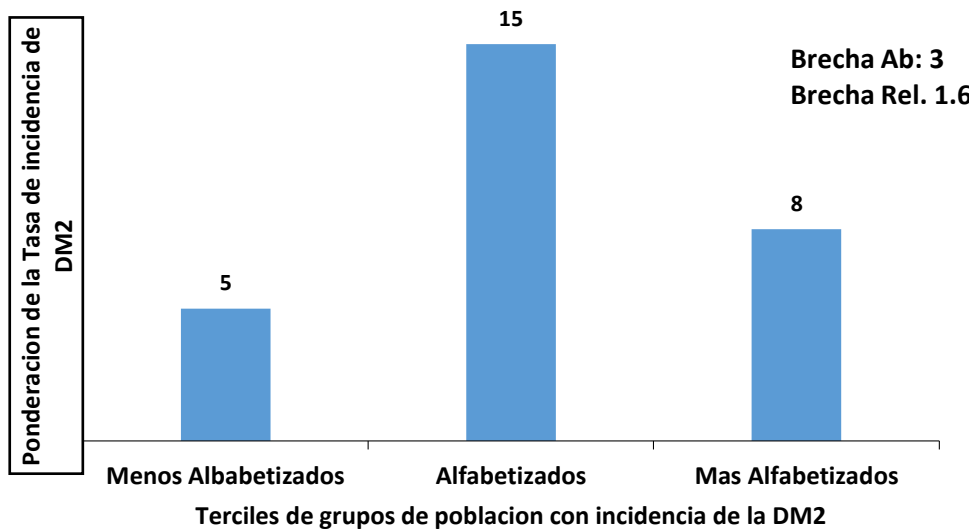


El Municipio Pimienta presentó una Tasa de Incidencia de 14 x 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos, siendo una de las tasas más altas en el 2016. La Tasa de Santa Cruz de Yojoa fue de 2 x 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos, siendo junto con Villanueva las tasas más bajas.

Grafico 5

Brechas de Desigualdad de acuerdo a terlices, según estratificador de equidad (alfabetismo) en seis (6) Municipios del Departamento de Cortés.

Año 2014



La grafica representa los Municipios divididos en terlices y la Tasa de incidencia de diabetes mellitus X 1000 habitantes mayores de 15 años. La diferencia absoluta es de 3 casos nuevos menos de Diabetes Mellitus entre el grupo menos alfabetizado y el grupo más alfabetizado. Y la diferencia relativa es de 1.6 casos menos de DM Tipo II, el grupo menos alfabetizado que en el grupo más alto de alfabetismo.

Cuadro 6

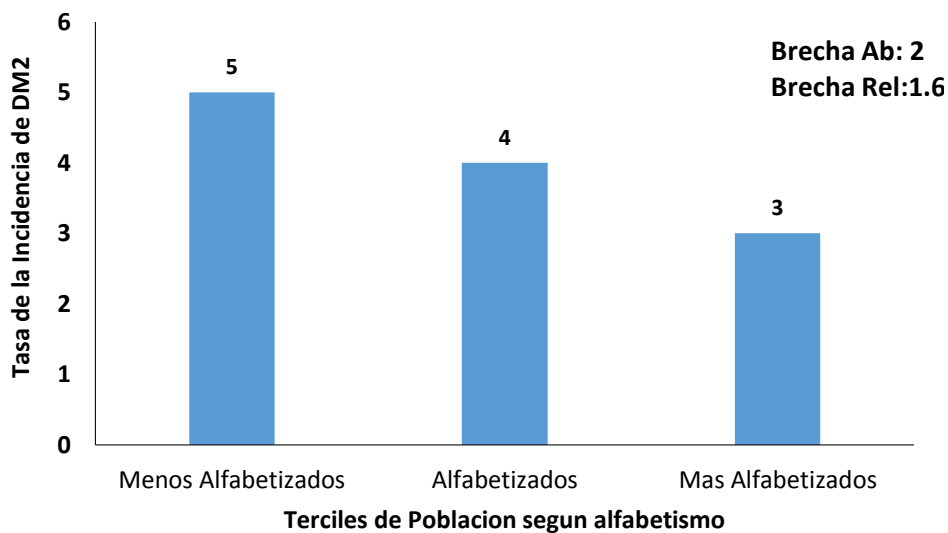
Tasa de Incidencia de DM2 y Tasa de alfabetismo de 6 Municipios del Departamento de Cortés. Año 2014.

| Municipio | Tasa de Incidencia de DM2 2014 | Tasa de alfabetismo 2013 |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------|
| San Antonio de Cortés | 8 | 80% |
| Potrerosillos | 8 | 88 |
| Pimienta | 21 | 89 |
| Villanueva | 3 | 90 |
| Santa Cruz de Yojoa | 7 | 90 |
| San Manuel | 5 | 91 |

La tasa de incidencia del año 2014 de los Municipios en estudio indica que Pimienta tiene la Tasa más elevada de DM tipo II, es de 21 X 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos, y su tasa de Alfabetismo 2013 es de 89 X100%.

Grafico 6

Brechas de Desigualdad absoluta y relativa según estratificador de equidad de DM2 en seis (6) Municipios del Departamento de Cortés. Año 2016.



La grafica muestra los Municipios divididos en terlices y la Tasa de incidencia de diabetes mellitus X 1000 habitantes mayores de 15 años. La diferencia absoluta es de 2 casos nuevos más de Diabetes Mellitus Tipo II, en el grupo menos alfabetizado en relación al grupo más alfabetizado. Y la diferencia relativa es de 1.6 casos más de DM Tipo II entre el grupo menos alfabetizado en relación a el grupo más alfabetizado.

Cuadro 7

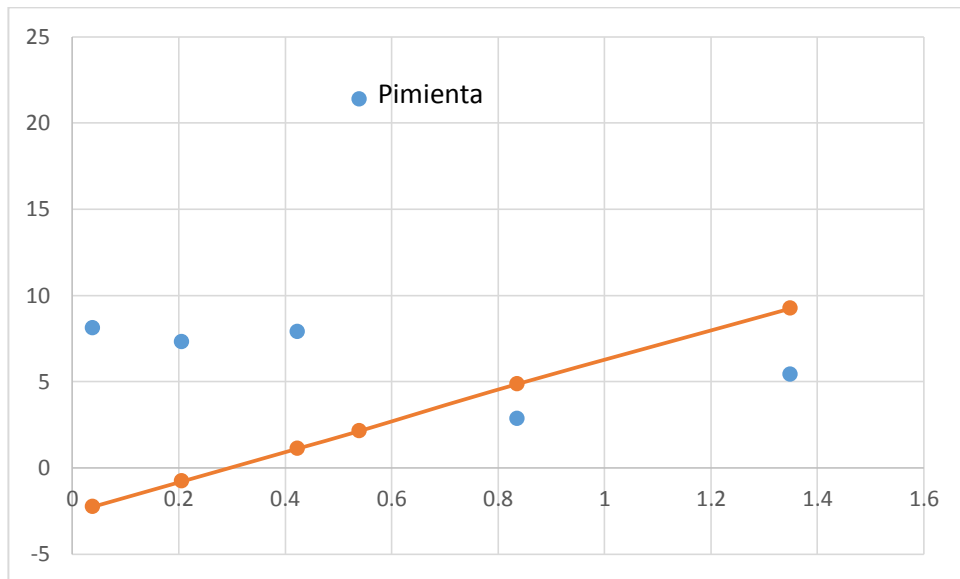
Tasa de Incidencia de DM2 y Tasa de alfabetismo 2013 de 6 Municipios del departamento de Cortés. Año 2016.

| Municipio | Tasa de Incidencia de DM2 2016 | Tasa de alfabetismo 2013 |
|-----------------------|---|-------------------------------------|
| San Antonio de Cortés | 5 | 80% |
| Potrerosillos | 4 | 88 |
| Pimienta | 14 | 89 |
| Villanueva | 2 | 90 |
| Santa Cruz de Yojoa | 2 | 90 |
| San Manuel | 5 | 91 |

La tasa de Incidencia de DM2 2016 de los Municipios en estudio indica que Pimienta mantiene una Tasa de incidencia de DM tipo II de 14 X 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos y Tasa de alfabetismo de 89 X 100% de habitantes mayores de 15 años; en relación a los demás Municipios.

