

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**CARACTERIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA BRINDADOS EN ÁREA SALUD DE LA VOAE CIUDAD  
UNIVERSITARIA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS.  
2018 - 2019**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE  
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR  
JEIMY DANIELA HENRÍQUEZ VELÁSQUEZ**

**ASESORA  
MSc. MERCEDES MARTÍNEZ H.**

**TEGUCIGALPA, M.D.C.**

**MARZO 2022, HONDURAS, C.A**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS  
UNAH**

---

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

**VICE RECTORA ACADÉMICA  
MSc. BELINDA FLORES**

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

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES  
DR. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIA GENERAL  
ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA HUMANÍSTICA Y  
TECNOLÓGICA  
DR. SANTIAGO JAIME RUÍZ ÁLVAREZ**

**DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DR. ARMANDO EUCEDA**

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

**SECRETARA ACADÉMICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DRA. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
DR. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA  
DRA. NORA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ COREA**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	6
1.1. <b>Objetivo general</b> .....	6
1.2. <b>Objetivos específicos</b> .....	6
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
2.1. <b>Derecho a la salud</b> .....	7
2.2. <b>Salud sexual y salud reproductiva</b> .....	12
2.3. <b>Derechos sexuales y reproductivos</b> .....	20
2.4. <b>Género y salud sexual y reproductiva</b> .....	25
2.5. <b>Situación de la salud sexual y reproductiva en Honduras</b> .....	37
2.6. <b>Antecedentes del Área de Salud de VOAE</b> .....	51
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	58
<b>4. RESULTADOS</b> .....	67
4.1. <b>Servicios de salud sexual y reproductiva brindados en el Área de la Salud de VOAE</b> .....	67
4.2. <b>Características sociodemográficas de los y las estudiantes que recibieron atención de salud sexual y reproductiva en el Área de la Salud de VOAE en el año 2018</b> .....	76
4.3. <b>Percepción de las y los estudiantes y prestadores de servicios de salud en Ciudad Universitaria, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece el Área de la Salud de VOAE.</b> .....	80
<b>5. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	113
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	148
<b>7. RECOMENDACIONES</b> .....	151
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	154
<b>9. ANEXOS</b> .....	162

## **DEDICATORIA**

A mis padres: Georgina Velásquez Padilla y José Rubén Henríquez Ordóñez.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y hermanas por ser mis principales motivadores.

Una especial mención de gratitud a la Maestra Mercedes Martínez por la asesoría brindada en el proceso de esta investigación, su apoyo e importantes contribuciones y a su invaluable experiencia.

Mi agradecimiento al cuerpo de docentes del Posgrado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH por su permanente apoyo técnico y científico durante mi curso por la maestría, así como por el apoyo ofrecido para concluir este proceso de tesis.

Al la Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles, especialmente al Área de Salud de VOAE, su personal médico y administrativo por su importante apoyo para el desarrollo de esta investigación.

Al Proyecto de Fortalecimiento de las capacidades institucionales de la UNAH ejecutado por la Organización Médicos del Mundo España en Honduras por toda la colaboración, asesoría y coordinación en todo el proceso de investigación.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud sexual y la salud reproductiva son fundamentales para el bienestar físico y emocional de las personas, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. En los últimos años ha emergido una creciente atención sobre esta temática, tomándose en cuenta en las políticas y programas de salud, lo que expresaría un interés oficial por el bienestar integral del ser humano, al reconocer la sexualidad y la reproducción como derechos humanos y dimensiones importantes para ser satisfechas.

La trascendencia de la salud sexual y reproductiva en la actualidad es el resultado de un paulatino proceso de cambio de creencias y paradigmas socioeconómicos y culturales, promovido por diversos movimientos sociales, entre los que destaca el movimiento feminista. El logro del consenso mundial respecto a este nuevo paradigma se desarrolló a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en la ciudad de El Cairo en 1994, en donde se generaron los conceptos de salud sexual, salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos. El concepto de salud reproductiva desarrollado en los acuerdos de la CIPD abarca no sólo la ausencia de enfermedades, sino que fundamentalmente está referido a un estado de bienestar físico, mental y social de la persona en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (ONU, 1994).

El Estado de Honduras es signatario de los principales compromisos internacionales en materia de salud y derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Este marco doctrinario y referencial está conformado por los convenios e instrumentos internacionales vinculados al tema, incluyendo el Plan de Acción de la CIPD, y por una serie de normativas y planes nacionales que han abordado la temática a lo largo de los años, que incluye la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2016.

Las obligaciones que le corresponden al Estado hondureño en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos son múltiples y, por esta misma razón, no se concentran en un solo sector institucional, sino que, por su misma definición, abarca múltiples sectores, instituciones, servidores públicos y disciplinas, para poder dar una respuesta congruente ante estos derechos. Estas obligaciones de respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos incluyen a instituciones como las universidades con un papel protagónico en la promoción de la salud como eje central del desarrollo de la educación y de la salud del país.

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) como la principal institución de educación superior referente del país, asume su rol en el marco del cumplimiento de estas obligaciones, es por ello que a través de la Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles (VOAE) ofrece a la comunidad universitaria una serie de servicios orientados a promover el mejoramiento

continuo e integral de los y las estudiantes en su quehacer académico, mediante la articulación y coordinación de diferentes áreas, entre ellas la salud integral, como lo establece su misión (UNAH, 2017). La VOAE cuenta con un área de la salud que ofrece servicios gratuitos en dos principales programas: la recuperación en salud y la promoción de la salud. Este último, está compuesto por seis clínicas que ofrecen atenciones médicas a la comunidad universitaria, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva.

Con base en lo anterior, en el marco de colaboración entre el Posgrado de Salud Pública (POSAP) de la UNAH, Facultad de Ciencias Médicas y el Proyecto “Fortalecimiento de las capacidades institucionales de la UNAH para la promoción de la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos como instrumento para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres” de la organización Médicos del Mundo España en Honduras, se planteó la realización de la siguiente investigación que permitirá caracterizar los servicios de salud sexual y reproductiva brindados por el Área de la Salud de VOAE en Ciudad Universitaria en 2018-2019.

La investigación fue justificada debido a que conllevó un enfoque de género y derechos humanos en la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las estudiantes de la UNAH, tiene un valor práctico, dado que los resultados contribuirán a propiciar cambios en la calidad de vida de las y los estudiantes, acorde a lo contenido dentro de los objetivos estratégicos del Plan Estratégico

Institucional de la UNAH, contando con el apoyo del Proyecto de Fortalecimiento de las capacidades institucionales de la UNAH ejecutado por Médicos del Mundo, quien trabaja en coordinación con la VOAE, lo que hizo este proyecto viable de ejecutar.

La investigación fue con un enfoque mixto de tipo descriptivo y exploratorio, recolectando información de la base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE del año 2018, revisión documental y a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a estudiantes universitarios y prestadores (as) de servicios de salud.

Dentro de los hallazgos, se pudo identificar que los servicios de sexual y reproductiva brindados en el área de la salud de VOAE ofrece atenciones propias del contexto de la atención primaria en salud, cuenta con talento humano del área de medicina general, enfermería, microbiología, trabajo social, psicología y personal administrativo. Dispone de un inventario básico de medicamentos, sin embargo, carece de algunos insumos para dar respuesta a las atenciones de salud sexual y reproductiva, así como de algunos métodos anticonceptivos y equipo médico.

En relación a los estudiantes universitarios entrevistados fueron 22 mujeres y 3 hombres, procedentes en su mayoría del departamento de Francisco Morazán. La percepción general de los y las estudiantes fue de conformidad respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva en concordancia con la situación de país

en relación la prestación de los servicios de salud públicos, en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

## **1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Objetivo general**

Caracterizar los servicios de salud sexual y reproductiva brindados por el área de la salud de la VOAE en Ciudad Universitaria en 2018-2019.

### **1.2. Objetivos específicos**

1.2.1. Describir los servicios de salud sexual y reproductiva brindados en el área de la salud de la VOAE.

1.2.2. Especificar las características sociodemográficas de los y las estudiantes que recibieron atención de salud sexual y reproductiva.

1.2.3. Identificar la percepción de las y los estudiantes y prestadores de servicios de salud en Ciudad Universitaria, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece el área de la salud de la VOAE.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Derecho a la salud**

La salud es un derecho humano fundamental del que deben gozar todas las personas. Es por ello que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su preámbulo establece que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS, 1948, pág. 1).

El derecho a la salud abarca una amplia gama de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de la salud de las personas y en la calidad de vida. Son muchos los componentes que determinan la salud de las personas: los niveles de pobreza y exclusión, el desempleo, la educación, el acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, la vivienda, el acceso a información, la discriminación por cuestiones de género, raza o edad, la inversión en salud pública, la vulnerabilidad frente al cambio climático, entre otras. Por lo que resulta imprescindible que estas diferencias se consideren para planificar tanto las políticas de salud como el resto

de políticas que pueden influir en el bienestar físico, mental y social de los diferentes grupos de población.

Por su valor esencial para el bienestar de los seres humanos, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), lo plasmó en su artículo 25, indicando que:

- 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- 2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (Asamblea General de la ONU, 1948)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, reconoce el "derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental" (Artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes a fin de

asegurar la plena efectividad de este derecho, y que se aplican a todas las personas en los 146 Estados que lo han ratificado.

Otros instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho humano a la salud, como ser: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) de 1965; la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989; entre otras, esto evidencia que, en el mundo moderno el derecho a la salud es reconocido como un derecho humano básico y que los Estados, en su decisión soberana de adherirse a ellos, ratifican su responsabilidad en la salud de sus pueblos.

El derecho a la salud ha sido uno de los derechos que de manera más significativa se ha ido ampliando en la evolución normativa de los derechos humanos. La salud es considerada como uno de los determinantes fundamentales del desarrollo humano; junto con la educación y el ingreso, es uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, por lo que es posible afirmar que, al ser un determinante del desarrollo humano, la salud es también una vía para superar las desigualdades sociales, y que, en la medida en que los Gobiernos inviertan de forma efectiva en este sector, mejorarán el desarrollo humano y el crecimiento económico.

Güezmes (2004) citando a Paul Hunt, Relator Especial del derecho a la salud del Sistema de Naciones Unidas (2003) menciona algunas observaciones sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud, entre las que destaca, que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como son las políticas públicas de prevención, difusión, promoción, saneamiento público, cuidado del medio ambiente y salubridad, que a su vez se pueden clasificar en condiciones sanitarias relacionadas con el entorno de las personas, como las biológicas, las socioeconómicas y las ecológicas (pág. 11).

El derecho a la salud es un concepto amplio que incluye otros derechos más concretos como los derechos a la salud materna, infantil y reproductiva; la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de enfermedades, incluido el acceso a los medicamentos básicos y el acceso al agua limpia y potable. Menciona también, la no discriminación e igualdad de trato, como dos de los elementos más importantes de derecho a la salud.

Para garantizar el goce pleno del derecho, en el año 2000 el Comité de Derechos Económico, Sociales y Culturales emitió la Observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, en la que establece en su numeral 12, que los elementos esenciales del derecho a la salud son:

- 1) Disponibilidad. Hace referencia al número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos, centros de atención de la salud, así como de programas con el que debe contar cada Estado y que dichos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud.
- 2) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, esto incluye, la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información, como dimensiones superpuestas.
- 3) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- 4) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Aunque la aplicación de estos elementos depende de las condiciones preexistentes en cada Estado y a la disponibilidad de los recursos, lo que se conoce como la realización progresiva del derecho a la salud, esta significa que el Estado tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y

eficazmente posible hacia el respeto, la protección y el cumplimiento del mismo, como un derecho humano, universal, integral e interdependiente con el resto de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. No obstante, la realización de derecho a la salud es también responsabilidad de todos los agentes sociales particulares, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, profesionales de la salud y empresas privadas, el Estado como garante ha de mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos estos actores.

