



Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad Ciencias de la Salud  
Máster en Salud Pública

**Introducción de la píldora del día después para la  
reducción del embarazo no deseado en adolescentes,  
Honduras.**

Autor:

Jason Eduardo Erazo Fonseca

Tutor:

Ana Carmen San Martin

Pamplona, 23 Junio 2023

Dña. Ana Carmen San Martin Luis, profesora del área de Medicina Preventiva y Salud Pública, en el Departamento de Ciencias de la Salud, de la Universidad Pública de Navarra.

HAGO CONSTAR: Que el Trabajo de Fin de Máster titulado: **Introducción de la píldora del día después para la reducción del embarazo no deseado en adolescentes, Honduras.**

Original de D. Jason Eduardo Erazo Fonseca, estudiante del Máster Universitario de Salud Pública, en el curso 2022 -2023 ha sido realizado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

Pamplona, a 21 de junio de 2023

Firmado por Ana Carmen San Martin el día 21/06/2023 con un certificado emitido por Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Fdo: *Ana Carmen San Martin Luis*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres, Gloria Fonseca y José Erazo, por todo lo que me han dado en esta vida, especialmente por sus sabios consejos y por estar a mi lado en los momentos difíciles.*

*A mis queridos hermanos, Francia Erazo y Brian Erazo, quienes me motivaron siempre y me decían ¡sigue, tú puedes!*

*A la Fundación Carolina dado que sin el apoyo financiero de ellos no hubiese sido posible realizar este máster en España.*

*A mis profesores y compañeros por todos los conocimientos y experiencias compartidas, los cuales me permitieron desarrollarme personal y profesionalmente.*

*Y por último a mi tutora Ana Carmen San Martín que sin su ayuda, consejo y supervisión no hubiese sido posible la entrega de este trabajo de fin de máster*

## ABREVIATURAS

<b>AE</b>	Anticoncepción de Emergencia
<b>CERF</b>	Fondo Central de Emergencia y Respuesta
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional de Población y desarrollo
<b>CIS</b>	Centro Integrado de Salud
<b>DIU</b>	Dispositivo Intra Uterino
<b>ECOR</b>	Equipos Coordinadores de Red
<b>ENAPREAH</b>	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
<b>ENDESA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>IHSS</b>	Instituto Hondureño de Seguridad Social
<b>LAC</b>	América Latina y el Caribe
<b>LH</b>	Hormona Luteinizante
<b>LNG</b>	Levonogestrel
<b>MSF</b>	Médicos Sin Fronteras
<b>ODS</b>	objetivos de desarrollo sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>PAE</b>	Píldora anticonceptiva de emergencia
<b>PF</b>	Planificación Familiar
<b>RISS</b>	Redes Integradas de los Servicios de Salud
<b>SESAL</b>	Secretaría de Salud
<b>SSR</b>	Salud Sexual Reproductiva
<b>TEFA</b>	Tasa Específica de Fecundidad Adolescente
<b>TGF</b>	Tasa Global de Fecundidad
<b>UAPS</b>	Unidad de Atención Primaria de Salud
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>3. CONTEXTO</b> .....	<b>8</b>
<b>4. SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS</b> .....	<b>15</b>
<b>5. UNFPA HONDURAS</b> .....	<b>19</b>
<b>6. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA</b> .....	<b>20</b>
<b>7. OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
<b>8. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA</b> .....	<b>23</b>
<b>8.1. METODOLOGÍA</b> .....	<b>23</b>
<b>8.2. POBLACIÓN OBJETIVO</b> .....	<b>24</b>
<b>8.3. ANÁLISIS DE RIESGOS</b> .....	<b>26</b>
<b>8.4. ACTIVIDADES POR REALIZAR</b> .....	<b>32</b>
<b>8.5. CRONOGRAMA</b> .....	<b>37</b>
<b>8.6. PRESUPUESTO</b> .....	<b>38</b>
<b>8.7. FUENTE DE FINANCIACIÓN</b> .....	<b>39</b>
<b>8.8. EVALUACIÓN</b> .....	<b>40</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>44</b>
<b>10. ANEXOS</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXO 1: LISTADO DE ASISTENCIA CAPACITACIONES</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXO 2: ENCUESTA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PAE</b> .....	<b>50</b>
SEXO: HOMBRE/MUEJER .....	<b>50</b>
<b>ANEXO 3: LISTADO PARTICIPACIÓN CHARLAS DE PROMOCIÓN PAE</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXO 4: ENCUESTA NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PAE ADOLESCENTES</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXO 5: CUADRO 4.3 MONITORIA DEL PROGRAMA DE PF SESAL</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXO 6: CUADRO 7.1 MONITORIA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES SESAL</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXO 7: CUADRO EGRESOS HOSPITALARIO POR EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO POR HOSPITAL SEGÚN GRUPO DE EDAD SESAL</b> .....	<b>54</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Abortos en Población Adolescente 2018-2023 según egresos hospitalarios .....	3
<b>Tabla 2.</b> Partos en Población Adolescente 2018-2023 según egresos hospitalarios .....	4
<b>Tabla 3.</b> Tipos de Establecimientos de Salud de la Secretaría de Salud de Honduras por Nivel de atención y complejidad .....	18
<b>Tabla 4 .</b> Eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos de emergencia .....	21
<b>Tabla 5.</b> Listado de Personal que labora en SSR a Capacitar por Establecimiento de Salud y Municipio .....	25
<b>Tabla 6.</b> Actividades por realizar para alcanzar los objetivos del programa .....	32
<b>Tabla 7.</b> Cronograma de Actividades.....	37
<b>Tabla 8.</b> Indicadores de Evaluación del Programa.....	40

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Embarazos en Población Adolescente 2018-2023 según egresos hospitalarios .....	2
<b>Gráfico 2.</b> TEFA en países de América Latina y el Caribe 2019.....	10
<b>Gráfico 3.</b> Pirámide Poblacional de Honduras en el año 2023 .....	12

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1.</b> TEFA en países de América Latina y el Caribe 2019 .....	9
<b>Ilustración 2 .</b> Mapa de las Etnias y Grupos Indígenas de Honduras.....	11
<b>Ilustración 3.</b> Comportamiento de las tasas de Pobreza en Honduras del 2001 al 2020 .....	13
<b>Ilustración 4.</b> Análisis de riesgos matriz DAFO.....	31

# 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es una preocupación sanitaria constante en Honduras y se asocia a un mayor riesgo de resultados adversos en el embarazo y resultados negativos en la vida, como la muerte materna. Una forma de reducir los embarazos adolescentes en Honduras es garantizar el acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE), la cual había estado prohibida su venta y distribución en el país durante 12 años hasta el 8 de marzo 2023, cuando la presidenta actual firma el decreto ejecutivo 75-2023 (1) para la venta, uso y distribución de la PAE. Proporcionar a las mujeres jóvenes acceso a la PAE ha demostrado ser una forma eficaz de reducir los embarazos no deseados, especialmente en América Latina (2), por lo que es importante crear este programa para capacitar a los prestadores de salud en anticoncepción de emergencia enfocada a la píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel.

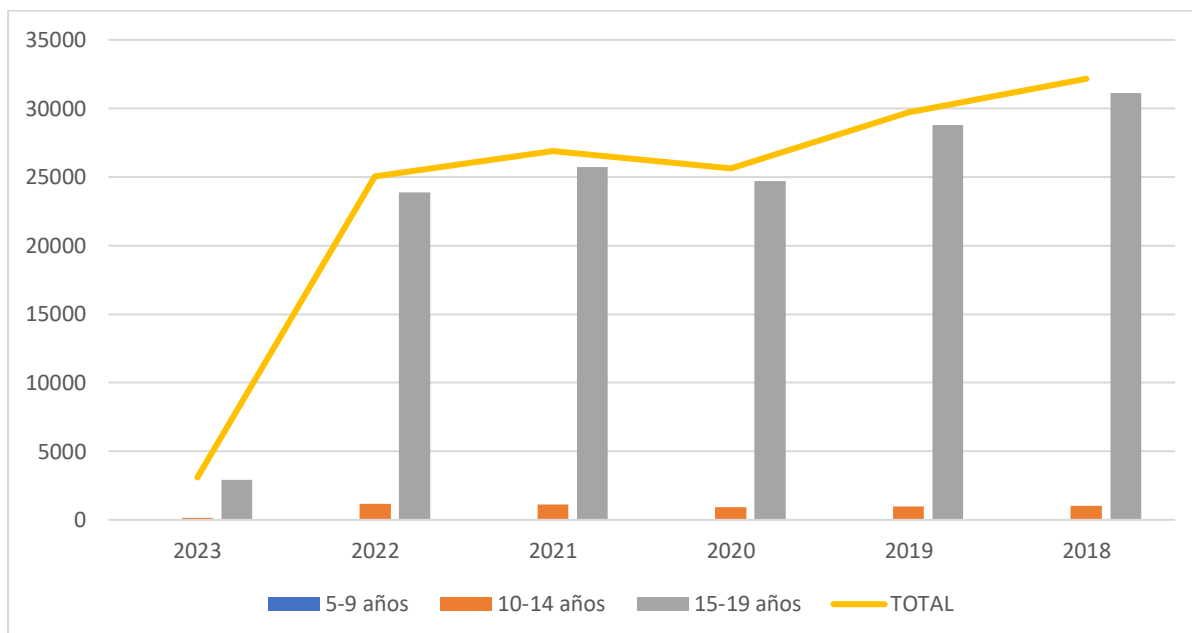
El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que demuestra tiene una gran brecha de desigualdad, dado que las adolescentes de estrato socioeconómico más bajo y, por ende, con menor nivel educativo son las que presentan un embarazo no intencionado con mayor frecuencia (3), pueden ser muchas las causas que lleven a una gestación no deseada, entre ellas las más comunes encontramos, la falta de acceso a sistemas de salud que oferte métodos anticonceptivos de forma regular o de emergencia, así como información de calidad sobre los mismos, el matrimonio infantil, el abuso sexual, barreras culturales, y la falta de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos (4).

La prevención del embarazo y la maternidad en la adolescencia, así como el matrimonio infantil, forma parte de la agenda 2030 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) específicamente del objetivo 3: Salud y bienestar y el objetivo 5: igualdad de género, con indicadores específicos, incluyendo los indicadores 3.7.2, «Tasa de natalidad en adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1000 mujeres en ese grupo de edad», y 5.3.1, «Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas antes de cumplir los 18 años» (5).

## 2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente en Honduras constituye un problema de salud pública que, a pesar de haber experimentado una reducción poco significativa en los últimos años, sigue presentando cifras alarmantes a nivel nacional, incluso en comparación con países vecinos de Latinoamérica (6). Según el informe de egresos hospitalarios del área de estadística de la Salud de Honduras emitido por la Secretaría de Salud (7), en el año 2022 se registraron 25.038 gestantes adolescentes, de las cuales 1.772 (7%) han experimentado un aborto espontáneo. Resulta aún más impactante el hecho de que 8 de estos embarazos correspondían a niñas de entre 5 y 9 años (véase gráfico y Tabla 1). Cabe destacar que estas cifras probablemente estén subestimadas, ya que se basan únicamente en los informes oficiales de los hospitales. En realidad, muchos embarazos que ocurren en áreas rurales no son contabilizados debido a la intervención de parteras tradicionales, y, además, muchas adolescentes recurren al aborto de forma clandestina sin que se registren estos casos, ya que el aborto está penalizado en Honduras en todas sus causales incluyendo violación, malformación grave del feto o cuando la vida de la gestante corre riesgo de muerte consecuente al embarazo, según la ley vigente en el artículo 67 de la constitución de la república de Honduras (8).

**Gráfico 1. Embarazos en Población Adolescente 2018-2023 según egresos hospitalarios**  
\*Nota: 2023 datos de enero y febrero



**Fuente:** Área de estadística de Salud, Secretaría de Salud de Honduras. Egresos Hospitalarios por grupo de edad finalizados en Parto y Aborto del período 2018 al 2023. Marzo 2023.



**Tabla 1. Abortos en Población Adolescente 2018-2023 según egresos hospitalarios**

\*Nota: 2023 datos de enero y febrero

	2023	2022	2021	2020	2019	2018
5-9 años	2	2	0	0	0	1
10-14 años	15	117	104	90	106	110
15-19 años	240	1653	1730	1627	2074	2313

Fuente: Área de estadística de Salud, Secretaría de Salud de Honduras. Egresos Hospitalarios por grupo de edad finalizados en Parto y Aborto del período 2018 al 2023. Marzo 2023.

Los datos de la Tabla No.1 muestran la cantidad de abortos registrados en la población adolescente en diferentes grupos de edad durante los años 2018 al 2023. Al observar los datos, se puede notar que hay una diferencia notable entre los años.

En el grupo de edad de 5 a 9 años, se registraron 2 abortos en el año 2023 y 2022, mientras que en los años anteriores no se habían reportado abortos en esta franja de edad, excepto en el año 2018 donde se registró 1 caso. Es importante destacar que esta cifra es preocupante, ya que se trata de niñas muy jóvenes.

En el grupo de edad de 10 a 14 años, se observa un aumento en la cantidad de abortos a lo largo de los años, alcanzando su punto más alto en 2022 con 117 casos. Sin embargo, en 2023 solo se cuenta con datos para los meses de enero y febrero, donde se registraron 15 abortos. Es necesario contar con más datos para determinar si esta disminución es significativa o si se trata de una variación temporal.

En el grupo de edad de 15 a 19 años, se observa una fluctuación en la cantidad de abortos a lo largo de los años. En 2023, los datos solo abarcan los meses de enero y febrero, donde se registraron 240 abortos. En años anteriores, el número de abortos en este grupo de edad ha variado, alcanzando su punto más alto en 2018 con 2313 casos.