Grafico 7

**Índice de desigualdad de la pendiente de Diabetes Mellitus II por
estratificador de equidad (alfabetismo) en seis Municipios del
Departamento de Cortés. Año 2014**



Pimienta es el Municipio que presenta más desigualdad en la incidencia de Diabetes Mellitus, en la gráfica del índice de desigualdad de la pendiente, año 2014. (Ver el cuadro 8)

Cuadro 8

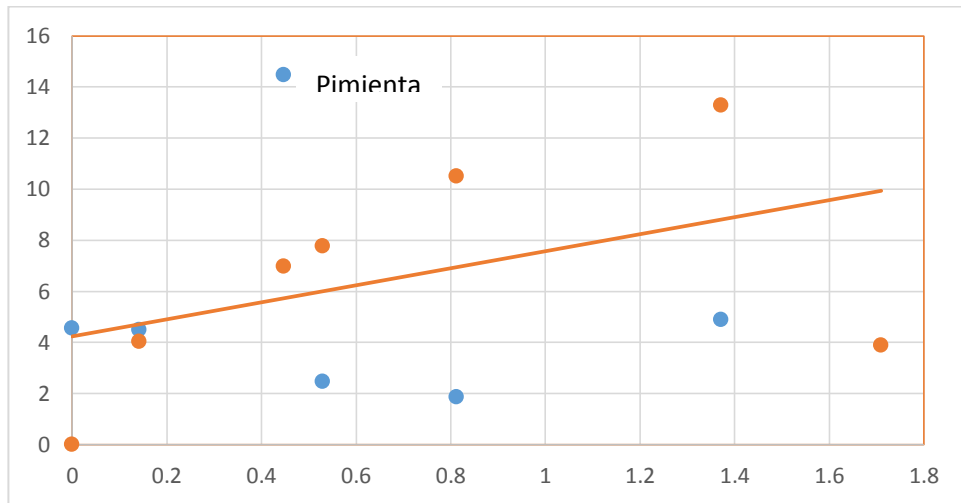
Índice de desigualdad de la pendiente de Diabetes Mellitus II por estratificador de equidad (alfabetismo) en seis Municipios del Departamento de Cortés. Año 2014

| ANÁLISIS DE VARIANZA | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------|---|--------------|---------------|--------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | | |
| | | Grados de libertad de cuadrado de los cua | | F | Valor crítico de F | | | | |
| Regresión | 2 | 3876250.13 | 1938125.06 | 3.6392916 | 0.15768196 | | | | |
| Residuos | 4 | 2130222.34 | 532555.584 | | | | | | |
| Total | 6 | 6006472.47 | | | | | | | |
| | | Coeficientes | Error típico | Estadístico t | Probabilidad | Inferior 95% | Superior 95% | Inferior 95.0% | Superior 95.0% |
| Intercepción | 0 | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A |
| Variable X 1 | 8.77286132 | 5.71220556 | 1.53580981 | 0.19938619 | -7.08676386 | 24.6324865 | -7.08676386 | 24.6324865 | |
| IDP | Variable X 2 | -2.60061672 | 5.34476751 | -0.48657247 | 0.65201832 | -17.4400703 | 12.2388369 | -17.4400703 | 12.2388369 |

El análisis de varianza, indica que el índice de desigualdad de la pendiente es $-2.6 = -3$. Lo que sería un exceso de 3 casos de DM II por cada 1000 mayores de 15 años en la población con Tasas más bajas de alfabetización en relación a los Municipios con Tasas más altas de alfabetización.

Gráfico 8

Índice de desigualdad de la pendiente por estratificador de equidad (alfabetismo) en seis (6) Municipios del Departamento de Cortés. Año 2016



Pimienta es el Municipio que presenta más desigualdad en la incidencia de Diabetes Mellitus, en la gráfica del índice de desigualdad de la pendiente, año 2016. (Ver el cuadro 9)

Cuadro 9

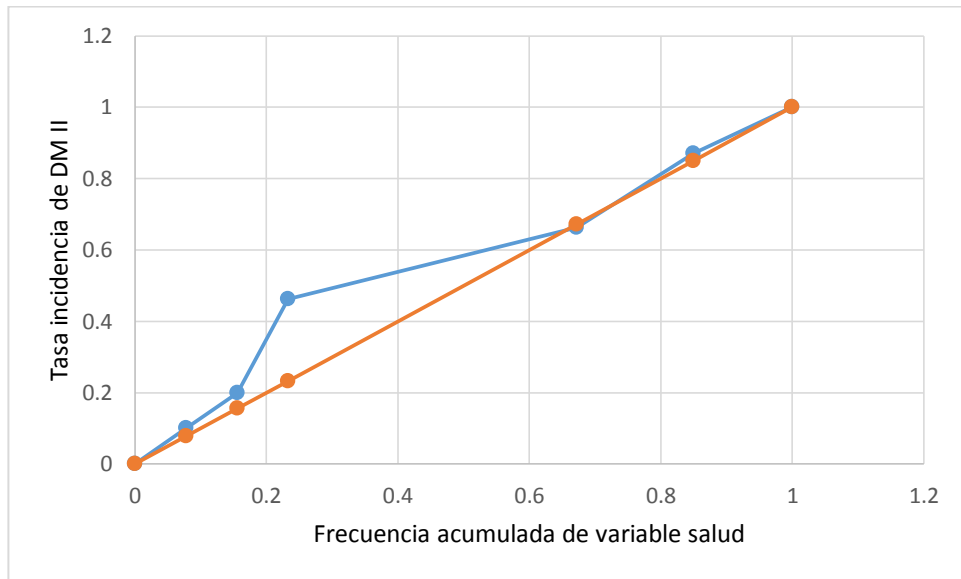
Índice de desigualdad de la pendiente por estratificador de equidad (alfabetismo) en seis (6) Municipios del Departamento de Cortés. Año 2016

| Resumen | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| <i>Estadísticas de la regresión</i> | | | | | | | | | |
| Coeficiente | 0.80333401 | | | | | | | | |
| Coeficiente | 0.64534553 | | | | | | | | |
| R ² ajustado | 0.30668191 | | | | | | | | |
| Error típico | 729.764061 | | | | | | | | |
| Observación | 6 | | | | | | | | |
| ANÁLISIS DE VARIANZA | | | | | | | | | |
| | <i>Grados de libertad</i> | <i>Suma de cuadrados</i> | <i>Media Cuadrado</i> | <i>F</i> | <i>Valor crítico de F</i> | | | | |
| Regresión | 2 | 3876250.13 | 1938125.06 | 3.6392916 | 0.15768196 | | | | |
| Residuos | 4 | 2130222.34 | 532555.584 | | | | | | |
| Total | 6 | 6006472.47 | | | | | | | |
| | <i>Coefficientes</i> | <i>Error típico</i> | <i>Estadístico t</i> | <i>Probabilidad</i> | <i>Inferior 95%</i> | <i>Superior 95%</i> | <i>Inferior 95.0%</i> | <i>Superior 95.0%</i> | |
| Intercepción | 0 | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | #N/A | |
| Variable X 1 | 8.77286132 | 5.71220556 | 1.53580981 | 0.19938619 | -7.08676386 | 24.6324865 | -7.08676386 | 24.6324865 | |
| IDP | Variable X 2 | -2.60061672 | 5.34476751 | -0.48657247 | 0.65201832 | -17.4400703 | 12.2388369 | -17.4400703 | 12.2388369 |

El índice de desigualdad de la pendiente es $-2.6=3$. Lo que sería un exceso de 3 casos de DMII por cada 1000 mayores de 15 años en la población con Tasas más altas de alfabetismo en relación a los Municipios con Tasas más bajas de alfabetismo.

Grafico 9

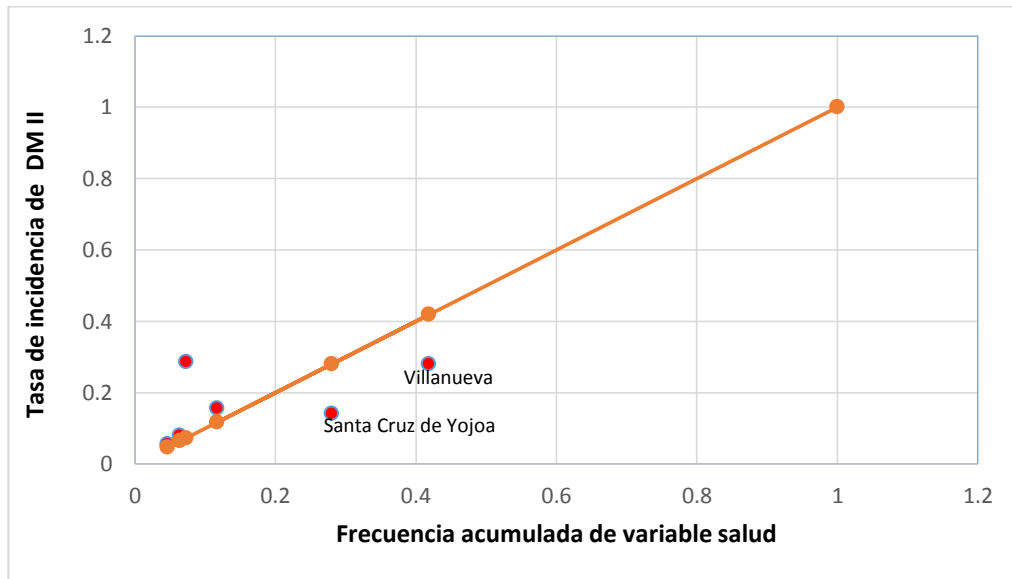
Índice de concentración de salud, según estratificador de equidad en seis (6) Municipios del Departamento de Cortés. Año 2014



La línea azul sobre la diagonal indica que los Municipios con un nivel de alfabetización bajo acumulan una cantidad de incidencia de DM tipo II superiores. El Índice de concentración en Salud equivale a -0.12 indica que hay un grado de desigualdad en la población menos alfabetizada en relación a la presencia de DM2. Los Municipios con población más alfabetizada (representados en la línea azul sobre la línea de equidad).