El derecho a la salud implica un progreso adecuado, continuo y deliberado de las políticas públicas, mismas que se adoptan para dar cumplimiento a las obligaciones internacionales y son las que garantizan finalmente el ejercicio del derecho a la salud, en la medida en que su impacto sea efectivo en la salud de las colectividades.

## **2.2. Salud sexual y salud reproductiva**

La sexualidad y la reproducción humana han sido temas de confrontación histórica para los individuos que trascienden lo íntimo y personal, a ser debatido en lo público y normativo. Foucault citado en Lafaurie Villamil (2006) expresa

que “el cuerpo es un espacio de tensión y conflicto”. Esto implica que en el cuerpo se inscriben aspectos como la fertilidad, la anticoncepción, el embarazo, el aborto y toda una serie de elementos de normatividad (Lafaurie Villamil, 2006).

Según Weeks (1998) “La sexualidad está configurada por fuerzas sociales”, destacando áreas importantes como: los sistemas familiares, la organización social y económica, la reglamentación social y las intervenciones políticas. Estas influencias e intervenciones sociales dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones y de luchas de poder (Weeks, 1998).

El cuerpo y sus posibilidades eróticas, así como otras construcciones sociales, varían de una sociedad a otra. No es posible negar la importancia de la biología, ya que esta condiciona y limita lo que es posible, pero no es la única causa de las formas de vida sexual, es más bien “una serie de potenciales que se transforman y adquieren significado sólo en las relaciones sociales” (Weeks, 1998, pág. 29).

La sexualidad es un elemento fundamental de la vida, una dimensión constitutiva del ser humano y un constructo sociocultural e histórico. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de su vida y ejercen su sexualidad desde su contexto y socialización. Es por esto que, a partir de su experiencia, la

sexualidad presenta manifestaciones, intereses, expresiones, sentimientos y características diferentes (López Gómez, 2015).

Históricamente las diferentes sociedades y culturas han mostrado múltiples tentativas de normalizar las prácticas sociales, entre ellas la sexualidad, la han regulado, controlado, ordenado y sancionado. Lagarde (1997) citada en (López Gómez, 2015) define la sexualidad desde una perspectiva antropológica como: *“lenguaje, símbolo, norma, rito y mito: es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión”*. Los discursos sobre la sexualidad incluyen estrategias políticas de regulación y control social (López Gómez, 2015).

La obra de Michel Foucault ha sido un gran referente que ha significado un aporte ineludible a los análisis sobre la sexualidad y su historia. Desde su perspectiva la sexualidad se articula en torno a la formación de saberes que a ella se refieren y a los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (Foucault, 1984).

Entre sus continuas y variables conceptualizaciones sobre sexualidad, Foucault la concebía como:

“...una gran red superficial donde la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de conocimientos, el refuerzo de los controles y las resistencias se encadenan unos con otros según grandes estrategias de saber y de poder” (2007, pág. 129).

La comprensión integral del derecho a la salud ha implicado el desarrollo teórico del concepto de sexualidad, desde la óptica de esas fuerzas sociales de Weeks y la dimensión de poder de Foucault, dando a paso a conceptos más técnicos el campo de la salud pública de las instituciones del Estado y las diversas organizaciones internacionales.

Para la OMS (2006) “la sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida”. El sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción son elementos fundamentales que abarca la sexualidad. La OMS anota también, que la sexualidad:

Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales,

económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006, pág. 5).

La OMS hace referencia por primera vez a la salud sexual en 1974, cuando luego de convocar a un grupo de expertos en sexualidad humana, se elaboró un informe técnico sobre la formación de los profesionales sanitarios en materia de educación y tratamiento en esta esfera. En el informe, la salud sexual se definió como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 2018, pág. 2).

Veinte años más tarde, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) recoge la definición de salud sexual y reproductiva, misma que es aceptada y utilizada por las instituciones internacionales especializadas en cuestiones de salud y desarrollo, los distintos foros internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales. La definición que se esbozó fue:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la

libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (ONU, 1994, pág. 65).

La CIPD continua con otro párrafo que enriquece esta definición, apelando precisamente a aspectos como la libertad de elección sexual:

“...la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (ONU, 1994, págs. 65,66)

A partir del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo se definieron los elementos esenciales, como medidas a incorporar en la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de salud (ONU, 1994):

- Información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.
- Información y acceso a métodos de planificación familiar que sean apropiados, seguros, efectivos, económicamente accesibles, y aceptados como consecuencia de una decisión informada.
- Provisión de servicios para un embarazo, parto y puerperio seguros.
- Prevención y tratamiento de las consecuencias del aborto y acceso a servicios en los casos en que este no es ilegal.
- Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/ SIDA y otras afecciones de la salud reproductiva como el cáncer de mama o del sistema reproductor.
- Eliminación de conductas dañinas como la mutilación genital femenina, la violencia o el tráfico sexuales.
- Generar mecanismos para la participación comunitaria, en especial de las mujeres, en todos los niveles del sistema de atención de salud.
- Alentar la responsabilidad de los hombres en todos los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva; planificación familiar, labores

domésticas y crianza de los hijos y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Desarrollar programas innovadores para adolescentes y hombres adultos.

En el marco de la atención de la salud en el primer nivel, se hace énfasis en que se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión o referencia a otros servicios de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

La CIPD ha producido un cambio paradigmático en la manera de abordar las políticas de población, que incluye la propia conceptualización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la redefinición de obligaciones del sector salud al respecto. Fue a partir de la CIPD que se logró un consenso mundial sobre estos temas y representó una aprobación rotunda de que asegurar la salud reproductiva, los derechos individuales y el empoderamiento de las mujeres es obligación de cada país y de cada comunidad.

### **2.3. Derechos sexuales y reproductivos**

El concepto de derechos sexuales y reproductivos ha evolucionado en el tiempo a partir de una reacción de los movimientos de mujeres de todo del mundo, que luchaban por liberarse de la violencia de los hombres contra el cuerpo de la mujer y del control patriarcal sobre su sexualidad y de la incidencia de las organizaciones feministas y de mujeres por ampliar el concepto.

En 1994, la CIPD acordó una definición para los "derechos reproductivos", estableciendo que:

... se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (ONU, 1994, pág. 66).

Sin embargo, en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995) se logró avanzar más allá para la definición de los derechos sexuales. En el párrafo 96 se

formuló en los siguientes términos: "Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia " (ONU, 1995).

En el año 2002 una consulta técnica sobre salud sexual convocada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, propuso una serie de definiciones como guía para las personas que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva. A partir de ésta, se concluyó que el goce de una salud sexual comprende la garantía de los siguientes derechos:

- los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona;
- el derecho a la igualdad y la no discriminación;
- el derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- el derecho a la privacidad;
- los derechos al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social;
- el derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de este;

- el derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos;
- los derechos a la información y a la educación;
- los derechos a la libertad de opinión y de expresión; y
- el derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales.

Por tanto, los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos universales, a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación (Ídem).

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran en la actualidad protegidos por la legislación internacional referente a los derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas. Al ser derechos consagrados en instrumentos internacionales, los Estados tienen obligaciones para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y encaminar las medidas necesarias para su consecución. Para ello, el derecho internacional contempla en los instrumentos internacionales obligaciones que incluyen medidas legislativas y de otra índole dirigidas a objetivos y resultados específicos a rendir por los Estados, mecanismos institucionales, y también

prestaciones esenciales que todo Estado debe asegurar. Dichas prestaciones esenciales relevantes para garantizar los derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción envuelven un desarrollo del derecho a la educación, a la salud, a la protección de la seguridad personal y el derecho a la justicia (Güezmes, 2004, pág. 35).

La salud sexual y reproductiva y los derechos correspondientes se interceptan a tal punto que en un país o región basta conocer los indicadores de salud reproductiva (mortalidad y morbilidad materna, tasa de abortos y abortos hospitalizados, la accesibilidad a la anticoncepción, o los programas de salud reproductiva, entre otros) para poder afirmar si existe, y forma parte de las políticas públicas un cuerpo consolidado y vigente de derechos reproductivos para varones y mujeres, si los mismos incorporan en sus programas la perspectiva de género y si las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos son denunciadas y sancionadas (Checa, 2006).

Güezmes (2004) señala que, en el campo de la sexualidad, la discriminación también puede ser entendida en la exigencia del ejercicio responsable de la sexualidad, sobre todo cuando se aborda la sexualidad de los y las jóvenes. La necesidad de protección de los derechos sexuales se confunde sistemáticamente con la tutela, entendida como un conjunto de regulaciones que califican estas

libertades bajo el título de la responsabilidad expresada en comportamientos y prácticas saludables dentro de lo que es tipificado como normal.

Viveros (2004) en su artículo el gobierno de la sexualidad juvenil y la gestión de las diferencias, reflexiona sobre esta tutela citando a Foucault con lo que llama el “poder pastoral”, que en sus modalidades modernas deja de pretender guiar a la gente para su salvación en el más allá, para asegurar su salvación en este mundo, “haciendo el bien”, es decir, procurando la salud, el bienestar, la seguridad, entre otras. Algunas de las características de este tipo de poder pueden encontrarse en las instituciones que se ocupan de la salud pública sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

La autoridad para obligar a cada joven a hacer lo necesario para mantenerse saludable; la preocupación por asegurar no sólo el bienestar de cada uno y cada una de ellos como individuo sino como grupo poblacional; la movilización de diferentes actores –médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores–, para llevar adelante estas funciones pastorales. (Viveros, 2004, pág. 7)

La expresión -ejercicio responsable de la sexualidad- que parece lógica e inofensiva tiene una fuerte carga moral, pues a diferencia de otros derechos consagrados como la libertad de empresa, contratación, asociación o trabajo, la

sexualidad es el único derecho que debe ejercerse responsablemente. *“Este supuesto, lejos de ser problematizado ha sido asumido como válido en los estudios e investigaciones realizados en la Región, así como en los documentos de las Naciones Unidas”* (Güezmes, 2004).

Las decisiones respecto a la sexualidad son expresiones individuales, que conllevan la necesidad de generar condiciones que contemplen los derechos humanos como interdependientes para posibilitar su ejercicio. El esfuerzo de los Estados debe orientarse a la generación de condiciones o capacidades, no tanto en tipificar lo que es o no apropiado en materia de sexualidad.

#### **2.4. Género y salud sexual y reproductiva**

Para Butler (2006) “el género es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume” (pág. 70). Joan Scott (1996) por otro lado, define el género un “elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (pág. 289). Distingue cuatro elementos principales del género, a saber: 1) los símbolos y los mitos culturalmente disponibles; 2) los conceptos normativos

que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, expresados en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, 3) las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política y 4) la identidad.

El género, como fenómeno social impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales y simbólicos, además, impregna las instituciones sociales (como la familia, la iglesia y la escuela) porque no solo se refiere a las relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas (Sen, George, & Östlin, 2005).

El género es más que una categoría, es una dimensión amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos socialmente en torno al sexo. Está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura (Lagarde, 1996). Se expresa mediante un conjunto de normas sociales y comportamientos considerados como apropiados en un determinado tiempo y espacio asignados a mujeres y hombres, en función de la construcción social de la masculinidad y femineidad. A estas normas se les

conoce como roles de género, los cuales suelen determinar e inciden en los modos de ser, sentir y actuar de hombres y mujeres. Históricamente las mujeres han ocupado roles reproductivos asociados al mundo de lo privado y los hombres roles productivos asociados al mundo de lo público.

Los roles de género se relacionan estrechamente con las expectativas que tiene la sociedad respecto al comportamiento sexual de hombres y mujeres, enmarcados en un modelo heteronormativo. Para Butler (2001) citada en (Gelpi & Forrasi , 2015), la heteronormatividad es el poder normalizador de la heterosexualidad y las normativas que garantizan y fortalecen su legitimidad social. Este poder atraviesa tanto las representaciones sociales, como la subjetividad, el ámbito de lo jurídico y los reglamentos en las instituciones públicas y privadas. Esta heterosexualidad obligatoria define cuales son las identidades de género “correctas” y castiga aquellas que no lo son.

