



# ANÁLISIS DEL MERCADO DE ANTICONCEPTIVOS EN HONDURAS



**JULIO 2008**

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo I.



# **ANÁLISIS DEL MERCADO DE ANTICONCEPTIVOS EN HONDURAS**

## **USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo I**

La Orden de Trabajo 1 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el contrato número GPO-I-01-06-00007-00, a partir del 29 de septiembre de 2006. La Orden de Trabajo 1 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con PATH, Crown Agents Consultancy, Inc., Abt Associates, Fuel Logistics Group (Pty) Ltd., UPS Supply Chain Solutions, Family Health International, el Manoff Group, y 3i Infotech. El proyecto mejora las cadenas de abastecimiento de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento; y el mejoramiento de los pronósticos y la planificación de adquisiciones. El proyecto también alienta a legisladores y donantes a apoyar la logística como factor crítico del éxito general de sus mandatos en el área de salud.

### **Cita Recomendada**

Aronovich, Dana, Disha Ali, Nora Quesada, Juan Agudelo. 2008. *Análisis del Mercado de Anticonceptivos en Honduras*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

### **Resumen**

La segmentación de mercado constituye una de las herramientas principales para conocer el mercado de anticonceptivos, visualizar dónde se están focalizando los recursos e identificar problemas de acceso y equidad entre quintiles socio-económicos. Este análisis muestra que los esfuerzos por expandir el acceso y el uso de planificación familiar en Honduras han sido exitosos, pero que aún existen discrepancias en las tasas de fecundidad global y en la tasa de prevalencia anticonceptiva entre las poblaciones urbanas y rurales y entre los grupos socio-económicos en Honduras y que la necesidad insatisfecha alcanza un 16.9 por ciento. A partir de estos resultados, parece que las poblaciones rurales y la gente de los quintiles más bajos están desatendidas y que sus necesidades no están siendo satisfechas completamente por los servicios existentes. Por lo tanto, los socios trabajando en PF/SR en Honduras deben esforzarse aún más para expandir el acceso a los servicios e información relacionados a la planificación familiar a todos los sectores de la población.

Fotografía de la Portada: Enfermera auxiliar, prestando consulta de planificación familiar, 12 de Junio 2008, Santa María, Ceiba, Honduras.

## **USAID | PROYECTO DELIVER**

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: [deliver\\_project@jsi.com](mailto:deliver_project@jsi.com)

Internet: [deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com)

# CONTENIDO

Siglas.....	v
Introducción.....	1
Objetivos .....	3
Metodología: Análisis de Quintiles.....	5
Hallazgos.....	7
Tasa global de fecundidad.....	7
Prevalencia Anticonceptiva.....	8
Necesidad Insatisfecha y Demanda Insatisfecha para Planificación Familiar .....	11
Fuente de Obtención de Anticonceptivos.....	14
Análisis de los Beneficiarios-Usuarios de Anticonceptivos en el Seguro Social .....	19
Intención de Uso Futuro de Planificación Familiar .....	21
Conclusiones.....	23
Documentos de Referencia.....	25
<b>Tablas</b>	
1. Comparación de la TPA: Urbana versus Rural .....	10
2. Tendencias en la TPA: 2001 - 2006.....	10
<b>Graficas</b>	
1. Ubicación Geográfica de los Quintiles.....	6
2. Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad: 1986-2006 .....	7
3. Tasa Global de Fecundidad por Quintil.....	8
4. Tendencias en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva: 2001-2006 .....	8
5. Mezcla de Métodos: 2001-2006 .....	9
6. Uso de Anticonceptivos por Quintil .....	10
7. Mezcla de Métodos por Quintil .....	11
8. Prevalencia y Necesidad Insatisfecha: 2001 y 2005-06.....	12
9. Necesidad de Servicios de PF por Quintil .....	12
10. Necesidad Insatisfecha por Área Geográfica: 2001-2005 .....	13
11. Fuente de Obtención de Anticonceptivos: 1991-2006.....	15
12. Fuente de Métodos por Quintil: 2005-06.....	16
13. Fuente de Orales por Quintil .....	16
14. Fuente de DIUs por Quintil .....	17
15. Fuente de Inyectables por Quintil .....	17
16. Fuente de Esterilización por Quintil .....	18
17. Fuente de Condones por Quintil .....	18
18. Distribución de Usuarios Beneficiarios del IHSS, por Método, 2005-2006.....	19

19. Distribución de Usuarios Beneficiarios del IHSS por Fuente de Abastecimiento: 2001 y 2005-06.....	20
20. Distribución de Usuarios Beneficiarios del IHSS por Fuente de Abastecimiento y Métodos, 2005-06.....	20
21. Intención de Uso de PF en Mujeres no Usuarias, 2001 y 2005-06.....	21

# SIGLAS

ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación de la Familia
CDM	Centro de Derechos de las Mujeres
CESAMO	Centro de Salud con Médico
CESAR	Centro de Salud Rural
CIDAIA	Comité Inter-institucional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
ENDESA	<i>Encuesta Nacional de Demografía y Salud</i>
ENESF	<i>Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar</i>
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IPPF	International Planned Parenthood Federation
DIU	dispositivo intra-uterino
ONG	organización no gubernamental
PF	planificación familiar
PIB	producto interno bruto
PRB	Population Reference Bureau
SS	Secretaría de Salud
TGF	tasa global de fecundidad
TPA	tasa de prevalencia anticonceptiva
UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



# INTRODUCCIÓN

Aunque Honduras ha ganado mucho en el mejoramiento del estado de salud de su población en los últimos años, todavía existen muchos desafíos. Por ejemplo, solo el 54% de los nacimientos son atendidos por personal calificado (PRB). La mortalidad materna y la mortalidad infantil permanecen altas en 110 por cada 100,000 nacidos vivos y 23 por cada 1,000 nacidos vivos, respectivamente (PRB). Honduras está clasificado en el rango medio en el número 115 del Índice de Desarrollo Humano del UNDP (entre 177 países), con un PIB per capita de \$3,430 y 24.3 por ciento de la población viviendo bajo la línea de pobreza (con menos de \$1 al día). La clave para mejorar estos indicadores de salud y de desarrollo es asegurarle a la población el acceso confiable a servicios y suministros de salud reproductiva de alta calidad, incluyendo anticonceptivos. Esta meta es conocida como disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva — o de anticonceptivos (DAIA).

Honduras ha hecho un gran esfuerzo en mejorar la disponibilidad asegurada de insumos de anticonceptivos en el país desde el año 2005, con la creación de un comité nacional coordinador de CIDAIA y el establecimiento de reuniones regulares mensuales del comité. Después de un receso de cerca de un año, el comité reinició sus reuniones mensuales en Marzo 2008 y es presidido por el Vice-Ministro de Salud. Este comité es responsable de asegurar un adecuado financiamiento para la adquisición de anticonceptivos y de focalizar los recursos de acuerdo con la capacidad de cada organización. El comité está conformado principalmente por los siguientes socios: USAID, UNFPA, Secretaría de Salud, ASHONPLAFA (afiliado de la IPPF), IHSS (seguridad social), Centro de Derechos de Mujeres (una ONG que aboga por los derechos de las mujeres). En las reuniones mensuales, los socios discuten los asuntos críticos que afectan la habilidad de las instituciones para proveer servicios de PF, adquisición, barreras legales que afectan los procesos de adquisición, y la provisión de servicios. El comité todavía está trabajando en la creación de una política que reforzará la DAIA en el futuro cercano.

Adicionalmente, los donantes internacionales han alentado al gobierno de Honduras para que establezca una partida presupuestaria para la adquisición de anticonceptivos en el presupuesto nacional. Los donantes han desarrollado un plan para finalizar las donaciones de anticonceptivos en el 2008. Debido a esta estrategia de retiro de los donantes, el gobierno también ha revisado el programa de planificación familiar nacional y otras políticas y ha implementado una estrategia nacional de PF integral para asegurar un acceso equitativo a los servicios de planificación familiar y a los anticonceptivos en los que la evaluación y el monitoreo son factores claves para su éxito.

Este informe se enfocará específicamente en la demanda y en el uso de anticonceptivos en Honduras del año 2001 al 2005, y además en analizar la mezcla de métodos y necesidad insatisfecha en planificación familiar. También hará un repaso de las fuentes de obtención de anticonceptivos para los usuarios de los diferentes proveedores clave de servicios de planificación familiar en el país para ayudar a comprender de quiénes y de dónde están obteniendo los anticonceptivos los usuarios. El informe revisará específicamente los usuarios de anticonceptivos que son beneficiarios del Seguro Social por método y fuente de obtención para entender de mejor manera el mercado de planificación familiar entre estos usuarios. Finalmente, este informe también analizará el uso de anticonceptivos para considerar las potenciales tendencias futuras en el uso de anticonceptivos.

La mayoría de estos indicadores se analizarán en mayor detalle por el estatus socio-económico y ubicación geográfica para obtener una perspectiva más clara de quiénes hacen uso de planificación familiar, dónde la obtienen, y cuál es su nivel socio-económico, para comprender de mejor manera el mercado de anticonceptivos. Este entendimiento detallado del mercado ayudará a mejorar el direccionamiento de los recursos, fortalecer los esfuerzos para aumentar el acceso a la planificación familiar y ayudar con la planeación futura de los recursos. Esta información también puede ser utilizada para dar soporte a la estrategia de planificación familiar con el fin de mejorar la equidad en el acceso a la planificación familiar en todo el país.

# OBJETIVOS

El objetivo primordial de este estudio es contribuir al fortalecimiento de la DAIA y la equidad en el acceso a los servicios de planificación familiar y anticonceptivos en el país. Al entender y, a su vez, mejorar la asignación de los recursos, el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar de alta calidad puede ser mejorado. También es importante que el país continúe mirando hacia los requerimientos futuros y planeando para el retiro futuro del apoyo de anticonceptivos por parte de los donantes.

Según lo mencionado anteriormente, los objetivos específicos de este análisis son:

- Entender mejor las necesidades de las usuarias.
- Ayudar a ser más eficaces y eficientes en el uso de los recursos asignados por cada institución para la prestación de servicios de planificación familiar.
- Contribuir a las estrategias para incrementar el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar en toda la población.
- Ayudar con la planeación futura de los recursos.