Es importante analizar estos datos con precaución, ya que la disponibilidad limitada de datos para el año 2023 y la variabilidad en las cifras de años anteriores pueden dificultar la interpretación precisa de las tendencias. Sería necesario contar con datos actualizados y más completos para realizar un análisis más exhaustivo y obtener conclusiones más sólidas.

**Tabla 2. Partos en Población Adolescente 2018-2023 según egresos hospitalarios**

\*Nota: 2023 datos de enero y febrero

	2023	2022	2021	2020	2019	2018
5-9 años	3	6	0	0	0	13
10-14 años	131	1040	1036	830	854	930
15-19 años	2697	22220	24003	23081	26699	28799
TOTAL	2831	23266	25039	23911	27553	29742

Fuente: Área de estadística de Salud, Secretaría de Salud de Honduras. Egresos Hospitalarios por grupo de edad finalizados en Parto y Aborto del período 2018 al 2023. Marzo 2023.

Los datos de la Tabla No.2 muestran la cantidad de partos registrados en la población adolescente en diferentes grupos de edad durante los años 2018 al 2023. Al analizar los datos, se puede observar una diferencia significativa entre los años.

En el grupo de edad de 5 a 9 años, se registraron 3 partos en 2023, mientras que en años anteriores se habían reportado 0 partos en esta franja de edad, excepto en 2018 donde se registraron 13 casos y 6 casos en el 2022. Es importante resaltar que estos datos son alarmantes, ya que se refieren a niñas y los partos a tan temprana edad pueden tener implicaciones graves para su salud y bienestar.

En el grupo de edad de 10 a 14 años, se observa una variación en la cantidad de partos a lo largo de los años. En 2023, considerando solo los meses de enero y febrero, se registraron 131 partos. En años anteriores, el número de partos en este grupo de edad ha fluctuado, alcanzando su punto máximo en 2022 con 1040 casos.

En el grupo de edad de 15 a 19 años, se evidencia una variación en la cantidad de partos a lo largo de los años. En 2023, considerando solo los meses de enero y febrero, se registraron 2.697 partos. En años anteriores, el número de partos en este grupo de edad ha oscilado, alcanzando su punto máximo en 2018 con 28.799 casos.

Es importante tener en cuenta que estos datos se deben analizar considerando el contexto social, económico y cultural del país, así como las políticas y programas implementados para abordar el embarazo adolescente. Estos factores pueden influir en las variaciones observadas en los partos en la población adolescente a lo largo de los años.

Al analizar los datos proporcionados anteriormente sobre los partos en la población adolescente, se pueden identificar algunos puntos que resultan llamativos y preocupantes:

1. Es alarmante observar que se registraron partos en niñas de tan corta edad. El hecho de que se hayan reportado 3 partos en el año 2023 y 13 partos en el año 2018 en este grupo de edad es extremadamente preocupante, ya que estas niñas se encuentran en etapas muy tempranas de su desarrollo físico y emocional.

2. Número significativo de partos en adolescentes de 10 a 14 años: Los datos revelan que en los últimos años ha habido un número considerable de partos en adolescentes de esta franja de edad. Aunque las cifras varían año tras año, la persistencia de partos en niñas de 10 a 14 años es inquietante y refleja una vulnerabilidad importante en este grupo de población.

3. Altos niveles de partos en adolescentes de 15 a 19 años: Los datos indican que ha habido una cifra significativa de partos en adolescentes de 15 a 19 años en los últimos años. Aunque se observa una variación en la cantidad de partos entre los diferentes años, el número absoluto de partos sigue siendo preocupante. Esto sugiere que el embarazo en la adolescencia sigue siendo un desafío importante que afecta a un número considerable de jóvenes.

En general, estos datos resaltan la existencia de un problema de embarazo adolescente en la población estudiada. **El embarazo a edades tan tempranas puede tener graves consecuencias para la salud física, emocional y educativa de las adolescentes, así como para el desarrollo de sus hijos.** Estos datos subrayan la necesidad de implementar medidas preventivas y programas de educación sexual y reproductiva adecuados, así como abordar los factores socioeconómicos y culturales que contribuyen a esta problemática.

Debido a que el 8 de marzo de 2023, la actual presidenta Xiomara de Castro firmó el decreto ejecutivo 75-2023 (1), junto con el ministro de Salud, Dr. José Manuel Matheu, en conmemoración del Día Internacional de la Mujer, para despenalizar la promoción, venta y circulación de la píldora anticonceptiva de emergencia, se alcanzó un hito histórico para la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres hondureñas. Honduras era el único país de América Latina donde estaba prohibido por ley el uso y comercialización de este método anticonceptivo desde su prohibición en 2009 (9).

Es necesario capacitar al personal sanitario del país para que puedan realizar una adecuada promoción y dispensación de la PAE a las usuarias. La Secretaría de Salud tiene el deber de proporcionar capacitación continua al personal de salud, especialmente ante la incorporación de un nuevo protocolo a nivel nacional. Aunque es responsabilidad de la Secretaría de Salud, la realidad es que el sistema carece de los recursos financieros y el apoyo técnico necesarios para capacitar al personal de salud. Por esta razón, diferentes organizaciones internacionales brindan apoyo técnico y financiero al Ministerio de Salud para lograr este objetivo. Tal es el caso del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la cual es la oficina de las Naciones Unidas encargada de velar por la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres (10).

La oficina país del UNFPA, además de colaborar con el ministerio en la modificación del protocolo nacional para la dispensación de métodos de planificación familiar e incorporar la PAE a través del Fondo de Emergencia y Respuesta de Naciones Unidas (CERF), destinará fondos para el proceso de capacitación del personal sanitario en aquellos departamentos y municipios con los cuales el UNFPA trabaja y que son beneficiarios del proyecto de emergencia. Esto convierte al UNFPA en un aliado estratégico y una posible fuente de financiación para la ejecución de este programa de salud.

En mi caso particular, siento un verdadero entusiasmo por trabajar en la temática de la reducción del embarazo en la adolescencia en mi país. Anteriormente, tuve el privilegio de trabajar con el UNFPA en un proyecto de emergencia y conocí de primera mano la necesidad que tienen las adolescentes de contar con información de calidad y científica sobre educación sexual y reproductiva. El personal de salud es su principal fuente de información, pero lamentablemente, este último no cuenta con conocimientos actualizados o tiene información fragmentada sobre la anticoncepción moderna. Esto puede ser debido a que los profesionales de la salud, médicos, enfermeras profesionales y auxiliares no tienen módulos específicos durante su formación académica en los que se estudien a fondo los métodos de planificación familiar. La mayoría de los conocimientos se adquieren durante sus prácticas clínicas, siempre y cuando hayan rotado por una unidad de planificación familiar.

Además, no existe un proceso de capacitación continua por parte de las autoridades gubernamentales para el personal sanitario y, en caso de recibir capacitación, se priorizan otros temas, como inmunizaciones, tuberculosis y VIH, debido a que son programas subsidiados por fondos internacionales y cuentan con presupuesto para la capacitación continua del personal que atiende a pacientes en estas áreas.

Aunque para muchos el tema de los métodos anticonceptivos puede parecer innecesario en la actualidad, dado que los adolescentes tienen acceso a tecnologías e internet y pueden obtener todo tipo de información, este contexto puede ser cierto en países desarrollados como España. Sin embargo, la realidad es que, en países en vías de desarrollo, como Honduras, todavía sigue siendo un tema tabú y, lamentablemente, la principal fuente de información sigue siendo a través de amigos de la misma edad o creencias locales (11).

### 3. CONTEXTO

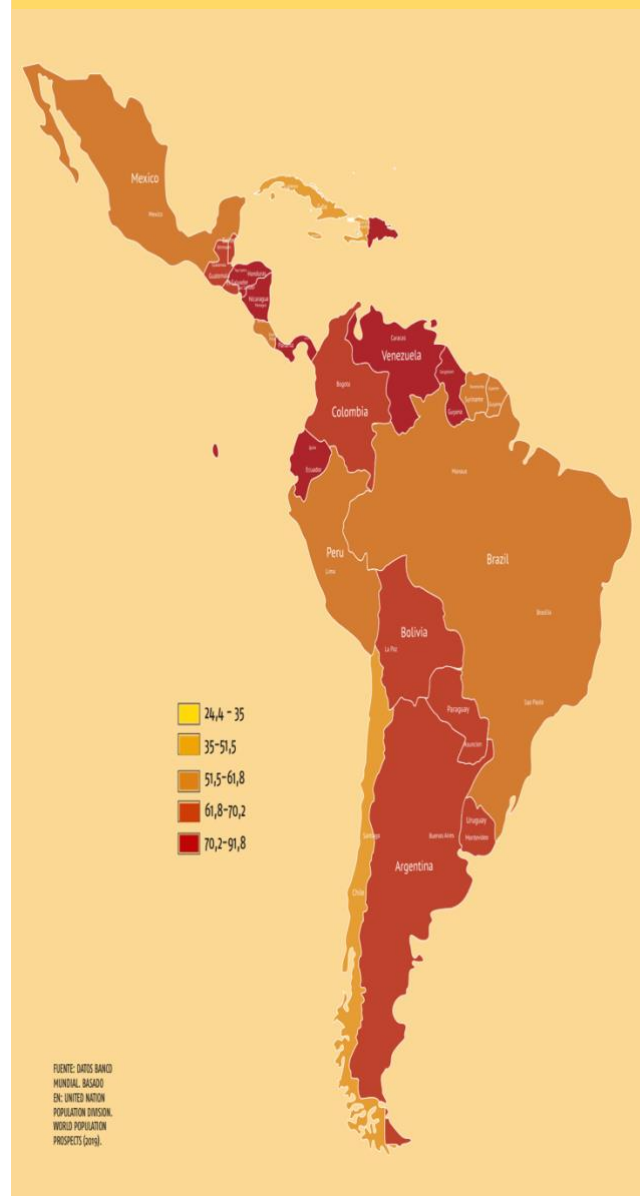
El embarazo en la adolescencia es un fenómeno global con causas claramente conocidas y graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas. La tasa de natalidad adolescente ha disminuido en todo el mundo, pasando de 64,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres en el año 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 2021 (12). Además, las tasas específicas de fecundidad también han variado, siendo Asia meridional la región que ha experimentado el mayor descenso, mientras que América Latina y el Caribe (LAC) y África subsahariana han experimentado descensos más lentos. África subsahariana y América Latina y el Caribe aún tienen las tasas más altas del mundo, con 101 y 53,2 nacimientos por cada 1.000 mujeres, respectivamente, en 2021 (13). Esto se mantiene a pesar de las disminuciones que se observan en todas las regiones.

Además, existen variaciones regionales significativas en las tasas de natalidad adolescente. Por ejemplo, Nicaragua tenía la tasa de natalidad adolescente estimada más alta de América Latina y el Caribe en 2021, con 85,6 por cada 1.000 adolescentes, mientras que Chile tenía la estimación más baja, con 24,1 por cada 1.000 adolescentes (13). Incluso dentro de un mismo país, existen diferencias significativas. Por ejemplo, en Zambia, la proporción de adolescentes de entre 15 y 19 años que habían iniciado la maternidad en 2018 (14) variaba desde el 14,9% en Lusaka hasta el 42,5% en la provincia del Sur. En Indonesia, el porcentaje en 2017 varió desde el 3,5% en el territorio administrativo de la Cordillera hasta el 17,9% en la región de la península de Davao (15).

Las estrategias e intervenciones relacionadas con el embarazo en la adolescencia se han centrado en la prevención del embarazo a través de la planificación. Sin embargo, cada vez se presta más atención a la forma en que se lleva a cabo esta planificación, dado que la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de baja calidad conlleva una baja adherencia y, por lo tanto, el fracaso de los métodos anticonceptivos en las usuarias que acuden a los centros asistenciales (16). Además, muchas de estas usuarias no tienen acceso a dichos servicios. Por lo tanto, es necesario supervisar y mejorar los servicios de SSR para garantizar una mayor eficacia en las estrategias de prevención de los embarazos.

