

ARTÍCULO ORIGINAL

Determinantes sociales de la salud y antígeno SARS-CoV-2 en un triaje de Honduras

Social determinants of health and SARS-CoV-2 antigen in a triage center in Honduras

Dulce Suyapa Lara Vallejo¹  <https://orcid.org/0009-0008-4813-5410>, Nora Rodríguez Corea²  <https://orcid.org/0000-0003-1749-4556>.

¹Secretaría de Salud Honduras, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Establecimiento de Salud San Juancito; Tegucigalpa, Honduras.

²Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La pandemia por COVID-19 evidenció el impacto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en la vulnerabilidad, pronóstico y acceso a servicios sanitarios. En Honduras, las desigualdades estructurales agravaron la crisis, especialmente en grupos sociales desfavorecidos. La creación de Centros Temporales de Triage y Estabilización (CETTE) permitió atender la demanda emergente, siendo el CETTE de la Universidad Católica de Honduras un punto clave para el análisis de DSS. **Objetivo:** Analizar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y el resultado de la prueba de antígeno para SARS-CoV-2 en el CETTE de la Universidad Católica de Honduras en Tegucigalpa; durante enero a diciembre de 2021. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo. El universo correspondió a 6,191 personas cuya información fue recopilada en la base de datos registro de pacientes UNICAH. Se calculó una muestra en EPIINFO correspondiendo a 362. Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos y pruebas de asociación para identificar relaciones entre DSS y positividad de prueba. **Resultados:** Se confirmó que los DSS influyen en la positividad de la prueba de antígeno para SARS-CoV-2, se identificó asociaciones significativas: edad ≤ 12 años y ≥ 60 años ($p=0.009$), trabajadores con exposición ocupacional ($p=0.036$) entre positividad en la prueba de antígeno y determinantes sociales edad y profesión. **Discusión:** Es necesario crear estrategias dirigidas a disminuir la desigualdad. Este estudio aporta evidencia para el diseño de políticas públicas orientadas a la equidad sanitaria, especialmente en contextos de crisis y en poblaciones vulnerables. **Palabras clave:** COVID-19, Determinantes sociales de la salud; Prueba de antígeno del SARS-CoV-2.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 evidenció el impacto de las desigualdades en materia de salud, afectando de manera desproporcionada a los grupos socialmente desfavorecidos. En Honduras, estas brechas se manifestaron en limitaciones para el acceso oportuno a un diagnóstico, atención médica y condiciones de vida adecuadas, elementos que incrementan la incidencia de enfermedades y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo.¹ Una situación económica desfavorecida caracterizada por bajo nivel educativo, pobreza material, baja renta y condiciones de vivienda precarias, predisponen a la imposibilidad de tener un estado óptimo de salud.² En este contexto, la gestión de la pandemia ha sido un desafío sin precedentes, en un país ubicado históricamente en una posición de vulnerabilidad estructural.³

Con el transcurso del tiempo, se ha desarrollado progresivamente un amplio campo investigativo orientado al entendimiento y manejo de los determinantes sociales de la salud. Estas investigaciones han confirmado que diversos factores sociales influyen de manera significativa el estado de salud y que existe una vinculación sistemática entre las condiciones sociales de ventaja o desventaja y los resultados en salud.⁴

Por tal motivo, resulta indispensable promover el desarrollo de estudios orientados a fortalecer el conocimiento sobre los Determinantes Sociales de Salud (DSS) en el contexto de la Pandemia de COVID-19. El objetivo de la investigación fue analizar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y el resultado de la prueba de antígeno para SARS-CoV-2 en el Centro Temporal de Triage y Estabilización (CETTE) de la Universidad Católica de Honduras (UNICAH) en Tegucigalpa; durante enero a diciembre de 2021.