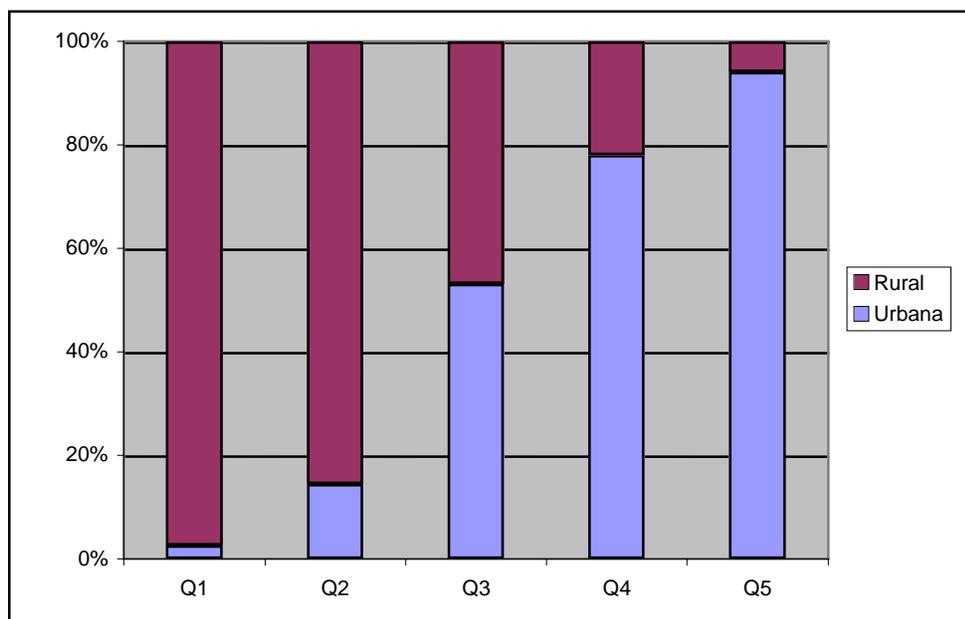
# METODOLOGÍA: ANÁLISIS DE QUINTILES

La metodología utilizada para este estudio involucra un análisis secundario de la información de la ENESF 2001 y de ENDESA 2005-06. Estos datos, incluyendo la TPA, la mezcla de métodos, la necesidad insatisfecha y la fuente de obtención de anticonceptivos son analizadas en mayor detalle por quintil socio-económico, el cual provee un indicador aproximado del estatus socio-económico de las usuarias. Esto provee un panorama más claro y más completo del mercado nacional de anticonceptivos.

Para la ENDESA 2005-06, se observaron las características de los hogares, incluyendo la calidad de vivienda, servicios sanitarios, y la disponibilidad de bienes claves como por ejemplo radio, nevera, medios de transporte, etc. A estas características se les asignaron puntajes y se convirtieron en un índice. Los hogares fueron posteriormente clasificados dentro de este índice como una manera de medir su nivel socio económico. Los hogares fueron posteriormente agrupados dentro de 5 grupos iguales o quintiles, cada uno de los cuales representa al 20 por ciento de la población.

- Q1 representa los extremadamente pobres;
- Q2 también se consideran pobres. Aproximadamente el 47 por ciento de ellos están debajo de la línea de pobreza;
- Q3 son personas de ingresos medios, que se encuentran alrededor de la línea de pobreza;
- Q4 está conformado por personas que pueden tener ingresos excedentes para cubrir sus necesidades básicas y adquirir bienes clave;
- Q5 es el quintil más rico e incluye una gran variabilidad en cuanto al nivel de ingresos.

**Gráfica I. Ubicación Geográfica de los Quintiles**



La Gráfica 1 muestra la distribución de estos quintiles socio-económicos por área geográfica (urbana y rural) en Honduras. No es sorprendente que la gran mayoría del quintil más pobre vive en áreas rurales, mientras que el quintil más rico está conformado casi en su totalidad por habitantes de zonas urbanas. En general, en Honduras aproximadamente el 40 por ciento de la población vive en áreas rurales y el 60 por ciento en áreas urbanas. ***Por lo tanto, asegurar la DAIA en Honduras significa asegurar el acceso a la planificación familiar en todo el país, desde las villas más pequeñas hasta las ciudades más grandes.***

Un análisis de la segmentación del mercado promueve una asignación más eficiente de los recursos, asegurando que los recursos del sector público sean reservados para los grupos más pobres quienes no pueden pagar por los anticonceptivos. Se puede fomentar entre los grupos más ricos a que acudan a las fuentes privadas donde deberían pagar por los servicios e insumos. Este enfoque de direccionar los recursos del sector público y privado promueve la DAIA, permitiendo así una asignación más efectiva y eficiente de los recursos, en la medida que se asegura el acceso a toda la población.

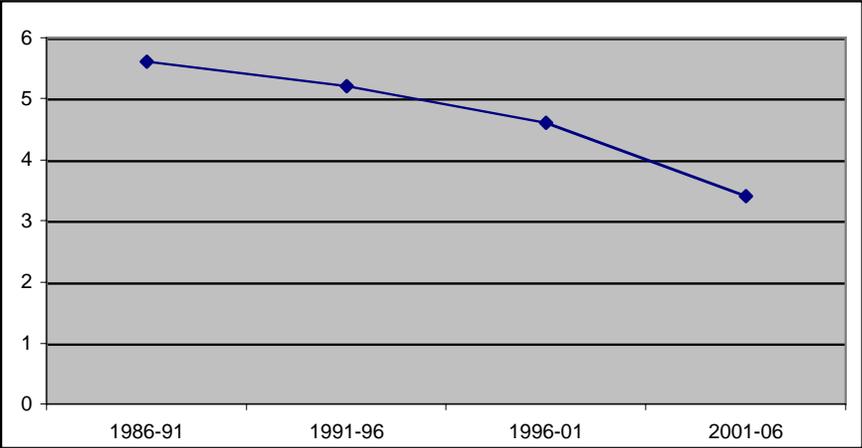
# HALLAZGOS

El siguiente análisis presenta los indicadores claves sobre fecundidad, demanda anticonceptiva, uso, necesidad insatisfecha en planificación familiar y la fuente de obtención de anticonceptivos por parte de los usuarios, por método, por ubicación urbana/rural, y por quintil socio-económico como se describió anteriormente.

## TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

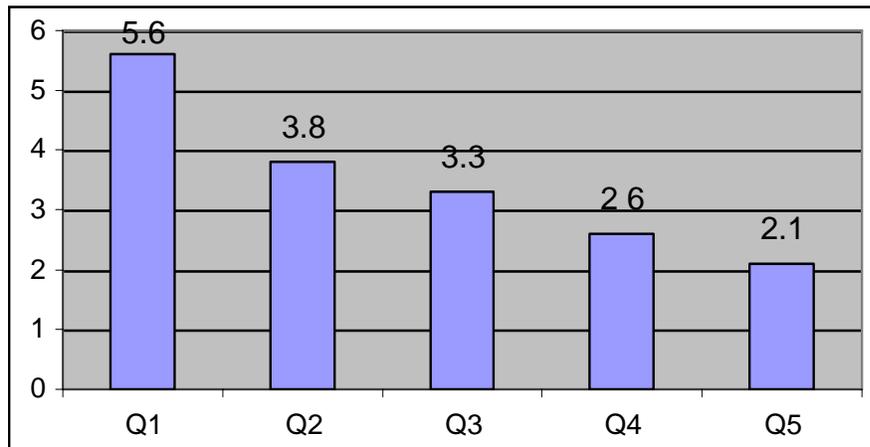
La Tasa Global de Fecundidad (TGF) en Honduras ha declinado un 40 por ciento en 20 años desde 5.6 en 1986 hasta 3.4 en 2006. Para 2006, la TGF fue 2.6 en zonas urbanas y 4.1 en zonas rurales, mostrando una diferencia significativa entre las dos. A pesar de esta diferencia entre las áreas urbanas y rurales, esta notable disminución global refleja el incremento en el uso de anticonceptivos durante el mismo período, especialmente de métodos anticonceptivos modernos.

**Gráfica 2. Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad: 1986-2006**



Mirando la TGF por quintiles para 2005-06 también se ve una tendencia, con los extremadamente pobres (Q1) a una TGF de 5.6 y el quintil más rico (Q5) a una TGF de 2.1. Esta diferencia significativa en la TGF entre el quintil más alto y el más bajo refleja la misma tendencia en el uso de anticonceptivos en todos los quintiles. Esto demuestra la necesidad de analizar las diferencias en estos importantes indicadores por quintil socio-económico e investigar las razones de las discrepancias. ***Este análisis ayudará a determinar si estas diferencias son debido a un acceso desigual a la planificación familiar y si ciertos grupos de población están siendo desatendidos.***

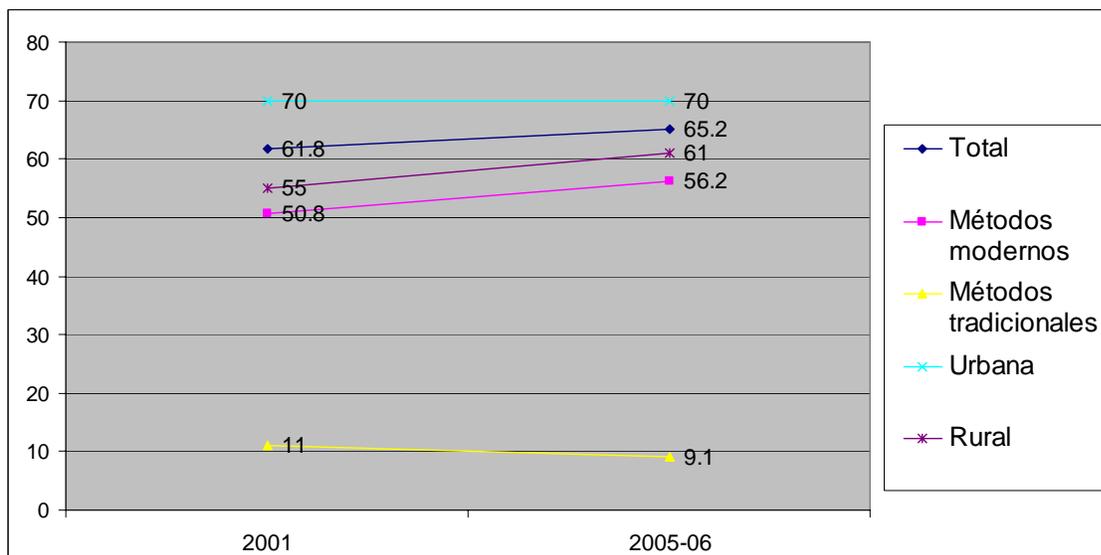
**Gráfica 3. Tasa Global de Fecundidad por Quintil**



## PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

Junto con la disminución en la TGF que vimos anteriormente, se ha presentado un incremento en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) total desde 61.8 por ciento en 2001 a 65.2 por ciento en 2005-06.