Grafico 10

Índice de concentración de la salud, año 2016 en seis (6) Municipios del Departamento de Cortés.



Los puntos rojos sobre la diagonal indican que los Municipios menos alfabetizados acumulan una cantidad de incidencia de DM tipo II, superiores. Los puntos rojos bajo la línea de equidad muestran los Municipios más alfabetizados y que también presentan desigualdad en la incidencia de DM2. En otras palabras; los Municipios alfabetizados y menos alfabetizados presentan desigualdades en la concentración de casos nuevos de DM.

VI. Análisis de Resultados

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional. (OPS/OMS, 2016)

El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 (OPS). La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012. (OMS, 2016)

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición. Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta,

actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones. (OMS, 2018)

Existe aproximadamente a nivel mundial 425 millones de adultos entre los 20 a 79 años que presentan DM tipo II; y que en Honduras existen 700 mil a 900 mil hondureños con DM tipo II; lo que da una prevalencia del 7% al 10%. En un estudio que realizó el Instituto Nacional del Diabético (INADI se encontró que el 67% son mujeres; el mismo dato que se repite a nivel mundial, siendo una morbilidad de uno de cada once personas con DM en el año 2017. También refiere el INADI que la carga económica para el gobierno a nivel nacional de la DM, para el año 2015 fue de 2,555,065,494 lempiras. (OPS/OMS, 2016)

La región Departamental de salud de Cortés, no tiene una base de datos que registre las estadísticas de Diabetes Mellitus tipos II a nivel departamental. Por lo que no tiene un dato específico de la incidencia de esta enfermedad crónica, lo que dificulta hacer un análisis comparativo con los demás municipios que componen el departamento. En los seis municipios del departamento de Cortés, que han sido seleccionados en este estudio (Villanueva, San Manuel, Pimienta, Potrerillos, San Cruz de Yojoa y San Antonio de Cortés), la DM tipo II ha venido manteniendo datos similares de los años 2014 al 2016.

En este estudio se hizo una comparación sobre las poblaciones en ambos años. El INE cada diez años hace una evaluación poblacional, por lo que en el estudio se ve un aumento de la población mayor de 15 años del año 2014 que fue de 96,316, al año 2016 aumento a 167,579 (con un incremento de 71, 257 pobladores mayores de 15 años en los seis municipios en estudio). Aunque las Tasas de incidencia de Diabetes Mellitus disminuyo de 6 (año 2014) a 4 X 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos en los establecimientos de salud de los seis municipios en estudio en el año 2016; esto no significa que el número de los casos haya disminuido, sino que se mantuvo (601 caso en 2014 y 617 en 2016).

Los casos nuevos de DM2 en la población en mayor de 15 años atendida en estos Municipios en el año 2014 correspondió a 96,316 y de las cuales 601 eran diabéticos por primera vez. La población mayor de 15 años atendida en el año 2016 fue de 16,759 y de las cuales 617 eran diabéticos por primera vez. El municipio de Pimienta presento 158 casos de DM II en el año 2014 y en el 2016 continúa en primer lugar de Diabetes con 177 casos, y la Tasa de incidencia más alta con 21 en el 2014 y en el 2016 con 14 X 1000 habitantes mayores de 15 años atendidos. La Tasa de incidencia más baja correspondió en el año 2014 a Villanueva con 3 X 1,000 habitantes de 15 años y 2 X 1,000 habitantes de 15 años atendidos en los establecimientos de salud.

En esta investigación los resultados encontrados indican que la atención a mujeres y hombres con DM tipo II, es mayor en el Municipio de Pimienta, probablemente debido a que usuarios de otros municipios aledaños buscan atención de salud en este municipio, ya que este cuenta con tres establecimientos de salud. Esto evidencia la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en esta población.

Un artículo publicado en ELSEVIER sobre Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2 en el año 2016, indican un gran impacto en la salud de las poblaciones y que la DM2 afecta de manera diferente a varones y mujeres; habría que distinguir si estas diferencias son debidas a la expresión de riesgos dispares ligados al sexo y/o relacionados con desigualdades de género. Y para ello, es preciso definir los conceptos de género y sexo. Es sabido que la salud de varones y mujeres es diferente y desigual.

Es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, y es desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciado a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud. Según Nancy Krieger, los términos género (concepto social) y sexo (característica biológica), además de

distintos, no son intercambiables; aunque, con frecuencia se confunden y usan indistintamente en la literatura científica contemporánea.

Dependiendo del resultado de salud a estudiar, ambos, ninguno, uno u otro pueden ser pertinentes como determinantes únicos, independientes, o sinérgicos de dicho resultado de salud. Por lo tanto, al hablar de desigualdades de género en DM tipo II tendríamos que encontrar esos determinantes de género (sociales) que están influyendo en las diferencias existentes en ese resultado de salud.

Se debe destacar que pocos estudios publicados en revistas de impacto mencionan el término «género», entendido como diferencias sociales que generan desigual salud, e incluso hay estudios que no contemplan la variable sexo en el análisis, lo que en sí puede suponer una desigualdad, ya que los resultados de las posibles complicaciones a largo plazo, así como la mortalidad, se sabe que son diferentes entre hombres y mujeres. (Sardin, 2011)

En ambos años el Municipio de Pimienta presento la Tasa de incidencia de DM tipo II, más alta; según los análisis de autoridades de salud del municipio la alta demanda de usuarios con DM2, se debe al abastecimiento de medicamentos para esta patología, ya que el municipio cuenta con el apoyo de la ONG

norteamericana “Over Washington Mission” que brinda de insumos y medicamentos al Municipio y tiene la intención de ejecutar un proyecto de clínica de atención exclusiva para pacientes diabéticos.

La federación internacional de Diabetes ha informado de que las desigualdades socioeconómicas exponen a las mujeres en los principales factores de riesgo de la diabetes por muchas causas como la mala nutrición, y poca actividad física (Canal de Salud, 2018) . En los resultados de esta investigación las mujeres presentaron mayor número de población con DM: Villanueva y Pimienta. En comparación con el año 2016 el municipio que más población presentó Diabetes según sexo mujer fue en el municipio de Villanueva, seguido por el Municipio de Santa Cruz de Yojoa.

En los resultados de esta investigación, en ambos años, el rango de edad con mayor incidencia de la DM tipo II en los seis Municipios en estudio fue de 50 a 59 años seguido de 60 años y más. Estos datos son relevantes, pues significa que la población de estos Municipios está enfermado antes de llegar a la tercera edad eso nos muestran los cuadros y graficas del estudio. En un artículo publicado en la revista electrónica Elsevier, la Diabetes Mellitus tipo 2 es la forma más frecuente de Diabetes, ya que representa entre el 90 y 95% de los

casos. Suele presentarse después de los 40 años e ir unida a la obesidad. (Bravo, 2002).

En el 2015, se diagnosticó una cantidad estimada de 1.5 millones de casos nuevos de diabetes (6.7 por cada 1000 personas) entre los adultos en los Estados Unidos de 18 años o mayores. Más de la mitad de esos casos nuevos fueron en adultos de 45 a 64 años, y la cantidad fue casi pareja entre los hombres y las mujeres. La incidencia ajustada por edad fue más alta en los negros no hispanos (9.0 por cada 1000 personas) y en las personas de origen hispano que en los blancos no hispanos (5.7 por cada 1000 personas) para el periodo 2013-2015. Los resultados de este estudio también reflejan que las edades en riesgo de incidencia de DM son de 50 a 59 años y en tercer lugar las edades en riesgo de incidencia de DM2 es de 20 a 49 años. Es una situación preocupante para la salud pública, debido a que año a año crecen los casos nuevos en personas más jóvenes, tal es el caso que en el rango de 15 a 19, en año 2014 el estudio revela 28 casos y 2016 22 casos. El informe Nacional de Estadísticas sobre Diabetes en los Estados Unidos de América, año 2017, indica que entre los niños y adolescentes menores de 20 años, los blancos no hispanos tenían las tasas más altas de casos nuevos de diabetes en comparación con los miembros de otros grupos raciales y étnicos. (OPS/OMS, 2017)

En los seis Municipios en estudio las Tasas de alfabetismo se encuentra en niveles altos, en algunos Municipios que van de 80 a 91% habitantes mayores de 15 años. De cierta manera la influencia de tener un mejor nivel educativo influye para que la población tenga mejores oportunidades de acceso, la diversidad nutricional que bien sean alimentos sanos y balanceados o como comidas rápidas (comida chatarra); influyen también a aquellas personas que dependen de un puesto de trabajo donde tienen que estar solo sentadas o solo paradas, y eso influye más al sedentarismo y a la poca actividad física de muchas personas, otras u otros deambulación en vehículos propios, o sus trabajos se les permite andar en transporte casi todo el día y todo al final afecta la salud.