Recibido: 09-12-2025 Aceptado: 01-09-2026 Primera vez publicado en línea: 30-09-2026
Dirigir correspondencia a: Dulce Suyapa Lara Vallejo
Correo electrónico: dradulcelara@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Lara-Vallejo DS, Nora RC, Determinantes sociales de la salud y antígeno SARS-CoV-2 en un triaje de Honduras. Rev Méd Hondur. 2026; 94(2).xx. DOI: 10.5377/rmh.v94i2.23792

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional descriptivo retrospectivo. Este diseño fue seleccionado porque permitió estimar la frecuencia de positividad y su asociación con los determinantes sociales en un periodo específico, siendo adecuado para estudios exploratorios en contextos de alta demanda como el triaje. El universo fue conformado por 6,191 pacientes atendidos en el triaje de la Universidad Católica de Honduras en Tegucigalpa. Se calculó una muestra en el programa estadístico EPIINFO versión 7.2.6 (Tamaño del universo: 6,191, frecuencia esperada: 50%, nivel de confianza: 95%, margen de error aceptable: 5%). El tamaño de muestra obtenido fue de: 362 pacientes. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, donde cada paciente en la base de datos tenía su respectivo número arábigo (marco muestral) y mediante un programa en línea generador de números aleatorios se seleccionaron los casos hasta completar la muestra requerida. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: población que solicitó oferta de servicios de salud en el triaje de la UNICAH en el periodo de estudio, cuyos datos estuvieran efectivamente registrados en la base de datos. Entre los criterios de exclusión se consideraron datos incompletos o duplicados.

Para la recolección de información se realizó la revisión de la base de datos del registro de pacientes del triaje de la UNICAH, creada mediante Google Forms por las autoridades del mismo triaje y actualizada durante cada turno por los médicos asistenciales. La base recolectaba los siguientes datos: edad, sexo, colonia de procedencia, profesión, condiciones preexistentes, resultado de prueba de antígeno y diagnóstico, modalidad de tratamiento. La base de datos se encontraba en formato de hoja de cálculo de Excel. Se realizó depuración de los datos, de tal manera que la información recolectada se consideró fidedigna. Se procedió a la definición de variables agrupadas, siendo estas: grupo etario vulnerable (menor o igual a 12 años y mayor o igual a 60). Por considerarse grupos con mayor riesgo biológico y social frente a COVID-19. Ocupación con exposición laboral, donde se incluyó: personal de salud, comerciantes, conductores/motoristas, técnicos varios, atención al cliente, estilistas/barberos y guardias de seguridad. Estas ocupaciones aplican interacción frecuente con terceros y menor posibilidad de distanciamiento físico. La clasificación de residencia según el tipo de urbanización se basó en criterios urbanísticos descritos en 2013 por Chaín Rojas, y validados por personal técnico de la Alcaldía Municipal del Distrito Central. Se establecieron cuatro categorías: rural, urbanización abierta, urbanización inicialmente abierta y posteriormente cerrada (cerrada tipo 1), y urbanización cerrada desde su inicio (cerrada tipo 2).⁵

Para el análisis de las variables, se empleó en primer lugar estadística descriptiva. Para las variables de naturaleza cualitativa (sexo, profesión, domicilio, condiciones preexistentes, resultado de antígeno) se usaron medidas de frecuencia tipo conteo y porcentaje. Para las variables de naturaleza cuantitativa (edad) se utilizaron medidas de tendencia central

como media, desviación estándar, mínimos, máximos y/o rangos.

Los parámetros poblacionales fueron estimados empleando intervalos de confianza al 95% como estadísticos inferenciales. Para el análisis bivariado se empleó la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de significancia menor de $p=0.05$ para establecer la asociación de la variable dependiente: positividad de la prueba de antígeno para SARS-CoV-2 y las variables independientes (cualitativas): sexo, profesión, domicilio y antecedentes patológicos personales. La variable edad se analizó a partir de grupos vulnerables tomando a los niños (menor o igual a 12 años) y adultos mayores (mayor o igual a 60 años). Finalmente, se determinó la fuerza de asociación entre dichas variables utilizando la Razón de Prevalencia (RP) con su respectivo intervalo de confianza al 95%. Para todas las pruebas estadísticas descritas, se utilizó el programa SPSS versión 26.