**Gráfica 4. Tendencias en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva: 2001-2006**

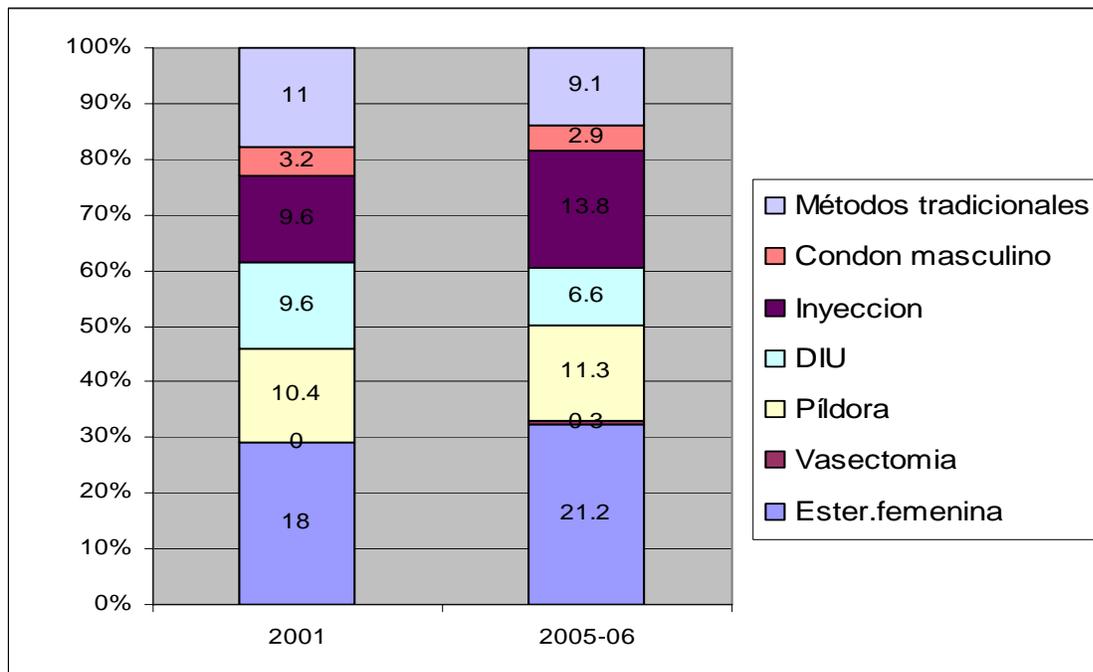


La disminución en la TGF y el incremento en la TPA se reflejan en tres tendencias encontradas durante el periodo 2001 y 2006:

1. TPA para los métodos modernos se incrementó de **50.8% a 56.2%** (+11%).
2. TPA para los métodos tradicionales disminuyó de **11% a 9.1%** (-17%).
3. La no utilización de anticonceptivos cayó de **38.2% a 34.8%** (-9%).

La mezcla de métodos también cambió durante este período. Con esta disminución en el uso de métodos tradicionales, el uso de esterilización femenina, anticonceptivos orales e inyectables aumentó en relación al total de la mezcla de métodos, mientras que el DIU y el uso del condón han disminuído. También, la vasectomía aumentó de cero a 0.3 por ciento. Por lo menos, ya se comienza a registrar uso de este método, que ha sido bastante difícil de introducir en el país.

**Gráfica 5. Mezcla de Métodos: 2001-2006**



Está claro que las mujeres Hondureñas están cambiando de la no utilización al uso de planificación familiar y de los métodos tradicionales a métodos modernos más efectivos. Por otro lado, las principales razones presentadas en la ENDESA 2005-06 para sustentar el hecho que las mujeres no están usando planificación familiar incluyen: el entrevistado está en contra (11.6%), quiere más hijos (8%), prohibición religiosa (6.1%), miedo a los efectos secundarios (4.7%), su conyugue está en contra (3.8%) Todas estas razones para la no utilización pudieran ser tratadas a través de información, educación y programas de comunicación más completos que provean a los hondureños con la información sobre los beneficios de la planificación familiar, el espaciamiento de los nacimientos y de los potenciales, pero manejables, efectos secundarios. Es claramente crítico involucrar a los hombres y a las instituciones religiosas en este diálogo. Por otro lado, los temas como la falta de conocimiento de las mujeres sobre los métodos o fuentes de anticonceptivos, falta de acceso, y costo no fueron tomados en cuenta como barreras importantes al uso de planificación familiar.

En Tabla 1, hay una notable diferencia en el uso de anticonceptivos entre las áreas urbanas y rurales del país, con una TPA más alta en las áreas urbanas, incluyendo un uso alto de métodos modernos y un uso más bajo de los métodos tradicionales. En la Tabla 2, se presentan las tendencias a través del tiempo, mostrando que no ha habido cambio en la TPA en las áreas urbanas, pero ha habido un incremento del 11 por ciento en las áreas rurales del 55 por ciento a 61 por ciento.

**Tabla 1. Comparación de la TPA: Urbana versus Rural**

	TPA todos los métodos	TPA métodos modernos	TPA métodos tradicionales	No usa
<b>Urbana</b>	69.9	62.0	7.9	30.1
<b>Rural</b>	60.8	50.5	10.3	39.2
<b>Total</b>	65.2	56.2	9.1	34.8

**Tabla 2. Tendencias en la TPA: 2001 - 2006**

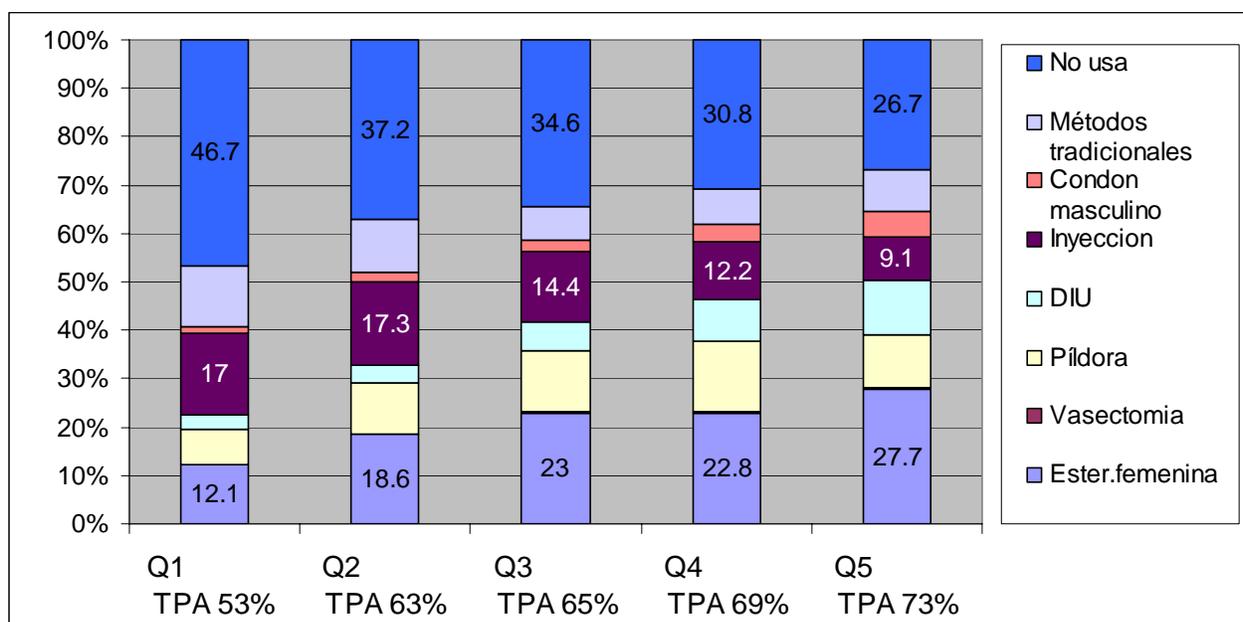
	2001	2005-06
<b>Urbana</b>	70	70
<b>Rural</b>	55	61
<b>Total</b>	62	65

Adicionalmente, la educación juega un papel importante en el uso de anticonceptivos en Honduras. La tasa de prevalencia anticonceptiva para las mujeres sin una educación formal es 55.5 por ciento para cualquier método y 45.7 para

los métodos modernos. Sin embargo, entre las mujeres con un nivel de educación más alto (arriba del nivel secundario), la TPA es 77 por ciento, con 64.7 por ciento para los métodos modernos. TPA entre las mujeres con una educación más alta es casi 40 por ciento más alta que en las mujeres sin educación.

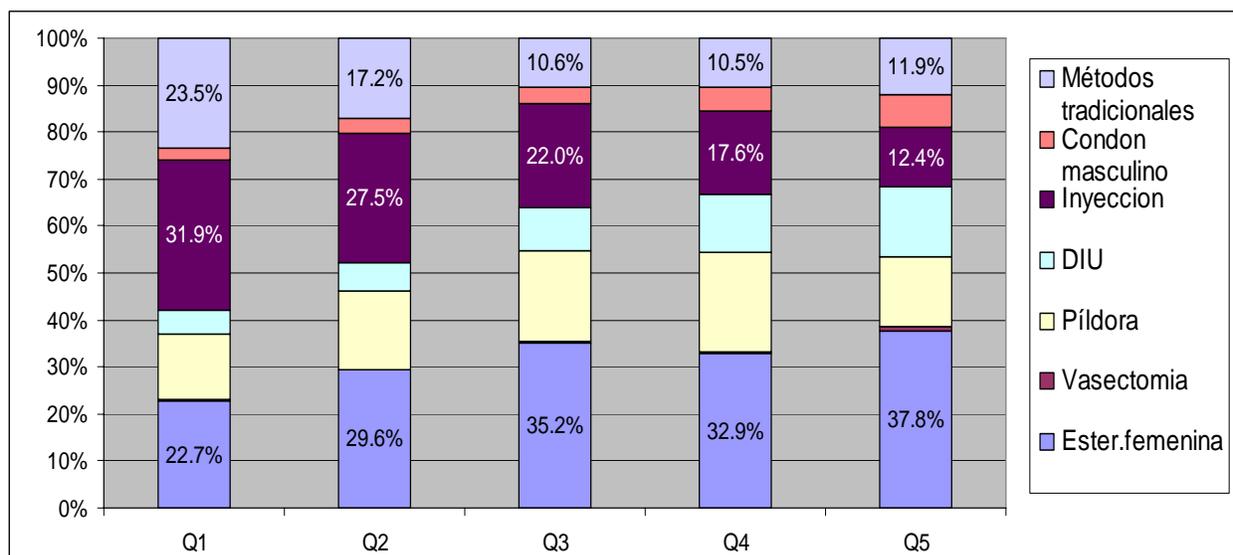
Desglosando el uso de anticonceptivos como se reportó en la ENDESA 2005-06 por quintiles socio-económicos, la TPA es significativamente más alta en los quintiles socio-económicos más altos (Q5: TPA es 73.3%) que en los quintiles más bajos (Q1: TPA es 53.3%) Similar a la diferencia en TPA a través de los niveles educativos, la TPA para las mujeres en el quintil más alto es 38 por ciento más alto que para las mujeres en el quintil más bajo. La TPA total por quintil se muestra en la parte inferior del gráfico.