El Nivel educacional: este ha sido ampliamente usado como un indicador del estatus socioeconómico, debido a su relación con los ingresos, la ocupación y el prestigio social. De igual modo, el nivel educacional está relacionado con el conocimiento sobre temas de salud, el interés por obtener información de salud y los estilos de vida saludables. Se ha demostrado que las personas con diabetes mellitus de bajo nivel educacional utilizan menos los servicios relacionados con el cuidado de su enfermedad. De igual modo, las personas con menor nivel educacional, son más propensas a pensar que su condición tiene un efecto adverso sobre su vida y a una menor adherencia al tratamiento. (Alonzo, 2013)

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Endocrinología de La Habana, Cuba, (Dominguez Alonso , 2013) se encontró que para desarrollar diabetes mellitus en sujetos con nivel educacional menor de secundaria básica en relación con aquellos con un nivel educacional superior, fue significativamente mayor solo en mujeres.

Un estudio realizado en EUA, con datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud, mostró que el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue 28 % mayor en diabéticos adultos con bajo nivel educacional, en relación con aquellos con nivel educacional alto. Esta asociación estuvo presente en todos los grupos de edad, en ambos sexos, y en todos los grupos étnicos con excepción de los hispanos. Los diabéticos con bajo nivel educacional sufrieron 503 defunciones más por cada 10 000 personas-años, en comparación con los que tenían un alto nivel educacional. Resultados similares se han obtenido en estudios llevados a cabo en Europa. (Alonzo, 2013)

La brecha de desigualdad más baja en el año 2014 corresponde a los municipios con mayor Tasa de alfabetismo, Lo que se deduce es que, entre mejor nivel educativo, tiene la población mayor probabilidad de acceso a no

llevar una vida con estilos saludables pues tienen más facilidades a las comidas chatarras, a viajar en vehículos propios, empleos sin mucha actividad física. La brecha en el tercil más bajo y más alto de alfabetismo en el año 2016 es mínima. Manteniéndose un tanto más elevada en los municipios con menos tasas de alfabetismo.

El Índice de desigualdad de la pendiente, en seis Municipios del Departamento de Cortes, en el año 2014 muestra desigualdad en los Municipios con Tasas más bajas de alfabetismo y en el año 2016 indica desigualdad en los Municipios con Tasas más altas de alfabetismo. El signo positivo indica que los casos nuevos de la Diabetes Mellitus tipo II se dan más en los grupos con tasas más altas de alfabetismo, lo que indica que entre mejor oportunidad alfabetización hay mayor riesgo de llevar una vida con estilos menos saludables para la salud. El índice de desigualdad de la pendiente, año 2014 y 2016 en seis Municipios del Departamento de Cortés, indica que Pimienta se mantiene con mayores casos de DM tipo II. Y manteniendo la Tasa de morbilidad más alta.

Los resultados de este estudio describen a los Municipios que tienen mayor incidencia de casos de DM tipo II, con nivel de alfabetismo más alto; y que este fenómeno no ha cambiado en los dos años de estudio, se mantiene la tendencia en el tiempo. Reflejando que se ha hecho poco o nada por mejorar la

situación de salud de la población de estos seis Municipios, especialmente de Pimienta, o que el trabajo de promoción y prevención que se ha estado manejando no está dando los resultados esperados por la Secretaria de Salud.

Pimienta cuenta con tres establecimientos de salud, coordinados en una sola red, y por las gestiones que las autoridades locales han hecho hay mayor número de recursos para atención de la población, y en los insumos, la organización Norteamericana Washington Overseas Mission (WOM, por siglas en ingles) que coordina el Doctor Tim Long, tiene un convenio con la alcaldía municipal de surtir de medicamentos tres veces al año con grandes cantidades de medicamentos para pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus; por lo que hay muchas probabilidad que no todos los usuarios que demandan atención por enfermedades crónicas, sean originarios de Pimienta.

Para disminuir las desigualdades en ambos grupos alfabetizados y menos alfabetizados, es necesario que las instituciones educativas y de salud promuevan actividades de prevención de enfermedades a través de la ejercitación física, alimentación balanceada y estilos de vida saludables. Enseñar a las poblaciones cuáles son los alimentos que deben de consumir de acuerdo a la edad, en especial los niños y jóvenes; diseñar planes educativos

que involucren a la población en general, ya que se prevé que la incidencia de Diabetes Mellitus seguirá repuntando en los próximos años.

En Honduras hay una iniciativa de parte del gobierno central, creando una política pública para promover la actividad física como un estilo de vida saludable para la prevención de enfermedades no transmisibles como la hipertensión, el sobrepeso la obesidad, la insuficiencia renal entre otras. Es una actividad acompañada por la OPS/OMS. La iniciativa comenzó con la creación de parques de diversiones y recreo vías en diferentes zonas del país. Además de tener como objetivo principal la prevención. La iniciativa Honduras Actívate, fue reforzada con el decreto ejecutivo para la creación de la comisión técnica de coordinación institucional para la formulación y ejecución de un plan nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. (Honduras Activate, 2019)

Cabe destacar que este programa ha sido trasladado también a instituciones del sector salud como el hospital San Felipe que cuenta con su propia área del programa Honduras Actívate, el Instituto Nacional del Diabético (INADE) también cuenta con el programa, ofreciendo permanentemente actividades de ejercitación física y educativas y nutricionales. Las actividades físicas se han extendido en competiciones de carreras de fondo masculino y femenino,

ciclismo profesional masculino y femenino y el baile de zumba, como una rutina que practica en cada evento y en el recreo vías. (Honduras Activate, 2019)

VII. Conclusiones

1. La incidencia de la diabetes se presenta más en las mujeres en los Municipios del Departamentos de Cortés, en los años 2014 y 2016; debido a que las mujeres son las que más visitan los establecimientos de salud.
2. El resultado de este estudio demuestra que la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II se está dando en grupos de edad de personas antes de iniciar la tercera edad, en ambos años en estudio.
3. El Municipio con mayor incidencia de Diabetes Mellitus en la población mayor de 15 años es el Municipio de Pimienta en ambos años de estudio.
4. En los años 2014 en los grupos más alfabetizados tienen mayor brecha de desigualdad; y en el 2016 los grupos menos alfabetizados tienen mayor desigualdad que el grupo más alfabetizado, en la incidencia de casos de Diabetes Mellitus.
5. El Índice de Desigualdad de la Pendiente en el año 2014 muestra desigualdad absoluta de incidencia de DM tipo II, en los grupos con

mayor alfabetismo. En el año 2014 por cada caso en los demás Municipios estudiados, en Pimienta ocurren 10 casos. Y en el año 2016 el IDP en el Municipio de Pimienta indica que por cada caso que ocurre en los demás Municipios; en Pimienta ocurren 22 casos.

6. El índice de concentración de la salud en el año 2014 se mantiene sobre la línea de equidad, excepto el municipio de Pimienta que concentrados mayor incidencia de casos. Y en el año 2016 indica que los Municipios de Santa Cruz de Yojoa y Villanueva presentan más concentración de casos nuevos. El Municipio que esta sobre la línea de equidad es el municipio de Pimienta y presenta mayor concentración de casos de Diabetes Mellitus tipo II.

VIII. Recomendaciones

1. El Estado de Honduras debe actualizar las políticas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles e inversión en sitios de prácticas de deporte para evitar el sedentarismo en la población.
2. La Secretaria de salud debe iniciar un plan estratégico de promoción y prevención de enfermedades crónicas; enfatizando en los estilos de vida saludable que incluya una nutrición adecuada, actividad física y evitando así el sedentarismo en la población e iniciar a empoderar a la población en el autocuidado dirigidos a todos los estratos sociales.
3. Concertar con los medios de comunicación audio y visuales, que deben colaborar con los procesos de promoción y prevención de la salud campañas de publicidad a favor de incentivar prácticas de salud física y hábitos alimenticios saludables en la población. Permanentemente. no esporádicamente.
4. Adquirir un compromiso con la región donde se realizó el estudio, que se trabaje con una base de datos más específico, ya que fue difícil obtener los datos, y así llevar el control de estos pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

5. El Estado de Honduras debe vigilar que los programas de promoción y de prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles lleguen a toda la población y a todo el país de manera equitativa evitando desigualdades en el acceso y cobertura.