Con respecto a los elementos éticos de la investigación se realizó la solicitud correspondiente para la autorización de uso de información de la base de datos ya existente registro de pacientes triaje UNICAH. Para propósitos del estudio los datos personales como nombre e identificación del paciente no fueron requeridos. No existe conflicto de intereses por parte de los autores. El presente protocolo fue sometido a dictamen ético al Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas, se adjuntó carta de aprobación 029-2025. Se respetó confidencialidad de la información. El investigador principal cuenta con el curso de Buenas Prácticas Clínicas.

RESULTADOS

El análisis de los 362 casos incluidos en la muestra mostró que el 53.6% (194) de los pacientes eran mujeres y el restante 46.4% (168) eran hombres. La edad promedio fue 42 años. Con una edad mínima de 4 años y un máximo de 91 años. El grupo etario de adultos representó el 75.7% (274). En ocupación, el 25.8% (88) de los pacientes eran amas de casa, 12.6% (43) eran estudiantes, el 12.0% (41) comerciantes individuales y el 4.7% (16) se dedicaban a la docencia. Con relación a las condiciones de vida según zona de residencia, se encontró que el 7.7% (28) de los pacientes vivían en la zona rural, el restante 92.3% (334) residían en la zona urbana. El 73.2% (265) de los pacientes vivían en una urbanización abierta (**Cuadro 1**).

En cuanto a las comorbilidades o condiciones médicas preexistentes, el 80.4% (291) de los pacientes no presentaron comorbilidades. De los 71 (19.6%) pacientes que presentaron 1 o más comorbilidades, 46 tenían hipertensión arterial, 12 tenían diabetes mellitus tipo 2, 11 asma bronquial, 11 obesidad, 1 cardiopatía y 1 EPOC. El total de comorbilidades excede el número de pacientes porque varios de ellos presentaban más de una condición concomitante (**Cuadro 2**). El 69.3% (251) de los pacientes tuvieron un resultado positivo en la prueba de antígeno para SARS-CoV-2 por hisopado y el restante 30.7% (111) fueron negativos. De los pacientes que obtuvieron un resultado positivo el 52% (131) pertenecían al sexo femenino mientras que el 48% (120) al sexo masculino.

Cuadro 1. Caracterización sociodemográfica de pacientes evaluados mediante prueba de antígeno para SARS-CoV-2 en el triaje de la Universidad Católica de Honduras. Enero a diciembre del 2021. n=362.

Características sociodemográficas	n	(%)
Sexo		
Masculino	168	(46.4)
Femenino	194	(53.6)
Edad (años)	42.1±17.7	
≤ 5	1	(0.3)
6-12	8	(2.2)
13-17	12	(3.3)
18-59	274	(75.7)
≥ 60	67	(18.5)
Ocupación		
Ama de casa	88	(24.3)
Estudiante	43	(11.8)
Comerciante	41	(11.3)
Docencia	16	(4.4)
Conductor/motorista	16	(4.4)
Licenciaturas varias	16	(4.4)
Jubilado/pensionado	14	(3.9)
Personal de salud	12	(3.3)
Técnicos varios	10	(2.8)
Estilista/barbero	6	(1.7)
Guardia de seguridad	5	(1.4)
Atención al cliente	5	(1.4)
Otros	69	(19.1)
No registrado	21	(5.8)
Residencia		
Rural	28	(7.7)
Urbana	334	(92.3)
Tipo de urbanización*		
Rural	28	(7.7)
Abierta	265	(73.2)
Cerrada tipo 1	45	(12.4)
Cerrada tipo 2	24	(6.6)

*Se utilizó la clasificación basada en las características de la urbanización, se dividieron en 4 grupos: Rural, Urbanizaciones abiertas; cerradas tipo 1: Urbanizaciones inicialmente abiertas y posteriormente cerradas; cerradas tipo 2: Urbanizaciones cerradas desde su inicio.⁵

