

# LabGov

Laboratorio para la Innovación de Políticas para el Desarrollo  
y la Protección Social

## El embarazo en adolescentes: Diagnóstico situacional y bases para el diseño de una política pública



Serie: Reportes de investigación



**Iris Xiomara Castro Sarmiento**

Presidenta constitucional de la República de Honduras

**José Carlos Cardona Erazo**

Secretario de Estado en los despachos de Desarrollo Social

**Equipo editorial**

**José Rafael del Cid**

Director del Centro Hondureño para el Estudio de Políticas de Estado en el Sector Social (Chepes)

**Conducción**

Laboratorio para la Innovación de Políticas para el Desarrollo Social y la Protección Social (LabGob), en asocio con la Dirección de Género de la SEDESOL, cuyos intereses guiaron este laboratorio.

**Equipo Lab Gob**

Henry Andino Velásquez  
Allan Centeno Miselem  
Samuel Gómez Meza

**Edición, diagramación y diseño**

Emerson Leonel Martínez

Brayan Flores

Primera edición: Marzo de 2023

Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol)

Centro Cívico Gubernamental José Cecilio del Valle, Torre 2,  
segundo piso, bulevar Juan Pablo II, Tegucigalpa, Honduras

Impreso en la Empresa Nacional de Artes Gráficas (ENAG)



# Secretaría de Desarrollo Social

## El Embarazo en Adolescentes: Diagnóstico Situacional y Bases para el Diseño de una Política Pública

# LabGov

Laboratorio para la Innovación de Políticas para el Desarrollo  
y la Protección Social

**Centro Hondureño para el Estudio de Políticas  
de Estado en el Sector Social (Chepes)**

**Dirección de Género de la SEDESOL**

**Laboratorio para la Innovación de Políticas  
para el Desarrollo y la Protección Social  
(LABGOB)**

**Marzo de 2023**



## Reconocimientos

*El Laboratorio de Innovación de Políticas para el Desarrollo y la Protección Social (Lab-Gob) agradece a todas las personas que contribuyeron en las diferentes jornadas de diálogo para la elaboración del reporte El embarazo en adolescentes. Diagnóstico situacional y bases para el diseño de una política pública. La participación invaluable de los representantes de diferentes organizaciones e instituciones en el espacio coordinado por el LabGob-CHEPES junto con la Dirección de Género de la SEDESOL, surgieron las opiniones, vivencias y todo el conocimiento construido colectivamente, que luego fue interpretado y plasmado de forma escrita en el reporte por el equipo del LabGob.*

*Agradecimientos especiales para todo el equipo de la Dirección de Género de la SEDESOL, especialmente a su Directora Lídice Ortega, Flor Euceda, Técnica de Igualdad de Oportunidades, Kenisha Ávila, por el compromiso y apoyo sistemático durante todas las etapas del laboratorio, desde la planificación de las actividades de encuentro con los y las representantes de las organizaciones de sociedad civil, academia y las instituciones del Estado, la coordinación de los espacios hasta el acompañamiento con sus oportunas valoraciones en la elaboración del reporte de investigación.*

*El LabGob también agradece a los y las representantes de las diferentes organizaciones, representantes de academia, agencias de cooperación que participaron en los espacios de dialogo, sus valiosos aportes, vivencias y conocimientos son el principal insumo que da vida a este reporte. Jina Rosales (Acción Joven Honduras), Licda Álvarez (GOJoven Honduras), Regina Fonseca (Centro de Derechos de la Mujer), Sandra Zambrano (Asociación Para Una Vida Mejor), Ana Ruth García (Ecuménicas por el Derechos a Decidir), Daniela Sánchez (Nosotras la Preferimos Sencilla), Xiomara Bu (FOROSIDA), Etna Lagos (Fundación de Waal), Wilmer Vásquez (COIPRODEN), Daisy Ávila (Oxfam en Honduras), Saira Álvarez (Oxfam en Honduras), Romina Cerna (Plan International Honduras), Paulova Polanco (Plan International Honduras), Virna Ríos (Médicos del Mundo), Keylin Escalante (FENAPAPEDISH), Cecilia Sanchez (Embajada de Canadá), Alexandra Suazo (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo), Mark Connolly (UNICEF), Mina Palacios (ONUMUJERES), Amalia Ayala (OPS/OMS), Marcos Carías (UNFPA), Sergio Zepeda Maradiaga (UNAH-IIES), Karla Aguilar (UNAH Cátedra de Género), Héctor Figueroa (UNAH Maestría en Demografía).*

*A los y las representantes de las instituciones de Gobierno: Sara Ney Simons (SEGOB), Clara López (SESAL), Servio Tulio (Secretaría de Asuntos de la Mujer SEMUJER), Gabriela Flores (DINAF-Ciudad Mujer), Fany Escoto SESAL-Ciudad Mujer, Abigail Espinoza (INJUVE), Deninson Escalante (INJUVE), Ithzel Erazo (INJUVE), Idalia Augustinos (DINAF), Linney Meza, Ingris Salmerón, José Hernández (SEDUC).*

*Gracias a todos y todas por atender a nuestra invitación y compartir sus valiosos aportes.*



## RESUMEN EJECUTIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera población adolescente a la que se encuentra entre 10 y 19 años de edad y destaca que ellos representan un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen en esta etapa afectan a todos los aspectos de la vida de las y los adolescentes. Esto hace que la adolescencia sea un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de un buen desarrollo y una buena salud en la edad adulta.

Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad. El embarazo a esta edad produce efectos traumáticos bien sea en la salud o en la educación como en el proyecto de vida, las relaciones sociales y laborales, entre otros. También puede tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de tales embarazos tempranos al exponerlos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo.

Según el Banco Mundial, América Latina y el Caribe presenta las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, debido en gran medida a las condiciones de desigualdad que presenta la región. Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos de madres menores de 15 años aumentaron.

En 2022, los y las adolescentes representaron 39% de la población (3.4 millones son menores de 18 años), siendo la mitad mujeres. Trabajar por los derechos y el desarrollo de este grupo poblacional es un compromiso permanente del Estado de Honduras.

Para 2022 la Secretaría de Salud registró 38.217 partos en mujeres adolescentes, mientras que en 2021 fueron 36.997; o sea, un aumento anual de 1.220 registros de niñas embarazadas. Los embarazos en adolescentes han aumentado en porcentajes más altos en las niñas con edad entre los 10 y 14 años, y con aumentos leves entre los de 15 a 19 años.



La ENDESA-2019 encontró que el embarazo en adolescentes está cobrando más importancia debido a dos motivos: (1) las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre los grupos quinquenales de mujeres en edad fértil; y (2) el aumento de la capacidad de embarazarse en adolescentes es mayor que en otros grupos de edad, tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente 38% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última; en ambos casos, principalmente métodos con poca efectividad), como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa.

La ENDESA-2019 también encontró que, a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 11% en 2012 a 20% en 2019. A nivel nacional, la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 12 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 16% a 19% entre 2012 y 2019. El embarazo en adolescentes ocurre por múltiples motivos, algunas de ellos son: Abuso, violación o explotación sexual, inequidades en educación con mayor nivel de desescolarización, mayores niveles de pobreza, condición de desplazamiento o situaciones de conflicto. La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no planificados y no deseados. En estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, y el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.

Por las razones descritas el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas. Por ello, prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo en adolescentes son de extrema prioridad del Gobierno de la República que demandan acciones integrales, mecanismos de atención profesionales, de alta calidad, con total cobertura y con perspectiva de género.

La revisión bibliográfica incluye experiencias internacionales que dan cuenta de intervenciones exitosas en la reducción del embarazo en adolescentes, entre las que destacan: (1) Educación integral en sexualidad, en las escuelas o con su colaboración; (2) servicios de salud y clínicas amigas de las y los adolescentes; (3) insumos suficientes, adecuados y eficaces de anticoncepción entre adolescentes; (4) intervenciones directas a través y en medios de comunicación; y, (5) políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral.



## METODOLOGÍA

Además de poner a prueba la capacidad del LabGob para producir conocimiento innovador, este estudio tuvo como objetivo generar un diagnóstico de la situación y lineamientos para una política pública orientada a dar respuesta apropiada al problema del embarazo en adolescentes.

En este empeño se acudió a la consulta con expertos en la materia, de todo tipo, desde académicos a responsables de intervenciones de campo. Los expertos fueron entrevistados con la utilización de la técnica de grupos de enfoque y entrevistas individuales. Se organizaron tres grupos focales que en una primera sesión discutieron y plantearon el problema. El resultado de esta primera sesión fue un diagnóstico que, en la fase de análisis, se comparó con lo actualmente mostrado por la literatura científica nacional e internacional.

El diagnóstico destacó diferentes factores (las más probables causas) asociados al problema del embarazo adolescente y los probables efectos del mismo. Estos factores y efectos se muestran en los Gráfico 1 y Gráfico 2.

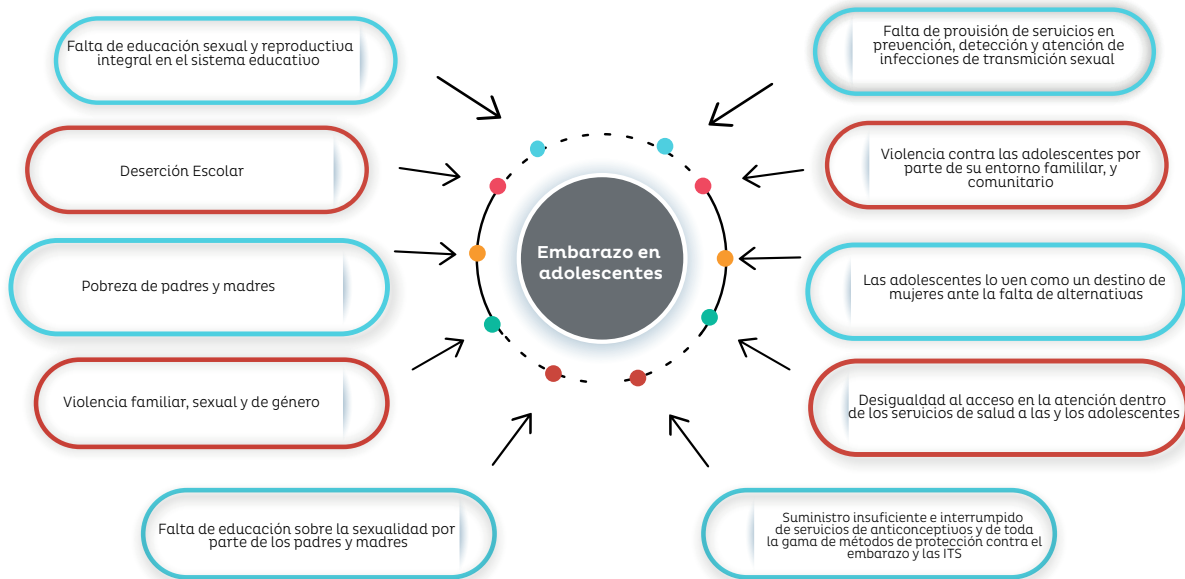
La segunda sesión se dedicó a discutir y consensuar propuestas o lineamientos para la elaboración posterior de una política para tratar adecuadamente el problema del embarazo en adolescentes.



Fuente: Propia. La nube de palabras (herramienta de análisis de las discusiones grupales) visualiza la frecuencia de uso de determinados términos o asuntos propuestos como parte de los lineamientos de política. Segunda sesión del laboratorio.

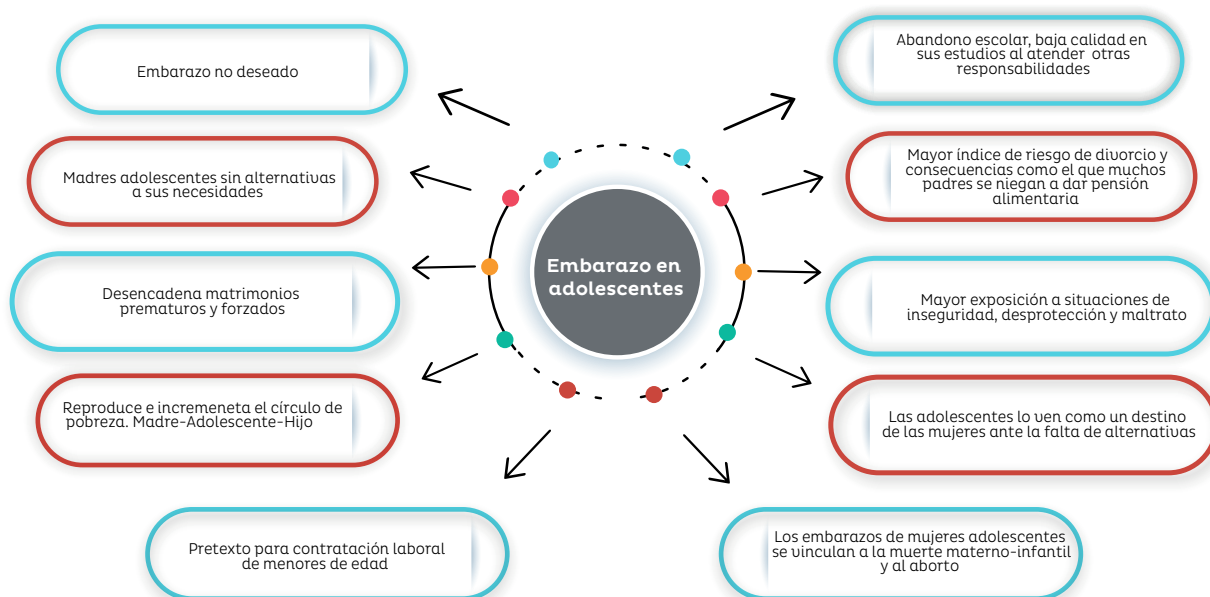
## RESULTADOS

Gráfico 1: Factores asociados al embarazo adolescente



Fuente: Elaboración propia con base al árbol de problemas discutido en los tres grupos de enfoque

Gráfico 2: Efectos del embarazo en adolescentes



Fuente: Elaboración propia con base al árbol de problemas discutido en los tres grupos de enfoque

## LINEAMIENTOS DE POLÍTICA

- 1-. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles nacionales, departamentales y municipales. La inclusión y compromiso efectivo de los y las adolescentes en la vida escolar es considerada fundamental para disminuir los casos de embarazo entre esta población.
- 2-. Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia.
- 3-. Promover acciones legislativas para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexual de menores.
- 4-. Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.
- 5-. Asegurar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.
- 6-. Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos.
- 7-. Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes.
- 8-. Financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.
- 9-. Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP.
- 10-. Garantizar la continua y permanente disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente.