IX. Bibliografía

- Caritas de Honduras. (2013). Pobreza , desigualdad e inequidad. *Pastoral Social/ Caritas de Honduras*, 1.
- OMS. (2005). *Determinantes Sociales de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OPS/OMS. (2017). *Salud en las Americas. Resumen: panorama regional y perfiles de pais*. Washington, D.C.: OMS.
- Alonzo, E. D. (2013). Desigualdades Sociales y Diabetes Mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 3 - 5.
- American Diabetes. (january de 2012). *www.intramed.net*. Recuperado el 12 de diciembre de 2016, de www.intramed.net: www.intramed.net/userfiles/2012/file/guias_diabetes1.pdf
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. (2015). Desigualdades en salud : definiciones ,conceptos y teorías. *Rev Panam Salud Publica* , 38, 262.
- Banco Mundial. (7 de Octubre de 2015). *redaccion@criterio*.
- BCH. (2012). Honduras en cifras. (B. C. Honduras, Editor)
- Benach J, M. C. (2005). *Aprender a Mirar la salud*. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”.
- BIOMEDICA. (2016). Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Revista del Instituto Nacional de Salud*, 1-7.
- Borrell , C., Rue , M., Pasarin, M. I., Benach, J., & Kunst, A. E. (2000). La medicion de las desigualdades en Salud en el año 2000. *Gaceta Sanitaria*, 14 suplemento 3, 20-33. Recuperado el 28 de 05 de 2016, de <http://www.gacetasanitaria.org> el 28/05/2016
- Borrell, C., Diez, E., Morrison, J., & Camprubi, L. (2012). *Proyecto medea.org*. Recuperado el 26 de julio de 2018, de [Proyecto medea.org](http://www.proyectomedea.org): <http://www.proyectomedea.org/privado/docs/publicaciones/libritoequidadsaludurbana.pdf>
- Bravo, J. M. (2002). Diabetes Mellitus Tipo 2. *ELSEVIER*, 1- 38.

- Canal de Salud. (14 de Noviembre de 2018). *Diabetes en Funcion de edad y sexo*. Obtenido de Diabetes en Funcion de edad y sexo: www.tucanaldesalud.es/es/tusaludaldia/articulos/diabetes-funcion-edad-sexo
- Cañete Alonso, R. (2016). *Privilegios que niegan derechos. Desigualdad extrema y secuestro de la democracia en America Latina y el Caribe*. OXFAM. Lima: Buho. Recuperado el 11 de septiembre de 2017, de <https://www.oxfam.org>
- Cardenas, H. (2010). *Desigualdad en desarrollo humano y la transmisión intergeneracional de la desigualdad educativa en Honduras*. PNUD. Tegucigalpa: Xmedia. Recuperado el 11 de septiembre de 2017
- CEPAL. (26 de Enero de 2015). *Honduras el pais mas pobre de america latina*. Obtenido de www.latribuna.hn: <http://www.latribuna.hn/2015/01/26/cepal-honduras-el-segundo-pais-mas-pobre-de-america-latina/>
- CEPAL, ONU. (2016). *La matriz de la desigualdad social en America Latina*. Santo Domingo: ONU.
- Cienfuegos Illanes, J. (2016). Una aproximacion a las desigualdades a proposito de la familia transnacional: tensiones micro y macrosociales. *Desacatos* 52, 70.
- D'amico, V. (2013). La desigualdad como definicion de la cuestion social en las agendas transnacionales sobre politicas sociales para America Latina. (R. Network, Ed.) *Working paper* (49), 7. Recuperado el 30 de septiembre de 2017
- Dominguez Alonso , E. (Mayo de 2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol*, 24(2), 200-213. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000200009
- Erazo, M. D. (26 de Agosto de 2016). *Desigualdad y Violencia Social*. Obtenido de <http://www.proceso.hn/criterios1/item/130306-desigualdad-y-violencia-social.html>
- Federacion Internacional Diabetes. (sf de Octubre de 2015). *Atlas de la Diabetes*. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes. Obtenido de Fundacion Diabetes.Org: <https://www.fundaciondiabetes.org>
- Garcia, A. (5 de Abril de 2011). *Alfabetizacion de Mujeres Adultas*. Obtenido de [/www.consumer.es](http://www.consumer.es):

http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2011/04/05/199838.php

Hernandez Santana, A. (Ene.-Mar. de 2013). Paradigma Epistemologico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas de Honduras. *Revista Cubana Salud publica*, 39(1), 1-3. doi:version On-line ISSN 0864-3466

Hernandez, I. (2 de marzo de 2012). Desigualdades sociales en salud. *SESPAS*.

Honduras Activate. (12 de Julio de 2019). *Honduras Activate*. Obtenido de Honduras Activate: <http://hondurasactivate.com/?q=Quienes-Somos>

INE. (02 de Marzo de 2013). *Indicadores de Desarrollo por Municipio*. Obtenido de Indicadores de Desarrollo por Municipio: <https://www.ine.gob.hn/>

INEGI. (2014). Obtenido de www.inegi.org.mx: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/invest>

Insulza, J. M. (2011). *Desigualdad e inclusion social en las Americas*.

Junta de Galicia. (Octubre de 2014). *Consejería de Sanidad*. Recuperado el 2017 de septiembre de 2017, de Consejería de Sanidad: <http://www.sergas.es/Saude-publica>

Junta de Galicia. (2014). *LEY 14/2013, de 26 de diciembre, de racionalización del sector público*. Diario oficial de Galicia . Obtenido de https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2014/20140127/AnuncioC3B0-301213-0001_es.html

La Tribuna. (20 de Diciembre de 2016). Cada 24 horas surge un Diabético en Honduras. *Cada 24 horas surge un Diabético en Honduras*. Obtenido de www.latribuna.hn: <http://www.latribuna.hn/2016/12/20/24-horas-surge-diabetico-honduras/>

Lafleur, M. T., & Velez, J. (febrero de 2014). *Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras*. Tegucigalpa: PNUD, ONU.

Lobato Huerta, S. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigacion y ciencia de la Universidad Autonoma de Aguascaliente*, 2.

Ministerio de Salud de Panama. (2016). *Desigualdades en salud en Panama*. Obtenido de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/informe_de_desigualdades_en_salud.pdf

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. (2011). *Equidad en salud y desigualdades sociales en salud*. Madrid: Ministerio Sanidad, consumo y Bienestar Social. Recuperado el 10 de septiembre de 2017
- Miyar Otero, L., Zanetti, M. L., & de Souza Texeira, C. R. (Septiembre-octubre de 2007). Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. *Rev Latino-am Enfermagem*(15). Obtenido de www.scielo.br/scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700009&script=sci_arttext&tlng=es
- Mujica, O. (11 de Junio de 2016). Taller de Medición, Análisis y Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud, FCM-UNAH. *Taller de Medición, Análisis y Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud, FCM-UNAH*. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras: FCM-UNAH.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health. (2017). *Informe Nacional de Estadísticas*. Estados Unidos.
- OMS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. *WHO/IER/CSDH/08.1*, 4.
- OMS. (2016). *Informe Mundial Sobre la Diabetes*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2016). *Perfiles de los países 2016; Honduras*. Obtenido de www.who.int: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/hnd_es.pdf?ua=1
- OMS. (abril de 2017). *10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/
- OMS. (30 de Octubre de 2018). *Diabetes*. Recuperado el 02 de marzo de 2019, de Diabetes: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- OMS/OPS. (2000). *Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI)*. San Salvador: OMS/OPS.
- OPS. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS. (2016). *Informe Mundial sobre Diabetes*. Washington, D.C.: OPS/OMS. Obtenido de Informe Mundial sobre Diabetes, 2016: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446&lang=es
- Ortiz, I., & Cummins, M. (Agosto de 2016). *Desigualdad Global*. Obtenido de https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Desigualdad_Global.pdf

- Otero, P. M., Di Virgilio, M. M., & Boniolo, P. (2010). Pobreza y desigualdad en America Latina y El caribe. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO*, 12-13.
- Pan American Health. (2012). Determinantes e inequidades en salud.
- Pan American Health. (2012). *Salud en las Americas*. Obtenido de www.paho.org: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012>
- Reina Cleavs, R. (2015). *Honduras y su economia*. Obtenido de Honduras y su economia: <http://www.hondurasysueconomia.com/?p=851>
- Rivera, J. C. (18 de Mayo de 2016). la Diabetes y la Obesidad matan a mas Hondureños. *Diario La Prensa*.
- Rodriguez, R. (2019). Medicina. En r. RODRIGUEZ.
- Rojas de P, E., Molina, R., & Rodriguez, C. (2012). Definición, Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes Mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 1.
- Rosales Lemus, E. (2015). *Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Guatemala*. Obtenido de Asomigua.org: <http://asomigua.org/wp-content/uploads/2015/03/ARTICULO-2.pdf>
- Rosales Lemus, E. (2015). Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Nicaragua. *Asociacion de medicina interna en Guatemala*, 1-3.
- Rossel, c., & Lopez Cariboni, S. (2012). *Edad desigualdad y redistribucion :Hacia la orientación etaria*. Madrid: Fundación Carolina.
- Sardin, M. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. *Elsevier*.
- Semler R, C. (Diciembre de 2006). *Estratificacion Social y Clases Sociales*. Obtenido de [/repositorio.cepal.org](http://repositorio.cepal.org): <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle>
- SESAL. (JUNIO de 2014). Plan nacional de salud 2014- 2018. *Plan nacional de salud 2014-2018*, s.d.
- SESPAS. (marzo-abril de 2012). *Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria*. Salud Pública, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España, Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Alicante. Recuperado el 18 de diciembre de 2016, de <http://dx.doi.org/1016/gaceta> 2011: www.doi.org/1016/gaceta 2011

UNESCO. (2013). Situación Educativa de América Latina y el Caribe /Hacia una educación para todos. *Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago)*, 15.