Los determinantes sociales de la salud que se asociaron con un incremento en la frecuencia de un resultado positivo en la prueba de antígeno para SARS-CoV-2 por hisopado fueron: pertenecer a un grupo etario vulnerable (RP= 1.23; IC95%:1.10-1.41; $p=0.009$) y tener una profesión u oficio con exposición ocupacional (RP= 1.18; IC95%: 1.02-1.35; $p=0.036$). El resto de los determinantes sociales no presentaron asociación estadísticamente significativa: sexo ($p=0.359$); residir en zona urbana ($p=0.303$); urbanización abierta ($p=0.845$); presentar una o más comorbilidades ($p=0.942$) (**Cuadro 3**).

Cuadro 2. Asociación entre los determinantes sociales de la salud y la positividad en la prueba de antígeno para SARS-CoV-2 por hisopado en el triaje de la Universidad Católica de Honduras. Enero a diciembre del 2021. n= 362.

Determinante social de la salud	Antígeno SARS-Cov2 Positivo n (%)	Antígeno SARS-Cov2 Negativo n (%)	Total n (%)	Valor $p<0.05$	Intervalo de confianza
Grupo etario					
Vulnerable*	62 (81.6)	14 (18.4)	76 (100)	0.009	IC95%: 1.10-1.41
No vulnerables	189 (66.1)	97 (33.9)	286 (100)		
Ocupación					
Con exposición ocupacional**	74 (77.9)	21 (12.6)	95 (100)	0.036	IC95%: 1.02-1.35
Sin exposición ocupacional	163 (66.3)	83 (33.7)	246 (100)		
Lugar de residencia					
Urbana	234 (70.1)	100 (29.9)	334 (100)	0.303	IC95%: 0.85-1.56
Rural	17 (60.7)	11 (39.3)	246 (100)		
Tipo de urbanización					
Urbanización abierta	185 (69.8)	80 (30.2)	265 (100)	0.846	IC95%: 0.83-1.17
Urbanización cerrada	49 (71.0)	20 (29.0)	69 (100)		
Comorbilidades					
Una o más	49 (69.0)	22 (31.0)	71 (100)	0.948	IC95%: 0.84-1.18
Ninguna	202 (69.4)	89 (30.6)	291 (100)		

*Incluye: niños (menor o igual a 12 años) y adultos mayores (mayor o igual a 60 años).

**Incluye: personal de salud, comerciante, conductor/motorista, técnicos varios, atención al cliente, estilista/barbero y guardia de seguridad.

Cuadro 3. Magnitud de asociación entre determinantes sociales de la salud y positividad de la prueba de antígeno para SARSCoV2 en el Triaje de la Universidad Católica de Honduras, 2021.

Determinante social de la salud	RP	IC al 95%		Valor P <0.05
		Inferior	Superior	
Sexo	1.08	0.93	1.23	0.359
Grupo etario vulnerable	1.23	1.10	1.41	0.009
Con exposición ocupacional	1.18	1.02	1.35	0.036
Residencia en zona urbana	1.15	0.85	1.56	0.303
Urbanización abierta	0.98	0.83	1.17	0.845
Una o más comorbilidades	0.99	0.84	1.18	0.942

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman que los determinantes sociales influyen en la positividad de la prueba de antígeno para SARSCoV2 en el contexto del triaje universitario. Factores como nivel de ingresos, hacinamiento, vivienda, precariedad laboral y pertenencia a grupos marginados aumentan la incidencia de COVID19,⁶ pues, elevan la exposición y dificultan medidas preventivas como aislamiento, diagnóstico y atención oportuna. La posición social es un predictor de morbilidad y mortalidad, y existe una relación consistente entre estatus socioeconómico y mejores resultados en salud.^{6,7}

Las desigualdades se concentran en los mismos grupos poblacionales y generan un gradiente social en salud. La incidencia de COVID19 responde tanto a factores biológicos como a condiciones socioeconómicas y políticas que producen riesgos diferenciados.⁸ En Honduras, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señala brechas históricas en salud, educación y condiciones de vida que amplificaron el impacto de la crisis sanitaria.³