**Gráfica 6. Uso de Anticonceptivos por Quintil**



La gráfica de abajo muestra los mismos datos pero tomando en cuenta estrictamente a los usuarios de planificación familiar (es decir, excluyendo a los no usuarios). Es también claro que los métodos de largo plazo como la esterilización femenina y el DIU, junto con los condones, tienen una mejor aceptación entre los quintiles más ricos, mientras que los inyectables y los métodos tradicionales son más populares entre los quintiles más pobres. La no utilización es más alta entre los quintiles más bajos y disminuye a medida que se llega a los quintiles más altos. Esto pudiera ser un reflejo del acceso a los anticonceptivos, y específicamente a los métodos clínicos, ya que los quintiles más altos tienen una probabilidad más alta de ser urbanos y los quintiles más pobres de ser rurales. Por lo tanto, las mujeres en los quintiles más ricos (en gran parte provenientes de las áreas urbanas) tienen mejor acceso a los métodos clínicos, poseen un mayor costo inicial, mientras que las mujeres en los quintiles más bajos (provenientes en su mayoría de las áreas rurales) tienen menor acceso a los métodos clínicos de largo plazo y son más caros y tienen mayor acceso a los métodos tradicionales menos costosos y no clínicos. Los orales son de igual forma populares en todos los quintiles, con el uso más predominante en los quintiles medios.

**Gráfica 7. Mezcla de Métodos por Quintil**



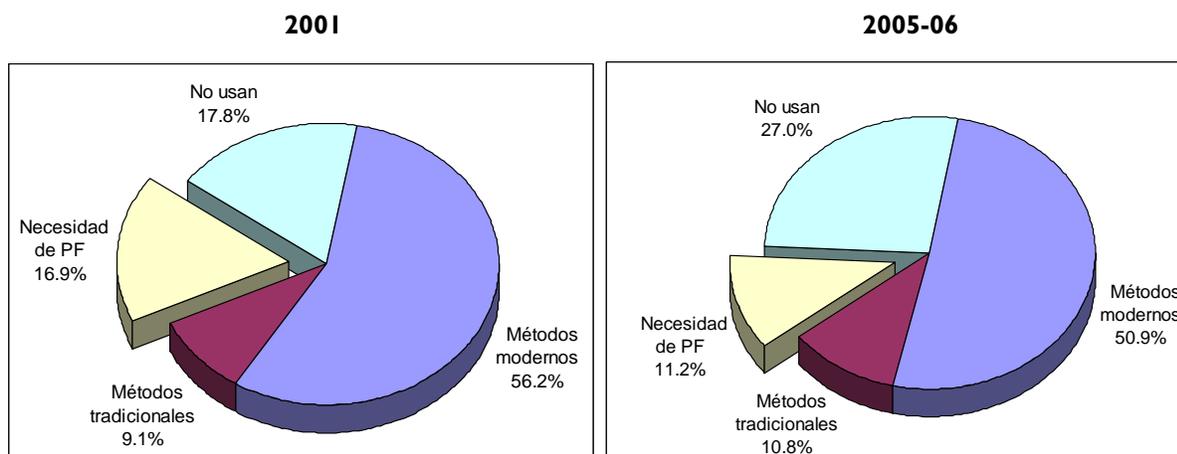
Es evidente que los métodos permanentes y de mayor duración están más accesibles para los quintiles 4 y 5, mientras que los inyectables son más utilizados en los quintiles 1, 2, y 3. Esto podría indicar que la oferta de métodos como la esterilización femenina y el DIU es aún deficiente para los quintiles bajos, lo cual es especialmente significativo pues la esterilización femenina y el DIU son considerados métodos más costo-efectivos.

## NECESIDAD INSATISFECHA Y DEMANDA INSATISFECHA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Según la definición tradicional, la necesidad insatisfecha representa a aquellas mujeres que no están embarazadas, no quieren quedar embarazadas, están en riesgo reproductivo y no usan anticoncepción. Las dos gráficas siguientes muestran el cambio en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha del 2001 al 2005-06. En el 2001, 11 por ciento de las mujeres en edad reproductiva en Honduras expresó una necesidad insatisfecha para la planificación familiar. Esto aumentó al 17 por

ciento en el 2005; sin embargo, durante este período, el uso de métodos modernos (necesidad satisfecha) también aumentó y el porcentaje de mujeres que expresan no tener una necesidad para planificación familiar disminuyó. Así que, la *demanda* total para planificación familiar (necesidad satisfecha e insatisfecha) en general aumentó del 2001 al 2005.

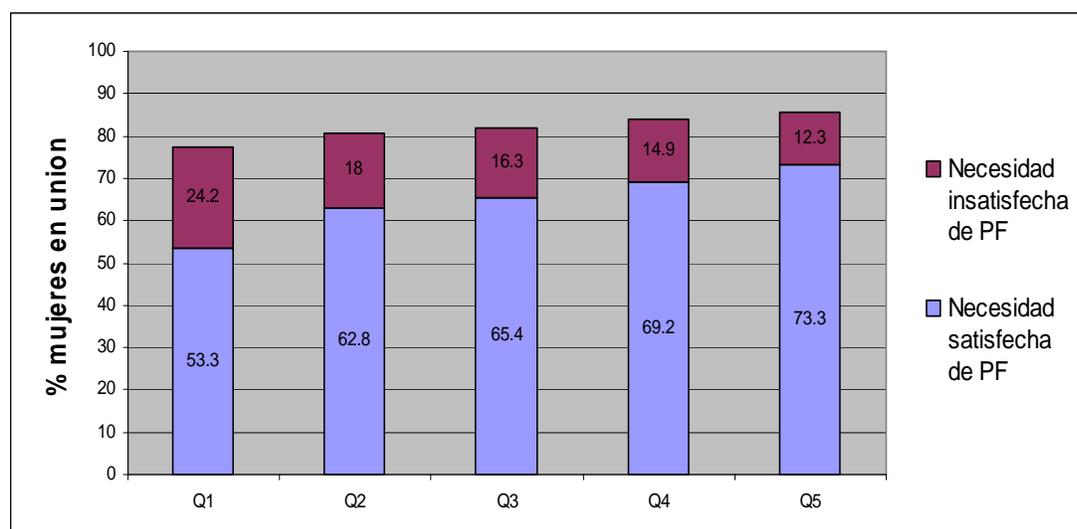
**Gráfica 8. Prevalencia y Necesidad Insatisfecha: 2001 y 2005-06**



En el 2005, además del 17 por ciento de las mujeres que expresaron una necesidad insatisfecha de planificación familiar, 9 por ciento de las mujeres estaban utilizando métodos tradicionales menos efectivos, lo que esencialmente significa que un cuarto de las mujeres Hondureñas en edad reproductiva han expresado una necesidad insatisfecha por un método moderno y efectivo de planificación familiar.

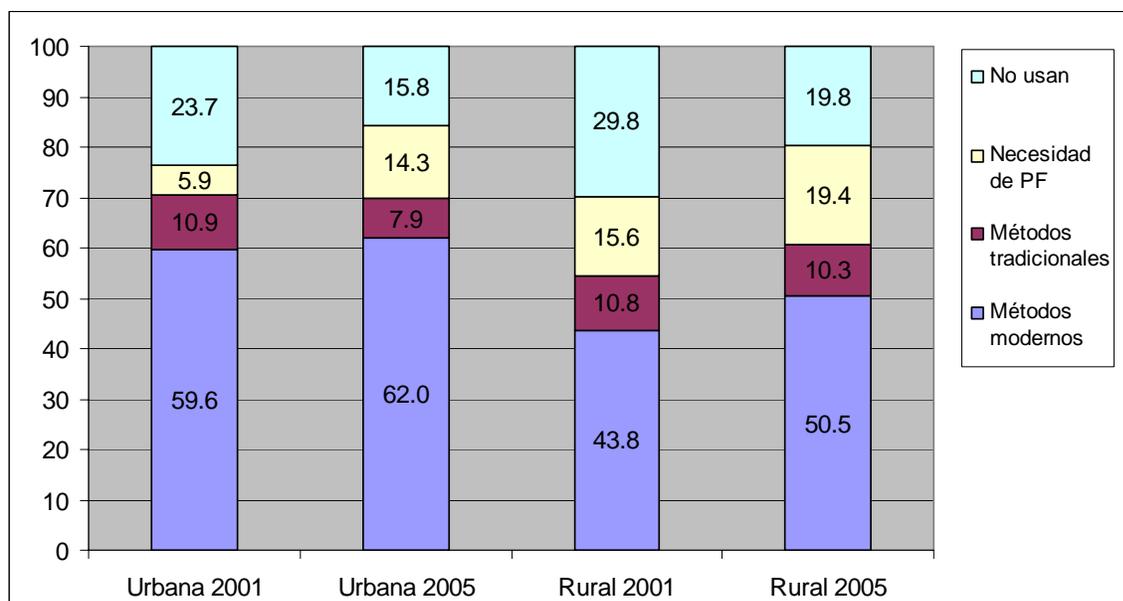
Estas gráficas son aún más reveladoras cuando se desglosa la necesidad insatisfecha por quintil socio-económico. La necesidad insatisfecha es más alta (en porcentaje) entre los quintiles más bajos y más baja entre los quintiles más altos indicando una diferencia clara en el patrón de uso entre estos grupos. La *demanda* total para la planificación familiar (necesidad satisfecha e insatisfecha) varía de 77.4 por ciento para el quintil más bajo a 85.5 por ciento para el quintil más alto. La población más pobre es la más desatendida y tiene el menor acceso a los servicios e insumos de planificación familiar que desean.