La humanidad es diversa por definición, por lo que es imperativo entonces, reconocer la existencia de diferentes expresiones de la sexualidad y hacer algunas distinciones conceptuales al respecto. La orientación sexual refiere hacia qué sexo orienta la persona su deseo erótico afectivo. La clasificación más clásica describe tres categorías: la orientación homosexual, bisexual y heterosexual. La identidad de género hace referencia a sentimiento psicológico de ser hombre o mujer y adhesión a ciertas normas culturales relacionadas con

el comportamiento femenino o masculino. En el caso de las personas transexuales, la identidad de género no concuerda con el sexo biológico.

Las personas que transgreden la heteronormatividad y que se identifican como lesbianas, gays, transgénero, intersex, queer, entre otras identidades sexuales (LGBTI+) muchas veces son víctimas de discriminación, estigmatización y exclusión, por la rigidez que proponen los modelos hegemónicos de la feminidad y la masculinidad. Estos modelos generan presión social a través de distintos mecanismos, algunos más sutiles, otros más evidentes, que procuran evitar que las personas se desvíen de lo que socialmente se espera. El hecho de confinar la sexualidad únicamente a su dimensión reproductiva invisibiliza los derechos sexuales –como los referidos a vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género– por tanto, vulnerando el reconocimiento de los derechos sexuales de las personas LGBTIQ+ (Gelpi & Forrisi , 2015).

Autores como Álvarez (2013) en (Gelpi & Forrisi , 2015) afirma que la construcción de la noción de derechos sexuales y reproductivos tuvo importantes sesgos de género ya que están pensados casi exclusivamente desde el modelo de mujeres heterosexuales, invisibilizando a las personas LGBTIQ+. No obstante, en 2006 se pactaron los Principios de Yogyakarta que se refieren a la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género; este es hasta ahora el instrumento

más importante que trata específicamente sobre cuestiones de diversidad sexual. En el Principio 17 establece que “Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género” (ONU, 2006, pág. 23), menciona además que la salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.

El género es una categoría relacional, no sólo se ocupa de entender cómo se llega a ser varones y mujeres, sino que estudia también qué pautas sociales de relacionamiento se establecen para vincularse entre sí y también con las personas de su mismo sexo. El abordaje de la orientación sexual y la identidad de género enriquece los enfoques de derechos y de género, cuestionando la heterosexualidad como parte del imperativo patriarcal hegemónico. Desde un enfoque de derechos humanos, el respeto y reconocimiento de la diversidad sexual constituyen la base para la igualdad y la no discriminación.

Lo anterior evidencia como elementos como la identidad de género y la orientación sexual se vinculan con el género, vislumbrando dimensiones sociales, culturales y políticas que inciden en el goce efectivo de los derechos humanos. Así, resulta necesario también comprender la categoría de género en interacción con otras variables como la etnia, edad, nivel socioeconómico, nacionalidad, orientación sexual, lugar de residencia y otras variables generadoras de

desigualdad, las que es posible analizar desde una perspectiva de interseccionalidad.

El concepto de interseccionalidad fue acuñado en 1989 por la abogada afro estadounidense Kimberlé Crenshaw en el marco de la discusión de un caso legal, con el objetivo de hacer evidente de que en los Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones tanto de raza como de género y, sobre todo, buscaba crear categorías jurídicas concretas para enfrentar discriminaciones en múltiples y variados niveles. Según Viveros (2016) este enfoque no es novedoso, ya había sido abordado por las teorías feministas como un problema antes de darle un nombre.

Emplear la herramienta de la interseccionalidad al análisis de los fenómenos sociales “permite y propicia una reflexión permanente sobre la tendencia que tiene cualquier discurso emancipador a adoptar una posición hegemónica y a engendrar siempre un campo de saber-poder que comporta exclusiones y cosas no dichas o disimuladas” (Viveros Vigoya, 2016, pág. 14). Si bien, las categorías más consideradas para este tipo de análisis han sido la raza, la clase, el género y la sexualidad, en los últimos tiempos distintos movimientos sociales han hecho un llamado a pensar en otras fuentes de desigualdad social, como la nacionalidad, la religión, la edad, los tipos de discapacidad y la pertinencia política.

El análisis interseccional da luz sobre las necesidades y brechas de las personas para vivir en condiciones de dignidad y gozar plenamente su derecho a la salud. Sin embargo, ni la teoría de clases ni la de la estratificación social habían dado cuenta de la desigualdad social en función del género. Esta desigualdad está asentada sobre la base de un sistema dominado por los hombres y por los valores masculinizados –el patriarcado– cuyo núcleo fundamental se encuentra en el control que ejercen sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres.

Es posible analizar las múltiples formas de desigualdad y discriminación a través de un enfoque interseccional, ya que reconoce que no sólo existe una causa de discriminación, sino que las formas de discriminación o los sistemas de subordinación (género, raza, etnia, clase, etc.) interactúan simultáneamente desempoderando y violando los derechos de quienes lo sufren (Gutiérrez Ros, 2007). Para Viveros (2016, pág. 8) los análisis interseccionales ponen de manifiesto dos asuntos: 1) la multiplicidad de experiencias de sexismo vividas por distintas mujeres y 2) la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud.

Es acertado citar a Susana Checa (2006) al referirse al contexto de inequidad y exclusión en el ámbito de la salud, producto de un modelo subordinado a la lógica de mercado:

“...es imprescindible impulsar un modelo sanitario centrando las acciones en salud con un enfoque donde el derecho a la salud como base de toda sociedad democrática se exprese en principios rectores de solidaridad, justicia, ética social y abordajes integrales de la salud, con cobertura universal y gratuita que garantice que la población acceda a la prevención, a la información, a la asistencia y a la adecuada calidad de la atención. Para ello es imprescindible desarrollar herramientas conceptuales, abordajes metodológicos para la investigación y propuestas de acción sobre la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos” (Checa, 2006, pág. 6)

Una de esas herramientas conceptuales a las que se refiere Checa es precisamente la perspectiva de género. Ésta es una herramienta que permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Analiza también las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar.

Esta perspectiva considera que, junto con otros estratificadores sociales, el género es uno de los grandes factores que determinan la salud, la enfermedad y la muerte (Ramos Padilla, 2006).

Aplicada al ámbito de la sexualidad, López (2015) concluye que predomina un enfoque restrictivo debido a que se problematiza fundamentalmente en la equidad de género en términos de las diferencias entre mujeres y varones y cómo estas diferencias han sido y siguen siendo interpretadas como desigualdades sobre las que se sostienen las prácticas sociales de discriminación. Persiste la visión predominante de la sexualidad ligada a la heterosexualidad y a la reproducción. La realidad demuestra que muchas de las políticas, programas y acciones que se emprenden en el terreno de la salud sexual y reproductiva, abordan aspectos de los derechos reproductivos y dejan de lado los derechos sexuales.

En términos prácticos, la aplicación de la perspectiva de género permite analizar que, por razones biológicas, solo las mujeres pueden experimentar los riesgos directos de salud por el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto y que además otras condiciones relativas a la salud sexual y reproductiva, tales como las infecciones del aparato reproductor, incluidas las infecciones de transmisión sexual, por lo general tienen efectos más graves y a más largo plazo en las mujeres. Sin embargo, los riesgos para su salud que se derivan de tales eventos

no sólo están relacionados con dichos papeles biológicos en sí, sino de manera muy fuerte con las posibilidades de atención o desatención de estos problemas, con las labores domésticas y extra domésticas que realizan con o sin apoyo de sus parejas masculinas aun en esos períodos, y con la capacidad o no de decidir sin intermediaciones sobre los cuidados a recibir y la oportunidad de estos. Estas están ligadas, junto a la pertenencia a una clase social, a la equidad o inequidad de género existente (Ramos Padilla, 2006).

La perspectiva da luz también sobre el rol de los hombres y la salud sexual y reproductiva. En varias investigaciones sobre salud sexual y reproductiva se ha estudiado a los hombres desde una perspectiva únicamente de déficit de participación, dichos estudios hacen énfasis en la escasez de servicios y programas orientados a las expectativas del género masculino, a la baja participación de los hombres en los mismos, la poca capacitación como usuarios, y la carencia de personal idóneo para brindar servicios. (Ochoa-Marin & Vásquez-Salazar, 2012).

Mientras las mujeres tienen más riesgos de salud asociados con la reproducción que los hombres, son los hombres los más responsables de contribuir a estos riesgos. Por lo tanto, se reconoce la necesidad de aumentar la responsabilidad de los hombres, particularmente en lo que concierne a las consecuencias de sus acciones sexuales para sus parejas. Más que hablar de “responsabilidades y

participación masculina”, se puede hacer un mayor énfasis en los derechos masculinos, esto llevaría a generar estrategias para crear las condiciones en que los hombres queden habilitados para asumir más responsabilidad (Lundgren, 2000). El ver a los hombres, no sólo como corresponsables en el campo de la salud reproductiva y sexual, sino a la vez como sujetos de derechos, con necesidades por cubrir, resulta una perspectiva fundamental por asumir (Ramos Padilla, 2006).

Judith Helzner (1996) citada en Lundgren (2000) argumenta que:

*“en general, si se da poca o ninguna de atención a la visión general - incluyendo a los dos sexos antes de centrarse en los hombres - existe el potencial para que los programas de planificación familiar refuercen el statu quo en las desigualdades de género”.*

Algunos programas, cuya meta es aumentar la participación masculina, han resultado en un aumento del control de los hombres sobre las decisiones de su pareja, en este sentido algunas estrategias para promover la participación de los hombres pueden fomentar las decisiones patriarcales a expensas de la igualdad de las mujeres y su derecho a tomar decisiones que afectan sus vidas. (pág. 6).

Trabajar desde la perspectiva de género en pos de la igualdad y de la libertad no significa que no existen diferencias entre hombres y mujeres. Más aún, existen diferencias entre los propios hombres y las propias mujeres que los hacen únicos.

Sin embargo, estas diferencias no implican desigualdades, es decir, no deberían usarse como un justificante para las injusticias en la distribución de poder y recursos.

Por todo lo anterior es que en el Programa de Acción de la CIPD se insta a los países a promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluidas la eliminación de todas las formas de discriminación. Se hace visible la presencia masculina en los procesos reproductivos, llamando a crear programas innovadores para que todos los adolescentes y hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva, dichos programas “deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual” (ONU, 2014, pág. 69). El desarrollo normativo internacional y la adopción de instrumentos internacionales que incluyen la perspectiva de género por parte de los Estados, ha propiciado cambios importantes en la salud en cuanto a su contenido y alcance en la legislación nacional.

## **2.5. Situación de la salud sexual y reproductiva en Honduras**

El Estado de Honduras es signatario de los principales compromisos internacionales en materia de salud. En el Artículo 145 de la Constitución se reconoce la salud como un derecho y la misma es parte fundamental del Plan de Nación Visión de País.

### **2.5.1. Marco legal en salud sexual y reproductiva**

Entre los principales instrumentos internacionales referentes al derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, se destacan:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Comentario # 14 del PIDESC, que desarrolla el concepto de derecho al nivel más alto de salud posible.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- Conferencia sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994,

Entre los instrumentos jurídicos y de política pública que velan por los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes de Honduras, se pueden mencionar:

la Política Nacional de Juventud, que tiene un lineamiento de “Salud Integral y Estilos de Vida Saludable”; la Ley Especial de VIH/SIDA, en la que se instituye la educación integral de la sexualidad y; la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer y el segundo Plan de Igualdad y Equidad de Género II PIEG, que contiene normativas para la prevención y tratamiento adecuado del embarazo en adolescentes. En el tema de VIH, la normativa nacional es la Ley Especial del VIH de Honduras, aprobada en 1999 mediante Decreto No.147-99, a través de la que se creó la Comisión Nacional del SIDA, como ente responsable de liderar la política nacional sobre VIH en el país.