En este estudio, más de dos tercios de los pacientes resultaron positivos. La distribución por sexo fue homogénea y sin asociación estadística, lo cual coincide con datos nacionales que muestran diferencias mínimas entre hombres y mujeres.⁹ Antoñanzas Serrano y Gimeno Feliu sugieren que la ligera variación puede relacionarse con roles de cuidado y actividades que implican mayor interacción social.² Aunque no hubo significancia estadística, el sexo sigue siendo un indicador social relevante en la exposición y en la búsqueda de atención sanitaria.¹⁰

La positividad fue mayor en adultos mayores (≥60 años), con asociación estadísticamente significativa. Este hallazgo resulta relevante porque se trata de un grupo históricamente vulnerable por factores biológicos y sociales. En Honduras, los hogares multigeneracionales dificultan el aislamiento efectivo, especialmente de grupos etarios en los extremos de la vida que dependen socialmente de otros.³ Amengual-Moreno et al. identifican a los mayores de 75 años como especialmente susceptibles, independientemente de factores económicos, lo que evidencia que la edad es un riesgo intrínseco.¹¹ Peralta también reporta mayor positividad en el grupo de 60–69 años, en concordancia con este estudio.¹²

La ocupación mostró asociación estadística significativa con la positividad de la prueba para SARSCoV-2, especialmente en actividades con alta exposición. Esto coincide con el protocolo de la Asociación Española de Especialistas de Medicina del Trabajo, que considera exposición reiterada, dificultad para mantener distancia y condiciones estructurales del empleo.¹³ La ocupación como determinante social incluye el tipo de trabajo, las condiciones laborales, la autonomía, el acceso a medidas preventivas y el nivel de precarización.⁸ Estudios realizados en Guatemala, El Salvador y Nicaragua documentan que la informalidad laboral, la exposición ocupacional y las limitaciones para implementar medidas de protección incrementaron el riesgo de contagio en trabajadores del comercio, transporte y servicios personales.¹⁴

No se encontró asociación entre residencia y positividad, en contraste con estudios que vinculan zonas deprimidas con mayor contagio.^{2,15} Este resultado podría estar influido por un sesgo de selección, ya que el triaje atendió principalmente a personas de urbanización abierta (73%), mientras que quienes residen en urbanizaciones cerradas suelen acudir a servicios privados. Esta composición puede no reflejar la distribución real de la comunidad y limitar la detección de patrones vinculados al entorno residencial.

Las comorbilidades influyen sobre todo en la gravedad de COVID19.^{16,17} Núñez-Cortés señala que enfermedades cardiovasculares, diabetes y afecciones respiratorias aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de mortalidad.¹⁸ Esto coincide con datos nacionales que identifican estas patologías como las más frecuentes en pacientes fallecidos.⁹ Sin embargo, en este estudio no hubo asociación significativa entre comorbilidades y positividad.

Los determinantes sociales influyen en COVID19 desde lo estructural (sistemas de salud fragmentados, inequidades en acceso y recursos)^{19,20} hasta lo intermedio (pobreza, desempleo y condiciones de vida que deterioran el bienestar).^{21,22} Tanto países desarrollados como países con menor desarrollo presentan altas tasas de enfermedad y mortalidad cuando existen desigualdades.²³ Estos patrones coinciden con análisis regionales que señalan que los países centroamericanos comparten desigualdades estructurales y sistemas sanitarios fragmentados que amplificaron la vulnerabilidad frente a COVID19.^{14,24}

La mayor positividad en adultos mayores respalda las acciones de la Secretaría de Salud, como su priorización en el Plan Nacional de Vacunación y la instalación de puntos de inmunización en atención primaria.²⁵ Este estudio confirma la necesidad de mantener estrategias diferenciadas para este grupo, especialmente en hogares multigeneracionales donde el aislamiento es difícil. La asociación entre ocupación y positividad también coincide con las medidas dirigidas a trabajadores con alta exposición, como personal de salud, como los protocolos de bioseguridad, el uso obligatorio de equipo de protección y las guías para actividades de riesgo.²⁵ Los hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer la protección laboral, sobre todo en empleos con poca capacidad de distanciamiento o condiciones de precarización.