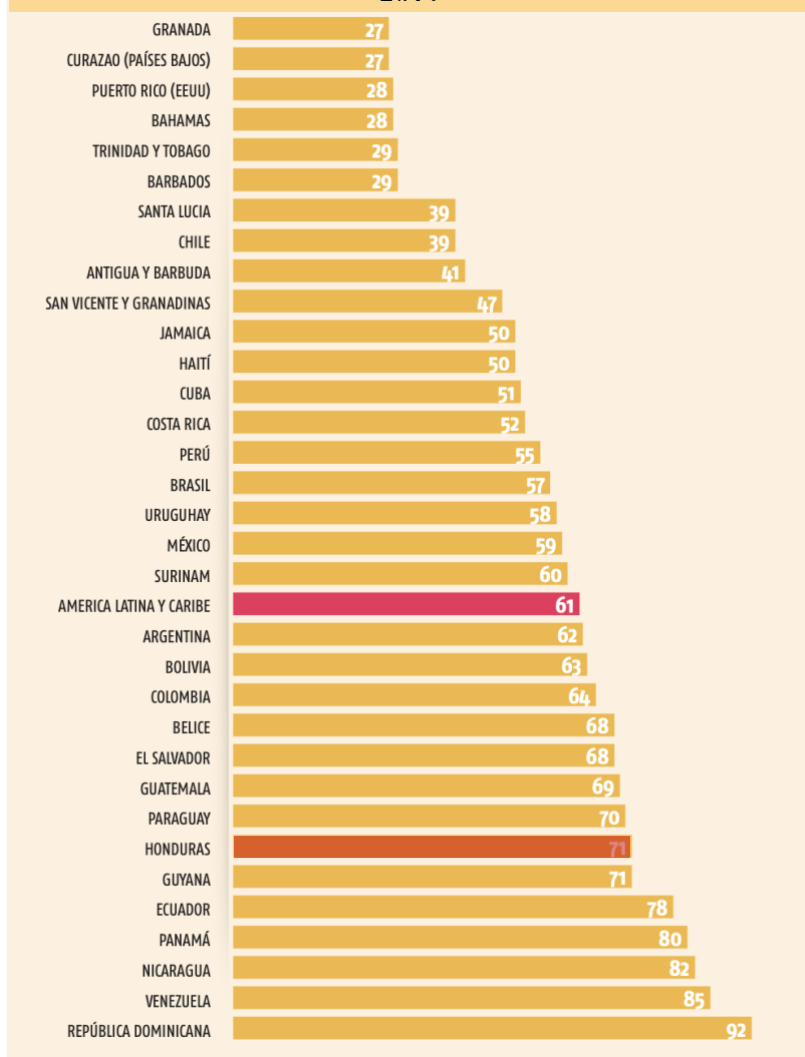
El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana comprometen los beneficios del bono demográfico en LAC, ya que aumentan la proporción de personas en edad dependiente y afectan la inversión en capital humano. Esto es porque las adolescentes que son madres las cuales quedan expulsadas del sistema educativo, tienen altos niveles de desempleo por tener un nivel educativo bajo y tienen menores ingresos que las mujeres que postergan su maternidad, dificultando su aporte a la economía nacional (17). La fecundidad adolescente en la región muestra una resistencia al descenso. Mientras la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha se ha reducido significativamente en los últimos años, no ocurrió lo mismo con la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA), que ha disminuido a un ritmo mucho más lento (18). Entre los países de la región con mayor fecundidad adolescente se encuentran República Dominicana, Nicaragua, Venezuela, Guyana y Panamá. (ver ilustración 1).

**Ilustración 1. TEFA en países de América Latina y el Caribe 2019**



Fuente: Tobar F. La Anomalía Del Embarazo Adolescente En América Latina Y El Caribe, UNFPA- LACRO. 2020.

**Gráfico 2. TEFA en países de América Latina y el Caribe 2019**



Fuente: Tobar F. La Anomalía Del Embarazo Adolescente En América Latina Y El Caribe, UNFPA- LACRO. 2020.

Estas cifras en Honduras puede ser explicado dado el inicio temprano de las relaciones sexuales y la falta de acceso a información científica sobre Salud Sexual Reproductiva (SSR). Al comparar los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) más reciente, reporta que el 24% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas en el momento de la encuesta, y lo que es más sorprendente, 1 de cada 4 adolescentes es madre o está embarazada por primera vez (20).

En la región, la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente regional es de 61 hijos cada mil mujeres entre 15 y 19 años. Esta cifra es la más alta del mundo, luego de África Subsahariana (19). El país que registra la TEFA más alta de la región es República Dominicana, seguido por Venezuela y Nicaragua. El promedio regional también es superado por otros países como Panamá, Ecuador, Guyana, Paraguay, Colombia, Argentina y Honduras como el sexto país con la TEFA más alta de América latina (ver Gráfica 1).



Honduras tiene una superficie territorial de 112 492 km<sup>2</sup> y cuenta con una población de 9,726,975 habitantes en el año 2023, geográficamente distribuidos en 18 departamentos y 298 municipios; 51.4 % son mujeres y 48.6% hombres . El 55.5% de la población radica en áreas rurales y 44.5% en zonas urbanas (21). En su composición étnica predomina una mayoría mestiza a la cual se suman ocho etnias que representan 7% de la población (22). En el Centro, Sur y Este, se encuentran los Pueblos Lenca (Intibuca, Lempira, La Paz, Santa Bárbara, Comayagua Francisco Morazán y valle), Pech (Olancho, Colon y Gracias a Dios). En la Costa Atlántica se encuentran los Negros de Habla Inglesa y Garífunas (Cortes, Atlántida, Colon, Gracias a Dios e Islas de la Bahía), los Miskitos (Gracias a Dios), los Nahuas (Olancho), Tawahkas (Gracias a Dios y Olancho). Los Pech en Olancho. En la zona de frontera con Guatemala los Chortí (Copán y Ocotepeque), y los Tolupanes en Yoro y el Norte de Francisco Morazán (22).

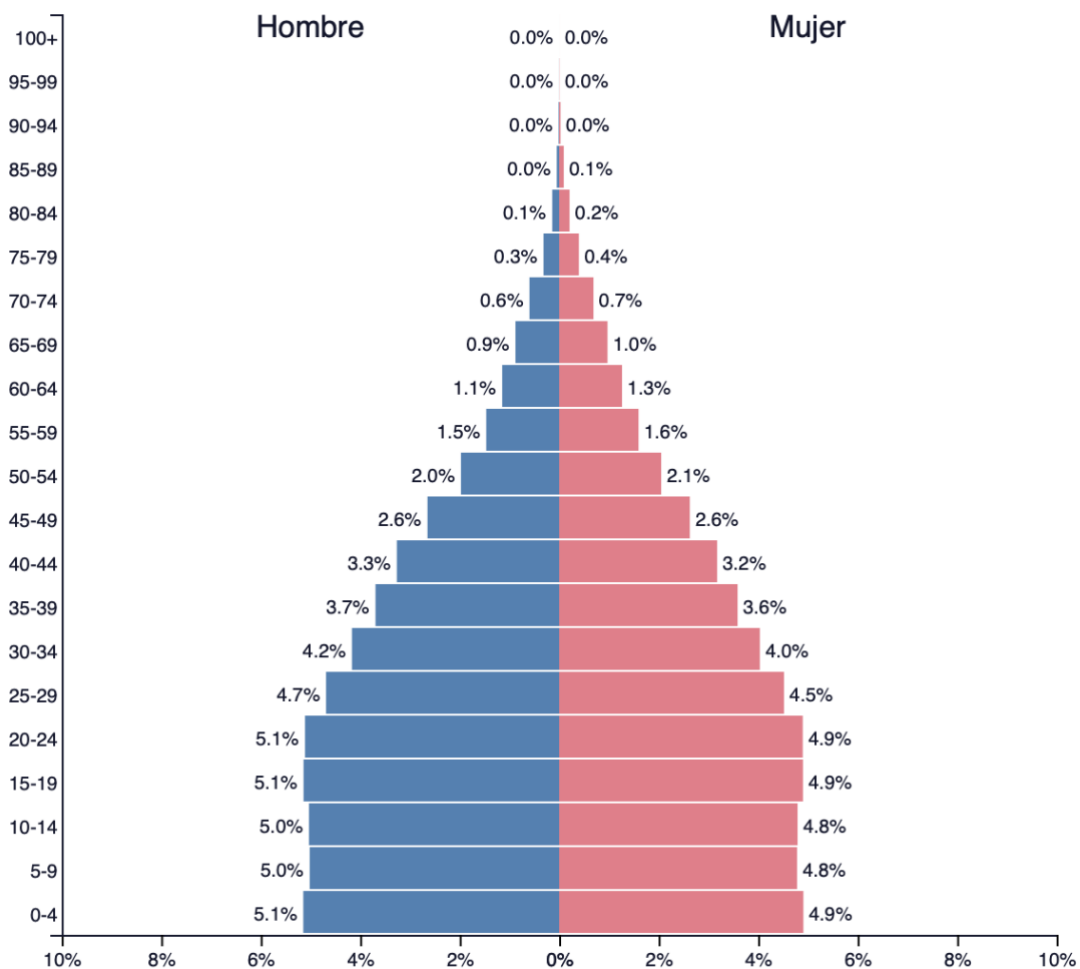
**Ilustración 2 .Mapa de las Etnias y Grupos Indígenas de Hondruas**



Fuente: RedHonduras. Mapa de las Etnias y Grupos Indígenas en Honduras [Internet]. Redhonduras.com. 2020

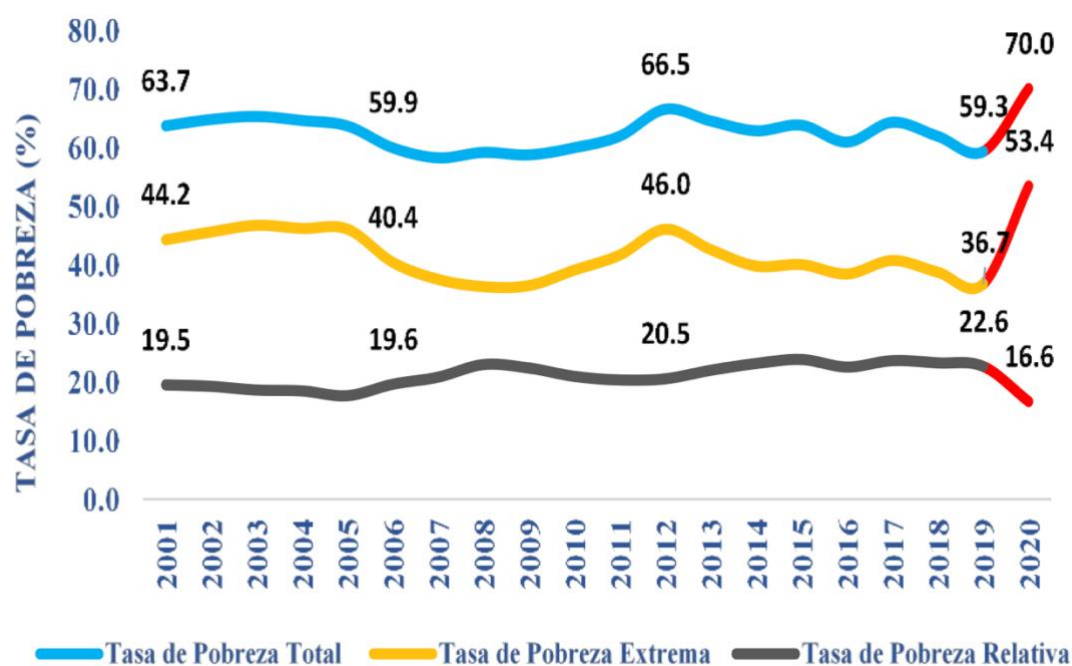
La pirámide poblacional se sustenta en una amplia base joven. Los menores de 18 años representan 39,6% de la población mientras que los adultos mayores de 60 años concentran a 7,7% (23,24). Este bono demográfico genera una potencial ventaja para el crecimiento económico y para el fortalecimiento de la seguridad social, pero se enfrenta a una alta incidencia de pobreza total que alcanza 70% de los hogares, 53,4% de pobreza extrema y 16,65% de pobreza relativa en el año 2020 (25). El problema de la pobreza es el reflejo de la debilidad estructural de la economía del país, la que siempre ha afectado a un alto porcentaje de la población, pero con la crisis del año 2020, se ha acentuado por el incremento de la pobreza coyuntural, especialmente la generada por los fenómenos naturales de las tormentas tropicales ETA & IOTA, apareciendo la categoría de pobres climáticos, así como el impacto de la pandemia de COVID-19.

**Gráfico 3. Pirámide Poblacional de Honduras en el año 2023**



Fuente: Pirámides de población del mundo [Internet]. Populationpyramid.net.

**Ilustración 3. Comportamiento de las tasas de Pobreza en Honduras del 2001 al 2020**



Fuente: Datos del INE Honduras (36).

Dado que Honduras tiene la sexta tasa de fecundidad más alta de la región entre las mujeres de 15 a 19 años, con 71 por 1.000, y que se ha mantenido prácticamente sin cambios en los últimos diez años (18), el país necesita tomar medidas inmediatas y prácticas que la población joven apoye para reducir estas cifras. Las jóvenes al tener hijos a una edad relativamente temprana, interrumpen sus estudios y abandonan sus objetivos profesionales(20).

El embarazo adolescente se convierte así en un factor que mantiene el ciclo de la pobreza o lo que otros autores han denominado "la trampa de la pobreza", ya que afecta de forma desproporcionada a las adolescentes más pobres, que residen en regiones rurales y tienen un menor nivel educativo. La tasa de fecundidad en la franja de edad de 15 a 19 años es de 4,60 nacimientos por cada 1.000 mujeres si comparamos estas cifras con las de España y si nos fijamos en el grupo de edad de 10 a 14 años, la tasa desciende significativamente a 0,05 nacimientos por cada 1.000 mujeres (26).

En cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, las adolescentes en Honduras se enfrentan a diversos obstáculos. A menudo, encuentran dificultades para obtenerlos y carecen de conocimiento sobre dónde adquirirlos y cómo utilizarlos correctamente. Adicionalmente, se enfrentan al estigma asociado a buscar anticonceptivos. Estas dificultades se ven agravadas por los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos y por los cambios en las circunstancias de vida y las intenciones reproductivas de las adolescentes. Por tanto, resulta fundamental brindar una adecuada consejería en planificación familiar y mejorar el acceso a los servicios de salud sexual para abordar esta problemática.

Es necesario tener en cuenta también las implicaciones legales y políticas en la incidencia del embarazo en la adolescencia. Restricciones como las implementadas tras el golpe de estado en 2009 en Honduras, las cuales prohibieron el uso, venta y distribución de la anticoncepción de emergencia, representan un obstáculo significativo para el suministro y la aceptación de estos métodos por parte del personal sanitario. A esto se suma la presencia de prejuicios y la falta de voluntad por parte del personal de salud para reconocer las necesidades de salud sexual de los adolescentes.