X. Anexos.

Cuadro de Operacionalización de variables

| Título de la investigación: situación de salud que a través de la medición de desigualdades socioeconómicas existen en la población con Diabetes Mellitus en los Municipios del Departamento de Cortes en los 2014 y 2016 | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|--|----------------------|---|--|---|--|--|---|
| Objetivo General: Analizar la situación de salud que a través de la medición de desigualdades socioeconómicas existen en la población con Diabetes mellitus en los municipios del departamentos de cortes en los años 2014 y 2016. | | | | | | | | | | |
| Objetivo específico | Variable | Concepto | Definición operacional | Tipo de variable | Que datos responderá a la variable | De que Fuente deben obtenerse los datos de la variable | Técnica | Instrumento a construir | Indicadores | Ítems o pregunta |
| 1. Describir la situación demográfica en la población con Diabetes Mellitus en los Municipios del Departamento de Cortés, en los años 2014 y 2016 | Diabetes | Es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, | Es una enfermedad crónica que se identifica por los altos niveles de azúcar en la sangre | Cuantitativa ordinal | El número de personas con diabetes en el Departamento de Cortés en los años 2014 y 2016 | Morbilidad y el Trans en la población con diabetes en la Región Departamental de Salud de Cortés en el año 2014 y 2016 | Revisión documental y separación de enfermos por diabetes | Formato en Excel con recopilación de información de la morbilidad de la población con diabetes en los años 2014- 2016 en los Municipio del Departamento Cortés | 1.1 Número de pacientes con diabetes en los Municipios del Departamento de Cortes registradas. | 1. ¿Cuántos enfermos por diabetes se registraron en los Municipios del Dpto. de Cortes en los años 2014 y 2016? 2. ¿Qué Municipio del Dto. de Cortes registra mayor número de casos de diabetes? |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|-----------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|---|
| | Procedencia | Espacio ocupado por un individuo en un periodo de tiempo determinado | Municipios del departamento de Cortes | Cualitativa, nominal | Enfermos con diabetes por municipio | Morbilidad y el Trans en la población con diabetes en la Región Departamental de Cortés en el año 2014 y 2016 | Revisión documental y separación de enfermos de diabetes por procedencia | Formato en Excel con recopilación de información de la población con diabetes años 2014 y 2016 en el Dpto. Cortés. | 1.2 Prevalencia de los casos con diabetes según procedencia registrada | 3. ¿En qué Municipio del Departamento de Cortes hay más casos de diabetes? |
| | Edad | Tiempo de existencia de una persona otro ser desde su creación hasta la actualidad | Es la cantidad de años que tiene una persona | Cuantitativa, nominal | Enfermos con diabetes por edad | Morbilidad y Trans de la población con diabetes registrados en la región Dptal. de Salud de los municipios del dpto. Cortés en los años 2014 y 2016. | Revisión documental y separación de enfermos de diabetes por edad | Formato en Excel con recopilación de información de la población con diabetes por edad años 2014 y 2016 en el Dpto. Cortés | 1.3 Frecuencia de la morbilidad en la población con diabetes según edad descrito | 2. ¿Cuántos enfermos por DM se registraron por edad en los E.S de Municipios del Dpto. de Cortés durante 2014 y 2016? |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|----------------------|---|--|---|---|--|---|
| | Índice de alfabetismo por Municipio | Proporción de la población adulta de 15 años de edad y más que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico. | persona que sabe leer y escribir con facilidad | cuantitativa ordinal | Número de pacientes diabéticos con alfabetismo de los Municipios del Departamento de Cortés | Indicadores Básicos contruidos por el INE. | Revisión documental y recopilación de los indicadores básicos | Registro en base de datos los indicadores de índice de Alfabetismo de los Municipios del Departamento de Cortés | 2.2 Número de pacientes diabéticos con alfabetismo de los Municipios del Departamento de Cortés encontrado | ¿Sabe leer y escribir hasta qué grado hizo? |
|--|-------------------------------------|---|--|----------------------|---|--|---|---|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|-----------------------------|--|---|--|---|--|--|
| <p>3 Describir la situación de las desigualdades sociales en la salud de la población con Diabetes Mellitus por estratificador de equidad en salud en los Municipios del Departamento de Cortes en los años 2014 y 2016</p> | <p>Medición de desigualdades</p> | <p>Son métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio.</p> | <p>Es la diferencia que existe en materia de salud entre un grupo de población y otro, dentro el mismo Departamento o en diferentes Departamentos</p> | <p>Cuantitativa Ordinal</p> | <p>Número de pacientes con diabetes de los Municipios del Departamento de Cortes e Índice de alfabetismo</p> | <p>Indicadores básicos del INE 2014-2016 Base de datos estructurada</p> | <p>Cálculo de métricas básicas de desigualdad rango, regresión y desproporcionalidad</p> | <p>Formato en Excel con datos de población e índice y prevalencia de alfabetismo de los Municipios del Departamento Cortés.</p> | <p>3.1 Calculada la métrica de Rango. (Frecuencia absoluta = Número de pacientes con diabetes del cuartil más bajo – del cuartil más alto. 3.2 Calculada la métrica de Regresión. (PSR + Número de pacientes con diabetes). 3.3 Calculada la métrica de Desproporcionalidad. (frecuencia relativa acumulada / la constante 2</p> | <p>¿Qué gradiente social es la que tiene mayor desigualdad en salud? ¿Existe o no desigualdad social en los Municipios del Departamento de Cortes?</p> |
|---|----------------------------------|---|---|-----------------------------|--|---|--|---|--|--|

Cuadro anexo 1 Recolección de datos Municipio de Pimienta 2014

| Establecimientos de Salud del Municipio Pimienta Departamento de Cortés | Pobl x E.S | Pobla > de 15años Atendida en los E.S | Población con Incidencia de Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|---|------------|---------------------------------------|--|---|-------|---|--------------|----|-------|-----|--------------|----|-------|-----|---------------|---|-------|----|--------|----|-------|-----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| Herman Pascua Leiva | 17,756 | 5,443 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 | 4 | 25 | 90 | 23 | 19 | 26 | 158 | 8 | 6 | 30 | 33 | 35 | 29 | 83 | 282 |
| Santiago | 8,245 | 1,951 | 1 | 0 | 3 | 1 | 4 | 7 | 5 | 45 | 4 | 28 | 8 | 80 | 9 | 2 | 6 | 39 | 18 | 37 | 22 | 165 |
| TOTAL | 26,001 | 7,394 | 1 | 0 | 5 | 2 | 8 | 11 | 30 | 135 | 27 | 47 | 34 | 238 | 17 | 8 | 36 | 72 | 53 | 66 | 105 | 447 |

Cuadro anexo 2 Recolección de datos Municipio de Potrerillos 2014

| Establecimientos de Salud del Municipio Potrerillos Departamento de Cortés | Pobla x E.S | Pobla > de 15años Atendida en los E.S | Población con Incidencia Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|--|-------------|---------------------------------------|---|---|-------|---|--------------|---|-------|----|--------------|---|-------|----|---------------|---|-------|----|--------|----|-------|----|
| | | | 15 a 19 | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| Potrerillos | 24,870 | 7,495 | 1 | 0 | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 | 25 | 4 | 5 | 14 | 34 | 5 | 6 | 15 | 25 | 14 | 13 | 45 | 88 |
| TOTAL | 24,870 | 7,495 | 1 | 0 | 3 | 4 | 4 | 3 | 13 | 25 | 4 | 5 | 14 | 34 | 5 | 6 | 15 | 25 | 13 | 13 | 45 | 88 |

Cuadro anexo 3 Recolección de datos Municipio de Villanueva 2014.