**Gráfica 9. Necesidad de Servicios de PF por Quintil**



También existe una notable diferencia en la utilización de anticonceptivos entre las áreas urbanas y rurales del país en 2005-06, con la TPA total más alta en las áreas urbanas (70%) versus las áreas rurales (61%), incluyendo el alto uso de métodos modernos (62%) y el menor uso de métodos tradicionales (8%) en las áreas urbanas. La necesidad insatisfecha y la no utilización fueron consistentemente más altas en las áreas rurales que en las urbanas tanto para 2001 como para 2005-06, nuevamente reforzando que las poblaciones rurales (quienes en su mayoría provienen de los quintiles socio-económicos más bajos) tienen menos acceso a los métodos modernos de anticoncepción.

**Gráfica 10. Necesidad Insatisfecha por Área Geográfica: 2001-2005**



Mientras que la TPA global en las áreas **urbanas** se mantuvo constante del 2001 al 2005, la utilización de métodos modernos se incrementó levemente, y las tasas de uso de métodos tradicionales y la no utilización disminuyeron. Sin embargo, esto estuvo marcado por un incremento en la proporción de mujeres que expresaron una necesidad insatisfecha.

En **áreas** rurales, la TPA total aumentó del 55 por ciento al 61 por ciento, la mayor parte compuesta por usuarios adicionales de métodos modernos. La no utilización entre las mujeres del área rural también disminuyó en relación a las mujeres en edad reproductiva; sin embargo, nuevamente aquí, algunas de estas mujeres se han trasladado de la no utilización a una necesidad insatisfecha expresada, ya que la necesidad insatisfecha incrementó en este período.

## FUENTE DE OBTENCION DE ANTICONCEPTIVOS

La fuente de obtención de anticonceptivos entre los usuarios actuales de los métodos modernos está dividida casi equitativamente entre los proveedores del sector público y privado. Los principales proveedores de planificación familiar en Honduras incluyen los siguientes (ver ENDESA 2005-06 para obtener más detalles):

### SECTOR PÚBLICO:

- Hospital de la Secretaría de Salud (SS)
- Hospital del IHSS
- CESAMO
- CESAR
- Otras fuentes públicas (incluyendo la clínica materno infantil del SS)

### SECTOR PRIVADO:

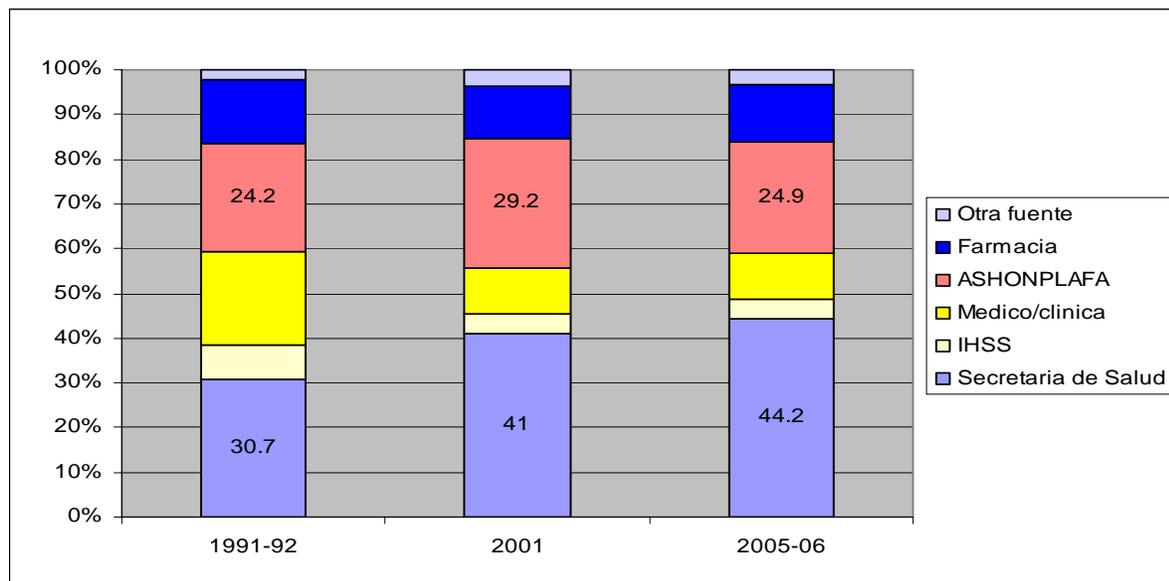
- Hospital
- Clínica y consejería comunitaria o puesto de ASHONPLAFA
- Clínica privada
- Clínica de ONG
- Farmacias
- Pulperías, supermercados
- Otras fuentes privadas (incluyendo parteras, puesto de venta de medicinas, etc.)

Dentro de estas grandes categorías, las fuentes principales de anticonceptivos en el sector público son el Hospital de la Secretaría de Salud (SS) y el CESAMO, mientras que en el sector privado la Clínica de ASHONPLAFA y las farmacias son por mucho los proveedores más grandes de anticonceptivos.

Al comparar la fuente de obtención de anticonceptivos durante el período de 1991-2006 mostrado en la Gráfica 12, hay algunos cambios notables:

- La Secretaría de Salud ha incrementado en relación a los otros proveedores de anticonceptivos (Nota: en la Gráfica 12, la Secretaría de Salud incluye el Hospital SS, la clínica materno infantil de SS, CESAMO, CESAR y otros centros públicos);
- Las clínicas privadas han disminuído en relación a todos los proveedores, así como el IHSS también ha disminuído en menor grado.
- Las farmacias y ASHONPLAFA se han mantenido relativamente constantes en relación a todos los proveedores de anticonceptivos.

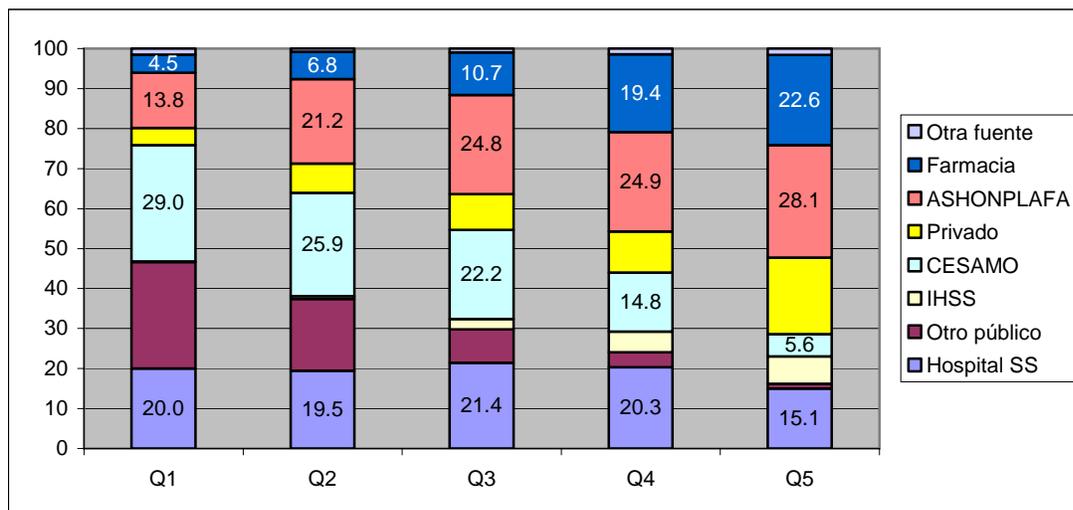
**Gráfica II. Fuente de Obtención de Anticonceptivos: 1991-2006**



Esta tendencia muestra que la proporción del sector público en relación a las fuentes de anticonceptivos en efecto ha incrementado, sustituyendo a las clínicas privadas y en alguna medida al IHSS.

Al examinar las fuentes de obtención de anticonceptivos por quintil de la ENDESA 2005-06, está claro que el sector público atiende a una porción más grande de los clientes de planificación familiar de los quintiles socio-económicos más bajos, mientras que las fuentes del sector privado atienden a una mayor porción de los clientes más ricos. El Hospital de la Secretaría de Salud atiende aproximadamente el mismo porcentaje de cada uno de los quintiles (ligeramente menos para el Q5). CESAMO y otras fuentes públicas (incluyendo CESAR, la clínica materno infantil del SS y otros) son mucho más comunes entre los quintiles más pobres, mientras que las fuentes privadas como las farmacias, ASHONPLAFA y otras fuentes privadas (incluyendo los hospitales y clínicas privadas, las clínicas de ONG, parteras y otras fuentes médicas privadas) son mucho más comunes entre los quintiles más ricos. Esto pudiera ser un reflejo de la capacidad de pago —los clientes más ricos pueden costearse servicios y suministros del sector privado, mientras que los clientes más pobres son mucho más dependientes del sector público. O, pudiera ser un reflejo del acceso a los servicios de planificación familiar y a los anticonceptivos, ya que los quintiles más pobres (concentrados en las áreas rurales) pudieran tener menos opciones del sector privado, mientras que los quintiles más ricos (mayormente residentes urbanos) tienen muchas opciones del sector privado.