- 11-. Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión.
- 12-. Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos.
- 13-. Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS.
- 14-. Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado) con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social.
- 15-. Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes.
- 16-. Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.
- 17-. Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad.
- 18-. Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.

# LabGov

Laboratorio para la Innovación de Políticas para el Desarrollo  
y la Protección Social

## El embarazo en adolescentes: Diagnóstico situacional y bases para el diseño de una política pública



Serie: Reportes de investigación



Secretaría de Desarrollo Social  
Gobierno de la República

## TABLA DE CONTENIDOS

SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
Contexto interinstitucional .....	1
El Laboratorio de Gobierno (LabGob) .....	2
Antecedentes del problema.....	3
Estado del arte .....	4
Factores vinculados al embarazo en adolescentes .....	8
Cifras de la situación de la población adolescente en Honduras.....	12
Análisis de las ofertas programáticas nacionales e internacionales destacadas en la bibliografía disponible .....	15
Recomendaciones a partir de las experiencias internacionales.....	22
METODOLOGÍA .....	24
Selección de los participantes .....	24
Dinámica del proceso .....	24
Análisis.....	25
RESULTADOS.....	26
Área: Formación escolar/laboral .....	29
Área: entorno habilitante.....	30
Área: Acceso a métodos anticonceptivos.....	33
Área: atención especializada.....	34
Área: Educación sexual integral.....	36
CONCLUSIONES .....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población y tasa de fecundidad en adolescentes .....	12
Tabla 2. Inicio de relaciones sexuales y prevalencia de VIH/Sida .....	12
Tabla 3. Embarazos en adolescentes según área de residencia .....	13
Tabla 4. Embarazos en adolescentes según departamento .....	13
Tabla 5. Partos institucionales en adolescentes por departamento .....	14
Tabla 6. Mortalidad materna a escala nacional .....	14
Tabla 7. Educación y embarazo en adolescentes .....	15

## ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1: Propuestas para la prevención del embarazo en adolescentes.....	27
Gráfico 2: Factores asociados al embarazo adolescente .....	27
Gráfico 3: Efectos del embarazo en adolescentes .....	28

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACC	Acciones para el Cambio Conductual
AHES	Asociación Hondureña de Educación Sexual
APEO	Anticoncepción Posevento Obstétrico
ARAP	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CHEPES	Centro Hondureño para el Estudio de Políticas de Estado en el Sector Social
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIA	Desarrollo Integral del Adolescente
DIU	Dispositivo Intrauterino
EMS	Educación Media Superior
EPII	Enfermedad Pélvica Inflamatoria Infecciosa
IEC	Información, Educación y Comunicación
IHIFAP	Instituto Hondureño de Investigación de Familia y Población
INJUVE	Instituto Nacional de la Juventud
SIA	Sistema Informático de Adolescentes
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INEA	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LabGob	Laboratorio de Gobierno del CHEPES
MAISAR	Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural
OI	Organismos internacionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
PAE	Pastilla Anticonceptiva de Emergencia
PAESMP	Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PGR	Procuraduría General de la República
PRIS	Programas Integrados de Salud
RNCJDD	Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir
SAG	Secretaría de Agricultura y Ganadería
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEDUC	Secretaría de Educación Pública
SERNA	Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente
SESAL	Secretaría de Salud
SIUH	Sistema Intrauterino Hormonal
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## INTRODUCCIÓN

### Contexto interinstitucional

El artículo 59 de la Constitución de la República establece que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado y el artículo 329 explica que es deber del Estado promover el desarrollo económico y social. Bajo este marco y con el fin de avanzar en la recuperación del Estado de Derecho y reenfocar dicha institucionalidad hacia una política social de la Honduras Solidaria, sin discriminación de ningún tipo y libre de violencia, la presidenta de la República, Iris Xiomara Castro Sarmiento, decretó la creación de la Secretaría de Desarrollo Social o Sedesol, mediante Decreto Ejecutivo número PCM 05-2022. En dicho documento se otorga a esta secretaría el mandato de instituir las políticas sociales y de rectorar las políticas públicas de desarrollo y protección social de la población en pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad social (artículo 1, inciso a). Dicho mandato conlleva el diseño de políticas públicas, programas y proyectos que deberán seguir las demás entidades del Estado, en consonancia con el Sistema Nacional de Planificación que coordina la Secretaría de Planificación Estratégica.

La Sedesol está configurada por la Subsecretaría de Rectoría de las Políticas Públicas para el Desarrollo y Protección Social y la Subsecretaría en el Despacho de Regulación y Coordinación para la Protección Social, cada una, a su vez, aparece conformada por varias direcciones y unidades especializadas. Entre las direcciones correspondientes a la primera de las subsecretarías mencionadas figura el Centro Hondureño para el Estudio de Políticas de Estado en el Sector Social (Chepes). Esta dirección o centro tiene como objetivo contribuir con soluciones innovadoras en materia de gestión de políticas, programas y proyectos de desarrollo y protección social mediante la generación de conocimiento y producción de evidencia destinados a fortalecer el patrimonio institucional.

El Chepes tiene asignadas varias atribuciones, principalmente las de investigar e innovar, capacitar, promover y generar patrimonio institucional.

Investigar e innovar con el recurso de un laboratorio especializado con potencial para transferir dichos aprendizajes al resto de la institucionalidad social.

Capacitar de manera continua al personal de la Secretaría y demás entidades públicas del Sector Social en temas de desarrollo social y protección social.

Promover la necesidad de la protección social para colocarla en la agenda pública, esto es, para visibilizar el problema, tornándolo en objeto de debate para generar las mejores propuestas de atención a los derechos de los hondureños en esta materia.

Generar patrimonio institucional mediante la creación de un centro de documentación virtual y físico y de una línea de divulgación editorial para beneficio de públicos diversos que lo requieran con fines de formación, investigación y promoción.

Por iniciativa de la presidenta Xiomara Castro y del secretario de Estado José Carlos Cardona se decidió instalar, como parte de la Sedesol, el primer Laboratorio de Gobierno en la historia de Honduras, en las áreas de desarrollo social y protección social.

El Laboratorio de Innovación de Políticas para el Desarrollo y la Protección Social (LabGov) se concibe como un

## El Laboratorio de gobierno (LabGov)

espacio de innovación de la gestión pública, que adopta formas flexibles, abiertas y horizontales de trabajo, procurando generar conocimiento aplicado a soluciones innovadoras que sirvan de insumo a los tomadores de decisión. Esta nueva forma de generación de valor público apunta a generar un espacio para pensar en común (*design thinking*) con un enfoque de experimentación que utiliza técnicas variadas de comunicación, participación y estímulo a la creatividad, a través de la reflexión orientada a la acción. El producto de este diálogo entre distintos actores sociales, académicos, instituciones estatales, sociedad civil y cooperación internacional, es la generación de propuestas de cambio hacia abordajes dirigidos a personas y comunidades, así como de ajustes a estrategias, planes, programas y políticas, generados a través de la implementación de herramientas de inteligencia colectiva, metodologías y técnicas de investigación social.

El LabGov gestiona conocimiento, produce evidencia, promueve la innovación, la reflexión y la generación de pensamiento social, para responder de manera efectiva a las demandas sociales de la población hondureña. A través de un diálogo intersectorial, acompañado por expertos en temas específicos, buscamos desarrollar posturas, información y modelos, que contribuyan a la toma de decisiones a favor del desarrollo y la protección social con pertinencia nacional.

El LabGov es una novedad para el sector público y privado del país. Además, como su nombre lo indica, es una herramienta de experimentación, particularmente, de ideas innovadoras a poner al servicio de los diseñadores, ejecutores y evaluadores de política pública.

Así que, para iniciar su acción, para poner a prueba su potencialidad como herramienta de investigación e innovación, el LabGov necesitó de un primer objeto de estudio o problema a investigar a fin de proponer innovaciones en la política respectiva.

De esta manera y actuando coordinadamente, el Chepes y la Dirección de Género e Igualdad de Oportunidades de la Sedesol procedieron a instalar el primer laboratorio, seleccionando como tema *El embarazo en adolescentes. Diagnóstico situacional y bases para el diseño de una política pública*. El estudio procuraría generar como productos un diagnóstico y lineamientos para una política pública orientada a dar respuesta a dicho problema.

En Honduras los adolescentes (10 a 18 años cumplidos) representan aproximadamente el 39% de la población. De este grupo etario, la mitad son hombres y la otra mitad mujeres. (Sesal, 2021).

De acuerdo a datos de la Secretaría de Salud, a 2022 se registraron 38 mil 217 partos en mujeres adolescentes, mientras que en el mismo período, en 2021, fueron 36 mil 997 casos. En lo que va de 2022, se reporta un aumento de mil 220 registros de niñas embarazadas en relación a 2021. Los embarazos en adolescentes han aumentado en porcentajes más altos en las niñas con edad entre los 10 y 14 años, y con aumentos leves entre los de 15 a 19 años. (Navarro, 2022).

En la actualidad, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género. Se trata de un asunto relacionado a proyecto de vida, a la educación, a la salud, pero, sobre todo, de respeto a los derechos humanos, a la libertad y al desarrollo como personas de este grupo poblacio-

## Antecedentes del problema

nal. Por ello, prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo infantil deberán considerarse objetivos estratégicos del Gobierno de la República. Esto demandará acciones integrales, mecanismos de atención profesionales, de alta calidad, con total cobertura y con perspectiva de género.

Disminuir la incidencia de este problema, en tanto limitante de primer orden al desarrollo de la población adolescente en Honduras, vuelve necesario contar con una política pública que oriente todos los esfuerzos gubernamentales, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la normatividad nacional e internacional. El diseño del estudio del LabGob, ha sido la respuesta que el Chepes y la Unidad de Género de la Sedesol está dando por ahora a la necesidad de innovar políticas en esta materia.

El laboratorio abordó el tema del embarazo en adolescentes bajo los criterios de intersectorialidad, de derechos, de perspectiva de género y corresponsabilidad. El presente documento constituye el Reporte de Investigación que sistematiza los hallazgos de la aplicación de esta modalidad de investigación participativa.

Entre las líneas de acción intersectorial propuestas como respuesta al problema destacan las siguientes: asegurar que las y los adolescentes involucrados en el problema del embarazo finalicen la educación obligatoria; generar oportunidades laborales para la población joven; diseñar y mantener campañas de comunicación masiva que posicionen mensajes claros sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes; fortalecer la prevención y la atención de la violencia y el abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes; asegurarles la prestación de servicios de salud; garantizar procesos de formación y capacitación a las y los educadores, al profesorado, al personal de salud, a padres y madres de familia y a líderes de la comunidad y, desde luego, fortalecer el liderazgo juvenil.

El laboratorio es una herramienta dinámica de coordinación y colaboración entre distintas dependencias del Gobierno y, a la vez, un puente de inclusión, cooperación y coordinación con otros actores de la sociedad civil, como los académicos, empresarios, organizaciones laborales, gremiales y de desarrollo, así como cooperantes internacionales. De esta manera, el Gobierno de la República trabaja con decisión y compromiso para garantizar los derechos de las y los adolescentes y como cumplimiento a los mandatos Constitucionales que lo obligan a velar por los derechos humanos de los hondureños.

## Estado del arte

Generalmente, el embarazo a edades tempranas produce consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes y para sus hijos e hijas. Se le considera un problema de salud pública, porque afecta negativamente la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos/hijas; es un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; acarrea consecuencias económicas porque posibilita mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad y es, en todo caso, un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de Honduras.

Ser madre y padre adolescente suele desencadenar, sin distinciones socioeconómicas, condiciones de vulnerabilidad para este sector, que generalmente se asocian a: la falta de preparación educativa en el tema de salud sexual y reproductiva; la probable deserción escolar; características del desarrollo cognitivo, físico y psico socioemocional en esa etapa; la adopción de papeles de género tradicionales, así como a la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo del ser humano considerando su ámbito sociocultural.

Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo familiar y social (en las escuelas, en los establecimientos de salud, en las comunidades, en ámbitos sociales y religiosos, por ejemplo). Un embarazo durante la adolescencia puede considerarse un evento con matices dramáticos, tanto en lo personal como social, independientemente del estrato del que procedan, porque:

- *Con frecuencia es no planeado y/o no deseado.*
- *Si lo es, no se tienen muchas alternativas para cubrir de la mejor manera todas las necesidades que requerirá la madre durante el mismo, y del hijo/hija al nacer.*
- *Llama la atención social, al observar que las y los adolescentes lo ven como una forma de destino, tanto de mujeres y hombres ante la falta de alternativas.*
- *Desencadena eventos como uniones o matrimonios prematuros, en los que la pareja puede o no estar de acuerdo.*
- *Puede reproducir el círculo de pobreza de madres y padres adolescentes, o iniciarlo cuando la economía doméstica no lo podrá proteger por falta de empleo, redes sociales de apoyo, entre otros.*
- *Se genera una mayor exposición a situaciones de inseguridad, desprotección y maltrato (por ejemplo, las madres jóvenes embarazadas a veces no son aceptadas en la escuela [maltrato], no son aceptadas en su casa, lo que las lleva a veces a buscar trabajos no adecuados [maltrato, inseguridad, desprotección] y son abandonadas por su pareja [maltrato y desprotección]).*
- *Si se casan, tienen un mayor índice de riesgo de divorcio, con las consecuencias del asunto, ya que muchos padres se niegan a suministrar la pensión alimentaria. Para contextualizar, se ha observado que el divorcio y/o la separación son cuatro veces más altos entre parejas casadas durante la adolescencia que entre los matrimonios consumados a edades más tardías. (BID, Informe RAMNI 2020).*
- *Los embarazos de mujeres adolescentes se vinculan a la muerte materno-infantil y al aborto.*
- *La inversión en el proyecto educativo de las niñas y niños adolescentes, tiene repercusiones como abandono escolar, baja calidad en sus estudios al atender otras responsabilidades, etcétera.*
- *Puede ser utilizado como pretexto para requerir y ofrecer trabajo a menores de edad en condiciones de explotación.*

A continuación, algunos de los hallazgos y datos estadísticos en que se basa la sistematización anterior.

Actualmente, la Secretaría de Salud (Sesal) estima que en Honduras casi una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 3.4 millones de adolescentes. Prácticamente la mitad (1.7 millones) tienen de 10 a 14 años y 1.7 millones tienen entre 15 y 19 años de edad. El peso relativo de este grupo casi se ha duplicado desde 1970, año en el que la población de 10 a 19 años era sólo 11.4% del total nacional.