En 2013 se emitió la primera Política Pública y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos, la cual contiene un capítulo dedicado a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, así como capítulos dedicados a Derechos de la Mujer y Derechos de la Juventud.

En el 2014 se realizó en Honduras la I Cumbre “Alianza para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia”, generándose la “Declaración de Honduras: Alianza para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia”, en la cual se establecen compromisos para mantener una abogacía permanente para promocionar las estrategias y medidas orientadas a la prevención del embarazo en la adolescencia. Como seguimiento a la Declaración, en el mismo año 2014

El Gobierno aprobó el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes (2014-2018) SDHGD (2018, pág. 22).

En el año 2016 se aprueba la nueva Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), que vino a actualizar a la anterior de 1999, la cual en su momento pretendió convertirse en el marco conceptual, estratégico y operativo para la implementación de la salud sexual y reproductiva en la SESAL. El objetivo de la PNSSR es fomentar el mejor nivel posible de Salud Sexual y Reproductiva mediante el ejercicio informado, libre y responsable de los derechos sexuales y reproductivos a lo largo del curso de la vida, en el contexto de la Ley Marco del Sistema de Protección Social. (SESAL, 2016).

El marco doctrinario y referencial de la política está conformado por los convenios e instrumentos internacionales vinculados al tema, incluyendo el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, y por una serie de normativas y planes nacionales que han abordado la temática a lo largo de los años, incluyendo también a la Ley Marco del Sistema de Protección Social del 2015 y el Modelo Nacional de Salud del 2013.

Las obligaciones que le corresponden al Estado hondureño en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos son múltiples y, por esta misma razón, no se concentran en un solo sector institucional, sino que, por su misma

definición, abarca múltiples sectores, instituciones, servidores públicos y disciplinas, para poder dar una respuesta congruente ante estos derechos.

En este sentido, tanto las dependencias del Poder Ejecutivo, como del Poder Judicial y el Legislativo son actores principales para el respeto, protección y cumplimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, desde sus respectivos ámbitos de competencia, así como también se necesita del concurso decidido de los gobiernos locales, así como del apoyo técnico y financiero de las agencias multilaterales y bilaterales de cooperación externa.

Lo cierto es que esta situación ideal contrasta en la realidad hondureña, con instituciones débiles en su accionar en el tema. Las instancias del Estado que se involucran para aportar al reconocimiento y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, tradicionalmente se ha reducido a las acciones que se realizan desde la Secretaría de Salud en los temas de control del embarazo, al aumento en la cobertura del parto limpio e institucional, a la atención puerperal, a la disminución de las altas tasas de mortalidad materna, a la prevención del VIH, a la prevención del embarazo en adolescentes y el mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres mediante el espaciamiento de los embarazos a través de métodos anticonceptivos. (Secretaría de Justicia y Derechos Humanos, 2013)

Según la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos (2013) en los últimos años se han afianzado otras áreas de trabajo en derechos sexuales y reproductivos, dirigidas hacia la prevención del embarazo en adolescentes, a la promoción de los derechos de las personas con VIH, la prevención y atención a la violencia sexual, especialmente en niñas y niños, y la necesidad de instituir la educación sexual dentro de la educación formal del país. Todas estas áreas de trabajo, no obstante, se han desarrollado desde una óptica focalizada, en la que no ha primado un trabajo multisectorial ni interdisciplinario.

El reconocimiento efectivo y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos es incipiente en Honduras y el estado actual de sus alcances se debe a iniciativas y acciones de las organizaciones de mujeres y de la diversidad sexual. Así mismo, al trabajo de algunas instituciones de salud, a través de su personal técnico con un apoyo no siempre continuo de parte de sus autoridades; así como de organismos de cooperación internacional que han apoyado técnica y financieramente (Ramírez, Martínez, & Rivera, 2003). Otros factores que han limitado la respuesta se relacionan con el énfasis en la ejecución de proyectos específicos, en lugar de programas de carácter permanente.

## 2.5.2. Cifras de salud sexual y reproductiva en Honduras

Los indicadores de Honduras con respecto a los de otros países en la subregión, se observa un rezago en términos generales (UNFPA, 2019).

**Tabla 1**

Indicadores de salud sexual y reproductiva de Mesoamérica, año 2019.

País	TGF	TFA	Tasa uso de ACO		RMM	Partos atendidos PS
	2019	2006-2017	Todos los métodos	Métodos modernos	2015	2006-2017
Honduras	2.4	103	73	65	129	83
Costa Rica	1.7	53	79	77	25	99
El Salvador	2	69	62	52	54	100
Guatemala	2.8	92	80	77	88	83
Nicaragua	2.1	92	72	68	150	88
Belice	2.4	69	55	52	28	97
México	2.1	63	71	68	38	98
Panamá	2.4	79	60	57	94	95

*TFA: Tasa de fecundidad en adolescentes por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años*

*TGF: Tasa global de fecundidad*

*Tasa uso ACO: Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años (mujeres casadas o en unión libre)*

*RMM: Razón de mortalidad materna por cada 100000 nacidos vivos*

*Partos atendidos PS: Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje*

Fuente: Indicadores demográficos y para el seguimiento de los objetivos de la CIPD, UNFPA 2019.

El principal indicador de la fecundidad es la Tasa Global de Fecundidad (TGF), Honduras tiene la segunda mayor tasa de fecundidad, por debajo de Guatemala. Aunque la tendencia de este indicador ha sido a la baja, respecto a años anteriores, pasando de 4.4 hijos por mujer en el año 2001 a 2.4 hijos por mujer en 2019.

El embarazo en adolescentes sigue siendo considerado uno de los principales problemas en el tema de salud sexual y reproductiva en el país, este grupo de edad tiene una elevada Tasa Específica de Fecundidad (103 por cada 1,000 mujeres en el grupo de edad), manteniéndose casi estática en los últimos 10 años. Aunque la fecundidad general a nivel nacional ha venido descendiendo, el comportamiento no es similar para el embarazo adolescente que según datos de la ENDESA indican que entre 2005-2006 y 2011-2012 el porcentaje de adolescentes que alguna vez estuvo embarazadas pasó de 21.5% a 24%, lo que refleja un crecimiento de 2.5 puntos porcentuales. La mayor proporción de embarazos en adolescentes se presenta entre las adolescentes más pobres, que habitan en áreas rurales y que tienen menores niveles educativos, por lo que el embarazo adolescente se convierte en un factor de fortalecimiento del ciclo de reproducción de la pobreza (SESAL, 2016).

Tanto en el área urbana como rural las jóvenes adolescentes inician su vida sexual sin medidas adecuadas para prevenir el embarazo, por una parte, por

carecer de una sólida formación en salud sexual y reproductiva unido al hecho de que el acceso a la asesoría y los métodos anticonceptivos no siempre es expedito, que representa otra variable que debe considerarse, ya que generalmente este grupo poblacional es el que presenta los porcentajes más altos de demanda insatisfecha, tal y como se muestra en la ENDESA 2011-12, donde se establece que la demanda insatisfecha de anticonceptivos entre adolescentes es de un 17.7%, frente a un 11% de demanda insatisfecha para el total de mujeres en edad reproductiva.

Esta problemática se ve agravada por las dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, las cuales obedecen a patrones culturales preexistentes relacionados con temas como iniciación sexual y unión temprana, a debilidades en materia de educación integral de la sexualidad y a la falta de servicios integrales de salud para adolescentes que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos.

El uso de métodos anticonceptivos ha venido creciendo consistentemente en Honduras, pero la necesidad insatisfecha de planificación familiar todavía es elevada, especialmente entre la población pobre que vive en el área rural, donde también se observan las tasas más elevadas de mortalidad materna e infantil. Un desafío fundamental se relaciona con la superación de la inequidad y exclusión en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de planificación

familiar, que ha afectado principalmente a grupos de población en condiciones de vulnerabilidad, como las mujeres pobres que viven en áreas rurales, las mujeres pertenecientes a poblaciones indígenas y afrodescendientes, y las adolescentes, para lo cual se necesita priorizar medidas de acción dirigidas a superar estas inequidades,

Actualmente, los datos oficiales disponibles sobre mortalidad materna datan del año 2010, año en que se realizó el estudio de actualización de la Razón de Mortalidad Materna, registrando 73 mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo por cada cien mil nacidos vivos, dato que comparado con los estudios anteriores, de los años 1990 y 1997, en los que Honduras reportó 182 y 108 muertes por cada cien mil nacidos vivos respectivamente, muestran una tendencia a la reducción (SESAL, 2016). Los datos presentados en la Tabla 1 sobre mortalidad materna son elaborados por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas).

Un aspecto directamente relacionado con la mortalidad materna, es la atención del parto por personal especializado. En ese sentido, según datos de la ENDESA 2011-2012 muestran que el parto institucional se ha incrementado en los últimos años, con un 83% de partos atendidos por personal calificado en establecimiento

de salud, lo que representa un incremento de 15 puntos porcentuales respecto a los datos de la ENDESA 2005-2006, dicha cifra no refleja la realidad de la población de mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza y aquellas con menor grado de instrucción, representa un porcentaje mucho menor (INE, 2013). Además, la ENDESA reporta que un 3% de mujeres no tienen ningún control del embarazo. Esta situación continúa debido a que las mujeres del área rural no cuentan con suficientes servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el VIH, la sífilis y otras ITS.

Los datos acumulados de la Secretaría de Salud de 1985 a diciembre del 2016, registran 34,258 personas diagnosticadas con VIH. En el año 2016 se reportaron 755 nuevas infecciones, de las cuales el 65% fueron en hombres y el 35% en mujeres; para una razón hombre-mujer de 2:1. El VIH constituye la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, con una tasa de 250 por cada 100,000 mujeres y afecta principalmente a la población económicamente activa, entre las edades de 20 a 39 años (SESAL, 2017). A nivel nacional en el 2016 se reportaron 162,215 nuevas embarazadas en atención prenatal, a 158,910 se realizaron la prueba de VIH con un total de 174 embarazadas positivas, para un porcentaje de positividad de 0.1 y recibieron TAR 168 embarazadas.

Otro de los problemas de salud sexual y reproductiva que sobresale son los tumores, principalmente de mama y de cuello uterino; resaltando que solamente

un tercio de las mujeres que han obtenido resultados positivos en sus citologías, han recibido consulta de seguimiento (SESAL, 2016).

### **2.5.3. Principales desafíos para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Honduras**

En Honduras, el debate sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos se ha sido limitado a pocos temas: mortalidad materna, planificación familiar, embarazo adolescente y VIH; todos relacionados entre sí. Los principales opositores al desarrollo de estos derechos han sido principalmente los grupos ligados a las Iglesias o vinculados a la clase política conservadora y al poder económico del país. Su oposición se centra fundamentalmente en el derecho de las mujeres a decidir sobre el ejercicio de su propia sexualidad, instalando obstáculos que es necesario enfrentar para que la ciudadanía acceda a los derechos que le competen.

Aunque la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva representó un importante avance para la temática en el país, su implementación ha enfrentado restricciones de apoyo político y recursos económicos (Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización, 2018). El énfasis en las medidas de política sobre derechos sexuales y reproductivos que se han llevado a cabo, han estado dirigidas al mejoramiento del acceso y calidad a los servicios

de control prenatal y atención institucional del parto, con el propósito de reducir la mortalidad materna e infantil.

De acuerdo a la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos (2013) haciendo referencia a un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2003 sobre la situación de atención a víctimas de violencia sexual, se encontró que la respuesta brindada a dicha población adolecía de una adecuada coordinación entre las diferentes instancias participantes: fiscalías, clínica forense, centros de salud, clínicas de consejería familiar y otros involucrados; y que el apoyo que se daba a la víctima y sus familiares no les permitían acceder a los mecanismos de justicia.