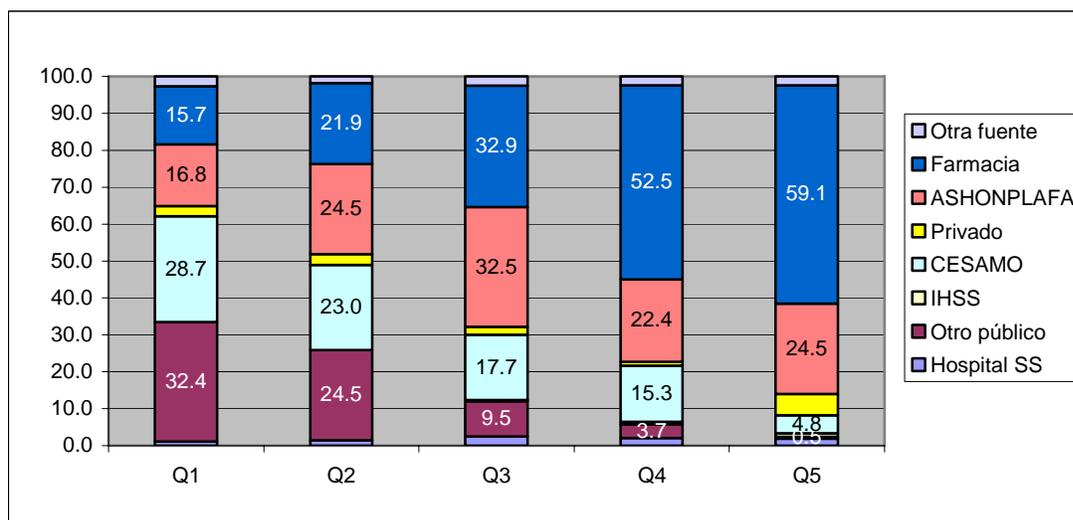
**Gráfica 12. Fuente de Métodos por Quintil: 2005-06**



Las siguientes cinco gráficas muestran la fuente de obtención de anticonceptivos por método y por quintil socio-económico para orales, DIUs, inyectables, esterilización femenina y condones como se reportó en la ENDESA 2005-06. Los gráficos abajo muestran una tendencia consistente en la fuente de suministro para la mayoría de estos métodos: los clientes más ricos obtienen sus anticonceptivos a través del sector privado, mientras que para los quintiles más pobres, la mayoría de mujeres obtienen sus suministros a través del sector público. Las categorías presentadas en las siguientes gráficas se describieron anteriormente.

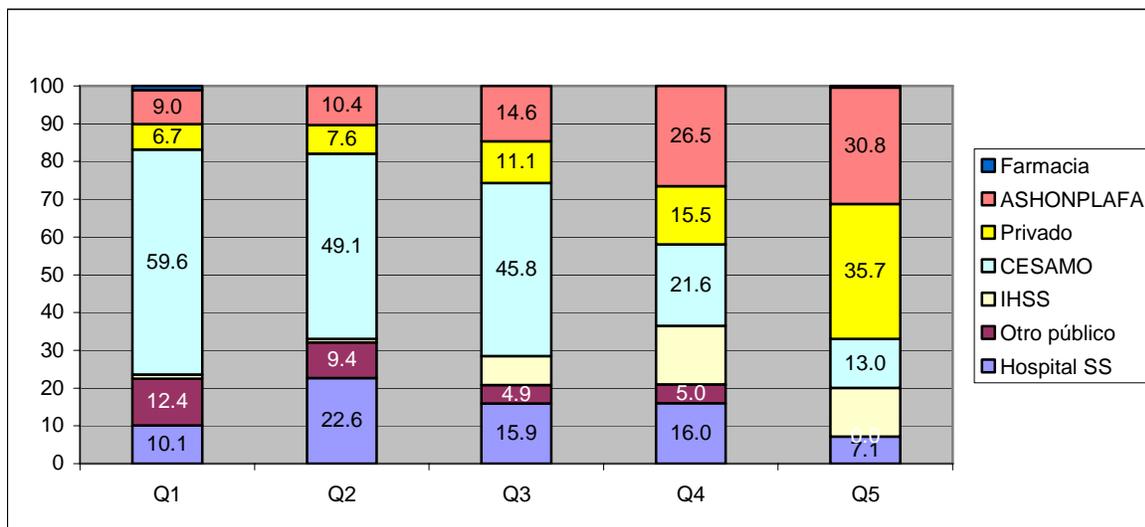
Como se mencionó antes, para los clientes más ricos, los orales son en su mayoría suministrados por el sector privado, mientras que para los quintiles más pobres, la mayoría de mujeres obtienen sus orales a través del sector público. El uso de orales es bastante uniforme en todos los quintiles y, en general, el 28 por ciento de los usuarios obtienen sus suministros del sector público y 72 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado.

**Gráfica 13. Fuente de Orales por Quintil**



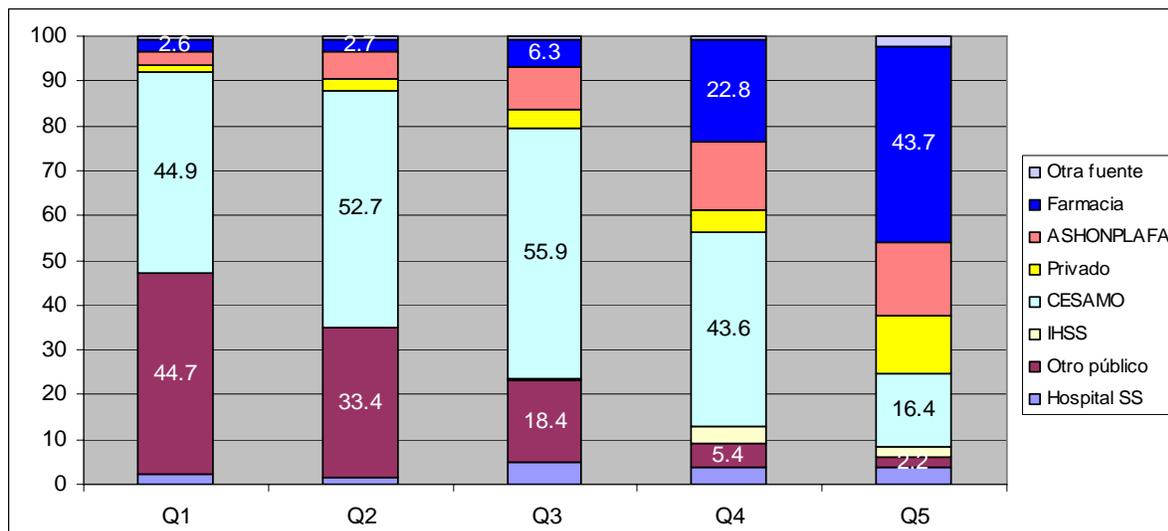
Para el DIU, la tendencia es la misma—la mayoría en los quintiles más bajos obtiene sus suministros del sector público, mientras que una proporción más grande de los quintiles más altos los obtiene del sector privado. Como se mencionó anteriormente, el uso de DIUs es mucho mayor entre los quintiles más altos que en los quintiles más bajos. En general, el 58 por ciento de los usuarios obtienen sus suministros del sector público y el 42 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado, una participación casi equitativa entre los sectores público y privado.

**Gráfica 14. Fuente de DIUs por Quintil**



Para los inyectables, la tendencia es aún más pronunciada, con casi todas las mujeres en los quintiles 1 y 2 obteniendo sus inyectables del sector público, mientras que más de la mitad del quintil 5 obtiene sus inyectables del sector privado. En general, el uso de los inyectables es mucho más alto entre los quintiles más bajos que los quintiles más altos y el 72 por ciento de todos los usuarios de inyectables obtienen sus suministros del sector público y el 28 por ciento los obtiene de una fuente del sector privado.

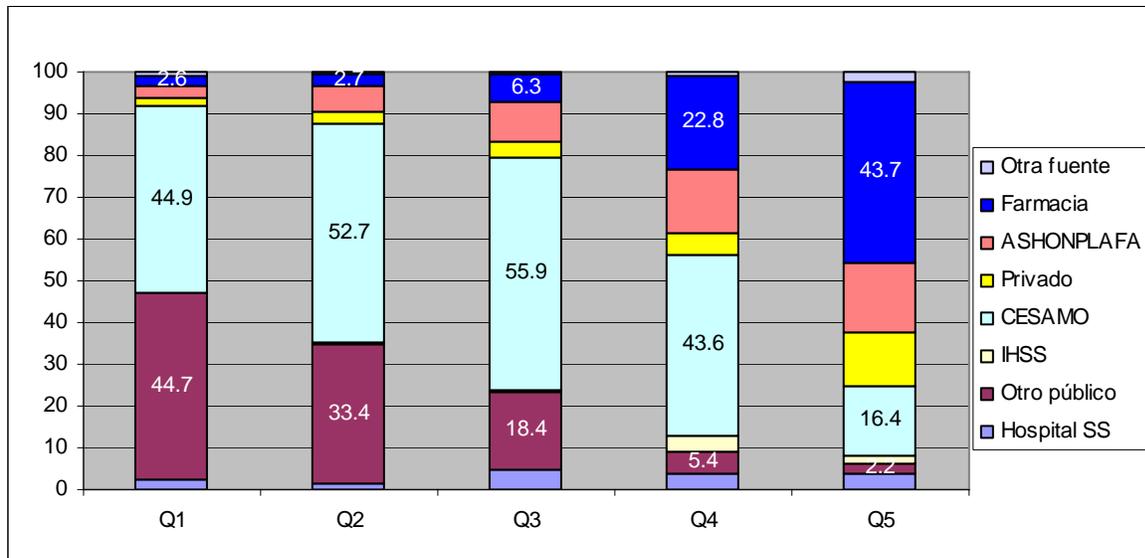
**Gráfica 15. Fuente de Inyectables por Quintil**



Nota: Otro público incluye CESAR, la clínica materno-infantil del SS y otros

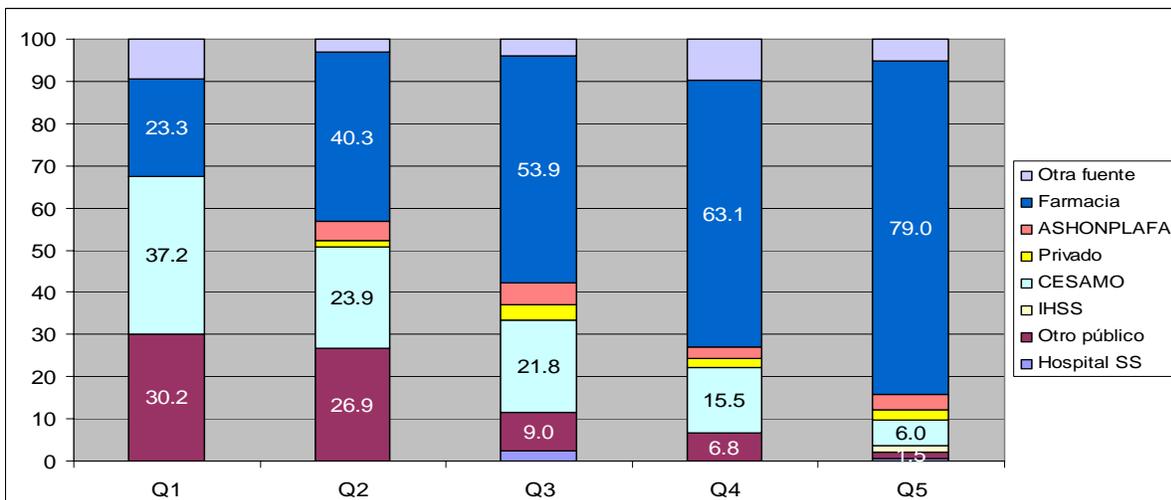
Para la esterilización, tanto el Hospital de la Secretaría de Salud y ASHONPLAFA juegan un papel mucho más significativo en la cobertura a las mujeres de todos los quintiles, con un porcentaje levemente más alto de los quintiles más bajos utilizando el sector público y un porcentaje ligeramente más alto de los quintiles más altos utilizando el sector privado (ASHONPLAFA y privado). El uso de la esterilización femenina es mucho más alto entre las mujeres en los quintiles 3, 4 y 5 que en los dos quintiles más bajos. El uso de la esterilización es más alto entre los quintiles más ricos y en general los sectores público y privado tienen una participación casi equitativa de 47 y 53 por ciento respectivamente.