En cuanto al peso porcentual de la población adolescente, en las distribuciones municipales con mayores niveles de urbanización tienen porcentajes menores al promedio nacional. Así, el municipio del Distrito Central, el más urbanizado del país, es la entidad con la menor proporción de adolescentes, mientras que, Intibucá, uno de los departamentos más rurales, tiene el mayor porcentaje. De otra manera, el porcentaje de adolescentes fue de 18% en comunidades de menos de dos mil 500 habitantes y de 22% en las de más de cinco mil habitantes, de acuerdo con la Endesa de 2019.

El embarazo en adolescentes, comparado al del embarazo en mujeres de mayor edad, expone a niveles de mortalidad materna más elevados, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. En Honduras, la razón de mortalidad materna ha disminuido de 182 a 60 muertes por cada 100 mil nacidos vivos entre 1990 y 2015, frente a un promedio regional para América Latina y el Caribe de 67 muertes por 100 mil nacidos vivos. (BID, Informe RAMNI de 2020).

Entre 2016 y 2020, el número de decesos maternos disminuyó de 62 a 60, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 82.3 a 78.2 por cada 100 mil nacimientos. (Sesal, 2021).

Las muertes maternas ocurridas desde el inicio de la pandemia de covid-19 provocaron un importante incremento de la razón de mortalidad materna pasando de 61 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en 2020 a 125 por cien mil nacidos vivos en 2021.

La mortalidad materna entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años. (Sesal, 2021).

En relación con el aborto, la Endesa de 2019 señala que el 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2014 y 2019 terminó en aborto.

Otros estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a escala nacional y de 51 por cada mil en las áreas rurales. La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en 2000 a 9.5 en 2020. (Sesal, 2021).

El embarazo puede truncar la educación de las y los adolescentes, la de ellas con mayor frecuencia: De acuerdo con cifras de 2018, el 18% de las mujeres menores de 18 años y el 31% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo. De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el

riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido (INE, 2018) y el 57% de las mujeres nacidas entre 2012 y 2018 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato. (Echarri, 2018).

Como se señaló, el embarazo también afecta las oportunidades laborales y los ingresos de las adolescentes. La mayor parte de las madres adolescentes no tiene empleo ni ingreso independiente al momento del embarazo. De las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo/hija en 2019, 8.3% tenían una actividad laboral remunerada. En cuanto a las adolescentes de 10 a 14 años que tuvieron un hijo/hija, tienen mayor probabilidad de estar trabajando en una etapa en la que deberían estar en la escuela, aún y cuando su contratación es contra la ley (7% reportaron una actividad remunerada) dado que en Honduras no se permite el trabajo a menores de 15 años y cuando se tiene dicha edad, se autoriza únicamente en determinadas condiciones.

Del total de 3.4 millones de adolescentes entre 10 y 19 años que reportó el censo de 2018, había 2.4 millones que no estudiaban ni trabajaban, casi dos tercios de este grupo eran mujeres (1.8 millones); de ellas, más de una cuarta parte tenía hijos o hijas y una de cada tres vivía en pareja. (Tuirán y Ávila, 2012). Por su parte, los hombres sin ocupación y casados, o con descendencia ascienden a menos del tres por ciento. Así, la unión y la fecundidad temprana están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad y con condiciones que apuntalan a orillar a un trabajo de baja remuneración por falta de estudios. El trabajo de cuidado –de niños, niñas y adultos/as mayores, sobre todo– y otros tipos de trabajo no remunerado suele ser un factor que, asociado a la falta de recursos, contribuye a que las mujeres no se desarrollen profesionalmente. De hecho, casi nueve de cada diez madres de 15 a 19 años reportaron dedicarse a las actividades del hogar. (INE, 2021).

Las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia en comparación a aquellas con su primer embarazo a una edad mayor. En Honduras, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos o hijas más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años. (Menkes y Suárez 2003).

De las menores de 15 años que tuvieron un hijo o hija en 2011, el 9% había tenido un hijo/hija previamente y el 7.5% dos o más hijos/ hijas. Entre las de 15 a 19 años, un 23% ya había tenido uno o más hijos o hijas anteriormente. (Fuentes, 2013)

Los costos sociales se ven magnificados en efectos negativos para las y los hijos de las madres adolescentes. La bibliografía internacional muestra que las y los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidad de aprendizaje cuando entran a preescolar, más problemas conductuales y sufrir más condiciones médicas crónicas, propensión a ser internados en centros penitenciarios en la adolescencia, alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta. Estos efectos permanecen aun cuando se ajusta por los factores que incrementan la probabilidad del embarazo en la adolescencia, como la pobreza, tener madres y padres con niveles educativos bajos, crecer en familias con padre o madre ausentes y tener poca permanencia y bajo desempeño escolar. (Hoffman y Maynard, 2018).

Aunque existen pocos estudios sobre el tema en Honduras, se ha observado que los hijos e hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser prematuros y tener bajo peso al nacer. (Escartín, 2018). Estos efectos son aún mayores en el caso de las madres entre los 10 y 14 años, que, según un estudio reciente realizado a partir de los certificados de nacimientos, representan 0.7% de los más de ocho millones de nacimientos registrados en el periodo 2008-2019 (Valencia y Schiavon, 2019). Solo una de cada siete de estas adolescentes de 10 a 14 años que tuvo un parto, residía en un municipio con muy baja marginación, lo que muestra que este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza, sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social como son la violencia familiar, sexual y de género.

## Cifras Regionales

El Fondo Población de las Naciones Unidas (Unfpa) reportó en 2020 que 18% de la población mundial se componía de adolescentes, 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las mujeres adolescentes había tenido un embarazo antes de los 18 años de edad. (Unfpa, 2020). De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años. Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los que 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión. (OMS, 2019)

Según el Banco Mundial, América Latina y el Caribe presenta las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente) (Acevedo et. al. 2019). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad que presenta la región. Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos de madres menores de 15 años aumentaron. (Unfpa 2020). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) agrega a esto que 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, siendo un porcentaje elevado, aunque la región de África continúa con los porcentajes más elevados de entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres en todo el mundo. (Unicef 2018).

Al interior de la región, Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2020, con más de 100 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, mientras que Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada 1,000 mujeres en el mismo rango etario. (Acevedo JP, Favara, M. Haddock SE et al. 2019).

El embarazo en adolescentes se está agravando en muchos países, lo que muestra la necesidad de atender el problema decididamente. En Bolivia, por ejemplo, entre 2013 y 2018, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 14.7% a 18%. Más del 25% de ellas apenas concluyeron la educación primaria. Solamente una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas señaló usar un método anticonceptivo, a pesar de que 92% conocen al menos uno. Nueve por ciento de adolescentes menores de 13 años habían estado embarazadas o ya eran madres. (Unfpa, 2020). En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15

años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años de 9 por ciento. La fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina con una tasa de 100 por cada 1000 mujeres.

La relación entre embarazo y quintil de ingresos muestra que las adolescentes de hogares más pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas que las de hogares más ricos. En Colombia y Perú, más de un cuarto de las adolescentes de 15 a 19 años de los hogares del quintil más bajo de ingreso iniciaron la maternidad en edades tempranas. En Perú, por ejemplo, la tasa de maternidad adolescente es casi seis veces mayor entre las adolescentes de hogares más pobres que entre las de los hogares más ricos. (*Population Council and UNFPA, 2019*).

## Factores vinculados al embarazo en adolescentes

De las numerosas investigaciones sobre el problema del embarazo en adolescentes se identifican varios factores desencadenantes. Entre los más señalados está la falta de acceso a servicios escolares o de ingresos suficientes para facilitar la continuidad de los estudios; el incremento de la actividad sexual entre los adolescentes sin que haya mejorado la debida educación sexual en hogares, escuelas y comunidades y/o facilitado el acceso a métodos anticonceptivos; las uniones conyugales (forzadas o consensuadas) a edad temprana; el abuso o la violencia sexual contra niñas y adolescentes. En buena medida todas estas son condiciones asociadas con la pobreza y la marginalidad social, aunque dichos factores falten de explicar varios otros casos. También algunos estudios muestran que la relación entre pobreza/marginalidad social y embarazo adolescente se atempera con el acceso a la educación (permanencia en el sistema educativo y escalonamiento en el mismo) y/o a actividades ocupacionales fuera del hogar.

El acceso a servicios escolares es un factor de primer orden descartado en la literatura especializada, tanto para evitar el embarazo en adolescentes como para disminuir el número de sus hijos. De otro modo, la permanencia y avance escolar contribuye a disminuir el embarazo y la fecundidad (número promedio de hijos) entre la población adolescente:

Entre las mujeres en edad fértil, las adolescentes de 15 a 19 años son el grupo más numeroso, porque actualmente representan 17% del total. Al otro extremo de la población fértil, las mujeres de 45 a 49 años representan alrededor del 11 por ciento. (INE, 2020). En los últimos 40 años, las adolescentes han disminuido su número promedio de hijos (tasa de fecundidad), pero en mucho menor grado que otros grupos de edad. Según las encuestas oficiales entre 1999 y 2019 las mujeres de 15 a 19 años redujeron su tasa de fecundidad en 47% (de 131 a 69.5 hijos por cada 1,000 mujeres). En cambio, las de 35 a 39 años la redujeron en 77% y las de 40 a 49 años en 88 por ciento (INE, 2020). De acuerdo al Sistema de Inscripción de Nacimientos del Registro Nacional de las Personas (RNP), entre 2018 y 2020, “se certificaron 83,020 nacimientos, sin embargo, a la fecha en 2022 ya contabilizamos 38,217; de esta población 0.7% pertenecen a adolescentes muy jóvenes, en el grupo de edad de 10-14 años; 18.9% fueron en adolescentes entre 15 y 19 años; 29.5% en mujeres del grupo de 20-24 años; 24.5% en el grupo de 25-29 años y, finalmente, 25.7% en mujeres de 30 años y más”. (Navarro, 2022).

De acuerdo a ese mismo estudio de la Sesal, la menor disminución de la fecundidad adolescente se debería, en parte, a la falta de suficientes oportunidades de acceso a servicios escolares o de ingresos que les permitan seguir estudiando. Igualmente, el aumento en la actividad sexual en adolescentes y la falta de uso regular de

métodos anticonceptivos han sido importantes factores de las tendencias observadas. Según las estimaciones realizadas por el INE, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad sexualmente activas pasó de 11.9% a 15.2% en esos 22 años. (INE, 2018).

Los datos de la Endesa de 2019 del INE y los certificados de nacimiento del RNP, muestran que las principales brechas en la fecundidad adolescente se dan según grado de escolaridad, condición de habla de lengua indígena y tamaño de la localidad de residencia.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad que tienen como tope la primaria completa o una menor escolaridad tienen una tasa de fecundidad casi tres veces más alta que las que han asistido a la escuela básica. Actualmente, terminar la primaria ya no resulta un factor protector contra el embarazo en la adolescencia. La tasa cae por debajo del promedio nacional solamente cuando terminaron la secundaria y continuaron estudiando. Entre las de 12 a 14 años, la tendencia es similar. Las que no tienen escolaridad tienen una tasa de fecundidad de 11.5 por cada 1,000, comparada con 1.7 por 1,000 para las que tienen primaria completa. (Datos para 2020 según las proyecciones de población del INE).

Así, el primer factor a considerar, como parte de una política pública, es la situación de permanencia escolar, con esfuerzos para reducir la deserción y el embarazo en las adolescentes escolarizadas, como para aumentar la reinserción de las y los que ya no asisten a la escuela. No obstante, también son necesarias intervenciones focalizadas que lleguen a la población adolescente que no asiste a la escuela.

La Endesa 2019 también muestra que las adolescentes de 15 a 19 años de edad que trabajan fuera del hogar tienen una tasa de fecundidad menor (13 por 1,000) que las que no trabajan (71.6 por 1,000). En 2019, el 44% de los hombres y 21% de las mujeres de 15 a 19 años de edad reportaron ser económicamente activos. Los certificados de nacimiento de 2019 muestran que 88% de las madres de 15 a 19 años reportó dedicarse a las actividades del hogar, 7.7% a estudiar y 3.9% a trabajar fuera del hogar. Así pues, un segmento que deben considerar los programas de SSR es el de los y las adolescentes que no trabajan fuera del hogar –en especial si tampoco estudian– comparados con quienes trabajan y/o estudian.

La marginalidad o exclusión social, expresada en situaciones como la ruralidad (indicador de una condición de bajo acceso a servicios sociales básicos), la pertenencia a un pueblo originario o afrohondureños o el ser víctima de diversas formas de discriminación social, todas estas vinculadas también a la condición de pobreza, son también hechos de repercusión negativa para la población adolescente, exponiéndola en consecuencia a una más alta probabilidad embarazo temprano y alta fecundidad.

La Endesa 2019 muestra que las adolescentes de los pueblos originarios y afrohondureños tienen una tasa de fecundidad más alta que las no identificadas con estos pueblos. La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad hablantes de una lengua indígena es de 97 por 1,000 mujeres; la de las no indígenas, de 68 por 1,000. En el país existen alrededor de 104 mil de adolescentes identificados con algún pueblo originario o afrohondureño. Los nacimientos en mujeres adolescentes, con respecto al total, se dan primordialmente en municipios con ruralidad muy alta (21.36%) o alto (19.47%).

A partir de datos de las encuestas de hogares, se analizaron las transiciones en el ciclo de vida de las y los adolescentes de 12 a 19 años. En 60% de las 486,000 mujeres adolescentes unidas y con hijos y/o hijas, la unión y el primer nacimiento ocurrieron el mismo año. Menos de una tercera parte de las uniones (29.1%) precedieron por un año o más al nacimiento del primer hijo o hija.

Si bien un análisis de los certificados de nacimientos incluidos en el RNP muestra que, en 2019, cuatro de cada cinco partos de madres adolescentes se da dentro una unión establecida: del total de mujeres menores de 20 años que tuvieron un parto ese año, el 62% declararon vivir en unión libre y un 19% estaban casadas. Esto no necesariamente significa que el embarazo haya ocurrido dentro de esa unión. Incluso entre las menores de 15 años que tuvieron un hijo o hija ese año, 73% declararon algún tipo de cohabitación. Así, la mayoría de las madres adolescentes no se identifican como madres solteras al momento del nacimiento de su primer hijo/a. Este tipo de uniones suele tener mayor inestabilidad, ya que la literatura muestra que las uniones que se dan en la adolescencia tienen cuatro veces mayor riesgo de disolverse en pocos años. (Gaviria y Chaskel 2019).