Entre los temas altamente conflictivos se encuentra la educación sexual que debe brindarse a los jóvenes en el sistema escolar formal, ámbito en el cual el Estado hondureño ha venido incumpliendo sus obligaciones respecto a los derechos sexuales y reproductivos de la juventud, mismos que se han reiterado como compromiso internacional en varias oportunidades y que está estipulado en la Ley Especial de VIH/SIDA, vigente en el país desde 1999. Desde la aprobación dicha ley, la educación en SSR ha atravesado por diversas etapas de impulso y retroceso por parte de las entidades llamadas a su elaboración y edición; a pesar de contar con el apoyo de agencias de cooperación, el proceso en gran medida se ha visto obstaculizado por simpatizantes de grupos de tendencia religiosa que

se han opuesto a la educación integral en sexualidad en la educación nacional (Centro de Derechos de Mujeres y CLADEM, 2014).

Según informe sobre la educación para la sexualidad en Honduras para el Relator especial sobre educación, elaborado por el Centro de Derechos de Mujeres y CLADEM – Honduras (2014), señala que no existe la educación sexual en la formación docente, tampoco procesos sostenidos, sistemáticos y bajo la responsabilidad de la Secretaría de Educación, para incorporar la perspectiva de género en cualquiera de sus dimensiones. El principal obstáculo para el cumplimiento de estos temas en el país son los actores/as de grupos religiosos fundamentalistas con fuerte presencia dentro de las estructuras de poder del estado, así como la influencia simbólica que las iglesias ejercen sobre la población.

En cuanto a la situación de respeto de los derechos reproductivos y al derecho a la salud, Honduras es el único país de la región donde la anticoncepción de emergencia aún está prohibida. El Congreso Nacional emitió el Decreto Legislativo No. 54-2009, que prohíbe, e incluso penaliza, el uso de la llamada píldora anticonceptiva de emergencia (PAE). Sobre el aborto, Honduras es uno de los países con leyes más restrictivas ya que no es legal en ninguna circunstancia, inclusive en casos en que la vida o la salud de la mujer se encuentre en peligro.

Estas dos realidades sumadas a la tasa de violencia de género en Honduras son de gran preocupación. En general, en Honduras existe una estructura legal y sanitaria para la implementación de algunos derechos reproductivos, sin embargo, no existen reportes sobre la eficacia para el cumplimiento de los compromisos en materia de DRR (Centro de Derechos de Mujeres, 2014).

También es muy importante abordar de una forma más concluyente la vinculación entre la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, especialmente la violencia sexual, y sobre todo aquella dirigida contra niñas. En violencia de género, falta un adecuado marco operativo y una mejor coordinación interinstitucional (Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc. (IPPF/RHO), 2018).

El papel que el Estado en su conjunto ha desempeñado en la promoción, defensa y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en Honduras ha sido parcial, tímido y carente de horizontalidad y peso en las políticas públicas del país (Secretaría de Justicia y Derechos Humanos, 2013). Su accionar ha estado dirigido casi exclusivamente alrededor de los temas de salud, perpetuando el rol de las mujeres como organismos reproductivos de la sociedad y no como personas sujetas de derecho.

Se percibe una falta de voluntad política para operativizar el marco legal que existen en materia de derechos sexuales y reproductivos. Aunque en el país dispone de una abundante normativa oficial, que incluye leyes, políticas, planes, estrategias y normas. El problema entonces no es la ausencia de normativa, sino la implementación desigual de la misma. La mayor parte de las iniciativas que se están implementando no tienen aún cobertura nacional, ni llegan a todos los grupos de población vulnerables.

## **2.6. Antecedentes del Área de Salud de VOA E**

Las Universidad Nacional Autónoma de Honduras obtienen su autonomía el 15 de octubre de 1957, fruto de una lucha concreta por democratizar la sociedad hondureña y se convierte en una conquista directa de las fuerzas opositoras al gobierno dictatorial de Julio Lozano Díaz. Entre esas fuerzas, los universitarios desempeñaban un papel particularmente preponderante e impusieron su consigna de autonomía universitaria entre el conjunto de medidas y reclamos que la oposición planteaba (Ramos Orellana, 1990).

Con la obtención de su autonomía, la Universidad dio un paso trascendental en su desarrollo. La nueva estructura determinada por su Ley Orgánica, contemplaba su función social al sentar las bases para la creación de

departamentos importantes, entre otros Extensión Universitaria y Bienestar Universitario.

El departamento de bienestar universitario fue creado como una respuesta a las necesidades de los estudiantes. En abril de 1947 el segundo congreso latinoamericano de estudiantes, acuerda dejar establecidas las bases doctrinarias y políticas en que descansaran los departamentos de Bienestar Estudiantil y luego en el congreso de estudiantes de medicina celebrado en Lima, Perú en 1957, se aprueban los principios para la organización de estos departamentos, acordándose a la vez, exigir su creación a las universidades que aún no contaban con ellos (Ramos Orellana, 1990).

Según Ramos Orellana (1990) en el año 1959 el Honorable Claustro Pleno Universitario de la UNAH, aprobó una asignación presupuestaria para crear un departamento que tuviera como función primordial atender los diversos problemas y necesidades de los estudiantes, basándose en el artículo 54 de la Ley Orgánica que dice: “La Universidad dará protección a sus alumnos y procurará su bienestar y mejoramiento”. En 1974 se transformó el departamento de Bienestar Universitario en “Dirección de Servicios Estudiantiles”, mediante la resolución del Consejo Universitario en las sesiones del 18 y 19 de noviembre de 1976, siendo efectiva esta restructuración a partir de 1978.

Después de la creación del Departamento de Bienestar Universitario en 1959, por iniciativa de la Federación de Estudiantes Universitario de Honduras (FEUH), siendo presidente el Br. Fernando Montes, fue aprobado por el Honorable Consejo Universitario la creación del Programa de Asistencia Médica. Actividad que tenía por finalidad otorgar los servicios médicos a base del sistema de cooperativas, es decir, descarga la responsabilidad de financiamiento de la UNAH para ser absorbida por la población estudiantil universitaria. Con ese fin se estableció dentro del Plan de Arbitrios, el pago de quince Lempiras por cada alumno. Este fondo era administrado por el Departamento de Bienestar y serviría para sufragar los gastos en medicina, exámenes de laboratorio, servicios de rayos X, pago de médicos especialistas a aquellos estudiantes que acudían en demanda del servicio.

En 1971 se otorga el servicio de laboratorio clínico en coordinación con la Facultad de Microbiología. Cinco años más tarde, en 1976 el Departamento de Bienestar Universitario sufre una reestructuración, desapareciendo este y creándose en la UNAH la Dirección de Servicios Estudiantiles, y es hasta el 1978 que el servicio médico estudiantil pasa a formar parte de esta Dirección, como una unidad independiente denominada Programa de Salud (Ramos Orellana, 1990).

Según el informe de Ramos Orellana (1990) en 1986 se produce un nuevo cambio sobre las funciones de cada uno de los programas que integran la Dirección de Desarrollo Estudiantil y es así que, se define al Área de Salud como responsable de las actividades enmarcadas en el campo preventivo asistencial, velando por la calidad de los servicios que se otorgan a los estudiantes y asimismo realizar acciones oportunas para evitar la incidencia de enfermedades que lo inhabiliten física y mentalmente en el desarrollo de su actividad académica.

Tiene como funciones:

- a. Planificar el desarrollo de actividades tendientes a educar, preservar, fomentar y rehabilitar la salud física y mental de la población estudiantil.
- b. Impulsar programas de tipo preventivo y asistencial, a fin de crear una actitud positiva en el estudiante frente a los problemas de salud individual y colectiva.

El Área de Salud para poder concretizar estas funciones se ha estructurado en dos programas que son:

1. Programa de medicina preventiva
2. Programa de servicios asistenciales de salud

En el marco del proceso de reforma de la UNAH, se plantea la revisión y modificación integral de su Ley Orgánica, misma que fue aprobada por decreto

209-2004 del Congreso Nacional de la República y publicada en la Gaceta en el numeral 30621 de fecha 12 de febrero de 2005, en la que se establece la creación de la Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles (VOAE). Según el Reglamento General de la VOAE, emitido y aprobado mediante Acuerdo No. 348-P-2008, Define a la VOAE como:

“La instancia que tiene como misión propiciar la igualdad de oportunidades al promover, desde una perspectiva humanista y holística, la formación de estudiantes íntegros, éticos comprometidos con el desarrollo económico, político, social y cultural de su comunidad y con el uso sostenible de los recursos y su entorno” (2008).

Junto a la Vicerrectoría Académica y a la Vicerrectoría de Relaciones Internacionales, la VOAE forma parte de las tres Vicerrectorías establecidas en la estructura organizativa de la UNAH, según su Ley Orgánica. Su objetivo primordial es “proporcionar a los estudiantes el ambiente de vida universitaria que le permita alcanzar los niveles máximos de condición humana, profesional y ciudadana de manera efectiva y eficiente” (Comisión de Transición de la UNAH, 2008).

En el marco de sus funciones y atribuciones, la VOAE está conformada por cinco áreas: 1) Desarrollo humano, 2) Inclusión y diversidad, 3) Orientación y asesoría académica, 4) Cultura y deporte y 5) Salud. Es así como en la actualidad, el Área

de Salud de la UNAH pasa a depender estructuralmente de la VOAE, siendo la responsable de todas actividades enmarcadas en el campo preventivo asistencial, realizando acciones específicas para evitar la incidencia de enfermedades que inhabiliten física y mentalmente el desarrollo de los y las estudiantes en sus actividades académicas.

Para el cumplimiento de sus funciones, el Área de Salud de VOAE se ha estructurado en dos programas: medicina preventiva y servicios asistenciales de la salud, ofreciendo a la comunidad universitaria los siguientes servicios (UNAH, 2017):

1. Atenciones Médicas
2. Atenciones Odontológicas
3. Atenciones Psicológicas
4. Servicio de Laboratorio
5. Servicio de Farmacia
6. Clínica anti-tabaco
7. Clínica de Atención a la Mujer
8. Clínica de Estilos de Vida Saludable
9. Clínica de VIH/SIDA-ITS
10. Fumigaciones
11. Evaluación y regulación de locales comerciales
12. Ferias de la salud

### 13. Charlas en educación en salud a las diferentes carreras

Los servicios son prestados por un equipo multidisciplinario de profesionales, integrado por médicos, enfermeras, microbiólogos, odontólogos, psicólogos, licenciados en nutrición, pedagogos y trabajadores sociales, que tienen bajo su responsabilidad la atención de los estudiantes en sus diferentes campos de competencias.

### **3. METODOLOGÍA**

El diseño del estudio fue mixto de tipo descriptivo transversal, donde se integraron métodos cuantitativos y cualitativos con el fin de obtener una perspectiva amplia de la situación actual de los servicios de salud sexual y reproductiva brindados en el área de salud de la VOAE, respecto a su funcionamiento y como estos son percibidos por parte de los y las estudiantes universitarios y los prestadores de servicios médicos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2018).

Esta investigación se desarrolló en Ciudad Universitaria UNAH, en Tegucigalpa, en el marco de colaboración entre el Posgrado de Salud Pública (POSAP) de la UNAH y el Proyecto “Fortalecimiento de las capacidades institucionales de la UNAH para la promoción de la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos como instrumento para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres” de la organización Médicos del Mundo España en Honduras.

Como parte de la metodología se incluyó el desarrollo de sesiones de trabajo para la discusión de las fuentes secundarias, construcción de los instrumentos de investigación, análisis de las categorías, gestión de informantes clave y revisión del proceso, a través de la asistencia técnica brindada por el equipo del Proyecto.

El tipo de muestra considerada para este estudio, según los fines de la investigación fue de tres tipos; 1) cadena o bola de nieve para identificar a los y las estudiantes universitarios. Esto con el propósito de identificar participantes clave a quienes se les preguntó si conocían a otras personas que hubieran recibido algún tipo de atención de salud sexual y reproductiva de área de salud de la VOAE y, por tanto, pudieran proporcionar más información. 2) Intencional por conveniencia en el caso de las y los prestadores de servicios, para la realización de las entrevistas semiestructuradas. En el caso de la base de datos se utilizó el conjunto de todos los casos de atenciones de salud sexual y reproductiva del año 2018.