La evidencia de Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica muestra patrones similares: mayor positividad en adultos mayores, trabajadores del sector informal y ocupaciones con alta exposición.¹⁴ En Guatemala, la informalidad laboral y la limitada capacidad de distanciamiento físico incrementaron el riesgo de contagio. En El Salvador y Nicaragua, la precariedad laboral y las actividades de comercio, transporte y servicios personales se asociaron con mayor exposición. En Costa Rica, la positividad fue más elevada en zonas urbanas densamente pobladas y en grupos con menor nivel educativo.²⁴ Estas coincidencias regionales refuerzan la interpretación de los hallazgos y evidencian que los determinantes sociales operan de forma consistente en países centroamericanos con desigualdades estructurales, sistemas sanitarios fragmentados y alta informalidad laboral.

Este análisis constituye el primer estudio realizado en un centro de triaje universitario en Honduras, lo que representa una contribución pionera para la comprensión de los determinantes sociales en contextos de atención primaria durante la pandemia. La información generada permite orientar acciones de equidad sanitaria, mejorar la protección laboral en sectores esenciales y reforzar la respuesta comunitaria ante futuras emergencias de salud pública.

Entre las limitantes de esta investigación se encontró una marcada sobrerepresentación de personas provenientes de urbanización abierta (73%), lo cual podría haber influido en la distribución de los determinantes sociales analizados y, en consecuencia, en la interpretación de los resultados. Este dato podría reflejar la distribución real de los pacientes atendidos en el centro de triaje, pero también puede indicar un sesgo de selección ya que las personas de urbanizaciones cerradas usualmente acuden a servicios de salud de índole privado. Existe riesgo de selección, dado que la población que acudió al centro de triaje puede diferir de la población general en aspectos como acceso a servicios, percepción de riesgo o gravedad de síntomas.

Para avanzar hacia una respuesta más justa y efectiva frente a futuras emergencias sanitarias, Honduras debe fortalecer estrategias de equidad que prioricen a los grupos históricamente más expuestos. Esto implica consolidar la protección de adultos mayores y trabajadores con alta exposición, ampliar el acceso al diagnóstico y a la atención en el primer nivel, y garantizar condiciones laborales seguras en sectores esenciales. Integrar estas acciones en políticas sostenibles permitirá reducir brechas estructurales y construir un sistema de salud más resiliente y equitativo para toda la población.

En conclusión, los determinantes sociales asociados a mayor positividad fueron: pertenecer a un grupo etario vulnerable y desempeñar una ocupación con exposición laboral. El resto de los determinantes no mostró asociación estadísticamente significativa.

Los resultados de este estudio se relacionan de manera directa con las políticas de salud implementadas en Honduras durante la pandemia y con las condiciones estructurales del sistema sanitario. La identificación de la edad avanzada y la exposición ocupacional como determinantes asociados a mayor positividad coincide con los grupos priorizados por las estrategias nacionales de vigilancia, diagnóstico y vacunación.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de la Región Metropolitana del Distrito Central por su cordial atención y disposición para la obtención de la base de datos.

DETALLES DE LOS AUTORES

Dulce Suyapa Lara Vallejo, médica general, máster en salud pública; dradulcelara@gmail.com

Nora Rodríguez Corea, médica general, especialista en pediatría, máster en epidemiología; norarmendoz@gmail.com