El grupo de edad de 10 a 14 años también reviste especial interés por la magnitud del fenómeno, por la probabilidad de que la mayoría de la concepción en niñas de 10 a 14 esté vinculada con abuso o violencia sexual y porque el riesgo de muerte materna es mayor en este grupo debido a los efectos fisiológicos, ya que no han culminado su etapa de mayor crecimiento y desarrollo cognitivo, socioemocional, físico y psicológico.

En Honduras, casi tres cuartas partes de las niñas de 10 a 14 años de edad con un hijo o hija, están casadas o vive en parejas, hecho que entraña riesgos psicológicos y sociales. Asimismo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad casadas o unidas (16%) es casi tres veces mayor que la proporción de hombres de esta edad (6.2%) que reportan vivir en matrimonio o unión. (Navarro 2022).

La mayor parte de los factores asociados al fenómeno del embarazo en la adolescencia, tales como la unión temprana, actividad sexual muy precoz, desprotegida y forzada, la no asistencia a la escuela y la falta de oportunidades laborales también están asociados a la pobreza.

Desde esta perspectiva, el embarazo en adolescentes es síntoma o producto de la precariedad e inequidad socioeconómica del país. Sin embargo, se ha demostrado que aún en condiciones de pobreza, la asistencia a la escuela y las oportunidades laborales pertinentes para el grupo etario de más de 15 años, son factores protectores contra el embarazo, por lo que pueden considerarse como uno de los principales medios de prevención. La mayor escolaridad está asociada con el retraso de la edad a la primera relación sexual, al matrimonio y al primer embarazo, con mayor uso de anticonceptivos y con ideales de tener una familia más pequeña y planificada. La evidencia señala que tener un plan de vida a largo plazo, sustentado en un proyecto que considere el estudio, trabajo u ocupación diaria en casa y fuera de ella, las redes de apoyo, son factores preventivos y protectores del embarazo adolescente. Por el contrario, el no tener y realizar actividades sustantivas dignas para la persona y la sociedad, lleva a la adopción de la maternidad y la paternidad como una salida a la falta de oportunidades y expectativas de vida.

Los datos sugieren que algunos embarazos en la adolescencia denotan estar vinculados con la coerción, engaño o abuso. (Echarri, 2018). El registro de nacimientos de la Secretaría de Salud muestra que el 60% de los registros de madres adolescentes, el padre es un hombre de 20 o más años, lo cual cuestionaría si las relaciones que llevaron al embarazo fueron consentidas o no.

Entre menor es la edad de la adolescente madre, mayor es la proporción de hombres (los padres) 10 años mayores o más que ellas: entre las niñas de 10 u 11 años de edad, esta proporción es de 31%; entre las de 12 a 14 años de 19% y entre las mayores de 15 años de 11%. La mediana de la diferencia de edad entre el padre y la madre es de cinco años entre las madres menores de 15 años; mientras que entre las de 15 a 17 años son cuatro años y entre las de 18 y 19 años son 3 años. (Sesal, AT2 o Registro de Atención). Del total de madres menores de edad, solamente, uno de cada diez padres también tenía menos de 18 años al momento del parto.

Entre las madres que dieron a luz antes de los 15 años, la proporción de padres mayores de edad crece al doble, es decir, solo uno de cada cinco padres eran menores de edad y su edad media era de 20 años. Es contundente el dato, mientras menor edad tiene la madre, mayor probabilidad de que la pareja sea mayor y que exista una mayor desigualdad de poder entre ellos.

## Cifras de la situación de la población adolescente en Honduras

Tabla 1. Población y tasa de fecundidad en adolescentes

Población	Dato	Fuente	Año	Observaciones
Población total (millones)	9,597,739	INE	2022	
Población 10-19 años.	1,946,280			Representa el 33% de la Población Total.
Población Total 0 a 14 años.	2,920,346			

Fecundidad	Dato	Fuente	Año	Observaciones
Promedio hijos/mujer	4	Endesa	2019	La tasa de fecundidad específica entre las adolescentes de 10 a 19 años es de 88/100 mil nacidos vivos.  El 8% de las mujeres de 10 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada; bien sean porque ya son madres (25%) o están gestando por primera vez. (9%).
Nacimientos/1000 mujeres entre 15 y 19 años	88			
Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que alguna vez han estado embarazadas	28			
Adolescentes embarazadas/100 mujeres embarazadas	30.5			

Tabla 2. Inicio de relaciones sexuales y prevalencia de VIH/Sida

Edad de inicio de relaciones sexuales	Dato	Fuente	Año	Observaciones
Mujeres	10	Endesa	2009-2019	
Hombres	16			
Otros	Dato	Fuente	Año	Observaciones
Prevalencia de VIH	1.2%	Endesa	2009-2019	Se estima en un 1.2% en 2022, 0.6% en 2011, la población de 15 a 29 años afectada por el VIH, por transmisión sexual.

Tabla 3. Embarazos en adolescentes según área de residencia

Embarazo en adolescentes según el área de residencia	Dato	Fuente	Año	Observaciones
Adolescentes alguna vez embarazadas residentes en el área urbana	12.8	Endesa	2009-2019	
Adolescentes alguna vez embarazadas residentes en el área urbana	35.6			

Tabla 4. Embarazos en adolescentes según departamento

Departamentos	Calidad de embarazo en adolescentes	Observaciones	
Atlántida	30	En Colón, el 31% ya son madres se encuentran embarazadas. Los niveles de maternidad y embarazos en adolescentes son altos en los departamentos de Atlántida, Francisco Morazán que tienen más del 29%.	
Cortés	18		
Colón	28		
Copán	25		
Comayagua	20		
Choluteca	18		
El Paraíso	15		
Francisco Morazán	22		
Intibucá	20		
Ocatepeque	18		
Olancho	20		
Valle	15		En contraste, las adolescentes del departamento de Cortes y San Pedro Sula con el 15%.
Yoro	18		
Distrito Central	20		
San Pedro Sula	15		

Tabla 5. Partos institucionales en adolescentes por departamento

Partos en adolescentes según departamento, año 2021	grupo de edad		total de partos institucionales en adolescentes	Total partos institucionales (hospitales Sesal)
	10 -14 años	15-18 años		
Atlántida	150	2,200	2,100	8,245
Choluteca	38	985	860	7,450
Colón	105	1,365	1,185	4,685
Comayagua	69	995	1,430	5,876
Copán	42	795	1,455	7,695
Cortés	130	3,653	3,152	8,265
El Paraíso	42	966	1,020	4,658
Francisco Morazán	129	3,125	3,654	18,658
Gracias a Dios	4	102	75	266
Intibucá	28	595	610	928
Islas de la Bahía	4	85	65	183
La Paz	22	246	260	2,112
Lempira	16	182	177	1,125
Ocotepeque	12	221	235	986
Olancho	69	268	1,365	7,595
Santa Barbara	44	369	796	4,962
Valle	12	325	355	1,650
Yoro	122	1,450	1,985	8,750
total	1038	17,927	20,779	104,089

fuentes: INE, Endesa 2019

Tabla 6. Mortalidad materna a escala nacional

Mortalidad materna	Dato	Fuente	Año	Observaciones
Muertes maternas /100,000 nacidos vivos	108	Endesa	2019	Valor de la razón de mortalidad materna.
Total de muertes Maternas en adolescentes (>18 años)	22%	Sesal-UVS	2019	30 casos en adolescentes de 145 muertes maternas, el 64% fueron causas obstétricas directas y 36% indirectas.

Fuente: Sesal-UVS 2019

Tabla 7. Educación y embarazo en adolescentes

Mortalidad materna	Dato (%)	Observaciones
Adolescentes sin educación alguna vez embarazada	48	Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre: Adolescentes SIN educación 46%; adolescentes con apenas primaria 42%; adolescentes con Educación secundaria 12% y superior 1%
Adolescentes con educación primaria 1-3 años alguna vez Embarazada	42	
Adolescentes con educación primaria 4-6 años alguna vez embarazada	30	
Adolescentes con educación secundaria alguna vez embarazada	12	La edad mediana a la cual las mujeres sin ninguna educación inician relaciones sexuales es 14.6 años.
Adolescentes en unión con hijos matriculados en el sistema escolar	16.4	
Adolescentes no en unión sin hijos matriculados en el sistema escolar	70.6	

### Análisis de las ofertas programáticas nacionales e internacionales destacadas en la bibliografía disponible

La experiencia internacional permite identificar intervenciones demostradamente útiles y aquellas que no han podido probar su utilidad o efectividad para reducir la tasa de embarazo en adolescentes. (Chandra-Mouli 2018).

Esta experiencia, junto con la nacional, sirve de referencia para la selección de estrategias e intervenciones que desde el LabGob pueden analizarse e implementarse. En esta parte, se hace una descripción y análisis de las intervenciones programáticas que, de acuerdo a la literatura revisada, han mostrado ser efectivas, para luego hacer lo mismo con las no efectivas.

### Las intervenciones de probada efectividad

- 1) Educación integral en sexualidad en escuelas o en colaboración con las escuelas.
- 2) Servicios y clínicas amigables para los y las adolescentes.
- 3) Insumos adecuados y eficaces para la anticoncepción entre adolescentes.
- 4) Intervenciones basadas en medios de comunicación.
- 5) Políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral.

Sin embargo, la literatura advierte que la efectividad de las intervenciones depende de diferentes particularidades:

- 1) el apego a los modelos<sup>1</sup> (el grado en que la intervención se implementa de acuerdo con el diseño original).
- 2) la calidad con que se implementan las intervenciones.

3) la dosificación de la intervención: las intervenciones que se aplican con mayor intensidad y duración son más efectivas que las que tienen intensidad y duración limitadas, especialmente si las intervenciones buscan cambiar normas sociales bien establecidas e internalizadas.

4) el alcance o cobertura de las intervenciones, es decir, la proporción de la población objetivo a la que llegan los mensajes y servicios. (Durlak y DuPre, 2018).

## Educación en Sexualidad en Escuelas

Evaluando las diferentes experiencias de las organizaciones participantes, se encuentra que la experiencia del Unfpa muestra que es importante que las intervenciones inicien temprano, a más tardar en la preadolescencia y que duren cuando menos dos años.

Otras características destacadas por el Unfpa para la educación en sexualidad en el contexto escolar son:

- 1) Fidelidad teórica-programática.
- 2) Servicios de salud vinculados directamente a la escuela.
- 3) Docentes capacitados y motivados.
- 4) Inclusión de madres y padres y líderes comunitarios.
- 5) Currículo integral que combine aspectos de SSR con competencias de negociación, aspectos vocacionales, trabajo o arte y educación.
- 6) Libertad para que el programa se adapte al sistema de valores y creencias de la comunidad. (Unfpa, 2006).

Se consideró también las experiencias de la Unesco la cual ha logrado identificar cinco buenas prácticas en instituciones educativas para facilitar el éxito de los programas de educación sexual:

- 1) Longitud mínima de doce sesiones.
- 2) Sesiones secuenciales a lo largo de varios años.
- 3) Educadores/as capaces y motivados.
- 4) Formación de calidad para educadores/as.
- 5) Apoyo a las y los docentes de educación sexual en la gestión, orientación y supervisión.

Además, este organismo propone una lista de 18 características por las que se distinguen los procesos y currículos de educación sexual efectivos. (Unesco, 2018).

Los programas educativos de promoción de la salud en general se pueden dividir en dos grandes grupos: los que buscan prevenir los riesgos y los que buscan reducir el riesgo o disminuir sus consecuencias.

En el caso específico de los programas de educación sexual, las estrategias de prevención de riesgo promueven la abstinencia y/o el retraso del inicio de la vida sexual, mientras que las de reducción de daño proveen información integral de sexualidad y género, cubriendo de manera extensa las opciones de anticoncepción y prevención de ITS.

1) Se utiliza el concepto de “apego a modelos de intervención” en el mismo sentido que la literatura en inglés se refiere a la palabra Fidelity.

incluyendo cómo acceder a estas. En cuanto al contenido de los programas educativos sobre el tema, la experiencia internacional ha encontrado en múltiples estudios que la educación sexual que aborda de manera explícita los temas de anticoncepción y prevención de ITS, incluyendo VIH, desde un enfoque de reducción del daño tienen un mayor efecto que las que se limitan a promover la abstinencia, que generalmente no son efectivas.

Los programas de educación sexual comunitarios o vinculados con escuelas que incluyen a las madres y los padres para promover la comunicación sobre sexualidad en las familias también han demostrado impacto en estudios experimentales.

Para los fines de LabGob, se facilitó la discusión de un diseño y desarrollo curricular inclusivo en y a partir de los planes y programas de estudio nacionales generales, donde se aborde, de manera actualizada los contenidos sobre el tema de la sexualidad, y a favor de la inclusión docente que permita su mejor formación sobre los contenidos y desarrollo de competencias para la enseñanza de estos temas, además de favorecer en los medios, una orientación sin prejuicios sobre la adolescencia, sus derechos, su salud sexual y reproductiva, y de la inclusión de escuelas, donde el tema sea visto como parte sustantiva de la formación de las y los adolescentes, en la comunidad educativa.

### **Acceso Efectivo a Servicios Clínicos de SSR Especializados para Adolescentes (servicios amigables o clínicas amigables)**

La población adolescente enfrenta mayores barreras de acceso a los servicios de SSR y al uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia que otros grupos de edad. Además de los prejuicios del personal de salud, la influencia del conservadurismo y la intervención de actores no estatales (incluidos los religiosos); las barreras que enfrentan se refieren a accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud.

La accesibilidad se refiere a que puedan obtener los servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, con o sin cita y en lugares, con horarios y costos al alcance de las y los que estudian o trabajan; la aceptabilidad, a que las y los adolescentes estén dispuestos a utilizar servicios atendidos por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales, con instalaciones atractivas e higiénicas, y donde se ofrezca información y educación en diferentes formatos. La igualdad se refiere a que las y los adolescentes de los diferentes grupos sociales puedan acceder a los servicios.

A estas tres características se deben agregar que sean apropiados, es decir, que ofrezcan los servicios que la población adolescente necesita y que sean efectivos, o sea, que se ofrezcan de manera correcta y contribuyan a su salud.