En resumen, el embarazo en la adolescencia constituye un desafío tanto a nivel de LAC y en Honduras, con implicaciones profundas en la salud, el bienestar social y el desarrollo económico. Para abordar esta problemática, se requiere de un enfoque integral que incluya el acceso a información científica, servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como políticas y legislaciones adecuadas que fomenten la prevención y el apoyo a las adolescentes en el ejercicio responsable de su sexualidad (27).

## 4. SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS

El sistema de salud en Honduras está compuesto por múltiples actores y fuentes de financiamiento. A nivel nacional, el sistema se rige por el Ministerio de Salud, que es responsable de la formulación de políticas y la coordinación general de la atención médica. Sin embargo, la prestación de servicios de salud se lleva a cabo a través de diferentes instituciones, tanto públicas como privadas. El sector privado, que brinda cobertura al 5% de la población, se compone de diversos hospitales, clínicas y centros de atención ambulatoria distribuidos en todo el país, e incluso pequeños consultorios médicos en comunidades que ofrecen asistencia sanitaria de forma privada. Estos centros están dirigidos principalmente a personas de estratos socioeconómicos altos y medios, debido a los altos costos que implican o a la capacidad de contratar un seguro médico privado. Sin embargo, muchas personas de escasos recursos se ven obligadas a buscar atención privada debido a que el sistema público no cuenta con suficiente personal o a la falta de disponibilidad de estudios complementarios de imágenes o laboratorio, que solo están disponibles en el sector privado (28).

El sistema público está compuesto por la Secretaría de Salud de Honduras, que es la entidad encargada de la salud a nivel nacional, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que se estima que brinda cobertura al 20% de la población. Esta cifra es baja, ya que solo pueden acceder a los servicios aquellos que tienen empleos regulares y pagan sus cotizaciones mensuales de seguridad social. Es importante mencionar que existe una gran cantidad de empleo informal o trabajos en comunidades rurales, como la agricultura, la pesca o los trabajos artesanales, que no tienen la posibilidad de inscribirse en la seguridad social y se ven limitados a utilizar los centros de salud del gobierno. Además, la cobertura del IHSS está presente únicamente en 20 de los 298 municipios del país (29).

La Secretaría de Salud proporciona servicios médicos de forma totalmente gratuita a toda la población que lo solicite, aunque en muchos establecimientos de salud se cobra un monto simbólico como fuente de autofinanciamiento debido a la escasez de apoyo económico que reciben del Estado hondureño.

En cuanto a la financiación del sistema de salud en Honduras, existen varias fuentes de financiamiento (30). Estas incluyen:

1. Impuestos y presupuesto nacional: El gobierno de Honduras destina una parte de su presupuesto general para el sector de la salud. Los fondos provienen de impuestos y otros ingresos generales del Estado, para el 2020 el gasto en Salud en Honduras supero el 5% del Producto Interno Bruto.

2. Seguridad Social: El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una entidad que administra el seguro social obligatorio para los trabajadores del sector formal. Los afiliados y sus empleadores realizan contribuciones mensuales que se utilizan para financiar los servicios de salud. En 2020 el presupuesto asignado a la SS ascendió a poco más de 530 millones de dólares; 76% proviene del Tesoro Nacional, 11% de créditos externos, 9% de donaciones y 4% del alivio de la deuda nacional.

3. Contribuciones de los usuarios: Los usuarios del sistema de salud en Honduras también realizan pagos directos por los servicios de atención médica, especialmente en el sector privado. Estos pagos pueden ser en forma de copagos, deducibles o pagos por servicios específicos.

4. Donaciones y cooperación internacional: Honduras recibe asistencia financiera y técnica de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y otros organismos bilaterales y multilaterales. Estas donaciones se utilizan para financiar proyectos y programas específicos en el sector de la salud.

Es importante destacar que el sistema de salud en Honduras enfrenta desafíos significativos en términos de acceso, calidad y equidad. La falta de recursos suficientes, la infraestructura inadecuada, la escasez de personal médico y la limitada cobertura de servicios de salud son algunos de los problemas que afectan la prestación de atención médica en el país. El gobierno hondureño está trabajando en la implementación de reformas para mejorar el sistema de salud y garantizar una atención médica de calidad y accesible para todos los ciudadanos.

El modelo nacional de salud, implementado en 2013 bajo la dirección de la Dra. Roxana Patricia Araujo, quien ocupaba el cargo de ministra de la Secretaría de Salud, introdujo una nueva estructuración de los centros sanitarios con el objetivo de mejorar el acceso equitativo a la población hondureña. Este modelo se basa en cuatro enfoques: atención primaria, gestión por resultados con calidad, gestión del riesgo e igualdad de género (31).

La estructura de este modelo es centralizada, con la dirección a cargo de la Secretaría de Salud en la capital del país, Tegucigalpa, y 20 regiones sanitarias, una por cada departamento y dos para las ciudades con mayor población, que son la Región Metropolitana de San Pedro Sula y la Región Metropolitana del Distrito de Francisco Morazán. A su vez, las regiones sanitarias dependen de los Equipos Coordinadores de Red (ECOR), responsables de la gestión de una red de centros de salud. El número de ECOR varía según la magnitud de los municipios y los centros asistenciales bajo su supervisión, aunque generalmente cada municipio cuenta con un ECOR y en casos necesarios se unen 2 o 3 municipios bajo un mismo ECOR.

La coordinación, vigilancia y gestión de los diferentes centros asistenciales recae en las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), que subdividen los establecimientos de salud en dos niveles de atención: primer y segundo nivel. Estos niveles se diferencian por la complejidad de los pacientes atendidos y el personal sanitario que los compone. En la Tabla No.3 se detallan los tipos de establecimientos de salud según su complejidad (32).

En cuanto a la contratación del recurso humano de la Secretaría de Salud, es una situación compleja. En general, los empleados con contratos permanentes son los que permanecen en sus puestos de trabajo, pero los contratos no permanentes varían considerablemente y la disponibilidad de fondos para su contratación varía de municipio a municipio. Por esta razón, el sistema depende en gran medida del personal en formación, como médicos internos, médicos en servicio social, residentes, licenciados en enfermería en servicio social y las prácticas formativas de las enfermeras auxiliares, para el adecuado funcionamiento de los centros de salud y hospitales. Esto provoca una rotación constante del personal, lo cual requiere una capacitación constante del nuevo personal.



**Tabla 3.** Tipos de Establecimientos de Salud de la Secretaría de Salud de Honduras por Nivel de atención y complejidad

Nivel de Atención	Escalón de Complejidad	Categoría y Tipo de Establecimiento	Número de establecimientos a nivel Nacional	Características distintivas del establecimiento de salud
Primer Nivel	Complejidad 1	Centro Integrado de Salud (CIS)	1,048	Ambulatorio rural con médico general
	Complejidad 2	Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS)	384	Ambulatorio urbano con médico general. Es sede del Equipo Integral de Atención Integral de Salud. Atiende referencias de CIS tipo1.
	Complejidad 3	Policlínico de Salud	4	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 hrs). Atiende referencias de los dos niveles anteriores.
Segundo Nivel	Complejidad 4	Hospital tipo 1	32	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias del primer nivel de atención.
	Complejidad 5	Hospital tipo 2	19	Hospital de especialidades y algunas subespecialidades. Referencias del Hospital tipo 1.
	Complejidad 6	Hospital tipo 3	4	Hospital docente de especialidades y subespecialidades. Atiende referencias de hospital tipo 1 y 2.
	Complejidad 7	Hospital tipo 4	1	Hospital universitario e instituto altamente especializado. De referencia Nacional.

Fuente: Honduras DE, Ubaldo L, Rodríguez P, René Á, Arévalo E. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD [Internet]. Bvs.hn.



## 5. UNFPA HONDURAS

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Honduras esta presente desde 1992 siendo la agencia de las Naciones Unidas que se dedica a la salud y los derechos reproductivos, tiene una larga historia de trabajo conjunto en Honduras para ayudar a la implementación del Consenso de Montevideo y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y desarrollo (CIPD), con énfasis en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el empoderamiento de los jóvenes y la igualdad de género.

Para cumplir su misión, el UNFPA trabaja para garantizar que todas las personas, en particular las mujeres y los jóvenes, tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad, que les permitan ejercer su derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, a tener embarazos seguros e hijos sanos, y a disfrutar de su sexualidad y vivirla sin temores o estigmas sociales o de género (32) .

## 6. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia (AE) se utiliza para prevenir un embarazo no intencionado posterior a relaciones sexuales consentidas o no, y sin protección con algún otro método de planificación familiar. Se recomienda el uso de la AE en los primeros 5 días posteriores al encuentro sexual, y su eficacia disminuye a medida que se retrasa la toma. Existen diferentes métodos de anticoncepción de emergencia, como el método Yuzpe, el acetato de ulipristal, el Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre y el levonorgestrel en dosis alta. Este último es el enfoque principal para la elaboración de este programa de salud, ya que es el método recientemente legalizado en el país, conocido como la píldora del día después, plan B o píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) (34).

**Dosis:** El método Yuzpe consiste en la toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de levonorgestrel (LNG), seguida de una segunda toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG a las 12 horas posteriores. El Ulipristal es una dosis única de 30 mg, mientras que el Levonorgestrel se puede indicar como una dosis única de 1,5 mg o dividirse en dos tomas, siendo la primera de 0,75 mg y seguida de una segunda toma también de 0,75 mg a las 12 horas posteriores a la primera toma (35).

**Mecanismo de acción:** El mecanismo de acción de este método consiste en inhibir o retrasar la ovulación. Esto se logra al suprimir las concentraciones máximas de la hormona luteinizante (LH). Es importante destacar que este método no es efectivo si se administra después de que la ovulación ya ha ocurrido. Además, es importante mencionar que no tiene un efecto abortivo, ya que no interfiere con la implantación del óvulo fertilizado (36).

**Eficacia:** La eficacia depende del tiempo transcurrido desde la utilización del método anticonceptivo de emergencia. En general, es muy efectivo si se toma dentro de las primeras 72 horas posteriores al encuentro sexual. Para las pastillas con levonorgestrel, se recomienda su uso hasta las 120 horas, y las pastillas de ulipristal pueden tomarse incluso después de las 120 horas. La tasa de embarazo y la fracción preventiva varían para cada método y se describen a continuación (37).

**Tabla 4 .Eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos de emergencia**

AE método	Tasa Embarazos	Fracción Preventiva
Yuspe	3,2	75
Levonorgestrel	1,1-	85
Ulipristal	0,9	85-90
DIU cobre	0,1	99-100

Fuente: Mittal S. Emergency contraception - potential for women's health. Indian J Med Res. 2014;140 Suppl:S45-52.

**Efectos adversos:** Dentro de los efectos adversos de la toma de la PAE, que son poco frecuentes y se resuelven de forma espontánea, se encuentran: náuseas, vómitos, ligero sangrado vaginal e irregular, fatiga, cefalea y dolor en el pecho. En caso de presentarse vómitos dentro de las dos horas posteriores a la toma de la píldora anticonceptiva de emergencia, se deberá repetir la dosis. La PAE no afecta la fertilidad futura, por lo cual la persona debe optar por un método de planificación regular posterior a su uso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de la anticoncepción de emergencia en tres situaciones específicas: después de tener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo, después de una agresión sexual sin el uso de un método efectivo de planificación familiar (PF) y después de tener relaciones sexuales donde existan dudas sobre la eficacia del método anticonceptivo utilizado (38). Se considera que hay un fallo en el método de planificación familiar bajo las siguientes circunstancias:

- Preservativos: Rotura, deslizamiento o uso incorrecto.
- Píldoras anticonceptivas hormonales combinadas: Tres o más píldoras olvidadas consecutivamente o tres días de retraso durante la primera semana del ciclo.
- Píldoras anticonceptivas de progesterona: Tres o más horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma de la píldora o más de 27 horas después de la píldora anterior.
- Píldoras anticonceptivas que solo contienen desogestrel: Doce o más horas después de la hora habitual de toma de la píldora o más de 36 horas después de la píldora anterior.
- Inyección de enantato de noretisterona: Dos o más semanas de retraso en la inyección.
- Inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito: Cuatro o más semanas de retraso en la inyección.
- Anticonceptivo inyectable combinado: Siete o más días de retraso en la inyección.
- Dispositivo intrauterino o implante: Expulsión del dispositivo.

## 7.OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de la asistencia a adolescentes en cuanto a prevención de embarazos no deseados a través de la capacitación de profesionales de salud en el uso de la píldora del día después.

### **OBJETIVOS A CORTO PLAZO**

1. Aumentar la adquisición de conocimientos por parte de los profesionales de la salud acerca de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar.
2. Ampliar la comprensión de la legislación y normativa relacionada con la píldora anticonceptiva de emergencia entre los profesionales de la salud.
3. Mejorar la orientación ofrecida a las adolescentes sobre la píldora del día después a través de una consejería de planificación familiar de alta calidad.
4. Desarrollar una campaña de sensibilización acerca del uso adecuado de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar.

### **OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO**

5. Identificar los factores que influyen en el mal uso de la píldora del día después.
6. Colaborar en la elaboración del protocolo normativo para el uso de la píldora del día después.
7. Aumentar la cobertura de métodos de planificación familiar de corta y larga duración.

### **OBJETIVOS A LARGO PLAZO**

8. Reducir el número de embarazos en adolescentes en los municipios del programa.
9. Reducir el número de abortos en adolescentes en los municipios del programa.
10. Fomentar que los profesionales sanitarios de Honduras utilicen la píldora anticonceptiva de emergencia de manera ética y segura.