REFERENCIAS

- Amengual-Moreno M, Calafat-Caules M, Carot A, Correia AR, Río-Bergé C, Rovira Plujà J, et al. Determinantes sociales de la incidencia de la COVID-19 en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020 [citado 2 septiembre 2025];94: e202009101. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/808/1140>
- Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu LA. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2022 [citado 2 diciembre 2025];15(1):12-19. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n1/1699-695X-albacete-15-01-12.pdf>
- Velásquez AM. La desigualdad social en Honduras: evolución y respuesta institucional. Ciudad de México: CEPAL; 2021.
- Báscolo E, Houghton N, Del Riego A, Fitzgerald J, Jarboe R. Aporte del nuevo marco para las funciones esenciales de salud pública en la lucha contra la pandemia COVID-19. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [citado 25 agosto 2025];46: e8. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/7957f25c-9485-437d-b19b-9c6040ff3edf/content>
- Chain Rojas IL. Caracterización de las urbanizaciones cerradas como fenómeno residencial emergente en la ciudad del Distrito Central, Honduras. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2013.
- Lustig N, Tommasi M. El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual. *Revista CEPAL* [Internet]. 2020 [citado 2 noviembre 2025];(132):283-301. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/afbf8dcd-54f0-4a72-b12a-10d24c770476/content>
- Organización Mundial de la Salud. Las desigualdades en materia de salud están acortando las vidas en décadas [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2 diciembre 2025]. Disponible en: https://www-who.int.translate.google/news/item/06-05-2025-health-inequities-are-shortening-lives-by-decades?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- Medina-Solís CE, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Ávila-Burgos L, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años. *Rev Invest Clin* [Internet]. 2006 [citado 24 agosto 2025];58(4):296-304. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/ric/v58n4/v58n4a5.pdf>
- Plataforma Todos Contra el COVID-19. Nueva siembra del SARS-CoV-2 en el 2021 durante las elecciones primarias y Semana Santa: Comportamiento de la pandemia y la esperada llegada de vacunas a Honduras [Internet]. Tegucigalpa: Biblioteca Virtual en Salud de Honduras; 2021 [citado 24 agosto 2026]. Disponible en: https://www.bvs.hn/COVID-19/Plataforma/31_Plataforma%20Todos%20Contra%20COVID19_Informe_09.04.2021.pdf