La muestra de estudiantes universitarios fue de 25 personas, 22 estudiantes mujeres y 3 estudiantes hombres. En relación a los y las prestadores de servicios, se entrevistaron 11 personas.

Se consideraron entre los criterios de inclusión los siguientes:

**Tabla 2**

Criterios de inclusión y exclusión

<b>Fuente</b>	<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
<b>Estudiantes universitarios</b>	Estudiante que recibieron una atención de salud sexual y reproductiva y accede a responder la entrevista.	Estudiantes que no recibieron una atención de salud sexual y reproductiva y estudiantes que no accedieron a realizar la entrevista.
<b>Prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva</b>	Prestadores de servicios que brindaron atención de salud sexual y reproductiva en el año 2018-2019. Personal médico, farmacia, laboratorio, archivo.	Aquellos (as) que no brindan atenciones de salud sexual y reproductiva y los que no accedieron a responder la entrevista.
<b>Base de datos de atenciones del Área de Salud de VOAE</b>	Datos de atenciones de salud sexual y reproductiva del Área de la Salud/ VOAE, Ciudad Universitaria, 2018.	Datos de atenciones que no son de salud sexual y reproductiva

Se utilizó información primaria obtenida de las entrevistas a estudiantes y prestadores (as) de servicios de salud, datos de fuentes secundarias, como informes del área de la salud de VOAE y la base de datos de atenciones del área de salud de la VOAE.

Se hizo uso de diferentes técnicas de investigación como la revisión documental para todo lo relacionado con la descripción de los servicios de salud sexual y reproductiva y las atenciones, así como también entrevistas semiestructuradas para conocer la percepción de estudiantes y prestadores (as) de servicios.

Los instrumentos utilizados fueron guía de entrevista semi estructuradas, las cuales pasaron por un proceso de validación, a través del desarrollo de pruebas de pilotaje con proveedores de servicios y estudiantes universitarias en la Facultad de Ciencias Médicas. La respuesta y apoyo de los entrevistados en el pilotaje fue anuente y como resultado del pilotaje se revisó la estructura del instrumento, por lo que se consideró la reorganización de las sub categorías.

Para acceder a documentos, base de datos y obtener la autorización para la realización de las entrevistas fue necesario presentar una serie de documentos solicitado por la jefatura del área de salud de la VOAE, los cuales fueron debidamente firmados y entregados. Una vez cumplido este requisito, se procedió al levantamiento de las entrevistas con prestadores (as) de servicios y estudiantes universitarios (as), previo al desarrollo de cada una, se explicó en qué consistía el estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado para grabar y utilizar la información de las entrevistas en el estudio. El levantamiento de la información se realizó en el mes de diciembre del 2019, cumpliendo con el total de entrevistas de prestadores (as) de servicios, pero llevándose mayor tiempo de lo previsto con los y las estudiantes universitarios, debido a la finalización del periodo académico de ese año, concluyéndose con las mismas en febrero del 2020.

La base de datos de atenciones del año 2018 se recibió por parte del responsable del sistema de información del área de salud de la VOAE en formato electrónico de Microsoft Excel.

La estructuración y validación de todo el proceso metodológico de la investigación se realizó de acuerdo con las coordinaciones establecidas con el equipo del Proyecto de Médicos del Mundo, el POSAP y el Área de Salud de VOAE, a través de reuniones de trabajo permanentes entre el POSAP y el equipo del Proyecto de Médicos del Mundo y la realización de presentaciones periódicas de avances de proceso de investigación a los principales actores del Área de Salud de VOAE.

## **Procesamiento y análisis de la información**

### **a. Base de datos de atenciones**

La base de datos de atenciones incluía el total de atenciones médicas del Área de Salud de VOAE, por lo que fue necesario depurarla y considerar únicamente las atenciones de salud sexual y reproductiva, para lo que se revisó cada uno de los registros por diagnósticos y procedimientos, y se codificó cada una de las atenciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva. De acuerdo con el interés de la investigación se agruparon diagnósticos según patologías, trastornos y otros servicios. Con la información depurada se procedió a elaborar

tablas dinámicas para obtener las gráficas y tablas necesarias para responder a los objetivos de la investigación.

#### b. Entrevistas semiestructuradas

Una vez recolectada la información mediante las entrevistas se procedió a escuchar y transcribir de manera electrónica cada una de las entrevistas en Microsoft Word, identificándose y codificándose cada una de ellas. Una vez transcritas todas las entrevistas se llevó a cabo la depuración de la mismas, mediante la revisión de las categorías y sub categorías identificadas en el estudio. Seguidamente se realizó la codificación, que consistió en el vaciado de la información en matrices de Excel las cuales se ordenaron y se les asignó un código a las categorías y subcategorías de análisis, así como palabras y frases claves, identificándose los informantes como prestadores (as) de servicios y estudiantes universitarios (as).

A partir de los principales temas en los relatos de los y las estudiantes universitarios que se entrevistaron, y con base a la revisión de la bibliografía utilizada, se construyeron tres categorías que permiten distinguir aquellos aspectos que se consideraron sustantivos en el análisis de la percepción de la comunidad universitaria de los servicios de salud sexual y reproductiva del Área de Salud de VOA E en Ciudad Universitaria.

Las variables identificadas fueron: sexo, edad en rangos, procedencia, carrera profesional y servicios de salud sexual y reproductiva. Y las categorías definidas se orientaron a la percepción de la accesibilidad hacia los servicios de salud sexual y reproductiva del Área de Salud de VOAE, que incluyeron, subcategorías, tales como: calidad, seguimiento, prevención y promoción, abordaje / conocimientos sobre la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivo, que incluye las siguientes subcategorías:

A partir de la identificación de cada una de las categorías y subcategorías se diseñaron matrices en Excel para realizar la sistematización de las entrevistas previamente codificadas, identificándose por cada una de las categorías, subcategorías y palabras clave y se generó un archivo consolidado con los principales comentarios de las entrevistas a estudiantes y prestadores (as) de servicios.

Los resultados han sido descritos acorde a los hallazgos según los objetivos propuestos en la investigación, de igual manera contrasta con elementos del Marco teórico, se describen las percepciones de estudiantes universitarios usuarios de los servicios y de los y las prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva.

Se realizó la triangulación de la información a través de la comprensión y análisis de los registros de atenciones de salud sexual y reproductiva, la teoría sobre

servicios de salud sexual y reproductiva, la observancia de los procesos de atención y la percepción de las personas entrevistadas.

### **Consideraciones éticas de la investigación**

Tomando en cuenta la importancia de la confidencialidad de la información fue necesario la obtención de los permisos necesarios para acceder a las instalaciones de las clínicas del Área de Salud de VOAE, la autorización para la realización de las entrevistas con los y las prestadores de servicios de salud, así como para la obtención de la base de datos de atenciones, fue importante la presentación de documentación relacionada con la confidencialidad, el no conflicto de intereses y la devolución de los resultados de la investigación; por lo cual se presentaron los siguientes documentos firmados con responsabilidad de la investigadora principal:

- a. Acuerdo de confidencialidad en el manejo de la información proporcionada
- b. Carta de no conflicto de intereses
- c. Carta de compromiso de entrega de resultados del proyecto de investigación

Los y las estudiantes universitarios, y prestadoras de servicios respondieron los cuestionarios de forma voluntaria, una vez que se les dio a conocer los objetivos de la investigación, tomando en cuenta el anonimato en el llenado de los

instrumentos y utilización de la información generada de los mismos, accedieron a responder la guía de entrevista semi estructurada y el proceso de grabación realizado a través de una grabadora pequeña.

La presente investigación se realizó, a partir de la base de datos del área de salud de VOAE del año 2018 y el consolidado de las entrevistas realizadas a estudiantes y prestadores (as) de servicios, así como otras fuentes secundarias facilitadas por la institución. Los datos se manejaron durante todo el proceso de manera confidencial y privada, teniendo además la consideración en futuras publicaciones eventuales, el anonimato de las personas entrevistadas.

## **4. RESULTADOS**

En función de los objetivos propuestos y considerando el diseño metodológico de la investigación mixta, a continuación, se presentan los resultados obtenidos en dos secciones; una que contiene las tablas y gráficos que se generaron a partir de la base de datos de atenciones del Área de Salud de VOAE en el año 2018 y otra que describe los resultados cualitativos, producto de las entrevistas realizadas a los y las estudiantes universitarios proveedores de servicios.

### **4.1. Servicios de salud sexual y reproductiva brindados en el Área de la Salud de VOAE**

La Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles (2017), dentro del área de salud ofrece de manera gratuita atención integral de salud a los estudiantes, que incluye el derecho de los estudiantes a realizarse exámenes de laboratorio clínico, como el acceso a medicamentos a través de la farmacia, donde el estudiante cuenta con un seguro anual de 250 lempiras en medicamentos, costos que ya están incluidos con el pago de la matrícula.

La UNAH a través de la VOAE ofrece a la comunidad universitarias varios servicios, en dos principales programas:

1. Programa en Recuperación en Salud que incluye Atenciones Médicas, odontológicas, psicológicas, servicio de laboratorio clínico y servicio de farmacia.
2. Programa en Promoción de la Salud que ofrece los servicios de la clínica de atención a la mujer, clínica de VIH/SIDA-ITS, clínica antitabaco, clínica de estilos de vida saludable, charlas en educación en salud a las diferentes carreras y ferias de la salud, así como otros servicios como ser la evaluación y regulación de locales comerciales y fumigaciones.
3. Las personas que deseen acceder a los servicios del área de salud de la VOAE deberán cumplir con algunos requisitos; si es por primera vez, le crearán un expediente clínico, para lo cual es obligatorio que él o la estudiante esté debidamente matriculado en el período en curso, entregar dos fotografías tamaño carné, a color y recientes, presentar el documento Forma 003 impresa, presentar carné estudiantil, tarjeta de identidad o partida de nacimiento original. Cuando la cita es subsiguiente solo deberá presentar el documento Forma 003 impresa, el carné estudiantil y un documento de identificación oficial.

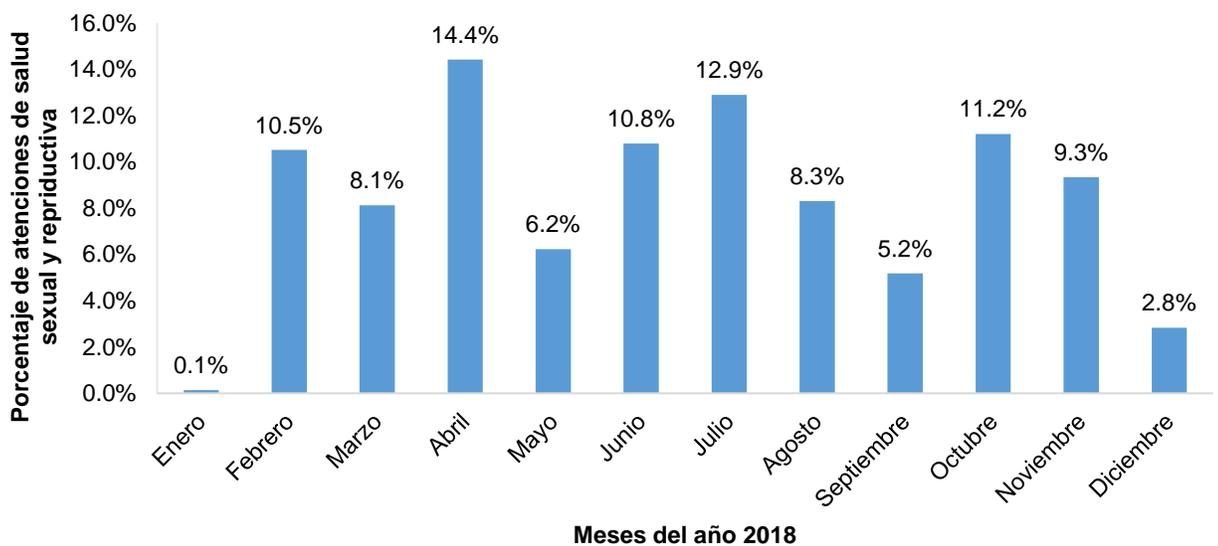
Los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados en el área de salud de VOAE identificados por los prestadores de servicios son los descritos a continuación:

1. Consulta de el/la joven sana (o)
2. Asesoría sobre salud sexual y reproductiva
3. Planificación familiar (Anticoncepción)
4. Consejerías y pruebas para VIH
5. Pruebas, tratamiento y asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS)
6. Prueba de embarazo
7. Control prenatal y puerperal
8. Citología cérvico-vaginal
9. Asesoría sobre prevención y detección de cáncer de mama
10. Asesoría sobre prevención y detección de cáncer cervicouterino
11. Atención de violencia sexual

Con referencia a las atenciones brindadas por el Área de Salud de VOAE, durante el 2018 se realizaron 2891 atenciones de salud sexual y reproductiva a un total de 1717 personas.