## 8. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

### 8.1. METODOLOGÍA

Se coordinará en conjunto a la secretaría de salud específicamente con la coordinación de Redes Integradas de los Servicios de Salud a nivel central un proceso de **capacitación de capacitadores** el cual tendrá como objetivo instruir a perfiles claves de cada uno de los municipios en los cuales estará enfocado el proyecto. El objetivo es que estos capacitadores puedan posteriormente difundir los conocimientos adquiridos entre el personal de los diversos centros asistenciales ubicados en sus respectivas áreas geográficas de influencia. Esta metodología, implementada por la Secretaría de Salud en Honduras, permite abordar eficientemente nuevas temáticas en un período de tiempo limitado, logrando un amplio alcance y optimización de los recursos, dado que la contratación de profesionales para talleres de capacitación en cada departamento y municipio resulta limitada.

El proceso formativo se llevará a cabo a través del estímulo del diálogo y la reflexión grupal, así como mediante presentaciones interactivas. Para su ejecución, se contará con facilitadores contratados por el UNFPA, quienes conformarán un grupo especializado compuesto por un experto en ginecobstetricia, un médico general y un psicólogo con experiencia en salud y derechos sexuales y reproductivos. Estos facilitadores se distribuirán en diversas jornadas de trabajo para llevar a cabo los talleres en las regiones centro-sur y noreste del país. Cabe destacar que la Secretaría de Salud brindará acompañamiento durante todo el proceso formativo, asegurando la asunción de responsabilidades y compromisos una vez finalizadas las capacitaciones.

El enfoque de la capacitación estará orientado a dotar a los proveedores de servicios de salud con los conocimientos necesarios sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, incluyendo aspectos como su uso, mecanismo de acción, efectividad, efectos secundarios e indicaciones pertinentes. Asimismo, se abordará la importancia de los métodos anticonceptivos de corta y larga duración, brindando orientación a las adolescentes sobre la adopción de métodos regulares y continuos de planificación familiar, de modo que se reduzca la necesidad de recurrir a la píldora anticonceptiva de emergencia. Además, se enfatizará en la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de la capacitación

## 8.2. POBLACIÓN OBJETIVO

El personal beneficiario de este programa estará compuesto por aquellos que se encuentren en los 17 municipios seleccionados como beneficiarios del proyecto CERF del UNFPA, ya que este será la fuente de financiación para dicho proyecto. A continuación, se describen dichos municipios:

- Departamento de Cortés: Municipio de San Pedro Sula, Choloma, Villanueva, Omoa, San Manuel y Puerto Cortés.
- Departamento de Atlántida: Tela y la Ceiba.
- Departamento de Colón: Tocoa, Trujillo y Sonaguera.
- Departamento de Ocotepeque: Ocotepeque.
- Departamento del Paraíso: El paraíso, Danlí y Trojes.
- Departamento de Copán: Copan Ruinas.

El número total de personal sanitario que trabaja de forma directa o indirecta en las áreas de salud sexual y reproductiva en los municipios priorizados por dicho programa es de 1664 recursos, de los cuales 573 son médicos, 318 son licenciados en enfermería, 681 son auxiliares de enfermería y 72 son técnicos de los ECORs (Equipos Regionales). Estos recursos están distribuidos en 128 establecimientos de salud.

Dado que no es posible financiar y capacitar a todos los recursos por parte del equipo técnico del UNFPA, se dará prioridad a la capacitación directa del 30% de los recursos en cada municipio (ver columna Meta en la Tabla No.5). Estos capacitados serán responsables de brindar posteriormente capacitación al 70% restante a través de retroalimentación de las sesiones de capacitación. El listado de personas que participarán en los talleres del UNFPA será proporcionado por cada región sanitaria, y se les exigirá comprometerse a realizar el proceso de capacitación al resto del personal de salud que trabaja en las áreas de salud sexual y reproductiva.

Además, se incluirá al personal técnico de las regiones sanitarias y de los ECORs, ya que podrán formar al personal de salud que no se encuentra en los municipios priorizados pero que pertenece a sus respectivas regiones sanitarias. Esto permitirá alcanzar un mayor número de personas con conocimientos actualizados sobre la píldora del día después

*Tabla 5. Listado de Personal que labora en SSR a Capacitar por Establecimiento de Salud y Municipio*

Departamento	Municipio	Número de Establecimiento de Salud					Personal Sanitario SSR					
		CIS	UAPS	Policlínico	Hospital	TOTAL	Médico	Lic. Enfermería	Auxiliar Enfermería	ECOR	TOTAL	META
Cortés	San Pedro Sula	5	3	1	2	11	74	51	73	8	206	60
	La Lima	5	1	0	0	6	19	7	26	4	56	20
	Villanueva	7	6	0	0	13	45	19	64	4	132	40
	Choloma	3	5	1	0	9	36	23	57	4	120	40
	Omoa	6	1	0	0	7	22	8	30	4	64	20
	San Manuel	2	1	0	0	3	10	4	14	4	32	10
	Puerto Cortés	6	3	1	1	11	57	37	67	2	163	50
Atlántida	Tela	4	4	0	1	9	48	27	50	6	131	40
	Ceiba	8	2	1	1	12	59	37	69	6	171	50
Colón	Tocoa	6	1	1	1	9	49	33	55	4	141	40
	Trujillo	4	1	0	0	5	16	6	22	2	46	15
	Sonagera	4	0	0	0	4	12	4	16	2	34	10
Ocotepeque	Ocotepeque	5	1	0	1	7	39	22	36	6	103	30
El Paraíso	El paraíso	7	2	0	1	10	49	26	50	6	131	40
	Danlí	4	1	0	0	5	16	6	22	2	46	15
	Trojes	4	0	0	0	4	12	4	16	2	34	10
Copán	Copan Ruinas	2	1	0	0	3	10	4	14	6	34	10
<b>TOTAL</b>		<b>82</b>	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>128</b>	<b>573</b>	<b>318</b>	<b>681</b>	<b>72</b>	<b>1644</b>	<b>500</b>

Fuente: Unidad de Desarrollo de Recurso Humano, SESAL Honduras.

### 8.3. ANÁLISIS DE RIESGOS

Para implementar este programa en el contexto actual del país, se ha realizado un análisis de riesgo utilizando la herramienta DAFO. A continuación, se presentan las debilidades, Amenazas, Fortalezas y las Oportunidades identificadas:

#### Debilidades:

**1. Escasez de personal capacitado en anticoncepción de emergencia:** La prohibición de la PAE en los últimos 12 años ha resultado en una falta de personal de salud debidamente capacitado y actualizado en este campo. Esto representa un obstáculo importante, ya que el personal de salud debe contar con conocimientos adecuados para brindar consejería y ofrecer un servicio de calidad en anticoncepción de emergencia.

**2. Falta de conocimiento y concientización sobre la píldora de emergencia:** La falta de comprensión del mecanismo de acción y otros aspectos relevantes, como el marco temporal adecuado para recomendar el uso de la PAE, puede llevar a retrasos en la oferta de este método anticonceptivo. Además, la existencia de mitos o información errónea por parte del personal de salud puede resultar en la falta de disponibilidad de este método para las usuarias.

**3. Alta rotación del personal sanitario y falta de permanencia:** Existe una limitada presencia de personal de salud permanente en la Secretaría de Salud, con un predominio de personal contratado de forma temporal o en formación. Esto implica que cada año se incorpora nuevo personal en los establecimientos de salud, lo cual requiere capacitar continuamente a los nuevos recursos en la temática de anticoncepción de emergencia.

**4. No disponibilidad de la PAE en los establecimientos de salud:** Debido a la reciente aprobación de la PAE mediante el decreto ejecutivo, no se encuentra disponible en los establecimientos de salud de manera pública a la fecha. La Secretaría de Salud está gestionando la adquisición inicial y distribución de la PAE en diferentes regiones sanitarias. Sin embargo, no se conoce la fecha exacta de disponibilidad ni si se garantizará el abastecimiento adecuado ante una posible alta demanda, considerando experiencias previas de desabastecimiento de otros métodos anticonceptivos debido a la falta de organización y previsión de la demanda.



#### **5. Falta de educación adecuada sobre la prevención de embarazos en adolescentes:**

Existe una insuficiente promoción de la prevención de embarazos en la adolescencia en el sistema educativo público, ya que no se incluye un programa que brinde asesoramiento en este aspecto en el currículo. Además, la información actualmente difundida en el país no hace referencia a la PAE debido a su previa penalización legal. Por tanto, es necesario desarrollar material promocional de la PAE, tanto audiovisual como impreso, para su distribución en escuelas y puntos de atención en salud sexual y reproductiva.

#### **6. Bajo nivel de acceso a los servicios de salud y opciones anticonceptivas:**

En determinados municipios donde se implementará el programa, se observa un limitado acceso a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales. Esto se debe a largas distancias para llegar a los centros de salud y a la escasez de personal sanitario disponible para atender la alta demanda de usuarias. Como resultado, se deben programar citas previas para los servicios de planificación familiar. Por consiguiente, es necesario trabajar con los directores de los centros de salud para asegurar que las usuarias que soliciten la PAE sean atendidas con prioridad, considerándolas como casos de emergencia médica.

#### **7. Ausencia de un protocolo normado por la Secretaría de Salud sobre la PAE:**

Actualmente, no existe un protocolo específico en los protocolos existentes sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, ni en el protocolo para la atención de víctimas de violencia sexual, que incluya la anticoncepción de emergencia con la PAE, debido a su anterior penalización legal. Por lo tanto, es necesario modificar dichos protocolos o elaborar uno nuevo que aborde de manera específica el uso de la píldora del día después. Para esto, se requerirá una colaboración conjunta con la Secretaría de Salud y proporcionar asesoría técnica en la elaboración del documento.

## Amenazas:

**1. Barreras culturales y religiosas:** Existen mitos culturales y religiosos entre el personal de salud que afectan la percepción de la PAE, como la creencia de que es abortiva y va en contra del valor fundamental de la vida. Se requiere educación y promoción adecuada para abordar estas barreras.

**2. Desinformación y desconexión entre la oferta y la demanda:** Existe un alto nivel de desinformación en la población, especialmente entre los adolescentes, sobre el uso de la PAE. Además, la falta de disponibilidad en los centros de salud dificulta el acceso al método, lo que lleva a que las usuarias no puedan obtenerlo, especialmente aquellas con recursos económicos limitados.

**3. Preferencia de la PAE como método anticonceptivo regular:** Existe la posibilidad de que la población adolescente elija la PAE como método principal de anticoncepción debido a su conveniencia en comparación con otros métodos de mayor duración y posibles efectos secundarios indeseables.

**4. Conflictos entre grupos religiosos extremistas y defensores de los derechos reproductivos:** La oposición de grupos religiosos, como la iglesia católica y la protestante, a la dispensación de la PAE puede generar conflictos en la introducción del método en algunas regiones debido a la influencia de personas con creencias restrictivas en puestos de autoridad en el sistema de salud.

**5. Compromiso insuficiente del personal encargado de replicar los talleres:** Existe la posibilidad de falta de compromiso por parte de los capacitadores locales, lo que puede resultar en la transmisión parcialmente incorrecta de la información o la falta de réplica de los talleres en su totalidad.

**6. Falta de compromiso de las autoridades locales:** Es crucial contar con el compromiso e interés de los directores de regiones sanitarias y establecimientos de salud en la introducción de la PAE, ya que su participación es fundamental para el éxito del programa.

**7. Limitaciones en la inversión y organización de la secretaría en la adquisición y distribución de la PAE:** La Secretaría de Salud enfrenta restricciones presupuestarias y falta de organización en la compra y distribución de la PAE, lo que puede afectar el suministro adecuado del método. Se requiere una modificación presupuestaria o el apoyo de organismos internacionales para garantizar su disponibilidad.

### **Fortalezas:**

**1. Acuerdos de cooperación existentes entre el UNFPA y la Secretaría de Salud:** Existe una colaboración establecida entre el UNFPA y la Secretaría de Salud, así como con otras entidades gubernamentales, lo que facilita la comunicación y aprobación del programa de salud.

**2. Programas de salud existentes como plataforma para el proyecto:** Existen programas y personal clave que colaboran con el UNFPA en los municipios priorizados, lo cual brinda una base sólida para la implementación exitosa del proyecto. Además, agencias y ONG como MSF y OPS también participan en proyectos de salud sexual y reproductiva.

**3. Amplio impacto del proyecto en la población objetivo de manera indirecta:** Aunque el objetivo inicial es capacitar a 500 proveedores de salud, se espera que se alcance una capacitación de aproximadamente 1,500 profesionales sanitarios, incluyendo médicos y enfermeras. Esto beneficiará indirectamente a la población adolescente al contar con personal capacitado que pueda brindar información actualizada y de calidad sobre la anticoncepción de emergencia.

**4. Selección estratégica del personal capacitado para la difusión de talleres:** El personal seleccionado para recibir capacitación directa será elegido por las jefaturas regionales. Se priorizará a aquellos con contratación permanente, comprometidos con la salud sexual y reproductiva, proactivos y dispuestos a brindar retroalimentación en los talleres. Se dará preferencia a aquellos que tengan experiencia previa en programas del UNFPA y habilidades como facilitadores.

## **Oportunidades:**

**1. Disponibilidad adecuada de recursos humanos y financiamiento:** La experiencia del UNFPA demuestra la participación activa y proactiva del personal en los municipios seleccionados. Además, el programa cuenta con financiamiento del CERF para respaldar los talleres de capacitación.

**2. Establecimiento de redes de salud en colaboración con organizaciones defensoras de los derechos reproductivos e instituciones locales:** La colaboración con otras instituciones y organizaciones dedicadas a la salud sexual y reproductiva, así como las redes de mujeres, permitirá una promoción conjunta y una educación integral en cada municipio, bajo la dirección de la Secretaría de Salud.