**Gráfica 16. Fuente de Esterilización por Quintil**



Finalmente, para el uso de condones, vemos nuevamente que el sector público suministra a la mayoría de los usuarios de los quintiles más bajos, mientras que los proveedores del sector privado suministran casi todo en los quintiles más altos. En general, el uso de los condones es más alto entre los quintiles más ricos y los usuarios acceden a estos insumos a través del sector privado, a una tasa mucha más alta (76 por ciento) que a través del sector público (24 por ciento).

**Gráfica 17. Fuente de Condones por Quintil**

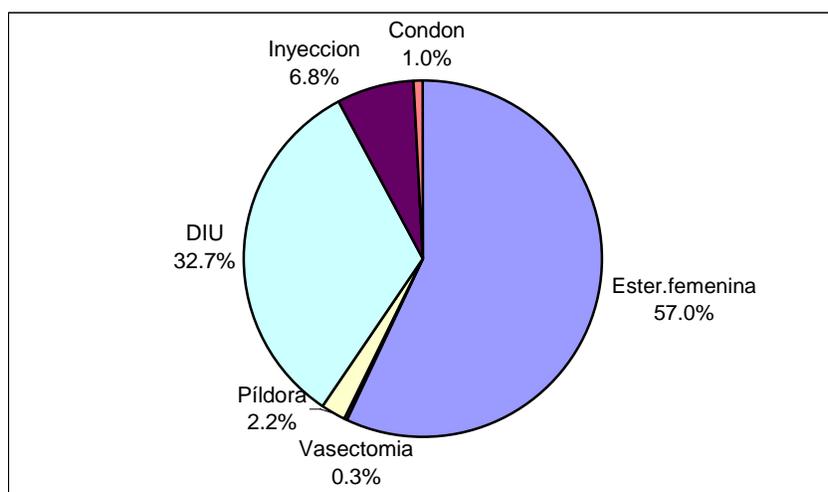


Todos estos gráficos sobre la fuente de suministro por quintil socio-económico y método refuerzan que el mercado de anticonceptivos en Honduras parece estar bien segmentado. Esto es, el sector privado está atendiendo a los clientes más ricos y el sector privado está atendiendo a los clientes más pobres.

## ANÁLISIS DE LOS BENEFICIARIOS-USUARIOS DE ANTICONCEPTIVOS EN EL SEGURO SOCIAL

Esta sección presenta un análisis de los usuarios de anticonceptivos que reciben beneficios del Seguro Social. Los beneficiarios del Seguro Social incluyen tanto a trabajadores del sector público como del privado, sus cónyuges y dependientes. En el pasado, el seguro social dependía de donaciones de la Secretaría de Salud para proveer anticonceptivos a sus beneficiarios. Sin embargo, una vez que la SS comenzó a adquirir los anticonceptivos con sus propios fondos en 2004, cesó el acuerdo de “donar” suministros al IHSS.

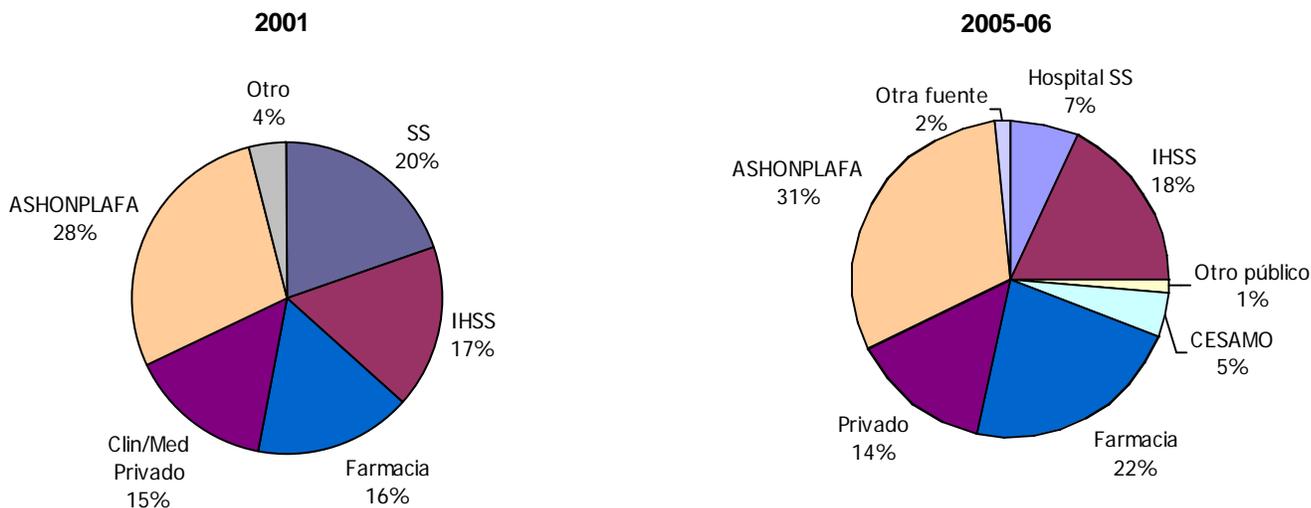
**Gráfica 18. Distribución de Usuarios Beneficiarios del IHSS, por Método, 2005-2006**



La gráfica anterior muestra la distribución de los métodos anticonceptivos utilizados por beneficiarios del seguro social en Honduras, sin importar donde obtienen los insumos. La mayoría de los usuarios que reciben beneficios del seguro social utilizan la esterilización femenina como su método de selección (57%); sin embargo, un tercio de este grupo utiliza DIUs. Claramente, los métodos de largo plazo y permanentes son los más populares entre este grupo, mientras que los métodos de corto plazo y de reabastecimiento como los orales y los condones no son populares.

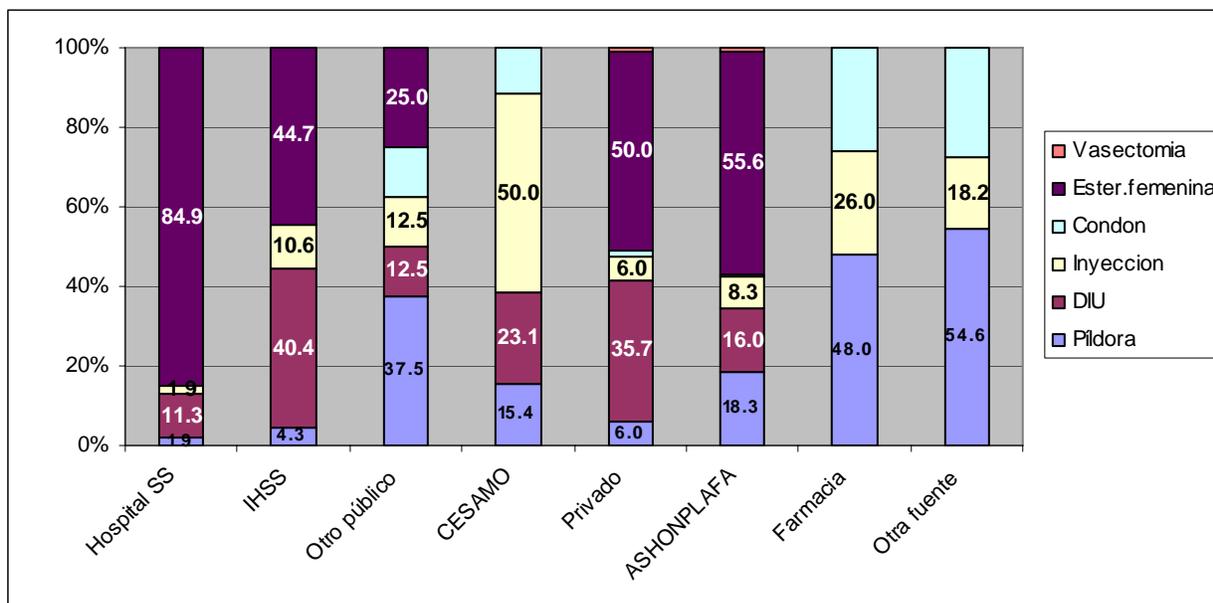
De estos usuarios (que reciben beneficios del Seguro Social), casi un tercio obtuvieron sus insumos en ASHONPLAFA, tanto en 2001 como en 2005-06, mientras que otro tercio—31 por ciento en 2001 y 36 por ciento en 2005-06—obtuvieron sus anticonceptivos de otras fuentes del sector privado tales como farmacias y clínicas privadas. Un total de aproximadamente dos tercios obtuvieron sus anticonceptivos de fuentes del sector privado de acuerdo a ambas encuestas, con el tercio restante obteniendo sus suministros a través de fuentes del sector público, incluyendo el Hospital del IHSS. Sin embargo, la porción total del sector público efectivamente disminuyó a 31 por ciento en 2005-06 de un 37 por ciento en 2001. Con este análisis, está bastante claro que la interrupción de la provisión de los servicios de PF en el IHSS ha hecho que los usuarios de PF obtengan sus anticonceptivos de otras fuentes de suministro.

**Gráfica 19. Distribución de Usuarios Beneficiarios del IHSS por Fuente de Abastecimiento: 2001 y 2005-06**



La siguiente gráfica muestra estos usuarios (quienes son beneficiarios del seguro social) por su método de elección y fuente de suministro, para mostrar dónde están acudiendo y por cuáles métodos.