10. Solís Zúñiga F. La salud pública desde la perspectiva de género. *Rev Científ FAREM-Estelí* [Internet]. 2016 [citado 2 diciembre 2025];(16):65-70. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/FAREM/article/view/2606/2356>
11. Vicente-Herrero MT, Ramírez-Íñiguez de la Torre MV, Rueda-Garrido JC. Criterios de vulnerabilidad frente a infección Covid-19 en trabajadores. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2020 [citado 28 nov 2025];29(2):112-123. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n2/1132-6255-medtra-29-02-12.pdf>
12. Peralta G, Carozzo T, Sierra M, Bu E. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): la pandemia según la evidencia actual. *Innovare Rev Cienc Tecnol* [Internet]. 2020 [citado 28 noviembre 2025];9(1):15-27. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/INNOVARE/article/view/9657>
13. Ministerio de Sanidad. Equidad en salud y COVID-19: análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2020 [citado 2 diciembre 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
14. Martínez Franzoni J, Sánchez-Ancochea D. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y las narrativas de la política social en Costa Rica: historia de una (breve) oportunidad. *Revista CEPAL* [Internet]. 2023 [citado 2 diciembre 2025];(139):101-121. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48798-la-pandemia-enfermedad-coronavirus-covid-19-narrativas-la-politica-social-costa>
15. Lema Añón C. La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad. *Anuario Fac Derecho* [Internet]. 2020 [no hay fecha de cita];(36):289-317. doi: 10.53054/afd.vi36.2382
16. Chaso-Pallango KE, Guaigua-Quingaluiza DL, Solís-Sánchez MI. Condiciones clínicas preexistentes como determinantes del pronóstico en infecciones por SARS-CoV-2. *Rev Médica CASA* [Internet]. 2025 [no hay fecha de cita];8(S2):225-234. doi: 10.62452/ahdj2259
17. Okino Sawada N, Marques dos Reis T, Scotini Freitas P, Mendonça de Moraes C, de Moura Peloso-Carvalho B, Rocha Silva Assunção M, et al. Prevalence of systemic complications of COVID-19 in critically ill patients: systematic review with meta-analysis. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2025 [no hay fecha de cita];33:e4608. doi: 10.1590/1518-8345.7568.4608
18. Núñez-Cortés R, Ortega-Palavecinos M, Soto-Carmona C, Torres-Gangas P, Concha-Rivero MP, Torres-Castro R. Determinantes sociales de la salud asociados a la severidad y mortalidad en pacientes con COVID-19. *Gac Med Mex* [Internet]. 2021 [no hay fecha de cita];157(2):273-280. doi: 10.24875/GMM.20000778
19. Marriaga Hernández IJ. Determinantes sociales y COVID-19: cambios necesarios en la formación y práctica del profesional sanitario. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2022 [citado 1 sep 2026];90(1):71-73. doi: 10.5377/rmh.v90i1.13648
20. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud equity: informe del director general [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 2 diciembre 2025]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_22-sp.pdf
21. Hennis AJM, Coates A, Del Pino S, Ghidinelli M, Gómez Ponce de León R, Bolastig E, et al. COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for essential health services. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2021 [no hay fecha de cita];45: e130. doi: 10.26633/RPSP.2021.130 López-Valcárcel BG. Las desigualdades de la COVID-19 como reto en la gestión sanitaria. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2021 [no hay fecha de cita];36(4):183-185. doi: 10.1016/j.jhqr.2021.07.001
22. Organización de las Naciones Unidas. En los países sin cobertura sanitaria universal, el impacto del coronavirus será brutal [Internet]. Nueva York: ONU; 2020 [citado 2 dic 2025]. Disponible en: <https://news.un.org/es/interview/2020/04/1472292>
23. Rojas Botero M, Caro Rojas A, Arregocés L. Estudio sobre epidemiología y protección social en Iberoamérica: determinantes sociales de la propagación y gravedad de la pandemia por COVID-19 en los países Iberoamericanos [Internet]. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS); 2025 [citado 2 diciembre 2025]. Disponible en: https://oiss.org/wp-content/uploads/2026/01/Estudio-Epidemiologia-y-Proteccion-Social_OISS-2025-79mb.pdf
24. Secretaría de Salud. Lineamientos técnicos y operativos para la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 Comirnaty Ómicron XBB.1.5: Honduras, octubre 2024 [Internet]. Tegucigalpa: SESAL; 2024 [citado 2 diciembre 2025]. Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/11/Lineamientos-tecnicos-y-operativos-para-la-aplicacion-de-la-vacuna-contra-la-covid-19-comirnaty-omicron-xbb.1.5-Honduras-octubre-2024.-pdf.pdf>

ABSTRACT. Introduction: The COVID-19 pandemic highlighted the impact of the Social Determinants of Health (SDH) on vulnerability, prognosis, and access to health services. In Honduras, structural inequalities exacerbated the crisis, particularly among disadvantaged social groups. The establishment of Temporary Triage and Stabilization Centers (CETTE) made it possible to meet the emerging demand, with the CETTE at the Catholic University of Honduras serving as a key site for analyzing SHD. **Objective:** To analyze the association between social determinants of health and SARS-CoV-2 antigen test results at the CETTE of the Catholic University of Honduras in Tegucigalpa, from January through December 2021. **Methods:** A retrospective, descriptive, observational study was conducted. The study population consisted of 6,191 individuals whose data were collected in the UNICAH patient registry database. A sample size of 362 was calculated using EPIINFO. Descriptive statistical analyses and tests of association were applied to identify relationships between social determinants of health and test positivity. **Results:** It was confirmed that social determinants of health (SDH) influence SARS-CoV-2 antigen test positivity. Significant associations were identified between antigen test positivity and the social determinants of health age ≤ 12 years and ≥ 60 years ($p=0.009$) and workers with occupational exposure ($p=0.036$) as well as age and occupation. **Discussion:** Strategies aimed at reducing inequality must be developed. This study provides evidence for the design of public policies geared toward health equity, especially in crisis contexts and among vulnerable populations. **Keywords:** COVID-19, SARS-CoV-2 antigen; Social determinants of health.