Dado que diferentes grupos de adolescentes perciben como “amigables” distintos aspectos, el éxito de los servicios depende de que se hagan estudios para adaptarlos y adecuarlos de forma permanente, asegurando que cumplan con los estándares de calidad. Asimismo, es fundamental, que existan mecanismos que permitan que las y los adolescentes participen en el diseño y remodelación de las instalaciones. (OMS, 2012) Más allá de definir las características específicas de los servicios con base en evidencia local y actualizada, se ha comprobado que las dos principales características que deben cumplir los servicios amigables son el trato respetuoso y la garantía de protección de la confidencialidad. (OMS, 2012).

Se ha demostrado que las y los adolescentes aumentan la utilización de un servicio cuando cumple con las siguientes cuatro características:

- 1) El personal que brinda la atención ha sido capacitado, se le orienta para que evite juicios y es amigable con las y los adolescentes que atiende.
- 2) Se hace el esfuerzo para que las instalaciones sean acogedoras y atractivas.
- 3) Se comunica a las y los adolescentes de la disponibilidad de los servicios de salud amigables y se les motiva a usarlos cuando los necesiten.
- 4) Existe comunicación con los miembros de la comunidad para promover y favorecer la importancia de la prestación de servicios de salud para adolescentes.

Las últimas dos características subrayan la importancia de la publicidad por medios masivos, siempre y cuando los servicios cumplan con los estándares prometidos por la publicidad, pues es poco probable que la población adolescente regrese si no es así y probablemente desacredite al servicio ante sus pares. (Denno, Hoopes y Chandra-Mouli V, 2014).

Además, en un estudio reciente se encontró que es importante la señalización de los servicios, el acceso gratuito, los horarios flexibles y la reducción de tiempos de espera, así como la promoción extramuros, la información impresa y los módulos itinerantes para comunidades alejadas. (Católicas por el Derecho a Decidir, 2014).

Para los fines de LabGob, se animará a la discusión amplia en impulsar el cambio hacia servicios amigables exitosos considerando lo antes dicho y reforzando la prevención de embarazos (el primero y los subsecuentes) en las y los adolescentes, incluyendo, para el caso de los subsecuentes componentes especiales para ellos y ellas en los programas hospitalarios de atención prenatal y anticoncepción posevento obstétrico, que refuercen su capacidad de planeación y de toma de decisiones; así como durante las consultas de puerperio y las consulta denominadas de atención del niño sano.

En ámbitos clínicos, las recomendaciones internacionales, van en el sentido que los servicios amigables adopten una perspectiva de atención integral de las necesidades de salud sexual y reproductiva y, por tanto, aborden también los servicios de prevención, detección y atención de infecciones de transmisión sexual, los servicios de atención pre y posnatal, y referencias a servicios de atención parto.

También se propone que es recomendable que los servicios para adolescentes no se limiten exclusivamente a la atención de la SSR, sino que adopten un enfoque integral de la salud, incluyendo por lo menos detección y referencia a servicios de atención de salud mental, obesidad y otros desórdenes metabólicos o alimenticios, prevención de adicciones, prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género. En ámbitos hospitalarios, los servicios deben incluir la atención del parto, los servicios de anticoncepción posevento obstétrico y el tratamiento de emergencias por aborto.

## Oferta de los Métodos Anticonceptivos

Históricamente, los servicios de prevención del embarazo que se ofrecen a los y las adolescentes han enfatizado la promoción del condón como medio para una doble protección del embarazo y las ITS. Sin embargo, la tasa de falla del condón es de hasta 18% (Romero a partir de Thomas, 2010) en uso típico y su efectividad depende del uso correcto y constante.

Igualmente, la continuidad en el uso a los doce meses posteriores es de entre un tercio y la mitad de los que inician. Estas tasas de efectividad y continuidad son similares o mayores a las de los óvulos, jaleas y espumas, que también están entre las opciones más usadas por las personas adolescentes. La siguiente opción más promovida son las pastillas anticonceptivas, las cuales también tienen problemas de adherencia y continuidad en el uso, por lo que, al igual que el condón, ponen a las adolescentes en riesgo de embarazo. Los métodos anticonceptivos con menor probabilidad de falla son los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP), como los inyectables, los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes.

Como consecuencia de todos estos factores, una gran parte del personal médico continúa sin recomendar estos métodos a las y los adolescentes, coartando su capacidad de elegir entre toda la gama de métodos anticonceptivos existente. A estas barreras médicas de acceso hay que agregar el desconocimiento de las y los adolescentes sobre las ventajas de los métodos ARAP. Otra dificultad específica para el acceso y uso de ARAP, cuando se usan servicios privados, es el desembolso inicial para la adquisición e inserción del método, pues requieren una visita a la clínica y, en el caso del Sistema Intrauterino Hormonal (Siuh) y el implante transdérmico, el costo del dispositivo también es elevado. (Eisenberg, McNicholas y Peipert 2013).

Sin embargo, una evaluación objetiva de costo-beneficio con una perspectiva de un año o más demuestra que la provisión gratuita de ARAP es muy eficiente en costos para el sistema público de salud. (*Guttmacher Institute and UNFPA, 2012*).

Es importante señalar que existen diferentes requerimientos de información y es indispensable considerar las diversas necesidades de orientación y atención entre las y los adolescentes de 10 a 14 años, los de 15 a 17 y los de 18 a 19, las cuales van desde la madurez y comprensión de distintas situaciones hasta la gradualidad de su participación en la toma de decisiones. De igual manera las demandas de atención son muy diferentes entre las y los adolescentes casadas(os) o en unión y aquellas(os) que no lo están, no poseen una pareja estable o incluso no han iniciado su vida sexual. Por ello, cada situación habrá de ser abordada con respeto, dignidad y confidencialidad.

Uso de Medios de Comunicación Masiva: Información, educación y comunicación (IEC), acciones para el cambio conductual (ACC), mercadeo social y contenidos educativos de entretenimiento.

Al evaluar los aspectos referentes a los medios de comunicación, encontramos que las campañas en estos medios se cuentan entre las prácticas más frecuentes para difundir información, fomentar comportamientos de prevención de conductas de riesgo, crear conciencia entre diversos grupos sociales y promover cambios sociales entre personas de diversas edades.

Las metas y los objetivos que, desde la promoción de la salud, se buscan alcanzar dentro de estas campañas, se divide a grandes rasgos en acciones de:

- 1) Información, Educación y Comunicación (IEC) para generar conocimientos que faciliten la toma de decisiones.
- 2) Acciones para el Cambio Conductual (ACC), que incentivan y refuerzan las conductas favorables basadas en teorías de comportamiento de salud.
- 3) Campañas de mercadeo social, que utilizan las técnicas publicitarias para crear necesidades guiadas o establecer normas sociales de “lo deseable” en la población objetivo, apelando a sus deseos y ofreciendo la gratificación inminente o inmediata a cambio de la conducta promovida. (Willoughby, 2013).

El mercadeo social ha mostrado el mayor impacto sobre conductas tales como la comunicación con madres y padres y el uso de servicios de información como mensajes de texto y redes sociales cuando la población objetivo es segmentada cuidadosamente y existe una comprensión cabal de sus valores para poder influir en el segmento. También se ha alcanzado el cambio conductual difundiendo contenidos educativos, incluyendo temas de educación sexual y prevención del embarazo, en telenovelas, series y otros formatos de entretenimiento en radio, televisión, así como los nuevos medios electrónicos y dispositivos móviles. (Banda, 2013).

En todos los casos es necesario asegurarse que los mensajes promuevan contenidos apropiados y de interés para la audiencia objetivo. Esto sólo se puede lograr por medio de investigación formativa que dé a conocer los problemas y preocupaciones que enfrentan las y los adolescentes que se embarazan, así como las consecuencias que podrían disuadirlas de ciertas conductas o alentarlas a usar métodos de anticoncepción efectivos.

Este tipo de información debe permitir adaptar mensajes a diferentes sectores de la población para intervenciones focalizadas y también debe servir para ilustrar cuáles temas aplican a los grupos más amplios de la población.

## Oferta Programática para el Desarrollo Juvenil

Las mayores tasas de fecundidad adolescente se observan casi invariablemente entre quienes viven en situación de máxima vulnerabilidad. Las niñas y adolescentes más afectadas son las pobres, sin escolaridad, en comunidades indígenas, rurales, en uniones tempranas (forzadas o no), o bien, en zonas urbanas de alta marginación.

El común denominador de estas situaciones suele ser la falta de perspectivas de mejora en el futuro. Los programas de desarrollo juvenil y ampliación de oportunidades buscan ampliar las opciones educativas y laborales, y empoderar a estas adolescentes.

En 2007, una revisión global publicada en la revista *The Lancet* encontró que enfocarse en el desarrollo juvenil y la promoción de factores protectores consistentemente reduce los embarazos y propicia la prevención de ITS en mayor medida que otras estrategias. (Bearinger, 2007).

Estas intervenciones elevan el costo personal de un embarazo no deseado al cambiar las perspectivas a largo plazo de las y los adolescentes y proporcionando alternativas en el corto plazo.

Los tipos de acción que han logrado mayor impacto son las que inciden directamente en las oportunidades educativas y proveen incentivos o bajan los costos de permanecer en la escuela. Como se observó en el diagnóstico

a través de nuestras discusiones, abandonar la escuela hace más probable una unión temprana, un primer embarazo y embarazos subsiguientes. Asimismo, el embarazo provoca el abandono de la escuela.

Las intervenciones enfocadas a evitar la deserción escolar o incentivar el regreso a la escuela han contribuido a reducir de manera significativa tanto el primer embarazo como los subsecuentes.

Los programas de transferencias condicionadas, han demostrado en Brasil, Colombia y Perú que pueden aumentar la retención escolar y, con ello, reducir la incidencia de embarazos (Azevedo, Haddock, SE, 2012).

En África se reportó una experiencia en la que al cabo de un año se redujo 30% los matrimonios y 40% los embarazos, así como un diferimiento de la vida sexual de 38% de las beneficiarias en comparación con el grupo de control. (Baird, 2010). Es recomendable revisar el programa para explotar su potencial en la reducción de embarazos, pues en otros países se ha demostrado que el éxito de los programas de transferencias condicionadas en la educación depende de que la definición de las condicionalidades proporcione incentivos suficientes a las y los estudiantes para aplazar la llegada del primer hijo o hija. (Cortés, Gallego y Maldonado, 2011).

En el Reino Unido, el país europeo con mayor tasa de fecundidad temprana, se ha hecho un llamado para que, además de intervenciones que afecten los factores próximos a escala individual, como conocimientos de salud sexual, se implementen intervenciones complementarias con un enfoque socioecológico que busquen incidir en determinantes más amplios del fenómeno. Los autores de una revisión sistemática apuntan que las mejoras en el acceso a los servicios no consiguen reducir la incidencia del problema por sí mismas. (Imamura, 2007).

En cambio, las intervenciones que buscan reducir actitudes de desinterés y bajas expectativas, mediante acciones enfocadas a mejorar la ética escolar, fortalecer las relaciones en la escuela y la reinserción escolar, o bien que promueven expectativas positivas por medio de actividades para mejorar las perspectivas e inserción laboral, por ejemplo, desarrollando capacidades para la vida, educación vocacional o capacitación en oficios, han resultado más efectivas. (Harden, 2009).

## Ofertas programáticas no efectivas

Las intervenciones que han demostrado poca o ninguna efectividad incluyen a los modelos comunitarios de educación por pares y los centros juveniles. (Chandra-Mouli, 2014).

Los centros de atención para adolescentes son lugares que ofrecen información y servicios de una manera amigable y segura, en un medio ambiente no amenazante.

En el contexto de nuestra investigación, encontramos que se realizó una revisión de 18 programas con centros para adolescentes mostró que su mantenimiento es costoso; que los usan principalmente hombres que viven cerca del centro y están al final de la adolescencia; que son usados principalmente con fines de recreación; que no había o había poco uso de los servicios e insumos de SSR; y que el costo por beneficiario era muy alto. (Zuurmond, Geary R.S. y Ross 2012.)

Los modelos comunitarios de educación por pares han sido impulsados en las últimas décadas por organizaciones sin fines de lucro y algunas agencias gubernamentales. En este tipo de intervención se busca capacitar a adolescentes para que difundan información veraz, confiable y correcta entre sus compañeros y compañeras de la misma edad, y para que entreguen métodos anticonceptivos, especialmente condones y otros de barrera, a las y los sexualmente activos.

Las ventajas percibidas de esta estrategia son que permite el intercambio de información entre adolescentes de la misma edad y estatus social, el contacto frecuente con una fuente de información confiable y el abastecimiento de métodos en un contexto amigable. También ofrecen la oportunidad de llegar a adolescentes a los que difícilmente se puede captar con estrategias tradicionales.

Sin embargo, cinco metas-análisis han concluido que los programas de pares tienen efectos limitados en la promoción de conductas seguras y en el mejoramiento de la salud. (Tolli 2012). Cuando se compara con grupos control, no se han encontrado diferencias significativas en términos de, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes sexualmente activos o el uso de un método en la última relación sexual, aunque en algunos casos se ha observado que los programas han logrado reducir el estigma.

En general, se considera que los modelos de pares pueden ser más efectivos cuando los promotores juveniles se dedican a sensibilizar y referir a servicios y a expertos. (Michielsen 2012).

Además de los problemas de diseño metodológico de las intervenciones de educadores de pares, se han identificado otros problemas que están relacionados con la participación de las y los adolescentes y jóvenes en el desarrollo de estos programas.

Por ejemplo, no hay diagnósticos de necesidades; no se involucra a la población adolescente en el diseño de intervenciones de pares; no hay claridad en los roles, expectativas y límites de la participación de las y los adolescentes y de quienes manejan los programas; hay un problema con la selección de las y los pares, pues no se realiza un estudio de las redes sociales de adolescentes, y usualmente quienes participan se autonominan, y se convierten en colaboradores de más de un programa a la vez; hay participación diferenciada de hombres y mujeres dependiendo del contexto; hay bajas tasas de retención y hay una falta de incentivos, incluyendo económicos, para la permanencia en los programas; no hay seguimiento después de las capacitaciones iniciales y, por último, no existe diferenciación del tipo de información proveniente de personas profesionales adultas de la proporcionada por las y los pares adolescentes.

## **Recomendaciones a partir de las Experiencias Internacionales**

1. En medios masivos tradicionales, así como en medios electrónicos y redes sociales, las intervenciones deben basarse en teorías comprobadas y sustentarse en el conocimiento de la población objetivo, difundiendo contenidos que puedan generar interés para las y los adolescentes. Las acciones en medios masivos deben buscar el cambio de conductas, pero especialmente la modificación de normas sociales nocivas para la población adolescente.