**3. Base para el desarrollo de un protocolo nacional de uso de la PAE:** Es fundamental establecer una normativa y protocolo para la utilización y distribución de la PAE. Este protocolo proporcionará una guía unificada para los proveedores de salud tanto del sector público como privado, asegurando un respaldo legal adecuado.

**4. Potencial de ampliar el proyecto a través de la cooperación internacional:** Aunque el proyecto se centra en municipios prioritarios financiados por el CERF, existe la posibilidad de replicar los talleres en otros municipios mediante financiamiento de proyectos específicos en diferentes departamentos. Para ello, la Secretaría de Salud puede solicitar colaboración a otras organizaciones pertinentes.

**Ilustración 4.** Análisis de riesgos matriz DAFO

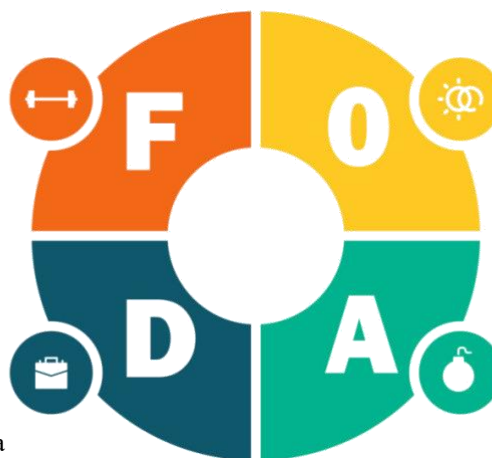
### DEBILIDADES

1. Escasez de personal capacitado en anticoncepción de emergencia
2. Falta de conocimiento y concientización sobre la píldora de emergencia
3. Alta rotación del personal sanitario y falta de permanencia
4. No disponibilidad de la PAE en los establecimientos de salud
5. Falta de educación adecuada sobre la prevención de embarazos en adolescentes
6. Bajo nivel de acceso a los servicios de salud y opciones anticonceptivas
7. Ausencia de un protocolo normado por la Secretaría de Salud sobre la PAE

### FORTALEZAS

1. Acuerdos de cooperación existentes entre el UNFPA y la Secretaría de Salud
2. Programas de salud existentes como plataforma para el proyecto
3. Amplio impacto del proyecto en la población objetivo de manera indirecta
4. Selección estratégica del personal capacitado para la difusión de talleres

Fuente: Autoría Propia.



### AMENAZAS

1. Barreras culturales y religiosas
2. Desinformación y desconexión entre la oferta y la demanda
3. Preferencia de la PAE como método anticonceptivo regular
4. Conflictos entre grupos religiosos extremistas y defensores de los derechos reproductivos
5. Compromiso insuficiente del personal encargado de replicar los talleres
6. Falta de compromiso de las autoridades locales
7. Limitaciones en la inversión y organización de la secretaría en la adquisición y distribución de la PAE

### OPORTUNIDADES

1. Disponibilidad adecuada de recursos humanos y financiamiento
2. Establecimiento de redes de salud en colaboración con organizaciones defensoras de los derechos reproductivos e instituciones locales
3. Base para el desarrollo de un protocolo nacional de uso de la PAE
4. Potencial de ampliar el proyecto a través de la cooperación internacional

## 8.4. ACTIVIDADES POR REALIZAR

*Tabla 6. Actividades por realizar para alcanzar los objetivos del programa*

ACTIVIDAD	ACTORES	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
1. Presentación del programa a la secretaría de salud para su aprobación y posterior socialización con las Jefaturas Regionales involucradas.	1. Técnicos UNFPA 2. Técnicos RISS SESAL 3. Jefaturas Regionales	Elaboración de oficio de nivel Central firmado por jefe RISS con la presentación del programa a las Jefaturas Regionales involucradas.	Único: al inicio del programa
2. Proceso de Contratación de Consultores Independientes, proveedores de alimentación, salón, transporte y replica de material de comunicación de riesgo.	1. Técnicos UNFPA 2. Personal administrativo del UNFPA	Aprobación y firma de Contratos con Consultores, COAs por proveedor.	Único: al inicio del programa
<b>Objetivo 1.</b> Aumentar la adquisición de conocimientos por parte de los profesionales de la salud acerca de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar.			
3. Capacitar a los profesionales de salud de la población objetivo sobre las indicaciones, mecanismo de acción, recomendaciones, efector adversos, mitos, criterios médicos de elegibilidad de la PAE.	1. Técnicos UNFPA 2. Técnicos RISS SESAL 3. Prestadores de Salud	Porcentaje de profesionales de salud con conocimiento adecuado de la píldora del día después. Meta: 90% de la población objetivo	Continua: posterior a la realización de las capacitaciones, mediante las listas de asistencia. ( <a href="#">Anexo.1</a> )

4.Capacitar a los profesionales de salud de la población objetivo sobre las indicaciones, mecanismo de acción, recomendaciones, efector adversos, mitos, criterios médicos de elegibilidad de métodos de planificación de Corta y larga duración	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Prestadores de Salud	Porcentaje de profesionales de salud con conocimiento adecuado de la píldora del día después.  Meta: 90% de la población objetivo	Continua: posterior a la realización de las capacitaciones, mediante las listas de asistencia. ( <a href="#">Anexo.1</a> )
<b>Objetivo 2.</b> Ampliar la comprensión de la legislación y normativa relacionada con la píldora anticonceptiva de emergencia entre los profesionales de la salud.			
5.Proporcionar una capacitación online o presencial sobre la legislación y normativa relacionada con la píldora anticonceptiva de emergencia	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Prestadores de Salud	Porcentaje de profesionales de salud con conocimiento adecuado sobre la ley y normativa de la PAE.  Meta: 90% de la población objetivo	Continua: posterior a la realización de las capacitaciones mediante las listas de asistencia. ( <a href="#">Anexo.1</a> )
<b>Objetivo 3.</b> Mejorar la orientación ofrecida a las adolescentes sobre la píldora del día después a través de una consejería de planificación familiar de alta calidad.			
6. Realizar encuesta para identificar principales barreras, mitos y nivel de conocimiento sobre la píldora del día después en los profesionales de salud.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Prestadores de Salud	Informe sobre las barreras, mitos y nivel de conocimiento de los prestadores de salud en los municipios priorizados.	Única vez: mediante formulario que los prestadores de salud deberán de completar en Google form 20 días ante del inicio de las capacitaciones.

7.Realizar una capacitación para los trabajadores de la salud en asesoramiento adecuado para las adolescentes sobre la píldora del día después mediante una consejería de calidad.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Prestadores de Salud	Porcentaje de profesionales de salud con habilidades para brindar consejería de PF de calidad. Meta: 90% de la población objetivo	Continua: posterior a la realización de las capacitaciones mediante las listas de asistencia. ( <a href="#">Anexo.2</a> )
<b>Objetivo 4.</b> Desarrollar una campaña de sensibilización acerca del uso adecuado de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar.			
8.Realizar una campaña de sensibilización a nivel nacional para abordar el uso adecuado de la píldora del día después.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL	Elaboración de spot radial y televisivo sobre la PAE.	Continua
9.Realizar entrevistas en televisión y radio para discutir el uso adecuado de la píldora del día después.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL	Audiencia de los programas de televisión y radio relacionados con el uso adecuado de la píldora del día después.	Continua
10.Proporcionar sesiones informativas para adolescentes acerca de la píldora del día después.	1.Prestadores de Salud 2.Adolescentes en sistema educativo de 15-19 años 3.directores de Institutos	Número de adolescentes que recibieron sesiones informativas de la PAE.	Continua: posterior a la realización de charlas mediante lista de asistencia ( <a href="#">Anexo.3</a> )



5. Identificar los factores que influyen en el mal uso de la píldora del día después.			
11. Realizar una investigación de campo para identificar principales barreras, mitos y nivel de conocimiento sobre la píldora del día después en las adolescentes.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Prestadores de Salud 4.Adolescentes en sistema educativo de 15-19 años 5.directores de Institutos	Informe por municipio, Departamental y Nacional sobre las barreras, mitos y nivel de conocimiento de las adolescentes en los municipios priorizados.	Se seleccionará 2 institutos por municipio para elaboración de encuestas a adolescentes de entre 15-19 años. <i>(Anexo.4)</i>
6. Colaborar en el desarrollo del protocolo normativo para el uso de la píldora del día después.			
12.Asesorar técnicamente a la secretaría de salud en la modificación de los protocolos actuales y/o la redacción de un protocolo específico para la PAE.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL	Aprobación de las actualizaciones de los protocolos actuales y/o nuevo protocolo por Normalización de la SESAL.	Única: al final del programa
7. Aumentar la cobertura de métodos de planificación familiar de corta y larga duración.			
13. Brindar consejería de PF de calidad para orientar a las adolescentes en la utilización de un método anticonceptivo corta o larga duración para prevenir embarazos no deseados.	1.Prestadores de Salud	Cobertura de métodos anticonceptivos en los municipios priorizados. Meta alcanzar el 85% de cobertura en métodos de corta y larga duración.	Semestral: información obtenida de los cuadros 4.3 de PF SESAL <i>(Anexo.5)</i>

8. Reducir el número de embarazos en adolescentes en los municipios del programa.			
14. Recolectar la información de los cuadros 7.1 sobre el número de embarazos en adolescentes en los municipios del programa.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Técnicos Regionales	Reducción de al menos un 25% de los embarazos en adolescentes en comparación con cifras municipales del año anterior.	Semestral: información obtenida de los cuadros 7.1 atención Integral del Adolescente <a href="#">(Anexo.6)</a>
9. Reducir el número de abortos en adolescentes en los municipios del programa.			
15. Recolectar la información de los egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto según grupo de edad de la Secretaría de Salud.	1.Técnicos UNFPA 2.Técnicos RISS SESAL 3.Técnicos Regionales	Reducción de al menos un 25% de los abortos en adolescentes en comparación con cifras municipales del año anterior.	Semestral: información obtenida del Cuadro Egresos hospitalario por embarazo terminado en aborto por hospital según grupo de edad SESAL <a href="#">(Anexo.7)</a>

Fuente: Autoría Propia.

Tabla 7. Cronograma de Actividades

## 8.5. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	01.09.23 - 08.09.23	11.09.23 - 15.09.23	18.09.23 - 22.09.23	25.09.23 - 29.09.23	02.10.23 - 06.10.23	09.10.23 - 13.10.23	16.10.23 - 20.10.23	23.10.23 - 27.10.23	30.10.23 - 03.11.23	06.11.23 - 10.11.23	13.11.23 - 17.11.23	20.11.23 - 24.11.23	27.11.23 - 01.12.23	04.12.23 - 08.12.23	11.12.23 - 15.12.23	18.12.23-22.12.23	15.01.24- 19.01.24	22.01.24- 26.01.24	29.01.24- 02.02.24	05.02.24- 09.02.24	12.02.24- 16.02.24	19.02.24 - 23.02.24	26.02.24- 01.03.24
Socialización Programa con las Jefaturas Regionales	■																						
Presentación del programa a la secretaría de salud		■																					
Encuesta Google Form para prestadores de Salud a Capacitar		■																					
Elaboración de Informe evaluación pre-capacitación prestadores de Salud			■																				
Conformación de Comité para actualización de protocolos SSR y PAE			■																				
Elaboración de presentaciones y material para los talleres			■	■									■										
Proceso de Contratación de proveedores		■	■	■	■	■																	
Elaboración de Material de comunicación de riesgo (Anuncio Radial, TV y material impreso educativo)			■	■	■	■	■																
Presentación de primer borrador del protocolo PAE								■															
Elaboración de Encuestas a adolescentes en instituciones del sistema educativo público y privado			■	■	■																		
Elaboración de Informe de encuesta Adolescentes						■																	
Impresión de Material Educativo para adolescentes y para talleres										■	■												
Consulta sobre el disponibilidad,abastecimiento,distribución de la PAE en la SESAL			■						■				■										
Presentación del protocolo Final PAE y/o protocolos actualizados para aprobación por normalización SESAL											■	■											
Taller Formativo Municipios: San Pedro Sula, la Lima y San Manuel														■									
Taller Formativo Municipios: Villanueva,Choloma,Omoa y Puerto Cortés															■								
Taller Formativo Municipios: Tela y Ceiba																■							
Taller Formativo Municipios: Tocoa, Trujillo y Sonagera																	■						
Taller Formativo Municipios: Ocotepeque y Copan ruinas																		■					
Taller Formativo Municipios: El paraíso, Danlí, Trojes																			■				
Recolección Información Cuadro 4.3, 7.1 y egresos hospitalarios partos y abortos adolescentes																	■				■		
Elaboración de Informe Final																						■	■

Fuente: Autoría Propia.