| Establecimiento de Salud del Municipio de Villanueva Departamento de Cortés | Pobl x E.S | Pobl > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2014 | | | | | | | | | | | | | | Total | | | | | |
|---|------------|---------------------------------------|--|---|-------|---|--------------|----|-------|----|---------|----|-------|-----|---------------|----|-------|-----|--------|----|-------|-----|
| | | | 15años a 19 | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CMO Villanueva | 59,875 | 11,081 | 2 | 0 | 4 | 2 | 6 | 14 | 21 | 60 | 12 | 18 | 19 | 80 | 7 | 13 | 30 | 163 | 27 | 45 | 74 | 305 |
| CMO Dos Caminos | 19,562 | 7,610 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 4 | 6 | 2 | 0 | 6 | 8 | 2 | 2 | 3 | 3 | 7 | 2 | 15 | 18 |
| CMO El Milagro | 11,986 | 6,734 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 11 | 18 | 6 | 8 | 16 | 30 | 2 | 4 | 8 | 12 | 12 | 12 | 36 | 60 |
| CSR El Venado | 4,351 | 1,352 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 6 | 5 | 3 | 5 | 9 |
| CSR Nuevo Chamelecón | 17,468 | 2,653 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 7 | 2 | 3 | 3 |
| CSR San Isidro VN | 3,178 | 1,389 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| CMO El Calan VN | 21,766 | 9,721 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| CSR El Sauce | 1,202 | 979 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| CSR Nva Suyapa | 4,658 | 755 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Total | 144,046 | 42,274 | 6 | 4 | 12 | 7 | 18 | 17 | 40 | 89 | 25 | 33 | 46 | 126 | 20 | 26 | 50 | 189 | 72 | 80 | 148 | 411 |

Cuadro anexo 4 Recolección de datos Municipio de San Manuel 2014.

| Establecimientos de Salud del Municipio de San Manuel Departamento de Cortés | Pobl total | Pobl > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|--|------------|---------------------------------------|--|---|-------|---|--------------|----|-------|----|--------------|----|-------|----|---------------|----|-------|----|--------|----|-------|-----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CSR Tacamiche | 13,752 | 1,342 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 6 | 1 | 2 | 2 | 6 | 1 | 2 | 3 | 10 | 3 | 6 | 7 | 22 |
| CSR La Sabana | 7,666 | 1,898 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 10 | 2 | 4 | 5 | 15 | 2 | 2 | 5 | 14 | 6 | 9 | 11 | 39 |
| CMO San Manuel | 16,087 | 6,484 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 14 | 3 | 4 | 4 | 13 | 1 | 1 | 4 | 15 | 4 | 8 | 11 | 43 |
| CSR Coowle | 2,728 | 1,040 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 11 | 1 | 2 | 2 | 13 | 5 | 7 | 6 | 27 |
| CSR Guadalupe | 6,025 | 830 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 7 | 2 | 3 | 2 | 8 | 0 | 3 | 3 | 9 | 3 | 8 | 7 | 24 |
| El Plan | 10,860 | 2,865 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 2 | 7 | 2 | 4 | 3 | 9 | 2 | 4 | 3 | 10 | 7 | 11 | 8 | 26 |
| Total | 57,118 | 14,459 | 0 | 0 | 1 | 1 | 8 | 15 | 10 | 47 | 13 | 20 | 19 | 62 | 7 | 14 | 20 | 71 | 28 | 49 | 50 | 181 |

Cuadro anexo 5 Recolección de datos Municipio de San Antonio 2014.

| Establecimientos de Salud del Municipio de San Antonio de Cortés del Departamento de Cortés | pob total | Pobl > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|---|---------------|---------------------------------------|--|---|-------|---|--------------|----|-----------|----|--------------|---|-----------|----|---------------|---|----------|----|--------|----|-------|----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | Hombre | | Mujer | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CMO San Antonio | 13,580 | 3,634 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 8 | 7 | 8 | 3 | 3 | 6 | 11 | 1 | 2 | 3 | 9 | 8 | 13 | 17 | 28 |
| CSR Nueva Granada | 3,474 | 2,956 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 7 | 5 | 6 | 3 | 16 |
| CSR San Juan | 3,879 | 528 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 8 | 8 | 9 | 9 | 17 |
| CSR La Ceibita | 1,479 | 428 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 5 | 7 | 9 |
| Total | 22,412 | 7,546 | 0 | 0 | 1 | 1 | 10 | 15 | 17 | 19 | 9 | 9 | 11 | 24 | 6 | 9 | 7 | 26 | 25 | 33 | 36 | 70 |

Cuadro anexo 6. Recolección de datos Municipio de Santa Cruz de Yojoa 2014

| Establecimientos de Salud del Municipio de Santa Cruz de Yojoa Departamento de Cortés | Pobl x E.S | Pobl > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|---|------------|---------------------------------------|--|---|-------|---|--------------|----|-------|---|--------------|----|-------|----|---------------|----|-------|----|--------|----|-------|----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | Hombre | | Mujer | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CSR El Llano | 7,022 | 1,641 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 7 | 2 | 4 | 4 | 8 | 3 | 7 | 2 | 4 | 4 | 8 | 9 | 19 | 10 | 21 |
| CMO Peña Blanca | 19,794 | 5,288 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 6 | 8 | 10 | 6 | 10 | 11 | 17 |
| CSR Las Flores | 10,463 | 2,764 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 6 | 7 | 5 | 8 | 11 | 9 | 2 | 2 | 2 | 11 | 11 | 14 | 19 | 27 |
| CMO Santa Cruz | 24,340 | 2,391 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 7 | 7 | 10 |
| CSR Yojoa | 9,954 | 2,124 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 9 | 12 |
| CSR San Isidro Yojoa | 10,506 | 1,745 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 6 | 5 | 4 | 4 | 7 | 5 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 14 | 11 | 12 |
| CSR Los Caminos | 3,448 | 1,201 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 7 | 7 | 7 | 10 |
| Total | 85,527 | 17,154 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 21 | 3 | 0 | 1 | 34 | 28 | 37 | 14 | 18 | 22 | 38 | 51 | 75 | 74 | 9 |

Cuadro anexo 1. Recolección de datos Municipio de Pimienta. 2016

| Establecimientos de Salud del Municipio Pimienta Departamento de Cortés | Pobl x E.S | Pobla > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Incidencia de Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|---|------------|--|--|---|-------|---|--------------|----|-------|-----|--------------|----|-------|-----|---------------|----|-------|----|--------|-----|-------|-----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| Herman Pascua Leiva | 19,033 | 9,719 | 0 | 0 | 3 | 3 | 7 | 14 | 33 | 103 | 32 | 30 | 31 | 189 | 7 | 13 | 34 | 40 | 46 | 57 | 131 | 335 |
| Santiago | 8,835 | 2,523 | 0 | 0 | 2 | 2 | 7 | 13 | 15 | 56 | 10 | 37 | 14 | 98 | 12 | 15 | 16 | 44 | 29 | 65 | 47 | 200 |
| TOTAL | 27,868 | 12,242 | 0 | 0 | 5 | 5 | 14 | 27 | 48 | 159 | 42 | 67 | 45 | 287 | 19 | 28 | 50 | 84 | 75 | 122 | 178 | 535 |

Cuadro anexo 2. Recolección de datos Municipio de Potrerillos 2016

| Establecimientos de Salud del Municipio Potrerillos Departamento de Cortés 2016 | Pobl x E.S | Pobla > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Incidencia de Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|---|-------------|--|--|---|-------|---|--------------|---|-------|---|--------------|---|-------|---|---------------|---|-------|---|--------|----|-------|----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| Potrerillos | Potrerillos | 26,695 | 7,796 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 6 | 3 | 9 | 5 | 7 | 4 | 5 | 5 | 6 | 11 | 16 | 14 |
| Total | TOTAL | 26,695 | 7,796 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 4 | 6 | 3 | 11 | 7 | 14 | 4 | 5 | 5 | 6 | 11 | 16 | 14 |

Cuadro anexo 3. Recolección de datos. Municipio de Villanueva 2016

| Establecimientos de Salud del Municipio Villanueva Departamento de Cortés 2016 | Pobl x E.S | Pobla > de 15 años Atendida en los E.S | Población con Incidencia de Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|--|------------|--|--|---|-------|---|--------------|----|-------|----|--------------|----|-------|----|---------------|----|-------|----|--------|----|-------|-----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hom bre | | Mujer | | Hombr e | | Mujer | | Hombr e | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CMO Villanueva | 63,946 | 25,990 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 | 6 | 10 | 3 | 3 | 7 | 9 | 5 | 5 | 6 | 7 | 11 | 15 | 20 | 27 |
| CMO Dos Caminos | 20,976 | 14,787 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 6 | 6 | 3 | 3 | 3 | 5 | 8 | 11 | 14 | 18 |
| CMO El Milagro | 12,862 | 7,824 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 6 | 6 | 7 | 3 | 3 | 5 | 3 | 10 | 12 | 15 | 17 |
| CSR El Venado | 4,652 | 2,121 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 6 | 6 | 5 | 7 |
| CSR Nuevo Chamelecón | 18,762 | 5,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 6 | 5 | 8 | 11 |
| CSR San Isidro VN | 3,393 | 1,708 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 7 | 9 | 10 | 10 |
| CMO El Calan VN | 23,367 | 10,673 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 6 | 8 | 14 | 12 | 16 |
| CSR El Sauce | 1,257 | 778 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 8 | 7 | 11 | 14 |
| CSR Nva Suyapa | 5,014 | 1,277 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 6 | 7 | 5 | 7 | 13 |
| Total | 154,229 | 70,158 | 0 | 2 | 5 | 5 | 10 | 17 | 22 | 38 | 29 | 30 | 41 | 46 | 32 | 35 | 34 | 44 | 71 | 84 | 102 | 133 |