2. La calidad de los servicios debe estar acompañada de esfuerzos de comunicación estratégica y mercadeo social para promover que las y los adolescentes se acerquen a pedir la información, los servicios y los métodos que necesiten. Los servicios de calidad que no logran despertar demanda sostenida terminan por perder apoyo y presupuesto. Los servicios que se promueven y no cumplen con la calidad prometida desincentivan el uso continuado.
3. Debe asegurarse el suministro ininterrumpido de anticonceptivos en servicios amigables para adolescentes y ofrecer toda la gama de métodos, entre las opciones de primera línea para todas las niñas o adolescentes que hayan iniciado actividad sexual o estén próximas a hacerlo, sin dejar de enfatizar la doble protección con el condón, para prevenir ITS.
4. La educación integral en sexualidad debe promoverse en las escuelas, en la comunidad y con las madres y los padres. En el contexto escolar debe hacerse énfasis en la integralidad de la capacitación y/o formación del personal docente, la planeación de los programas y los contenidos del currículo.
5. Debe asegurarse la colaboración interinstitucional y multisectorial para enfrentar el problema en varios niveles. Debe involucrarse, aparte del sector salud, el sistema educativo, el aparato laboral, el sector social, organizaciones de la sociedad civil y la iniciativa privada.
6. El nivel de intervención determina la magnitud del impacto, por lo que debe darse prioridad a intervenciones estructurales y en el nivel comunitario.

## Metodología

Al concebirse como un espacio de innovación de la gestión pública, el LabGob-Chepes deberá constituirse en un puente abierto a los distintos actores sociales estratégicos a fin de generar conocimiento y propuestas de soluciones innovadoras, en términos de políticas y programas públicos. De este modo, el gobierno podrá responder a las mejores prácticas y transferencia de conocimiento en materia de políticas y programas de desarrollo y protección social.

En el marco de esas competencias y ante la necesidad de un estudio piloto, el Chepes buscó coordinarse con la Dirección de Género e Igualdad de Oportunidades para identificar un tema de estudio. Fue así como se concertó el tema: El embarazo en adolescentes. Diagnóstico situacional y bases para el diseño de una política pública. Una vez definido el tema, se procedió a elaborar una matriz que permitiera enmarcar el estudio en relación a los participantes, la metodología, el cronograma de actividades y la logística. Esto a su vez conllevó a definir el objetivo central del laboratorio: Analizar el problema del embarazo adolescente (magnitud, causas y consecuencias) y proponer bases para la Política Nacional de Prevención de Embarazos Adolescentes.<sup>2</sup>

## Selección de los participantes

Los participantes, se seleccionaron en función de su conocimiento y/o experiencia de campo en el tema. Igualmente se buscó lograr una representatividad mínima de los actores organizacionales e individuales involucrados en el conocimiento y acción de la prevención del embarazo en adolescentes. De esta forma y en la búsqueda de renovar la gestión pública en materia de construcción de políticas, el LabGob pasó a convertirse en puente para que actores académicos, gubernamentales, de la sociedad civil y cooperación internacional se unan a dicho esfuerzo.

Bajo el principio de la nueva gobernanza participativa el LabGob promueve el desarrollo y aprovechamiento de la inteligencia colectiva, que es un proceso de aportación conjunta de ideas por parte de los distintos actores participantes del laboratorio.

Para el tema seleccionado y en apego a la metodología eminentemente participativa del LabGob, en esta ocasión se acordó utilizar, en la recolección de evidencia, las técnicas de grupos de enfoque y la entrevista grupal.

## Dinámica del proceso

En la sala de reuniones del segundo piso de la Torre II del Centro Cívico Gubernamental se llevaron a cabo dos jornadas o sesiones de trabajo en fechas distintas. Para la primera jornada se organizaron tres grupos de enfoque en diferentes horarios y, para la segunda, un único grupo.

---

<sup>2</sup>Para el Chepes el objetivo primordial era poner en experimentación el funcionamiento del LabGob como herramienta para la investigación y la innovación en políticas.

La primera sesión se efectuó el 20 de octubre con el objetivo de discutir un diagnóstico situacional del embarazo en adolescentes en Honduras. Para tal propósito se propusieron tres preguntas generadoras que pretendían caracterizar a la población afectada por el embarazo adolescente y, también, identificar las causas y los efectos emocionales y socioeconómicos principales.

La segunda sesión se desarrolló el 03 de noviembre, con la finalidad de discutir y acordar las propuestas de cambio. Con el empleo de la técnica del árbol de problemas y la construcción de dos gráficas que agrupan las causas y los efectos del embarazo en adolescentes, se solicitó a los participantes proponer soluciones de mejoramiento de las acciones de prevención del problema. Finalmente y, utilizando la técnica del análisis de senderos, las propuestas culminaron con análisis consolidados.

Como un agregado a la segunda sesión, el 10 de noviembre se instaló un grupo adicional conformado por representantes de siete dependencias de la Secretaría de Educación, entre direcciones, subdirecciones, unidades y la Secretaría General, todas incluidas por su participación en la prevención del embarazo en adolescentes y la actualización de las guías metodológicas Yo cuido mi vida, cuido mi salud.

Por último, el 17 de noviembre, se llevó a cabo una entrevista grupal con cinco actores representantes de la Dirección General de Servicios Educativos, la Subdirección General de Educación de Participación Comunitaria y la Subdirección General de Educación para la Prevención y Rehabilitación Social. Con ello, se procuró conocer las experiencias anteriores en la Secretaría de Educación en temas de implementación de educación sexual, prevención de embarazos, así como de los logros, desafíos y obstáculos enfrentados.

Entre las tres sesiones del grupo de enfoque y la entrevista grupal participaron 54 actores estratégicos, de distintas entidades públicas y organizaciones ciudadanas, tal y como se describieron anteriormente. Para la revisión bibliográfica, se consultó primero el Anuario Estadístico 2021 de la Sesal.

## Análisis

Para la realización del reporte se utilizaron diferentes herramientas de recolección de datos, entre ellas: la toma de notas manuales en los siete grupos de trabajo, y además, se grabaron audios que fueron procesados por el equipo técnico del LabGob mediante el software [speechnotes.co](https://www.speechnotes.co/) para su transcripción. Un total de siete audios con una duración efectiva de cuarenta minutos cada uno, para un total de doscientos ochenta (280) minutos. Estos audios están disponibles y son de acceso libre en el repositorio de [github.com](https://github.com/LabGobCHEPES) a través del enlace <https://github.com/LabGobCHEPES>.

El Text Mining consiste en utilizar el Machine Learning para el análisis de texto, el cual es el proceso de analizar colecciones de materiales textuales con el fin de capturar conceptos, temas clave y descubrir relaciones y tendencias ocultas. Esa práctica se basa en la tecnología del procesamiento natural del lenguaje (Natural Language Processing), que permite que las máquinas comprendan y traten el lenguaje humano de manera automática.

## Resultados

Además de poner a prueba la capacidad del LabGob para producir conocimiento innovador, este estudio tuvo como objetivo generar un diagnóstico de la situación y lineamientos para una política pública orientada a dar respuesta apropiada al problema del embarazo en adolescentes.

En este empeño se acudió a la consulta con expertos y conocedores de primera mano de dicho problema. Los expertos fueron entrevistados con la utilización de la técnica de grupos de enfoque. Se organizaron tres grupos para que en una primera sesión discutieran y plantearan el problema. El resultado de esta primera sesión sería un diagnóstico que, en la fase de análisis, se comparó con la actualmente mostrado por la literatura científica nacional e internacional.

La segunda sesión se dedicó a discutir y consensuar propuestas o lineamientos para la elaboración posterior de una política para tratar adecuadamente el problema del embarazo en adolescentes.

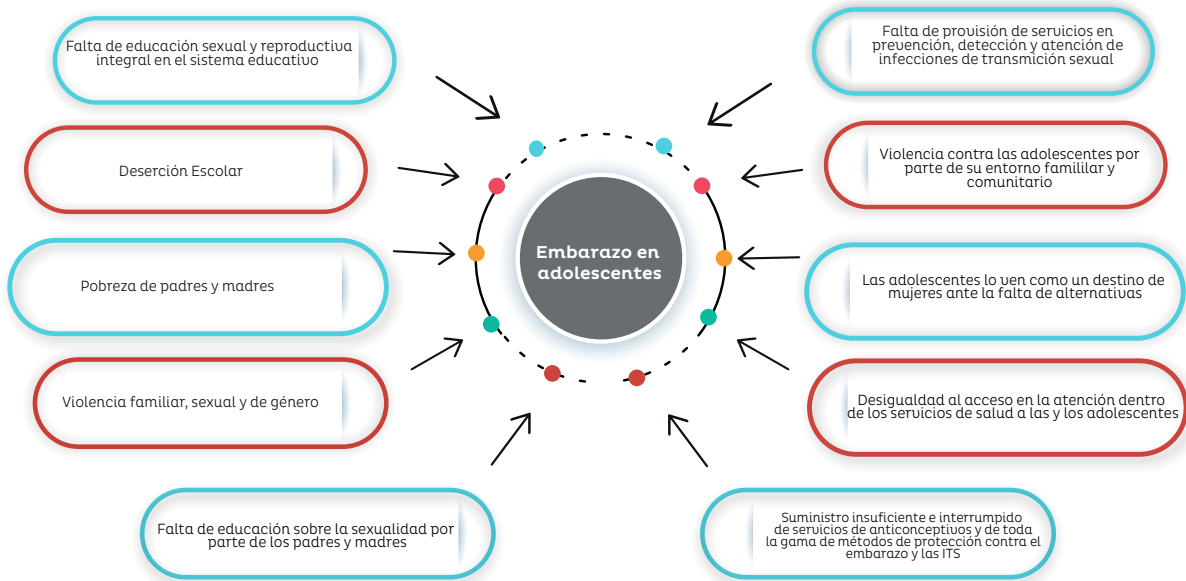
El diagnóstico obtenido de las discusiones grupales destacó diferentes factores (las más probables causas) asociados al problema del embarazo adolescente y los probables efectos del mismo. Estos factores y efectos se muestran en los gráficos 1 y 2.

Al comparar el diagnóstico surgido de las discusiones grupales con lo indicado por diversos estudios anteriores nacionales, regionales o mundiales, se observa la ausencia de valor agregado. Es decir, los académicos y personas vinculadas a la acción preventiva del problema coinciden plenamente con lo conocido a través de la bibliografía disponible. Esto es así: en primer lugar, porque los académicos -con diferentes niveles de profundidad- están familiarizados con la bibliografía; en segundo lugar, porque el personal de campo actúa en seguimiento de programas o proyectos basados en las políticas surgidas de la literatura conocida.

Es posible que el conocimiento teórico manejado obnuble o condicione la forma de observar los hechos o que en tales los factores actuantes coincidan plenamente con lo identificado en la bibliografía. Brevemente, el diagnóstico surgido de la discusión grupal simplemente repite lo que ya aparece en la literatura conocida sobre el tema del embarazo en adolescentes.

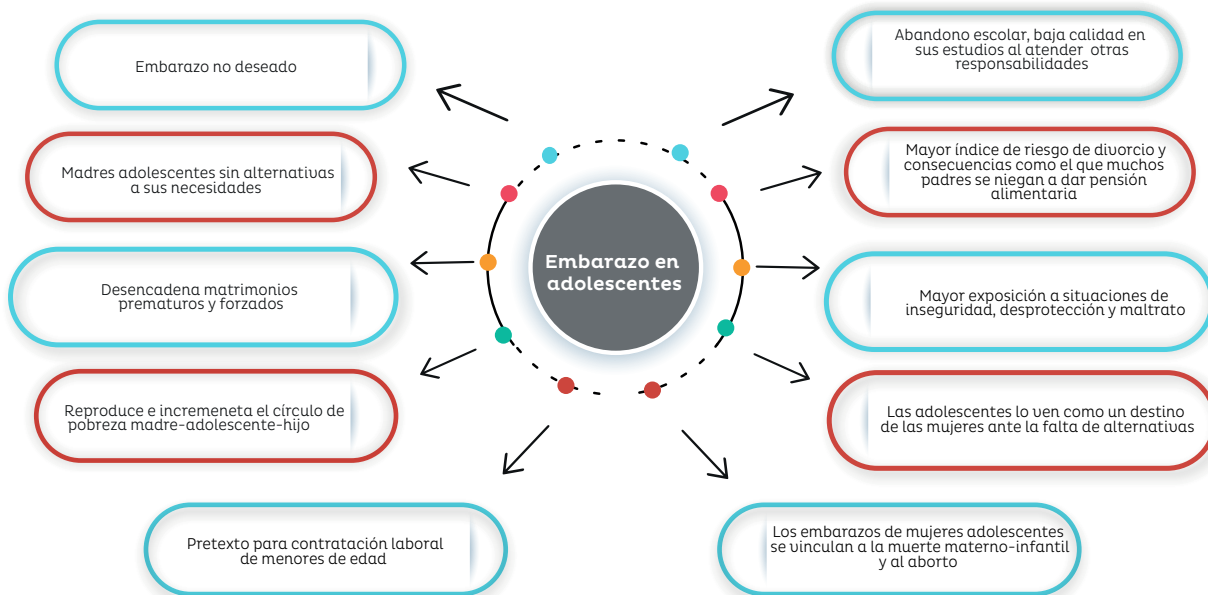
La novedad sí se observa surgir al analizar el segundo resultado de este estudio. Mediante la literatura sobre el tema se conocen de varias propuestas programáticas para resolver el problema del embarazo en adolescentes, tales como la educación en sexualidad (en todos los ámbitos posibles y apropiados), la escolaridad a los niveles más altos posibles, incluyendo el acceso a la educación técnica y el empleo (en los casos de adolescentes viviendo en hogares en extrema pobreza necesitados de ingresos), la facilitación del acceso a la tecnología preventiva y a los conceptos de la planificación familiar y los servicios de salud integral amigables.

## Gráfico 1: Factores asociados al embarazo adolescente



Fuente: Elaboración propia con base al árbol de problemas discutido en los tres grupos de enfoque

## Gráfico 2: Efectos del embarazo en adolescentes



Fuente: Elaboración propia con base al árbol de problemas discutido en los tres grupos de enfoque

En las discusiones grupales se discutieron esos enfoques programáticos, observándose que en la generalidad de los casos se apreciaban fallas graves en la calidad de las intervenciones implementadas.