**Gráfica 20. Distribución de Usuarios Beneficiarios del IHSS por Fuente de Abastecimiento y Métodos, 2005-06**



Los proveedores del sector público claramente se enfocan más en ofrecer métodos de más largo plazo como los DIUs, la esterilización femenina y en el caso de los CESAMO, los inyectables. En general, los proveedores del sector privado como las farmacias y otros establecimientos como pulperías y supermercados se enfocan en la provisión de métodos de corto plazo, de reabastecimiento como los orales, condones e inyectables. Sin embargo, más de la mitad de los usuarios beneficiarios

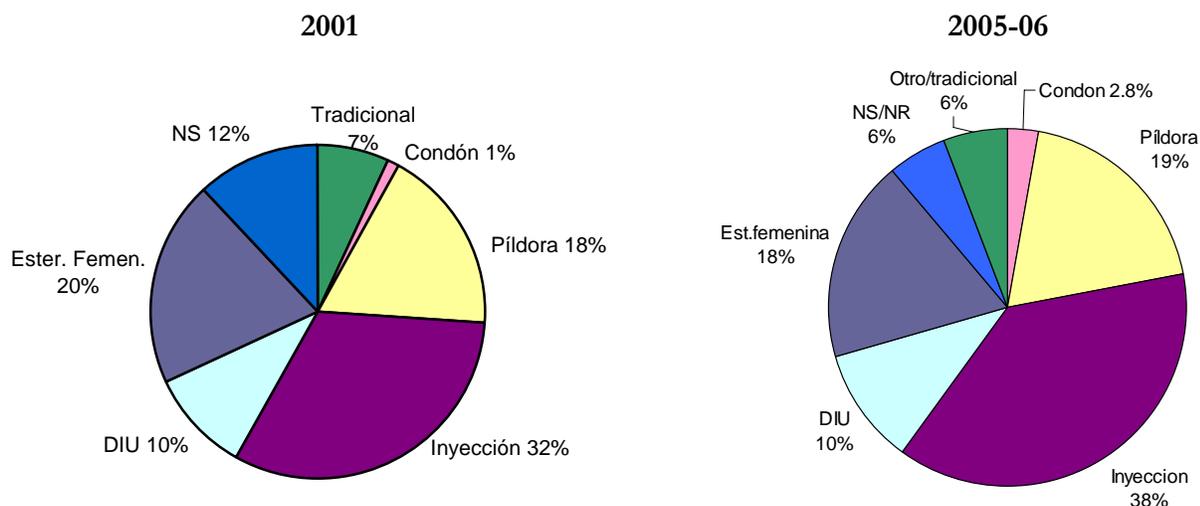
del seguro social que obtienen sus suministros en ASHONPLAFA y otras clínicas privadas utilizan métodos de largo plazo/permanentes como los DIUs y la esterilización femenina. Esto puede ser debido a que estos usuarios que son beneficiarios del IHSS tienen que pagar para recibir estos servicios, los cuales ya han pagado bajo el régimen del IHSS. Debido a que el IHSS no ofrece estos servicios, deben encontrar otra fuente de suministro, y por lo tanto los usuarios prefieren usar métodos más costo-efectivos para ahorrar dinero.

## INTENCION DE USO FUTURO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los gráficos abajo muestran la intención de uso futuro de planificación familiar en mujeres no usuarias, según los datos de la ENESF 2001 y la ENDESA 2005-2006. Estos porcentajes representan el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que no está utilizando actualmente planificación familiar y que usarían un método si deciden comenzar a usar PF en el futuro.

Los inyectables se han mantenido como la opción potencial más popular para las mujeres Hondureñas. En 2001, el 32 por ciento de las mujeres no usuarias hubieran escogido inyectables para su uso futuro, incrementándose a 38 por ciento en 2005-06. De igual manera, en 2001 el 30 por ciento hubiera escogido un método de largo plazo/permanente como el DIU o la esterilización; este porcentaje permaneció similar en 28 por ciento para el 2005-06. Los orales también mantuvieron una popularidad similar del 2001 al 2005-06, en 18 y 19 por ciento respectivamente. Tanto los condones como los métodos tradicionales han sido opciones no significativas para las mujeres Hondureñas, aunque los condones han casi triplicado su participación potencial en los usuarios futuros.

**Gráfica 21. Intención de Uso de PF en Mujeres no Usuarias, 2001 y 2005-06**



Estos datos pueden ser útiles para la planeación de financiamiento futuro, estimación de necesidades y requerimientos de recursos. Los métodos que requieren de reabastecimiento como los inyectables, orales, condones y en menor grado los DIU, requieren cadenas de suministro eficientes y efectivas que puedan mantener cantidades de suministros adecuados, de forma ininterrumpida y de alta calidad, evitando desabastecimientos como una prioridad crítica. De igual forma, los DIU y la esterilización femenina requieren proveedores capacitados y unas condiciones clínicas estériles, junto

con ciertos suministros consumibles y otro equipamiento. Los potenciales incrementos futuros en la utilización de estos métodos por parte de las mujeres deben tomarse en consideración al planear los recursos humanos, financieros y de infraestructura. En general, los proveedores y los sistemas deben estar preparados para ofrecer servicios e información de alta calidad a los actuales y futuros usuarios de planificación familiar.

# CONCLUSIONES

A partir de este análisis, está claro que los esfuerzos por expandir el acceso y el uso de planificación familiar en Honduras han sido exitosos. La tasa global de fecundidad continúa su disminución a medida que la tasa de prevalencia anticonceptiva se ha elevado a un ritmo constante en los años recientes y la no utilización esta decayendo. El uso de anticonceptivos está aumentando en las áreas rurales y en todos los grupos socio-económicos; asimismo, más mujeres están cambiando de los métodos tradicionales a los métodos modernos de anticoncepción. Además, la mezcla de métodos está bien distribuída a través de los métodos de corto y largo plazo, ideales para el espaciamiento, así como los métodos permanentes ideales para mujeres que han alcanzado el tamaño de familia deseado. Los socios trabajando en planificación familiar de todos los sectores claramente han tenido éxito en mejorar el acceso a anticonceptivos en todo el espectro geográfico y socio-económico.

No obstante, todavía queda mucho trabajo por hacer para alcanzar la meta de lograr la DAIA. Las discrepancias persisten en las tasas de fecundidad global y en la tasa de prevalencia anticonceptiva entre las poblaciones urbanas y rurales y entre los grupos socio-económicos en Honduras. La fecundidad global es casi tres veces más alta entre las mujeres en el quintil más pobre que las mujeres en el quintil más rico. De igual manera, las mujeres pobres y las mujeres de zonas rurales (o ambas) todavía utilizan la planificación familiar, y especialmente los métodos modernos, a una tasa mucho más baja que las mujeres con un nivel socio-económico más alto y las mujeres de zonas urbanas (o ambas). Las mujeres en el quintil más bajo tienen más probabilidad de usar un método tradicional de planificación familiar y menos probabilidad de usar un método de largo plazo o permanente (como, la esterilización o DIU) que las mujeres en el quintil más alto. La necesidad insatisfecha es todavía 16.9 por ciento y es particularmente alta entre las mujeres de la zona rural (19.4%) versus las mujeres de las zonas urbanas (14.3%), y las mujeres pobres (24.2% para Q1) versus la mitad de esa cifra para las mujeres en quintiles más altos (12.3%). A partir de estos resultados, parece que las poblaciones rurales y la gente de los quintiles más bajos están desatendidas y que sus necesidades no están siendo satisfechas completamente por los servicios existentes. Estas cifras indican que todos los socios trabajando en PF/SR en Honduras deben esforzarse aún más para expandir el acceso a los servicios e información relacionados a la planificación familiar a todos los sectores de la población.

En términos de la fuente de obtención para los métodos modernos de anticoncepción, mientras que los sectores públicos y privados en Honduras poseen partes casi iguales del mercado, la tendencia en los últimos 15 años sugiere que el sector público se está haciendo cargo de una parte aún más grande del mercado. A medida que los donantes se mueven hacia la finalización de las donaciones de anticonceptivos, el gobierno necesita re-evaluar su estrategia de segmentación del mercado. Si los usuarios se están moviendo hacia el sector público, eventualmente el gobierno será responsable de la cobertura de todos estos usuarios y tendrán que asignar los recursos correspondientes. Sin embargo, en general, el sector público efectivamente atiende a un porcentaje más grande de los clientes de planificación familiar de los quintiles socio-económicos más bajos, mientras que las fuentes del sector privado atienden a una mayor porción de los clientes más ricos. Esto sugiere que los sectores público y privado están focalizando sus recursos en los grupos socio-económicos apropiados.

En cuanto a los usuarios beneficiarios del seguro social, la gran mayoría utilizan un método de largo plazo o permanente (por ejemplo, DIU y esterilización femenina). Sus fuentes de obtención primaria

para su método de elección de acuerdo a la ENDESA 2005-06 incluyen a ASHONPLAFA (31%) y otras fuentes de sectores privados (36%). Solamente el 18 por ciento de estos clientes obtienen sus métodos del Hospital del IHSS.

Finalmente, es importante tomar en consideración la intención de uso futuro de servicios de PF para planear el financiamiento, los recursos y los requerimientos futuros. De acuerdo a la ENDESA 2005-06, el 38 por ciento de las mujeres seleccionarían inyectables, un método que requiere un suministro ininterrumpido y confiable, y 28 por ciento escogería un método de largo plazo/permanente (DIU o esterilización), el cual requiere un establecimiento clínico estéril y proveedores altamente capacitados para ofrecer estos métodos.

# DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Population Reference Bureau Marzo 2005. *Mujeres de Nuestro Mundo 2005*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. [www.prb.org](http://www.prb.org).

Population Reference Bureau. 2007. *Cuadro de la Población Mundial 2007*. Washington, DC: Population Reference Bureau. [www.prb.org](http://www.prb.org).

Secretaría de Salud [República de Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) y ORC Macro. 2001. *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 2001*. Macro: Calverton, Maryland, USA.

Secretaría de Salud [República de Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) y ORC Macro. 2006. *Encuesta Nacional de Salud y Demografía (ENDESA) 2005-2006*. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE y Macro.



Para más información, visite [deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com).

**USAID | PROYECTO DELIVER**

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Télefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: [deliver\\_project@jsi.com](mailto:deliver_project@jsi.com)

Internet: [deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com)