Cuadro anexo 4. Recolección de datos. Municipio de San Manuel 2016

| Establecimientos de Salud del Municipio de San Manuel Departamento de Cortés | Pob Total | | Población con Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|---|-----------|--------|--|---|-------|---|--------------|----|-------|----|--------------|----|-------|----|---------------|----|-------|----|--------|----|-------|----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CSR Tacamiche | 14,174 | 4,441 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 3 | 5 | 6 | 3 | 5 | 7 | 2 | 9 | 3 | 2 | 11 | 16 | 12 | 15 |
| CSR La Sabana | 8,089 | 2,134 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| CMO San Manuel | 16,195 | 6,484 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 | 4 | 8 | 4 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 7 | 14 | 19 | 15 | 22 |
| CSR Coowle | 2,821 | 1,327 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 3 |
| CSR Guadalupe | 6,809 | 2,150 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| CSR El Plan | 13,020 | 3,096 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 4 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 6 | 8 | 12 | 14 |
| Total | 61,108 | 19,632 | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 16 | 16 | 22 | 17 | 17 | 18 | 22 | 14 | 21 | 17 | 17 | 43 | 55 | 53 | 63 |

Cuadro anexo 5. Recolección de datos. Municipio de San Antonio 2016

| Establecimientos de Salud del Municipio de San Antonio de Cortés del Departamento de Cortés | pob total | Población con Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | |
|---|---------------|--|----------|----------|----------|--------------|----------|----------|-----------|--------------|----------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | | |
| | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | |
| | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | |
| CMO San Antonio | 14,536 | 6,646 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 2 | 5 | 7 | 7 | 4 | 6 | 2 | 3 | 9 | 14 | 15 | 14 |
| CSR Nueva Granada | 3,684 | 2,435 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 3 | 9 | 9 | 12 | 13 |
| CSR San Juan | 4,158 | 1,220 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| CSR La Ceibita | 1,455 | 474 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Total | 23,833 | 10,775 | 0 | 3 | 2 | 3 | 6 | 5 | 12 | 7 | 6 | 9 | 11 | 13 | 8 | 11 | 4 | 6 | 20 | 25 | 29 | 29 |

Cuadro anexo 6. Recolección de datos. Municipio de Santa Cruz de Yojoa. 2016

| Establecimientos de Salud del Municipio Santa Cruz de Yojoa 2016 | Pobl x E.S | Pobla > de 15años Atendida en los E.S | Población con Incidencia de Diabetes Mellitus por Grupo de Edad Año 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|--|------------|---------------------------------------|--|---|-------|---|--------------|----|-------|----|--------------|----|-------|----|---------------|----|-------|----|--------|----|-------|----|
| | | | 15 a 19 años | | | | 20 - 49 años | | | | 50 - 59 años | | | | 60 años y mas | | | | | | | |
| | | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | | Hombre | | Mujer | |
| | | | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N | S |
| CSR El Llano | 7,546 | 3,745 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| CMO Peña Blanca | 21,236 | 12,300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 8 | 7 | 6 | 8 | |
| CSR Las Flores | 11,220 | 6,125 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| CMO Santa Cruz | 26,124 | 12,667 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 9 | 7 | 11 | 10 | |
| CSR Yojoa | 10,687 | 4,291 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 7 | 2 | 4 | 4 | 8 | 3 | 7 | 2 | 4 | 4 | 8 | 9 | 19 | 10 | 21 |
| CSR San Isidro Yojoa | 11,314 | 5,368 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| CSR Los Caminos | 3,675 | 2481 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| Total | 91,802 | 46,977 | 1 | 1 | 4 | 5 | 14 | 17 | 14 | 15 | 14 | 17 | 12 | 18 | 14 | 15 | 14 | 18 | 43 | 50 | 44 | 56 |
| Total | 91,802 | 46,977 | 1 | 1 | 4 | 5 | 14 | 17 | 14 | 15 | 14 | 17 | 12 | 18 | 14 | 15 | 14 | 18 | 43 | 50 | 44 | 56 |

PLAN DE ANÁLISIS

Plan de análisis de la situación de salud y las desigualdades socioeconómicas de la población con Diabetes en los Municipios del Departamento de Cortes 2014 y 2016

| # | Objetivos | Variable | Plan de análisis |
|---|--|---|--|
| 1 | Describir la situación demográfica la población con diabetes en los Municipio del Departamento de Cortés , en los años 2014 y 2016 | Población con diabetes de los Municipios del Departamento de Cortés. | Incidencia de los casos de la población con diabetes. Todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes de los Municipios del Departamento de Cortés. |
| | | Edad | Edad en años cumplidos registrado en la base de datos. condición de género masculino y femenino |
| | | Procedencia | Lugar o espacio geográfico donde vive el paciente diabético |
| | | Nivel de alfabetismo Nivel de escolaridad que tienen las personas con diabetes | Grado de preparación académica de la población con diabetes. |
| 3 | Estimar las métricas básicas de desigualdad de la población con diabetes en el Departamento de Cortes años 2014 y 2016 | Métricas Rango | Elaborar tabla de Excel con los datos de los municipios, de la población con diabetes con el estratificador social (ingreso per cápita, nivel de alfabetismo). Ordenar de mayor a menor de acuerdo al estratificador |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| | | | <p>social</p> <p>Calcular percentil brecha absoluta del percentil más bajo menos el percentil más alto.</p> <p>Calcular la Brecha relativa es igual al percentil más bajo entre el percentil más alto.</p> |
| | | Métricas de regresión | <p>Calcular peso de la población de cada Municipio, calcular la frecuencia simple y frecuencia acumulada</p> <p>Ponderación del estratificador social alfabetismo con eso calcular la PSR(posición social relativa) más la prevalencia de Diabetes predicha</p> |
| | | Métricas de Desproporcionalidad | <p>A la PSR se le aplica logaritmo ,luego volvemos calcular el peso población absoluta y población relativa , se calcula</p> |
| 4 | Analizar los resultados obtenidos en la medición de desigualdades sociales en salud en la población con Diabetes Mellitus de los Municipio del Departamento de Cortés años 2014 y 2016 | Desigualdades sociales en Salud | <p>Analizar los resultados de las métricas de rango, regresión y desproporcionalidad de acuerdo a los rangos establecidos por la OMS</p> |

| Cruce de categorías o Variables | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| Categoría y variables identificadas | Posibles cruces de variables | Tipo de estadístico a aplicar | Tipo de gráfico, tabla, etc. Para visualizar los resultados |
| <p>Procedencia: Cualitativa</p> <p>Lugar donde vive la persona con diabetes</p> | Población con diabetes según procedencia | Frecuencias absolutas | Descriptivas, : gráficos de barra y tablas de Frecuencia absoluta, medias de tendencia central o de centralización |
| <p>Edad: Cuantitativa</p> <p>Años cumplidos de la persona al momento del registro de los datos</p> | Población con diabetes según Edad | Promedios frecuencias absolutas | Tablas de datos discretos agrupados, gráficos de barra |
| <p>Ingreso Económico</p> <p>Ingreso Perca pita</p> | Población con diabetes según ingreso económico | Frecuencias absolutas promedios | Tablas de frecuencia de datos discretos y gráficos de barra |
| <p>Nivel de Alfabetismo</p> <p>Grado de escolaridad de las personas con diabetes</p> | Población con diabetes según nivel de escolaridad. | Frecuencias, promedios | Tabla de frecuencia absolutas y grafico de barra |
| <p>Servicios de salud brindados en los establecimientos de salud</p> | Distribución de la población según: Atenciones de Salud, medicamentos proporcionados, exámenes de laboratorio, educación en salud reuniones de intercambio de experiencias | Frecuencias absolutas promedios | Tablas de frecuencia de datos discretos y gráficos de barra |

| | | | |
|---|--|-----------------|--|
| Métrica de Rango (Absoluta y Relativa) | Número de pacientes con diabetes, nivel de alfabetismo, ingreso per cápita, población, | Microsoft Excel | Tabla en Excel |
| Métrica de Regresión | Número de pacientes con diabetes, nivel de alfabetismo, población | Microsoft Excel | Gráficos lineales |
| Métrica de Desproporcionalidad | Número de pacientes con diabetes, nivel de alfabetismo, población | Microsoft Excel | Gráficos de dispersión |
| Desigualdades en Salud | Resultado de la aplicación de las métricas | Microsoft Excel | Análisis de las métricas (documento en Word) |