El aumento del número y proporcionalidad del problema del embarazo en adolescentes arroja dudas sobre la eficacia de los distintos enfoques, especialmente cuando se practican aisladamente (solo educación sexual, solo acceso a tecnología de prevención, etc.) o cuando hay ausencia de controles (monitoreo estricto) sobre las distintas acciones de la intervención. Muchas veces, las limitaciones presupuestarias o la falta de formación adecuada del personal de campo, entre otros factores, son obstáculos para garantizar el acceso a los centros escolares o de formación para el trabajo, a las clínicas de atención en salud, etc. “El demonio está en los detalles” es un adagio observable en el diseño y la ejecución programática. En las discusiones de los grupos de enfoque se enfatizó mucho este asunto y forma parte de las propuestas o líneas de políticas expuesta a continuación. Las propuestas surgidas de los grupos de enfoque y entrevistas especiales se presentan agrupadas en cinco áreas específicas, cuáles son: (1) formación escolar/laboral; (2) entorno habilitante; (3) acceso a métodos anticonceptivos; (4) atención especializada; (5) educación sexual integral. Ver gráfico 3.

### Gráfico 3: Propuestas para la prevención del embarazo en adolescentes

## PROPUESTAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

#### Intervenciones efectivas



Fuente: Elaboración propia.

## Área: Formación escolar/laboral

Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades educativas y laborales de la población adolescente en Honduras.

El desarrollo humano comprende la generación del conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, experiencias, actitudes y metas que pueden adquirir las adolescentes y que, junto con las opciones sociales, determinan la calidad de vida.

La evidencia científica muestra que tanto la escolaridad como las oportunidades laborales pertinentes, están asociadas a una menor fecundidad adolescente, a mejores niveles de alimentación, salud, esperanza de vida, ingresos y trabajo.

1-. Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles nacionales, departamentales y municipales.

La Secretaría de Educación está llevando a cabo diferentes estrategias para evitar la deserción escolar en la educación obligatoria y para aumentar la cobertura de la educación media. La evidencia indica que la permanencia en la escuela contribuye a reducir el riesgo de embarazo; por esta razón, se propone fortalecer estas acciones:

Ampliar modalidades educativas para el cumplimiento de la obligatoriedad de la educación media en comunidades rurales apartadas, de acuerdo con la reforma educativa.

A) Generar estrategias para acercar a las y los estudiantes a localidades donde existan educación media u otras opciones de formación técnica al nivel medio superior con transporte escolar rural y albergues/internados.

B) Promover y desarrollar programas escolares y comunitarios de orientación vocacional para sustentar proyectos de vida libre de condicionamientos de género, para las y los adolescentes en educación básica y media.

C) Focalizar acciones para la regularización académica de estudiantes con menor rendimiento en planteles de secundaria, a fin de evitar el rezago y la deserción.

D) Capacitar a los grupos de docentes, orientadores y tutores/as de los planteles educativos para apoyar a las y los estudiantes en la solución de los problemas que obstaculicen su progresión académica, es decir, la transición de primaria a secundaria y de secundaria a la universidad.

E) Desarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas, en un ambiente de no discriminación sobre todo en secundaria.

F) Desarrollar mecanismos de búsqueda intencionada desde las escuelas y en coordinación con las autoridades municipales en el nivel local que permitan identificar estudiantes desertores/ras e incentivar su reinserción, con base en las necesidades específicas de cada caso.

G) Fortalecer los diseños de las guías de capacitación (Cuidando mi salud y mi vida) o crear nuevos mecanismos y programas que permitan la reinserción a la educación obligatoria y la inserción a la educación técnica para madres y padres adolescentes que no han terminado su educación básica.

H) Llevar a cabo investigación operativa que permita conocer las causas del abandono escolar de adolescentes y el desarrollo de intervenciones aleatorizadas que la disminuyan.

## Área: entorno habilitante

2-. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.

A) Ampliar y promover los sistemas duales de estudio y trabajo, en especial para los esquemas de secundarias y carreras técnicas, con la colaboración de la iniciativa privada.

B) Fortalecer los programas de capacitación para el trabajo; con especial énfasis en la población adolescente no escolarizada.

C) Generar mecanismos de incidencia política entre el sector productivo y el educativo para la creación de empleo juvenil.

D) Impulsar proyectos productivos para la población de 18 años o más, con énfasis en adolescentes embarazadas o con hijos/as, enfocados a municipios de acuerdo al número de habitantes, a la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años y a porcentajes por encima de la mediana de adolescentes unidas.

E) El aplazamiento del embarazo en un marco de derechos humanos. Las y los adolescentes podrán construir proyectos de vida hacia un desarrollo integral, sustentado en mayores niveles educativos y oportunidades laborales.

F) La modificación del entorno incluye cambios a las normas sociales, jurídicas y culturales para prevenir y erradicar el abuso y la violencia sexual que afecta a niñas, niños y adolescentes, especialmente, en contextos de desventaja socioeconómica.

3-. Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptadas a las etapas de la adolescencia. Dichas campañas deberán estar basadas en evidencia científica y en buenas prácticas, que integren intervenciones innovadoras a través de redes sociales, teléfonos celulares, mensajes de texto, así como el acompañamiento con materiales impresos y otras actividades culturales, ferias y unidades médicas móviles.

A) Desarrollar investigaciones que sustenten todo esfuerzo de comunicación emprendido en evidencia actual o relevante de las características del público meta.

B) Elaborar una campaña continua de cobertura nacional en medios de comunicación masiva (radio, cine y televisión) dirigida a la población en general y también a las poblaciones originarias.

C) Desarrollar y dar seguimiento a la implementación de campañas continuas en medios de comunicación, estatales y locales (como televisión local, radiodifusoras comunitarias y perifoneo, así como otras intervenciones innovadoras) con la participación de adolescentes y jóvenes en su diseño, focalizadas en segmentos de adolescentes en condiciones de desventaja social.

D) Promover con empresas de medios de comunicación la inclusión de contenidos educativos sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en programas de entretenimiento (telenovelas, reality shows, comedias, concursos).

E) Incentivar con la iniciativa privada proyectos socialmente responsables para la prevención del embarazo en adolescentes en el marco de los derechos humanos.

4-. En la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, raptó, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados.

- A) Impulsar iniciativas en el Poder Legislativo que homologue la legislación penal para eliminar la violencia, el abuso sexual y los matrimonios forzados en la población adolescente.
- B) Promover la búsqueda intencionada, la persecución de oficio y la sanción de delitos de violencia, abuso sexual y matrimonio forzado contra niñas, niños y adolescentes.

5-. Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.

- A) Sensibilizar a la comunidad sobre los efectos del abuso sexual por medio de reuniones, programas o actividades lúdicas en las escuelas.
- B) Capacitar al personal docente para reconocer los signos del abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.
- C) Realizar tamizajes anuales en las escuelas para identificar casos de violencia a niñas, niños y adolescentes y canalizarlos/as a instancias de apoyo.
- D) Mejorar los sistemas de registro y seguimiento de casos de violencia sexual y/o abuso sexual en niñas, niños y adolescentes.
- E) Organizar talleres formales para madres y padres que contribuyan con la comunicación asertiva sobre el abuso sexual en el seno de las familias.
- F) Organizar espacios de diálogo y reflexión para que niñas y niños reconozcan e identifiquen situaciones de violencia sexual y/o de abuso sexual.
- G) Generar espacios de sensibilización con adolescentes sobre los tipos y modalidades de violencia contra niñas, niños y adolescentes.
- H) Crear y promover lineamientos de atención para implementar la prevención de la violencia en las escuelas y en el entorno comunitario que faciliten la detección, canalización y denuncia de casos de abuso o violencia sexual.
- I) Desarrollar acciones informativas en el ámbito comunitario dirigidas a la población adulta y adolescente sobre la ruta de respuesta ante la violencia y abusos sexuales.
- J) Fortalecer a los equipos de atención primaria a la salud para la detección del abuso sexual y para ofrecer una respuesta integral médica, legal y psicosocial frente a los embarazos forzados.
- K) Incluir en los protocolos de análisis del contexto familiar la detección de abuso o agresión sexual contra niñas, niños y adolescentes en el hogar.
- L) Crear y referir a instancias de apoyo (que incluyan hospedaje, alimentación y terapia psicológica) para

6-. Asegurar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.

- A) Difundir entre la población adolescente su derecho a recibir en todas las unidades de salud, servicios de

consejería, orientación y acceso a métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia, de manera gratuita sin la presencia de una persona adulta.

B) Sensibilizar a padres y madres y a quienes ejerzan la tutela, autoridades comunitarias, escolares y municipales sobre el derecho al ejercicio responsable de la sexualidad, el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios de SSR para adolescentes mediante expresiones culturales y ferias de la salud u otro tipo de acciones comunitarias.

C) Impulsar que las escuelas secundarias y preparatorias programen en sus actividades una visita anual a un centro de salud para pedir información sobre métodos anticonceptivos.

D) Realizar encuentros entre prestadores de servicios de salud y adolescentes en el ámbito local para diseñar conjuntamente estrategias que acerquen los servicios de SSR a las y los adolescentes.

**7-** Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos.

A) Impulsar la formación, capacitación de grupos, comités consultivos y redes de adolescentes y jóvenes en el ámbito comunitario para apoyar los procesos locales de planeación e implementación de las acciones de prevención del embarazo en adolescentes.

Desarrollar, probar e impulsar experiencias piloto de incidencia en el ámbito comunitario a través de las organizaciones de adolescentes y jóvenes y de las entidades que trabajan en temas de liderazgo, participación, democracia, derechos sexuales y reproductivos y desarrollo humano de adolescentes.

Promover el acceso de las y los adolescentes a los programas sociales y su participación en actividades de difusión para la prevención del embarazo en adolescentes.

**8-** Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes.

Emitir convocatorias de proyectos sociales que incorporen la perspectiva de género, a organizaciones civiles nacionales y comunitarias con perfil juvenil para articular estrategias en comunidades indígenas, rurales y urbanas marginadas, focalizadas en:

adolescencia temprana (10-14 años) con madres y padres para hombres y mujeres de 15-18 años.

Los proyectos financiados pueden implementarse en escuelas, centros de salud, espacios culturales, plazas públicas, etc.

**9-** Financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

Emitir convocatorias dirigidas a instancias académicas y organizaciones con capacidad técnica para realizar estudios con diseños experimentales en materia de prevención del embarazo en adolescentes.

## Área: Acceso a métodos anticonceptivos

Asegurar el acceso efectivo y permanente a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los Reversibles de Acción Prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.

De acuerdo a la Secretaría de Salud y a la experiencia internacional demuestra que los métodos ARAP (Diu, Siuh hormonales e implantes) son ampliamente aceptables para adolescentes, no están contraindicados, tienen alta continuidad y menores tasas de falla que otros métodos en su uso típico.

Las relaciones sexuales en adolescentes se dan frecuentemente de manera inesperada y aun cuando se planean, existen barreras cognitivas, actitudinales, sociales, de acceso a servicios y económicas que pueden impedir la obtención y uso de los métodos. Los métodos de larga duración facilitan el resultado deseado de evitar el embarazo en las adolescentes al requerir mínimas acciones después de la obtención del método para continuar estando protegidas de un embarazo no planificado. Sin embargo, es indispensable asegurar la oferta integral de métodos anticonceptivos reversibles (hormonal y con Diu) para asegurar la elección libre e informada.

También se requiere seguir promoviendo el uso del condón, como parte de la doble protección, para prevenir embarazos no planificados e ITS, así como la corresponsabilidad de las mujeres y hombres adolescentes en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva.

**10-** Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP.

A) Actualizar los protocolos de consejería en planificación familiar para adolescentes, asegurando que se trate el tema de la eficacia de los métodos y se incluyan como opciones de primera línea los métodos anticonceptivos reversibles incluyendo ARAP, sin menoscabo de la promoción del condón como doble protección para prevenir ITS/VIH/Sida.

B) Las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementarán talleres de capacitación continua y/o cursos en línea para vencer barreras y garantizar la competencia técnica para la provisión de los métodos anticonceptivos reversibles e inserción de ARAP.

**11-** Garantizar la continua y permanente disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente.

A) Impulsar compras consolidadas nacionales para garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP, en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

B) Asegurar la autosostenibilidad, así como la asignación de un presupuesto específico para métodos anticonceptivos (incluyendo ARAP) para adolescentes.

C) Apoyar la generación de un observatorio ciudadano para asegurar el abasto oportuno de anticonceptivos (incluyendo ARAP) en las unidades de salud, así como la aplicación de la normatividad en el consentimiento libre e informado.

12-. Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión.

A) Realizar estudios piloto con diseños rigurosos o en colaboración con empresas farmacéuticas que prueben la oferta de servicios y métodos anticonceptivos incluyendo ARAP en farmacias a bajo costo.  
o de estrategias de capacitación a prestadores de servicios de clínicas y centros de salud en consejería y atención de métodos anticonceptivos incluyendo ARAP para adolescentes.  
o de comunicación para adolescentes sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo ARAP.  
B) Capacitar al personal médico, en caso de que los estudios piloto demuestren su eficacia, para garantizar la competencia técnica para la inserción de los métodos ARAP.

13-. Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos.

A) Generar e impulsar espacios de reflexión para las y los adolescentes en escuelas y en los ámbitos comunitarios sobre el uso de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, sobre la responsabilidad de ambos en la prevención del embarazo, y sobre la paternidad responsable y la construcción de nuevas masculinidades.

### Área: atención especializada

Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Se ha demostrado que las y los adolescentes aumentan el uso de los servicios de SSR cuando el personal de salud cumple con los criterios de trato digno, confidencialidad, no discriminación, capacitación y sensibilidad a las necesidades de las y los usuarios en instalaciones acogedoras. Asimismo, el uso de los servicios depende de que la población adolescente los conozca y confíe en ellos, y de que se dirijan mensajes a sus padres y madres.

14-. Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS. (OMS, 2009).

A) Ampliar la cobertura de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes, progresivamente, en las unidades médicas del primer nivel de atención de todas las instituciones de salud. Los servicios amigables deberán cumplir con los criterios establecidos.

B) Generar un mecanismo de capacitación continua para las y los proveedores de salud, especialmente las dependencias del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de elevar los estándares de calidad de atención en servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes, enfatizando en que esos servicios deben darse de forma autónoma e independiente, sin la mediación de la madre, padre o tutores. Se invitará a personal médico privado que labora en la localidad a los talleres para proveedoras/es de primer contacto.