## 8.6. PRESUPUESTO

RECURSO HUMANO			
Recurso	Cantidad	Período Consultoría	Coste Total €
Médico General	1	6 meses	16,000
Ginecobstetra	1	6 meses	19,500
Psicologo	1	6 meses	12,000
Diseñador gráfico	1	1 mes	1,600
Realizador Audiovisual	1	2 meses	3,800
*Nota: Los pagos se realizarán en base a productos entregados <b>TOTAL</b>			<b>€ 52.900</b>

COSTOS DE OPERACIÓN				
Descripción	días	Coste diario	Coste Total €	Observaciones
Allquiler Hotel 2 días realización Talleres (Alimentación, Equipo Audiovisual)	24	1,350	32.400	Las estimación se realizá en 45 personas por día de taller, realizandoce 12 talleres de 2 días de duración
Hospedaje Equipo UNFPA -SESAL	20	280	5600	La estimación se realizá para 4 personas día (3 Equipo UNFPA y 1 Equipo SESAL)
Víaticos Equipo de Nivel Central	24	30	720	La estimación se realizá para 1 personal de nivel central SESAL
Alquiler de Vehículo con motorista	25	90	2250	Se estima 25 días viajes por talleres
<b>TOTAL</b>			<b>€ 40.970</b>	

MATERIAL E INSUMOS			
Descripción	Cantidad	Total	Especificacion técnica
Triptico de uso de PAE	20,000	2500	papel satinado B-100 full color, impreso a ambos lados tamaño 8.5 x 11 pulgadas, doblado
Afiche uso de PAE	1,000	300	afiche papel satinado, B- a full color, tamaño 17x24 pulgadas, impreso a un solo lado, barniz
Triptico PAE (personal de salud)	5,000	625	afiche papel satinado, B- a full color, tamaño 17x24 pulgadas, impreso a un solo lado, barniz
Encuesta Adolescentes	5000	200	Papel bond full color
Material par Talleres		1000	Boligrafos, libretas, folder, marcadores, tape, gafete s, otros.....
<b>TOTAL</b>		<b>€3.625</b>	

**COSTE TOTAL DEL PROGRAMA EN EUROS € 97,495.00**

## 8.7. FUENTE DE FINANCIACIÓN

El 09 de Marzo del 2022 inicia la subvención del Fondo Central de Emergencia y Respuesta conocido como CERF por sus siglas en ingles, el cual provee de \$749,978 dolares a ejecutarse hasta 08 de Marzo 2023, y dicho fondo se reanuda para Marzo 2023 a Marzo 2024 y es bajo esta fuente de financiación que se pretende desarrollar el presente programa de salud (39).

El objetivo principal de esta iniciativa es ofrecer a las supervivientes de la violencia de género servicios de respuesta multisectorial. Las actividades de este proyecto del UNFPA incluyen, entre otras 1) el despliegue de especialistas en violencia de género para proporcionar apoyo técnico inmediato, 2) la prestación de atención psicológica a las supervivientes de violencia de género tanto a nivel local como a distancia en los Espacios Seguros para Mujeres y Niñas 3) la prestación de ayuda financiera a las mujeres en situación de riesgo, y 4) el establecimiento de vías de derivación de protección. El proyecto ayuda a 12.000 personas, entre ellas 300 personas con discapacidad, 79 hombres, 7.821 mujeres y 5.000 niños (39).

El programa se realizará en 17 municipios priorizados por el proyecto CERF del UNFPA los cuales están distribuidos en 6 departamentos los cuales se describen a continuación:

- Departamento de Cortés: Municipio de San Pedro Sula, Choloma, Villanueva, Omoa, San Manuel y Puerto Cortés.
- Departamento de Atlántida: Tela y la Ceiba.
- Departamento de Colón: Tocoa, Trujillo y Sonaguera.
- Departamento de Ocotepeque: Ocotepeque.
- Departamento del Paraíso: El paraíso, Danlí y Trojes.
- Departamento de Copán: Copan Ruinas.

## 8.8. EVALUACIÓN

Los siguientes indicadores permitirán evaluar la efectividad y el impacto del programa de salud en la mejora de la calidad de la asistencia a adolescentes en la prevención de embarazos no deseados con la introducción de la PAE. Es importante medir tanto los aspectos estructurales como los procesos y los resultados finales para obtener una evaluación completa del programa. Así, como los indicadores para la evaluación de las actividades a realizar, descritas en el apartado 8.4.

**Tabla 8. Indicadores de Evaluación del Programa**

INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	DEFINICIÓN	MEDICIÓN	META	FRECUENCIA
Existencia de un protocolo normativo para el uso de la PAE.	Estructura	Indica si existe un protocolo normativo establecido para el uso adecuado de la PAE.	No Aplica	Aprobación de protocolo normativo de la PAE	Única al finalizar el programa.
Número de sesiones de capacitación realizadas en los municipios seleccionados	Estructura	Indica la cantidad de sesiones de capacitación que se han llevado a cabo en los municipios seleccionados.	Nº capacitaciones desarrolladas / Nº capacitaciones programadas	100%	Continua: posterior a cada capacitación
Existencia de facilitadores especializados contratados por el UNFPA para llevar a cabo los talleres	Estructura	Indica si el programa ha contratado facilitadores especializados para llevar a cabo los talleres de capacitación.	Nº de profesionales contratados para el desarrollo de los talleres	3	Única: al inicio del programa mediante la firma de los contratos.
Número de recursos disponibles para brindar capacitación al personal de salud en las áreas de salud sexual y reproductiva	Estructura	Indica la cantidad de recursos disponibles (materiales, herramientas, manuales, etc.) para brindar capacitación al personal de SSR.	Nº de contratos firmados con proveedores (hoteles, transporte, imprenta, etc)		Única: al inicio del programa mediante la firma de las órdenes de compra y pago.
Número de profesionales de la salud capacitados en el uso de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar	Estructura	Indica la cantidad de profesionales de la salud que han recibido capacitación en el uso de la PAE y otros métodos de planificación familiar.	Nº profesionales de la salud capacitados en el uso de estos métodos.	500	Continua: posterior a la realización de las capacitaciones mediante las listas de asistencia. <a href="#">(Anexo.1)</a>
Número de profesionales de la salud capacitados en la legislación y normativa relacionada con la PAE.	Estructura	Indica la cantidad de profesionales de la salud que han recibido capacitación en la legislación y normativa específica sobre la píldora anticonceptiva de emergencia.	Nº profesionales de la salud capacitados en la legislación y normativa.	500	Continua: posterior a la realización de los talleres mediante las listas de asistencia. <a href="#">(Anexo.1)</a>

Nivel de conocimientos adquiridos por los profesionales de la salud sobre la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar	Proceso	Mide el grado de conocimiento que los profesionales de la salud tienen sobre la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar	Mediante cuestionarios después de la capacitación o en intervalos regulares para evaluar el nivel de conocimiento adquirido	Grado Alto	Continua: Al finalizar cada taller de capacitación.
Nivel de comprensión de la legislación y normativa relacionada con la píldora anticonceptiva de emergencia entre los profesionales de la salud	Proceso	Evalúa la comprensión y el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la legislación y normativa aplicable a la píldora anticonceptiva de emergencia	Mediante cuestionarios después de la capacitación o en intervalos regulares para evaluar el nivel de conocimiento adquirido	Grado Alto	Continua: Al finalizar cada taller de capacitación.
Calidad de la orientación ofrecida a las adolescentes sobre la píldora del día después a través de la consejería de planificación familiar	Proceso	Evalúa la calidad de la orientación y asesoramiento proporcionado a las adolescentes sobre el uso de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar.	A través de la observación directa de las interacciones entre los profesionales de la salud y las adolescentes, así como a través de encuestas de satisfacción después de las consultas o asesoramientos	Nivel de satisfacción alta	Continua: posterior a consejería de Planificación Familiar
Nivel de participación en la campaña de sensibilización acerca del uso adecuado de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar	Proceso	Mide el grado de participación de los profesionales de la salud en la campaña de sensibilización para promover el uso adecuado de la píldora del día después y otros métodos de planificación familiar.	A evaluarse de forma periódica mediante registros de participación en eventos, talleres, charlas o actividades relacionadas con la campaña.		Continua: posterior a la realización de charlas mediante lista de asistencia ( <a href="#">Anexo.3</a> )
Identificación de los factores que influyen en el mal uso de la píldora del día después	Proceso	Evalúa la capacidad de identificar los factores que contribuyen al mal uso de la píldora del día después, como falta de información, barreras de acceso, estigma, entre otros.	Se seleccionará 2 institutos por municipio para elaboración de encuestas a adolescentes de entre 15-19 años.		Continua: posterior a la aplicación del cuestionario en los institutos seleccionados. ( <a href="#">Anexo.4</a> )

Aumento en la cobertura de métodos de planificación familiar de corta y larga duración	Proceso	Mide el incremento en la cobertura de métodos de PF, tanto de corta duración, como de larga duración.	$\left[ \frac{\text{(\# de personas que utilizan métodos de PF de corta o larga duración al final del programa)} - \text{(\# de personas que utilizan métodos de PF de corta o larga duración al inicio del programa)}}{\text{(\# de personas que utilizan métodos de PF de corta o larga duración al inicio del programa)}} \times 100 \right]$	Alcanzar el 85% de cobertura en métodos de corta y larga duración.	Semestral: información obtenida de los cuadros 4.3 de PF SESAL ( <a href="#">Anexo.5</a> )
Indicador de satisfacción	Proceso	Encuesta de satisfacción para participantes y personal que realizó las actividades	Cuestionario de satisfacción	Satisfacción alta	Continua: Al finalizar cada taller de capacitación.
Reducción en el número de embarazos en adolescentes en los municipios del programa	Resultado Final	Mide la disminución en la cantidad de embarazos ocurridos entre las adolescentes en los municipios donde se implementa el programa de salud	$\left[ \frac{\text{(Número de embarazos en adolescentes al inicio del programa)} - \text{(Número de embarazos en adolescentes al final del programa)}}{\text{(Número de embarazos en adolescentes al inicio del programa)}} \times 100 \right]$	Reducción de al menos un 25% de los embarazos en los municipios prioritizados.	Semestral: para evaluar el impacto. Información obtenida de los cuadros 7.1 atención Integral del Adolescente ( <a href="#">Anexo.6</a> )
Reducción en el número de abortos en adolescentes en los municipios del programa	Resultado Final	Mide la disminución en la cantidad de abortos realizados por las adolescentes en los municipios donde se implementa el programa de salud	$\left[ \frac{\text{(Número de abortos en adolescentes al inicio del programa)} - \text{(Número de abortos en adolescentes al final del programa)}}{\text{(Número de abortos en adolescentes al inicio del programa)}} \times 100 \right]$	Reducción de al menos un 25% de los abortos en los municipios prioritizados	Semestral: para evaluar el impacto. Información obtenida del Cuadro Egresos hospitalario por embarazo terminado en aborto por hospital según grupo de edad SESAL ( <a href="#">Anexo.7</a> )



Uso ético y seguro de la píldora anticonceptiva de emergencia por parte de los profesionales sanitarios de Honduras	<b>Resultado Final</b>	Evalúa si los profesionales sanitarios de Honduras están utilizando la píldora anticonceptiva de emergencia de manera ética y segura, siguiendo los protocolos y directrices establecidos.	A través de auditorías o revisiones de casos para evaluar el cumplimiento de los estándares éticos y de seguridad por parte de los profesionales sanitarios		Evaluaciones periódicas
---	------------------------	--	---	--	-------------------------

Fuente: Autoría Propia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso Nacional de la Republica, La Gaceta. ACUERDO EJECUTIVO NÚMERO 75-2023. mar 8, 2023. [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://criterio.hn/wp-content/uploads/2023/05/Decreto-75-2023-Gaceta-8-de-marzo-2023.pdf>
2. Langer A. Unwanted pregnancy: impact on health and society in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002;11(3):192–204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892002000300013>
3. Tatum C, Rueda M, Bain J, Clyde J, Carino G. Decisionmaking regarding unwanted pregnancy among adolescents in Mexico City: a qualitative study. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2012;43(1):43–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2012.00301.x>
4. Crooks R, Bedwell C, Lavender T. Adolescent experiences of pregnancy in low-and middle-income countries: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022;22(1):702. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-05022-1>
5. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. *Desarrollo Sostenible*. 2015 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
6. Estrada F, Atienzo EE, Cruz-Jiménez L, Campero L. A rapid review of interventions to prevent first pregnancy among adolescents and its applicability to Latin America. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2021;34(4):491–503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpago.2021.01.022>
7. Área de estadística de Salud, Secretaría de Salud de Honduras. Egresos Hospitalarios por grupo de edad finalizados en Parto y Aborto del período 2018 al 2023. Marzo 2023.
8. BBC News Mundo. Aborto en Honduras: el Congreso blinda la prohibición absoluta del aborto para impedir su legalización. *BBC* [Internet]. el 21 de enero de 2021 [citado el 17 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55760365>
9. Cruz JC. Explicación del decreto que legaliza la PAE en Honduras [Internet]. *La Prensa*. 2023 [citado el 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.laprensa.hn/honduras/explicacion-decreto-legaliza-pae-honduras-BF12537464>
10. Acerca del UNFPA [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/acerca-del-unfpa>

11. Anant M, Sinha K, Agrawal A. Are myths surrounding long-acting reversible contraception the reason for a huge unmet need for spacing pregnancies? *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2021 [citado el 17 de junio de 2023];10(12):4431–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35280612/>
12. Darfour-Oduro SA, Grigsby-Toussaint DS. Impact of social environment on sexual behaviors of adolescent girls in 12 sub-Saharan African countries: a cross-sectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2023];19(1):139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35710414/>
13. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates. Edición en línea [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>.
14. Organismo de Estadística de Zambia, Ministerio de Salud de Zambia y el ICF. *Zambia Demographic and Health Survey 2018*. Lusaka, Zambia, y Rockville, Maryland, Estados Unidos: Organismo de Estadística de Zambia, Ministerio; 2018.
15. Junta Nacional de Población y Planificación de la Familia (BKKBN), Statistics Indonesia (BPS), Ministerio de Salud (Kemenkes) e ICF. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. Yakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes e ICF; 2018
16. Chaparro Buitrago DC, Pimentel J. Barriers and facilitators influencing parent-adolescent communication on sexual and reproductive health in Indigenous communities in Latin American countries: protocol for a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2023 [citado el 17 de junio de 2023];13(3):e066416. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36898747/>
17. de Vargas Nunes Coll C, Ewerling F, Hellwig F, de Barros AJD. Contraception in adolescence: the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. *Reprod Health* [Internet]. 2019 [citado el 17 de junio de 2023];16(1):21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791914/>
18. Tobar F. La Anomalía Del Embarazo Adolescente En América Latina Y El Caribe, UNFPA- LACRO [Internet]. 2020. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Anomalia%20del%20embarazo%20adolescente%20en%20America%20Latina.pdf>