### Gráfico 1.

Atenciones de salud sexual y reproductiva por mes, área salud VOA/UNAH.  
año 2018.



Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOA/UNAH, año 2018.

Para el año 2018 las atenciones de salud sexual y reproductiva según mes se distribuyeron el 14.4% (417) en el mes de abril, el 12.9% (373) en el mes de julio, en octubre el 11.2% (324), en los meses de junio y febrero con un 10.8% (312) y 10.5% (304) respectivamente, en noviembre con un 9.3% (270), en agosto 8.3% (240), en marzo 8.1% (240), los meses de mayo y septiembre con 6.2% (180) y 5.2% (150) respectivamente y los meses de diciembre y enero con un 2.8% (82) y 0.1% (4).

**Tabla 1.**

Atenciones de salud sexual y reproductiva a mujeres según diagnóstico, área salud VOAЕ/UNAH. Año 2018

<b>Diagnóstico</b>	<b>Mujeres</b>
<b>1 Patologías del aparato reproductor femenino</b>	<b>757</b>
1.1 Vaginosis	225
1.2 Flujo vaginal	204
1.3 Vulvovaginitis	113
1.4 Cervicitis	71
1.5 Candidiasis vaginal	30
1.6 Otras patologías	114
<b>2 Trastornos menstruales</b>	<b>469</b>
2.1 Dismenorrea	148
2.2 Amenorrea	126
2.3 Irregularidad menstrual	61
2.4 Trastorno hormonal	51
2.5 Otros trastornos menstruales	83
<b>3 Embarazo, aborto y puerperio</b>	<b>391</b>
3.1 Embarazo	225
3.2 Embarazo + patología asociada	77
3.3 Sospecha de embarazo	41
3.4 Aborto	31
3.5 Puerperio	17
<b>4 Patologías ováricas</b>	<b>379</b>
4.1 Ovario poliquístico	163
4.2 Síndrome de ovario poliquístico	140
4.3 Otras patologías ováricas	76
<b>5 Patologías mamarias</b>	<b>118</b>
5.1 Cambios fibroquísticos de mama	32
5.2 Fibroadenoma de mama	16
5.3 Fibrosis quística de mamas	16
5.4 Otras patologías mamarias	54
<b>Total</b>	<b>2114</b>

Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAЕ, año 2018.

Según diagnósticos, las patologías del aparato reproductor femenino, que incluyen la vaginosis, el flujo vaginal, la vulvovaginitis, la cervicitis y la candidiasis vaginal, se realizaron 757 atenciones, seguidos por los trastornos menstruales con 469 atenciones. Los diagnósticos relaciones con el embarazo, aborto y puerperio con 391 atenciones, las patologías ováricas con 379 atenciones y finalmente las patologías mamarias con 118 atenciones. Todos los anteriores son diagnósticos realizados a mujeres atendidas.

Las atenciones de salud sexual y reproductiva brindadas a hombres se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 2**

Atenciones de salud sexual y reproductiva a hombres según diagnóstico. Área salud VOAE/UNAH. Año 2018

<b>Atenciones por patologías del aparato reproductor Masculino</b>		<b>Hombres</b>
1	Balanitis	37
2	Trauma en genitales	7
3	Orquitis	5
4	Prostatitis	4
5	Otras patologías	34
<b>Total</b>		<b>87</b>

Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

Las atenciones por patologías del aparato reproductor masculino suman 87, de estas 37 fueron balanitis, 7 trauma en genitales, 5 orquitis, 4 prostatitis y 34 de ellas se sumaron otra diversidad de patologías.

Los diagnósticos a mujeres y hombres mencionados anteriormente no incluyen las infecciones de transmisión sexual, las cuales se describen en la tabla 3, a continuación.

**Tabla 3**

Atenciones por infecciones de transmisión sexual desagregadas según sexo.

Área de salud VOA/UNAH. Año 2018.

	<b>Atenciones por ITS</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
1	Condilomatosis	134	33	167
2	Contacto ITS	8	7	15
3	Herpes genital	10	5	15
4	Infección por VPH	4	9	13
5	Control por condilomas	5	1	6
6	Hepatitis B	0	5	5
7	Molusco contagioso	5	0	5
8	Gonorrea	0	5	5
9	Tricomoniasis vaginal	4	0	4
10	Otras ITS	3	11	14
	<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>76</b>	<b>249</b>

Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOA, año 2018.

En el año 2018 se realizaron 249 atenciones con diagnóstico de algún tipo de infección de transmisión sexual (ITS), de las cuales 173 fueron a mujeres y 76 a hombres.

Puede observarse que 167 atenciones fueron hacia la ITS condilomatosis, 15 contacto ITS, 15 herpes genital, 14 para otras ITS, 13 infección por VPH y de 4 a 6 casos para control de condilomas, hepatitis B, molusco contagioso, gonorrea y tricomoniasis vaginal.

Además de las atenciones mencionadas anteriormente, el área de salud de VOAE en el año 2018 brindó otro tipo de servicios de salud sexual y reproductiva, como los que se observan en la tabla 4.

**Tabla 4**

Procedimientos de salud sexual y reproductiva. Área de salud VOAE/UNAH.

Año 2018.

<b>Procedimientos de salud sexual y reproductiva</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
Citología	361		361
Examen ginecológico	132		132
Aplicación de medicamentos para ITS	97	22	119
Aplicación de método anticonceptivos	85		85
Examen de mamas	43		43
Cirugía Menor	11	4	15
Revisión de método anticonceptivos	10		10
<b>Total</b>	<b>739</b>	<b>26</b>	<b>765</b>

Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

Se encontró registro de 767 procedimientos de salud sexual y reproductiva, tales como: la toma de 361 muestras de citologías vaginales, 132 exámenes ginecológicos, 199 aplicaciones de ATA (ácido tricloroacético) como tratamiento de las verrugas genitales, 85 aplicaciones de métodos de planificación familiar, entre los que se encuentran las inyecciones, dispositivos intrauterinos e implantes, 43 exámenes de mamas, 15 cirugías menores y 10 revisión de métodos de planificación familiar.

En el año 2018 se registraron 957 consejerías realizadas, las cuales se describen en la tabla 5.

**Tabla 5**

Consejerías de salud sexual y reproductiva. Área de salud VOAE/UNAH. Año 2018.

<b>Tipo de consejería</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
Planificación Familiar	413	1	414
VIH-ITS	195	87	282
Prenatal	153		153
Nutricional	106	2	108
<b>Total</b>	<b>867</b>	<b>90</b>	<b>957</b>

Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

Se brindaron en total 414 consejerías sobre planificación familiar, 282 consejerías de VIH-ITS, que incluyen consejería pre y pos prueba de VIH, 153 consejerías prenatales y 108 consejerías sobre nutrición.

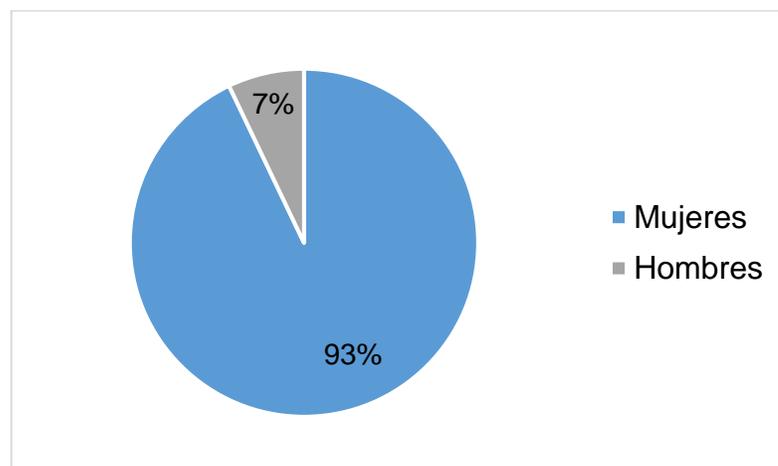
En relación con los exámenes de laboratorio, según el consolidado del informe de actividades del año 2018 del laboratorio clínico del área de salud de VOAE, se realizaron 111 pruebas de VIH y 178 pruebas de embarazo.

#### **4.2. Características sociodemográficas de los y las estudiantes que recibieron atención de salud sexual y reproductiva en el Área de la Salud de VOAE en el año 2018.**

Según registros de la base de datos de atenciones médicas del Área de Salud de VOAE, fueron atendidas 1,717 personas, 1589 mujeres y 128 hombres.

##### **Gráfico 2.**

Estudiantes que recibieron atención de salud sexual y reproductiva según sexo. Área de Salud de VOAE, Ciudad Universitaria. Año 2018.



Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

Del total de atenciones de salud sexual y reproductiva brindadas en el área de salud de VOAE, el 93% fueron brindadas a mujeres y un 7% a hombres.

Los rangos de edad de las personas que recibieron atención oscilan entre los 17 y 57 años, como se muestra en la tabla 6.

**Tabla 6**

Atenciones de salud sexual y reproductiva según rangos de edad y sexo. Área de salud VOAE/UNAH. año 2018.

<b>Rango de edad</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
≤ 19 Años	407	10	417	14%
20-24 Años	1627	121	1748	60%
25-29 Años	541	63	604	21%
30-34 Años	75	8	83	3%
≥ 35 Años	36	3	39	1%
<b>Total</b>	<b>2686</b>	<b>205</b>	<b>2891</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

Del total de atenciones de salud sexual y reproductiva se concentró un 60% (1748 personas) en el rango de edad de 20 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 29 años con un 21% (604 personas), el 14% corresponde a rango de edad de menores o igual a 19 años, el rango de 30 a 34 años representa el 3% (83

personas) y finalmente el grupo de iguales o mayores a 35 años un 1% (39 personas).