C) Generar lineamientos para fortalecer la supervisión del ámbito estatal al regional y de éste a las unidades de salud para mantener la calidad y cobertura de servicios de SSR para adolescentes.

D) Supervisar los servicios amigables de SSR para la población adolescente y generar acciones para la mejora continua de la calidad.

E) Fortalecer la consejería en SSR para adolescentes ofreciendo gratuitamente toda la gama de métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo los ARAP, con énfasis en el beneficio del uso continuo, la doble protección y de la efectividad de los mismos.

F) Actualizar y difundir el marco jurídico que sustente la obligación del personal de salud para otorgar servicios de SSR, a la población adolescente.

G) Elaborar y asegurar la distribución de manuales de consejería individual y de educación sexual grupal, así como algoritmos de atención de adolescentes basados en evidencia y apropiados para los prestadores de servicios de SSR en diferentes unidades de atención clínicas y centros de salud y hospitales.

H) Desarrollar y contribuir a la formación de un banco de materiales de consejería e informativos sobre SSR y métodos anticonceptivos elaborados por todas las instituciones para uso de quien los requiera (vinculación con nuevas tecnologías de la información).

I) Crear un modelo estandarizado de capacitación de prestadores de servicios para todas las instituciones de salud, incluyendo mecanismos de capacitación continua para elevar la calidad de atención en los servicios amigables de SSR para adolescentes, enfatizando que deben darse sin la mediación de madre, padre o tutores y considerando la diversidad cultural, social, étnica, lingüística y de capacidades de las personas adolescentes.

J) Establecer mecanismos de coordinación entre escuelas y centros de salud, clínicas para familiarizar a las y los adolescentes con los servicios de SSR en el nivel local.

K) Llevar a cabo investigación operativa con diseños rigurosos que permita identificar y expandir únicamente las estrategias más efectivas para identificar, atraer y atender a la población adolescente con necesidad de SSR.

**15-** Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado) con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social.

A) Elaborar diagnósticos sobre las necesidades y preferencias de las y los adolescentes acerca de los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.

B) Colaborar, con base en diagnósticos, con la iniciativa privada para crear ambientes amigables y atractivos para las y los adolescentes en centros de salud (con y sin servicio médico).

C) Diseñar e implementar un componente de promoción y entrega de la gama completa de métodos anticonceptivos reversibles, incluidos los ARAP, para las y los adolescentes en el programa Unidades Médicas Móviles.

D) Actualización y enriquecimiento de las páginas web existentes en materia de salud sexual y reproductiva que difundan los servicios de SSR públicos, sociales y privados en todo el país, que explique los beneficios de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, la doble protección, el condón. (hormonal y con Diu).

E) Promover entre la población adolescente los servicios amigables del sector salud, de las organizaciones de la sociedad civil y de las clínicas asociadas (oenegés), así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos y de bajo costo, garantizando la gama completa, incluidos los métodos ARAP.

F) Promover los servicios de SSR para adolescentes en centros laborales a madres y padres para que puedan orientar y brindar la información a sus hijos e hijas.

G) Instalar dispensadores públicos de condones masculinos y femeninos en centros de salud, sitios de reunión (escuelas, salones de bailes, plazas públicas), y ferias de la salud.

**16-** Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes.

A) Fortalecer la calidad de la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico para adolescentes en primer y segundo nivel de atención.

B) Reforzar la consejería en planificación familiar post parto a madres adolescentes cuando asistan a citas de control de niño sano o niña sana en el primer nivel de atención.

C) Incorporar a las guías de práctica clínica de la atención del embarazo y puerperio los conceptos claros de la consejería sobre anticoncepción durante la atención prenatal para adolescentes, con énfasis en las ventajas del espaciamiento de los embarazos y privilegiando la libre elección con la oferta de la gama completa de métodos, incluyendo los ARAP.

### **Área: Educación sexual integral**

Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

La educación integral en sexualidad facilita que niños, niñas y adolescentes adquieran conocimientos, habilidades y valores que les permitan asumir responsablemente su vida sexual y prevenir los embarazos, el contagio con las ITS y el abuso sexual. Los contenidos de la Educación integral en sexualidad deben ser culturalmente relevantes, científicamente rigurosos y apropiados a la edad.

**17-** Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.

A) Homologar y difundir la normatividad nacional e internacional que sustenta la obligación que tiene el Estado de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual sin discriminación alguna.

B) Asegurar la impartición del contenido de los libros de textos gratuitos sobre la Educación integral en sexualidad, como se establece en los lineamientos oficiales.

C) Crear un grupo especializado de trabajo interinstitucional con investigadores/as especializados/as en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica para elaborar, revisar y proponer contenidos curriculares de educación integral en sexualidad en todos los tipos, niveles y modalidades del sistema educativo, así como para el fortalecimiento de la formación docente.

D) Diseñar y aplicar nuevas y efectivas estrategias para formar y capacitar adolescentes y jóvenes como multiplicadores de información sexual y reproductiva.

**18-** Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad.

A) Sensibilizar y capacitar a todo el personal docente sobre la importancia de promover y respetar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan los jóvenes.

B) Establecer mecanismos para incentivar la participación del personal docente en la capacitación sobre educación integral en sexualidad que ya ofrece la Seduc ( Secretaría de Educación).

C) Evaluar la forma en que el personal docente transmite en el aula los temas de educación integral en sexualidad y buscar mecanismos para retroalimentar sus técnicas de enseñanza, eliminando los prejuicios y las omisiones al abordar estos temas.

**19-** Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.

A) Capacitar al personal docente en el desarrollo de actividades de sensibilización dirigidas a madres y padres de adolescentes que asisten y no asisten a la escuela, que propicien la comunicación sobre relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.

B) Sensibilizar a la población sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes, del abuso sexual y de las desigualdades de género, utilizando los espacios y medios culturales (p. ej., teatro, títeres, cine, exposiciones, medios de transporte público, mantas, anuncios publicitarios, pintas de murales en paredes y posters) para facilitar la apertura y discusión de estas problemáticas en el entorno comunitario, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.

C) Fortalecer en todos los espacios escolares la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando de forma sistemática a madres, padres y adolescentes en la educación sexual a partir de la primaria.

D) Implementar con padres, madres, quienes ejercen la tutela, y adolescentes, acciones educativas en el ámbito comunitario para alcanzar a adolescentes no escolarizados, incluyendo la participación de la sociedad civil y los colectivos formados y/o en los que participan jóvenes.

E) Implementar metodologías dirigidas a la participación activa de los varones.

F) Impulsar la apertura de espacios de consejería sobre SSR para adolescentes en las escuelas y en el ámbito comunitario, tomando en cuenta las recomendaciones de grupos de opinión conformados por adolescentes.

G) Promover y referir los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en los planteles educativos.

## Conclusiones

Al contrastar las propuestas presentadas por los participantes en las discusiones grupales con la evidencia científica disponible se constató la ausencia de indicios de innovación en las propuestas y las ofertas programáticas ofrecidas por diferentes entidades gubernamentales y de desarrollo del ámbito privado. Continúan realizándose intervenciones inefectivas con adolescentes; por ejemplo, “la educación sexual en pares” que varios estudios de la Unesco reconocen como poco o nualmente efectivas.

En literatura disponible está ausente la evidencia de abordajes adecuados al problema, que se ha tratado de reducir desde hace más de 25 años. En algunos casos específicos, se reportan éxitos parciales cuando ha estado de por medio la búsqueda de coherencia y pertinencia con el contexto específico en el que ha tomado lugar la intervención. (Unfpa 2018)

Por lo anterior, se observa necesario calibrar la focalización de todas las acciones de innovación de las intervenciones. Será importante llegar a acuerdos conjuntos de las entidades públicas involucradas para garantizar sensibilidad especial para con las condiciones y necesidades particulares de los municipios y comunidades. La concentración de acciones intensivas en los municipios de la focalización inicial no ha de implicar la ausencia de actividades en los municipios no incluidos. Por otra parte, la duración de cada etapa estará condicionada a los avances evidenciados por los indicadores.

La focalización deberá cuidar la puesta en práctica de criterios más amplios, donde las sinergias positivas de las diversas entidades del sector social puedan hacer posible una mayor y mejor cobertura de las poblaciones con carencias básicas. Puesto que la pobreza y la desigualdad entrelazadas con la fecundidad adolescente es un asunto de gran complejidad, adquiere relevancia el actuar que combine selectividad estratégica con principios de integración social orientada a la reducción de las brechas existentes.

Debemos mencionar con claridad, que concluimos que en la actualidad existe la necesidad de ajustar mucho más la focalización de todas las acciones que pretendan innovar en el tema; es la necesidad de llegar a acuerdos conjuntamente con las instituciones involucradas y considerando las necesidades y requerimientos que los propios de los municipios y de las comunidades. La concentración de acciones intensivas en los municipios de la focalización inicial no implica que no se vayan a realizar actividades en los municipios no incluidos. La duración de cada etapa estará condicionada por los avances que se tengan en la implementación, y los resultados que se reflejen en los indicadores.

## Bibliografía

Acevedo, J. P., Favara, M. Haddock, S.E. et al., *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC: Banco Mundial-LAC, PDF en Web, 2019.

Bearinger, Linda H., et al. *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. *The Lancet* 369.9568 (2007): 1220-1231.

BID. Informe de resultados RAMNI. 2019.

Fuentes, Mario. Embarazo Adolescente: *Fenómeno Expansivo*. *Latinoamérica Social*, Web, (7 de mayo de 2013).

Católicas por el Derecho a Decidir, Datos aportados por la organización, 2014.

Cortés, Darwin, Juan Gallego y Darío Maldonado. *On the design of education conditional cash transfer programs and non-education outcomes: the case of teenage pregnancy*. No. 3531. CESifo working paper: Economics of Education, Web, 2011.

INE. Proyecciones de Población a 2020.

Durlak, Joseph A. y Emily P. Dupre. *Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation*. *American journal of community psychology* 41.3-4 (2018): 327-350.

Echarri, Carlos. Sobre la maternidad precoz. Web, 01 de mayo de 2019. <http://www.latansocial.org>

Escartín, Minerva, et al. *Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales de Honduras*. *Ginecol Obstet Hon* 79.3 (2019): 131-136.

Estados Unidos, *Department of Health and Human Services Office of Adolescent Health. Trends in Teen Pregnancy and childbearing*, Web, 2014. <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/trends.html>

Fondo de Población de Naciones Unidas, *Buenas prácticas en promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de adolescentes*. UNFPA - Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. Web. 2006. <http://lac.unfpa.org/public/pid/815>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2019. La adolescencia. Una época de oportunidades*. Nueva York, UNICEF, Web, 2019.

Gaviria A., Silvia Lucía y Roberto Chaskel. *Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial*. *CCAP*, 12.3 (2019): 5-16. Web. <http://www.scp.com.co/> 24 de jun. 2019.

Global consultation on adolescent-friendly health services. *A consensus statements*. Geneva, World Health Organization, 2012. Citado en Organización Mundial de la Salud.

*Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services*, OMS, Ginebra, Web, 2012.

Hoffman, Saul D. y Rebecca A. Maynard, eds. *Kids having kids: Economic costs & social consequences of teen pregnancy*. The Urban Institute, 2018.

INE, Consulta Interactiva, Conjunto de Datos: Población Femenina de 10 años y más. Censo de Población y Vivienda 2021. [www.ine.gob.hn](http://www.ine.gob.hn)

Lisa M. Romero (CDC) a partir de Frieden, Thomas R. *A framework for public health action: the health impact pyramid*. *American Journal of Public Health* 100.4 (2010): 590-595

Menkes, Catherine y Leticia Suárez. Sexualidad y embarazo adolescente en Latinoamérica. *Papeles de población*, 35 (2003): 233-262.

Moyeda, Iris Xóchitl Galicia, et al. *Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos*. *Psicología y Salud* 16.2 (2019): 159-169.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*, UNESCO, Paris, Web. 2018. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2014-2019). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Informe multimedia: [www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade).

Organización Mundial de la Salud. *Adolescent Pregnancy. Fact Sheet 364*. Ginebra, OMS. Web, 2019. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

Perú, Ministerio de Salud, *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en los Adolescentes 2012-2021*, UNFPA/AECID, Lima, Web, 2011. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Plan-Multisectorial-PEA-2012-2021.pdf>

Population Council and UNFPA. (2019). *The Good Practices: 2018 Competition, Adolescents&Youth*. [www.popcouncil.org/projects/244\\_CreateOpportunitiesMayan.asp](http://www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp) New York: UNFPA.

República de Sierra Leona, Presidencia de la República. *Let girls be girls! National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy (2013-2015)*, K4Health Youth Policy Toolkit, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Web, 2014. <https://www.k4health.org/toolkits/youthpolicy/let-girls-be-girls-not-mothers-national-strategy-reduction-teenage-pregnancy>

Sesal, Anuario Estadístico 2021.

Sesal, reporte elaborado por consultora Licenciada Maribel Navarro. 2022

Samuel, Andrade Palos, P. Townsend, J. y Givaudan, M. (1994). *Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes*. *Salud Mental*, 17(17), 25-31.

Tuirán, Rodolfo y José Luis Ávila. *Jóvenes que no estudian ni trabajan: ¿Cuántos son?, ¿quiénes son?, ¿qué hacer?* *Este País*, 251 (2012): 01-03.

Valencia, J. y Schiavon, R. 2019. *Adolescentes invisibles: Embarazo en mujeres menores de 15 años en Latinoamérica*.

Willoughby, Jessica Fitts. *Everyone Has Questions Developing a Social Marketing Campaign Promoting a Sexual Health Text Message Service*. *Social Marketing Quarterly* 19.4 (2013): 265-278.

Zuurmond M.A., Geary R.S. y, Ross D.A. *The effectiveness of youth centers in increasing the use of sexual and reproductive health services: A systematic review*. *Studies in Family Planning* 43.4, (2012) 239-254.





Centro Hondureño para el Estudio de Políticas  
de Estado en el Sector Social



Secretaría de Desarrollo Social  
Gobierno de la República



# HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

CENTRO CÍVICO GUBERNAMENTAL, TORRE 2, BOULEVARD JUAN PABLO II, ESQUINA REPÚBLICA DE COREA,  
TEGUCIGALPA, M.D.C, HONDURAS, C.A.

TEL: (+504) 2242 7981 EXT. 11133 / 11152