19. Rodríguez Vignoli, Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. CEPAL - Serie Población y Desarrollo N° 119. 2017.
20. Secretaría de Salud Honduras, Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. 2013. Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE e ICF International. [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/publicaciones/endesa/Honduras-ENDESA-2011-2012.pdf>.
21. INE – Instituto Nacional de Estadística Honduras [Internet]. Gob.hn. [citado el 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/V3/>
22. RedHonduras. Mapa de las Etnias y Grupos Indígenas en Honduras [Internet]. Redhonduras.com. 2020 [citado el 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://redhonduras.com/mapas/mapa-etnias-grupos-indigenas-honduras/>
23. CEPAL. CEPALSTAT: Estadísticas e indicadores demográficos y sociales. Honduras: indicadores de la estructura por sexo y edad de la población, estimados y proyectados 1950-2050 [consultado 15 junio 2023]. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>
24. Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2023 [Internet]. Populationpyramid.net. [citado el 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/honduras/2023/>
25. UNAH. La Pobreza: Condición Estructural Limitante Para El Desarrollo Económico Y Social Del País [Internet]. Edu.hn. [citado el 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://dircom.unah.edu.hn/dmsdocument/10927-boletin-unah-015-abril-2021-pdf>
26. Tasas de Fecundidad según orden del nacimiento y nacionalidad (española/extranjera) y edad de la madre [Internet]. INE. [citado el 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=29289&L=0>
27. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Accessed June 17, 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
28. Bermúdez-Madriz JL, Sáenz M del R, Muiser J, Acosta M. Sistema de salud de Honduras. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [citado el 18 de junio de 2023];53:s209–19. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s209-s219/>
29. Conceptos Importante – IHSS – Instituto Hondureño de Seguridad Social [Internet]. Ihss.hn. [citado el 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ihss.hn/index.php/conceptos/>

30. Toledo LP, Ginocchio VM, Cid-Pedraza C. Espacio fiscal para salud en Honduras [Fiscal space for health in HondurasEspaço fiscal para saúde em Honduras]. Rev Panam Salud Publica. 2018 Oct 18;42:e8. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2018.8. PMID: 31093037; PMCID: PMC6398317. [citado el 18 de junio de 2023]; 42:e8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.8>
31. Secretaría de Salud Honduras . Modelo Nacional de Salud [Internet]. Mayo 2023 . [citado el 27 de mayo de 2023].Disponible en: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/honduras/modelo\\_nacional\\_de\\_salud\\_secretaria\\_de\\_salud\\_mayo\\_2013\\_version\\_21-05-13.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf)
32. Honduras DE, Ubaldo L, Rodríguez P, René Á, Arévalo E. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD [Internet]. Bvs.hn. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-6.pdf>
33. Unfpa.org. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://honduras.unfpa.org/es/unfpa-en-honduras>.
34. Schiavon R. Adolescentes y anticoncepción de emergencia [Emergency contraception and adolescents]. Gac Med Mex. 2006 Sep-Oct;142 Suppl 2:111-6. Spanish. PMID: 19031687.Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19031687/>
35. Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. Contraception [Internet]. 2023;121(109958):109958. [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2023.109958>
36. Durand M, Larrea F, Schiavon R. Mechanisms of action of emergency contraception. Salud Publica Mex [Internet]. 2009;51(3):255–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342009000300017>
37. Mittal S. Emergency contraception - potential for women's health. Indian J Med Res. 2014;140 Suppl:S45-52. [citado el 27 de mayo de 2023].Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345752/>
38. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. Who.int. World Health Organization; 1 de enero de 2016 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565400>

39. Allocation project country [Internet]. Cerf.un.org. [citado el 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://cerf.un.org/what-we-do/allocation/2022/country/42/22-UF-HND-51277/22-UF-FPA-008>
40. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2018;48:115–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010>

## 10. ANEXOS

### Anexo 1: Listado de Asistencia Capacitaciones

Capacitación: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_.

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO	TELÉFONO	CORREO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Fuente: Autoría Propia.

## Anexo 2: Encuesta nivel de Conocimiento sobre la PAE

Sexo: Hombre/Mujer

Profesión: Médico/Licenciada Enfermería/Auxiliar Enfermería

Municipio: \_\_\_\_\_

Seleccione sí considera falso o verdadero los siguientes enunciados:

Marque verdadero o falso.	Verdadero	Falso
1. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) sólo de progestina reducen el riesgo de embarazo en un 89 por ciento.		
2. Las PAE pueden ser usadas hasta 120 horas (5 días) después de haber tenido una relación sexual sin protección.		
3. No hay contraindicaciones para el uso de PAE.		
4. Las PAE protegen del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual.		
5. Dependiendo de la regulación a nivel local, las PAE pueden ser administradas de manera segura por médicos, enfermeras, farmacéuticos y personal de las farmacias debidamente capacitado.		
6. Las PAE son un método anticonceptivo eficaz de uso regular.		
7. Los condones y otros métodos de barrera pueden ser utilizados inmediatamente después del uso de PAE.		
8. Las PAE no pueden provocar un aborto.		
9. Los efectos secundarios más comunes de las PAE son las náuseas y los vómitos.		
10. Todas las clientas deben realizarse un examen pélvico antes de tomar PAE.		
11. Las PAE pueden ser usadas por las adolescentes de manera segura.		
12. Las PAE son más eficaces mientras más pronto se tomen después de una relación sexual.		
13. Las PAE no deben ser entregadas a las clientas antes de que las necesiten.		
14. Las píldoras anticonceptivas orales regulares no pueden ser usadas con fines de AE.		

Fuente: Modulo H, Capacitación Personal Salud Anticoncepción de Emergencia. Disponible: [https://media.path.org/documents/RH\\_ec\\_toolkit\\_sp\\_h.pdf](https://media.path.org/documents/RH_ec_toolkit_sp_h.pdf)



### Anexo 3: Listado participación charlas de promoción PAE

Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Instituto/Lugar: \_\_\_\_\_.

No.	NOMBRE	EDAD	GRADO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Fuente: Autoría Propia.

## **Anexo 4: Encuesta nivel de Conocimiento sobre la PAE adolescentes**

**Necesitamos algunos datos personales, te recordamos que esta encuesta es totalmente anónima.**

1.Edad: \_\_\_\_\_ 2.Grado Escolar: \_\_\_\_\_  
3.Es sexualmente activa: Sí  No

**En caso de haber iniciado la vida sexual,**

4.A qué edad tuvo su primera relación sexual: \_\_\_\_\_  
5.Has utilizado alguna vez método anticonceptivo: Sí  No   
6. Qué método anticonceptivo has utilizado: Condón  Pastillas  Inyección   
Implante hormonal (en el brazo)  . Dispositivo Intrauterino (T de cobre)  Otro   
7.Has utilizado alguna vez la píldora del día después (Plan B) Sí  No   
8. A dónde has adquirido la píldora del día después (Plan B): Centro de Salud   
Farmacia  con Alguien en mi comunidad

**Queremos valorar qué conocimientos tienes sobre la píldora del día después (Plan B). No es un examen si no sabes la respuesta déjala en blanco.**

9.Consideras la píldora del día después (Plan B) como un método que pueda usarse de forma habitual, como alternativa a otros métodos anticonceptivos: Sí  No   
10. La píldora del día después (Plan B) elimina completamente el riesgo de quedar embarazada: Sí  No   
11. Después de una relación con riesgo de embarazo no deseado, cuándo debes acudir a un centro de salud?: Lo antes posible  . Puedo esperar 24 hrs  Puedo esperar 3 días   
No es necesario ir al centro de salud   
12. Se puede utilizar la píldora del día después (Plan B) des pues de una relación sexual que no hayas utilizado ningún método anticonceptivo o se te haya olvidado tomar las pastillas : Sí  No   
13. La píldora del día después (Plan B) protege contra no quedar embarazada entre más pronto se tome después de una relación sexual: Sí  No   
14. La píldora del día después (Plan B) protege contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual: Sí  No   
15. La píldora del día después (Plan B) puede provocar un aborto: Sí  No   
16.Crees que necesitas más información sobre la píldora del día después (Plan B): Sí   
No   
17. En caso que quisieras mayor información, Cómo te gustaría recibirla? Marca 2 opciones ordenándolas del 1 al 2, siendo 1 la forma que más te gustaría.  
\_\_\_ Folleto Informativo impreso  
\_\_\_ Sesión Informativa grupal en tu instituto  
\_\_\_ Medios de comunicación (Radio,TV,prensa)  
\_\_\_ Medios Sociales de Comunicación (Facebook, Tiktok, Instagram)  
\_\_\_ Asistiendo al Centro de Salud por una consejería de métodos anticonceptivos

Fuente: Autoría Propia.



## Anexo 7: Cuadro Egresos hospitalario por embarazo terminado en aborto por hospital según grupo de edad SESAL

SECRETARÍA DE SALUD  
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD  
EGRESOS HOSPITALARIOS POR EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO POR HOSPITAL SEGUN GRUPO EDAD  
HONDURAS C. A. 2018-2021

Hospital	2018				Total 2018	2019					Total 2019	2020				Total 2020	2021				Total 2021	
	10- 14 Años	15- 19 Años	20- 49 Años	50- 59 Años		10- 14 Años	15- 19 Años	20- 49 Años	50- 59 Años	60 y mas Años		10- 14 Años	15- 19 Años	20- 49 Años	50- 59 Años		10- 14 Años	15- 19 Años	20- 49 Años	50- 59 Años		60 y mas Años
2151 LIONARDO MARTINEZ	15	291	1326	1	1633	4	288	1360	2	1654	11	240	1108	1	1360	7	243	1473	1723			
302 MATERNO INFANTIL	2	144	1117		1263	6	165	844	1	1018	5	114	635		754	7	114	667	790			
4570 DE OCCIDENTE, S.R.C.	1	159	663	1	824	5	114	651		770	5	89	504		598	5	101	532	638			
361 GABRIELA ALVARADO	4	109	564		677	2	124	549	2	677	7	96	432		535	9	114	593	716			
3964 DEL SUR, CHOLUTICA	4	116	578	1	699	5	98	535		638	7	84	475		566	4	107	495	606			
4530 SAN FRANCISCO	4	109	600		713	5	99	535		639	6	87	427		520	2	98	524	624			
1201 SANTA TERESA	8	163	494		665	8	119	468		595	4	85	401	1	491	11	106	462	579			
8753 LA ESPERANZA	1	58	364		423		57	409		466		77	462		539	2	73	488	563			
5665 ATLANTIDA, LA CEIBA	8	99	483		590	4	65	415	1	485	2	56	328		386	4	81	387	473			
7722 GRACIAS (J.M.GALVEZ)	4	106	432		542	3	79	385		467	3	80	351	1	435	1	68	311	380			
2808 SANTA BARBARA	1	72	439		512	2	75	383		460	3	38	259		300	4	69	386	460			
7650 CATARINO RIVAS	8	128	486		622	7	113	394		514	6	32	176		214	2	25	220	247			
8982 SAN LORENZO	4	71	321		396	1	77	322		400	2	45	336		383	2	47	344	393			
83933 HERMANO PEDRO	6	83	324	1	414	11	83	326		420	6	79	291		376	6	61	275	342			
6289 SAN ISIDORO(TOCCA)	11	87	303		401	4	72	276		352	2	76	285		363	10	66	262	338			
2534 EL PROGRESO	5	76	345		426	7	75	348		430	2	50	250		302	1	48	238	287			
1937 LA PAZ (SUAZO C.)	1	63	296		360	3	42	293		338		49	277		326	2	45	282	329			
7714 SAN MARCOS OCOTEP.	2	60	292		354	2	47	273	1	323	3	54	250		307	2	52	250	304			
3051 WORO	5	75	232		312	5	61	249		315	1	54	229		284	9	72	198	279			
9873 OLANCHITO (A.MURILLO)	3	51	225		279	2	55	233		290	6	45	162		213	4	37	207	248			
5959 TELA	2	51	233		286	4	47	179		230	4	24	198		226	3	35	201	239			
2712 PUERTO CORTES	2	49	244		295	7	35	212		254	1	16	137		154	3	14	111	128			
6351 SALVADOR PAREDES	6	40	156		202	3	39	135		177	2	27	126		155	4	28	195	227			
5851 ROATAN	2	38	136		176	1	27	126		154		22	126		148		21	144	165			
7145 PUERTO LEMPIRA	1	15	94		110		17	94	1	112	1	12	90		103		11	94	105			
281 ESCUELA			3		3		1	9		10					1			1	1			
8233 GUAYAPE			3		3			2		2			2		2							
1350 MINAS DE ORO			1		1			4		4			1		1			1	1			
311 SAN FELIPE			1		1								3		3			2	2			
1337 PISO MARIO MENDOZA								2		2												
1317 LA LIBERTAD													1		1							
2054 MARCALA																		1	1			
<b>Total General</b>	<b>110</b>	<b>2313</b>	<b>10755</b>	<b>4</b>	<b>13182</b>	<b>101</b>	<b>2074</b>	<b>10011</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>12196</b>	<b>89</b>	<b>1631</b>	<b>8323</b>	<b>3</b>	<b>10046</b>	<b>104</b>	<b>1736</b>	<b>9344</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>11188</b>

Fuente: Área Estadística de la Salud/ Egresos Hospitalarios

Fuente: Área de estadística de Salud, Secretaría de Salud de Honduras.