**Tabla 7**

Procedencia de los y las estudiantes atendidos en el área de salud de VOAE/UNAH. Año 2018

	<b>Procedencia</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
1	Francisco Morazán	459	37	496
2	Comayagua	24	1	25
3	El Paraíso	22	1	23
4	Choluteca	20	1	21
5	Intibucá	19	2	21
6	Olancho	17	3	20
7	Yoro	18	0	18
8	Cortés	16	0	16
9	Atlántida	15	0	15
10	La Paz	12	0	12
11	Colón	11	0	11
12	Copán	11	0	11
13	Valle	9	0	9
14	Santa Bárbara	6	2	8
15	Gracias a Dios	5	0	5
16	Lempira	3	0	3
17	Islas de la Bahía	2	0	2
18	Colón	1	0	1
19	Nicaragua	0	1	1
20	Sin datos	2016	157	2173
	<b>Total</b>	<b>2686</b>	<b>205</b>	<b>2891</b>

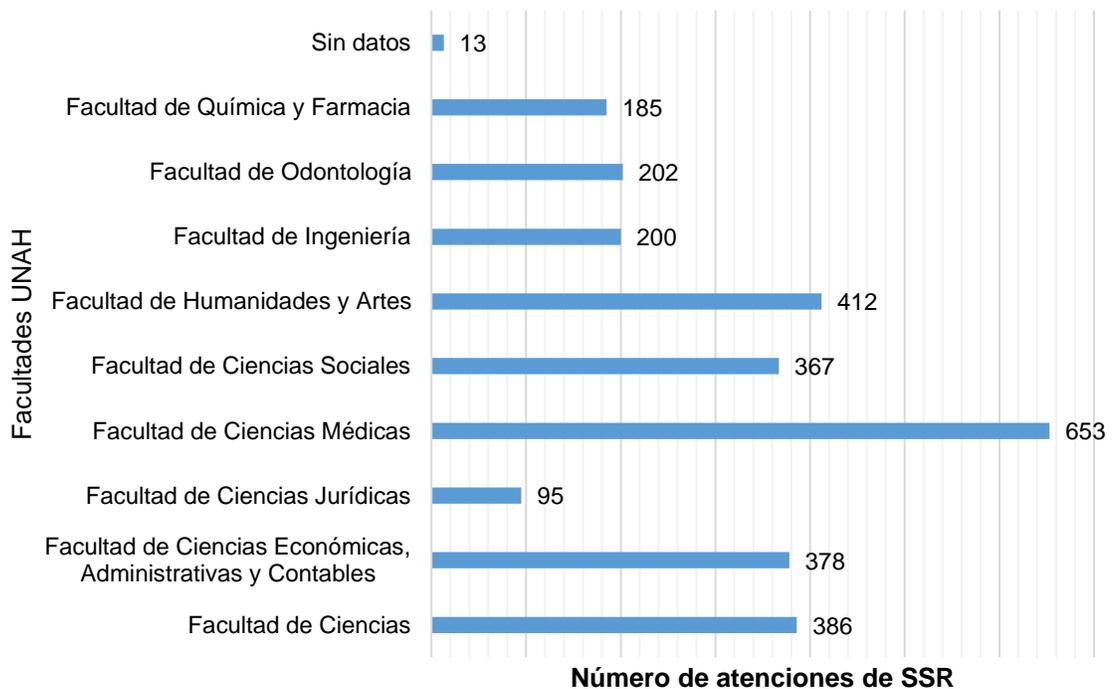
Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

Con relación a la procedencia el 75% (2173) no fue consignado, 17% (496) procedía del departamento de Francisco Morazán, el 8% (222) restante se

distribuyeron en el resto de los departamentos del país, cabe mencionar que 1 estudiante procedía de la República de Nicaragua.

### Gráfico 3

Atenciones de salud sexual y reproductiva según facultad. Área de salud VOAE/CU-UNAH. Año 2018



Fuente: Base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE, año 2018.

El 23% (653) de las atenciones de salud sexual y reproductiva fueron brindadas a estudiantes inscritos en la Facultad de Ciencias Médicas, seguida por la Facultad de Humanidades y Artes con un 14% (412). Con un 13% las Facultades de Ciencias (386), Ciencias Sociales y Ciencias Económicas, Administrativas y

Contables (378). Las facultades de Odontología (202) e Ingeniería (200) con un 7% cada una y finalmente las facultades de Química y Farmacia y Ciencias Jurídicas con un 6% (186) y 3% (95) respectivamente.

#### **4.3. Percepción de las y los estudiantes y prestadores de servicios de salud en Ciudad Universitaria, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece el Área de la Salud de VOAE.**

En cuanto a la categoría percepción de las y los estudiantes y prestadores de servicios de salud en Ciudad Universitaria, sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece el Área de la Salud de VOAE; se ha distribuido en cinco (5) subcategorías que apoyan la comprensión de esta; dentro de ellas: calidad, disponibilidad de equipo/medicamentos/suministros, seguimiento, coordinación intersectorial e interinstitucional, prevención y promoción.

Acorde a la revisión documental o fuentes revisadas durante la presente investigación, los servicios prestados en el área de salud de VOAR son los siguientes:

## **Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva**

Referente a la calidad que los entrevistados perciben de los servicios de salud sexual y reproductiva a los cuales han tenido acceso, se mencionó que:

*“cuando el paciente llega se pasa con enfermería y ellos se encargan de tomar la presión arterial, la frecuencia cardiaca, todo lo que tiene que ver con ello y ellos dependiendo de la razón por la que los estudiantes vienen, van haciendo como un filtro, si es una atención general, se manda a las clínicas generales, si el estudiante pide el servicio de atención a la mujer, se refiere directamente a la clínica de la mujer, si el estudiante dice que es paciente de la doctora de la clínica de ITS, se traslada donde ella, si no se maneja en las otras clínicas. Si el estudiante no quiere decir su enfermedad, nosotros le damos un manejo y también lo referimos, dependiendo del caso”. (PS 1)*

*“El paciente viene, es atendido por el médico, de acuerdo a la necesidad, se le da su manejo, su tratamiento, su educación, sus charlas, dependiendo de que sea y posteriormente el tratamiento, dependiendo si el paciente lo requiere, se le piden exámenes de laboratorio también.” (PS 2).*

Sobre la disponibilidad y uso de normas y protocolos para la atención en el área de salud de VOAE, los prestadores de servicios refieren que ellos conocen las normas de la Secretaría de Salud, pero que no cuentan con protocolos por escrito

en los consultorios para el manejo de las patologías propios del Área de Salud de VOAE.

En el caso de VIH para hacer las pruebas se realiza la pre y post consejería, como lo establecen las normas nacionales. Las doctoras de la clínica de la mujer y la clínica de ITS están capacitadas en brindar ese servicio.

*“Dentro del AS todavía no hemos establecido protocolos, manejamos por ejemplo algunas cosas con las normas de la SESAL, que son las que están publicadas y se manejan a nivel nacional. Pero protocolos, que yo recuerde, no.” (PS 4)*

*“Nos hace falta normalizar el manejo de ciertas clínicas o de ciertas enfermedades, en este caso de la salud sexual y reproductiva, no hace haría falta normalizar todo eso, tener protocolos...” (PS 2)*

El personal de salud que labora en el área de salud de VOAE son profesionales capacitados, con amplia experiencia en la institución y trabajo con jóvenes universitarios, sin embargo, mencionaron la importancia de la capacitación y la educación médica continua.

*“Las fortalezas es que el personal está capacitado para dar cualquier información que soliciten los estudiantes, se les apoya incluso, cuando ellos solicitan charlas e información... si no tenesmos impresos, se le da verbal”.*  
*(PS 1)*

*“... aquí se debe dar educación médica continua, porque todo cambia, todo va nuevo... las capacitaciones del personal son importantes” (PS 2)*

### **Disponibilidad de equipo, medicamentos e insumos**

El área de salud de VOA E cuenta con equipo básico para brindar atenciones médicas, sin embargo, carece de algunos equipos, medicamentos e insumos para dar una atención integral de salud sexual y reproductiva; los entrevistados perciben que la disponibilidad de equipo, medicamentos e insumos es escasa.

*“Por ejemplo, si usted quiere realizar alguna citología a veces no hay material para hacerlas, cuando queremos brindar tratamiento para ITS, no los tenemos a mano, si queremos, por ejemplo, dar atención para control prenatal, no contamos con prenatales, no tenemos carné de control prenatal, cosas así, eso sería las debilidades. (PS 1)*

*“No contamos con todo el equipo que necesitamos. Mantener los insumos adecuados para lo que se necesita, por ejemplo, para hacer la citología necesitamos un insumo específico, si no está, no lo podemos realizar, el insumo es espejuelo, espátulas, laminillas y fijador.” (PS 2)*

*“hay limitantes, por ejemplo, no hay equipo para inserción de DIU. El equipo que hay aquí, fue comprado por una médica que trabaja aquí. Pero si se da*

*el servicio. Si habría que mejorar algunas cosas, lo elemental lo básico si lo tenemos.” (PS 4)*

*“nunca hemos dejado de trabajar, siempre salimos, conseguimos muestras, conseguimos donaciones para los estudiantes y con eso hemos sacado” (PS 2)*

*“Hace falta medicamento. La mayoría de medicamentos para ITS son conseguidos por las mismas médicas. Se consiguen los tratamientos completos, más para una ITS...” (PS 5)*

Sobre los medicamentos, los y las estudiantes entrevistados mencionaron no recibirlos, otros mencionaron haber recibido muestras médicas dentro de las respectivas consultas.

*“Hasta el momento si he recibido todos los medicamentos que me han indicado, pero si he ido algunas veces y me dicen que el medicamento no lo tienen en farmacia, pero buscan entre sus muestras médicas. Si el doctor que me atiende no tiene ese medicamento, pregunta a otro médico y me consigue.” (EUH 2)*

*“Por ejemplo, si el médico tiene muestras te regala, pero en la farmacia no hay.” (EUM 7)*

*“Si. Pero me los dio la doctora. Como eran pastillas para planificar, la doctora primero me dio dos paquetitos para dos meses y me dijo que volviera para que me diera otro.” (EUM 13)*

*“los medicamentos casi siempre los tuve que comprar... ahí, una vez me dieron muestras médicas.” (EUM 16)*

*“no me dieron medicamentos, porque no los tenían. Son ciertos que tienen y había uno que no es que la universidad los compra, ni nada de eso, sino que, a ellos como doctores, van y les regalan las muestras gratis y de esos les dan a los pacientes.” (EUM 17)*

Sobre los insumos y reactivos de laboratorios para realizar pruebas diagnósticas de patologías de salud sexual y reproductiva, en el momento de la investigación si existía disponibilidad de pruebas rápidas de VIH y sífilis, acorde a los entrevistados las mismas no fueron adquiridas por la UNAH, si no que han sido donadas por la Organización Médicos del Mundo, en el marco del Proyecto que se ejecuta en la UNAH.

En relación con las pruebas de embarazo, en ocasiones hay pruebas, en otras, no. Por lo general estas pruebas solo están disponibles en la clínica de la mujer.

*“en el 2018 no hubo abastecimiento de pruebas. Es que aquí por lo general es la encargada de la clínica de ITS/VIH la que trae las pruebas, como ella*

*lleva el programa, ella las consigue con instituciones y organizaciones que trabajan en temas de salud sexual y reproductiva y LGTBI, ella siempre ha mantenido pruebas así. Por compra de la institución no ha habido pruebas.”*  
(PS 8)

*“Pruebas de embarazo si se ha preocupado un poco el AS de tenerlas, se van rápido. Ahorita tenemos unas que trajeron los Médicos del Mundo.”* (PS 1)

*“cómo me hicieron la citología, tuve que ir a un laboratorio que me dijo la doctora, me dio un papelito y me dijo que en ese laboratorio daban descuento a los estudiantes de la universidad”. (EUM 6)*

*“me indicaron, una prueba de embarazo. Me dieron la boleta para que me la hiciera allí, pero no tenían. Yo tuve que ir a comprar a prueba de embarazo.”*  
(EUM 9)

*“me hicieron pruebas de orina y de heces, de eso si hay en la universidad.”*  
(EUM 7)

Con relación a la disponibilidad de insumos anticonceptivos, se mencionó que los mismos no son comprados por la Universidad, se adquieren a través de donaciones de organizaciones y empresas privadas.

*“Anticonceptivos hay, pero es limitado. La institución no compra métodos anticonceptivos. Nosotros hacemos gestión.” (PS 3)*

*“Los métodos anticonceptivos que nosotros manejamos en los consultorios son los que nos han traído, por lo general las visitadoras médicas. Las visitas médicas nos dan inyectables de tres meses, en algunas ocasiones depoprovera, anticonceptivos orales, son los más comunes y los métodos de barrera, los condones.” (PS 4)*

*“Tenemos serias limitantes en el programa de planificación familiar, a veces no contamos con los métodos, pero no podemos garantizar que realmente un método que se ha indicado a una estudiante pueda en algún momento cumplirse, porque no sabemos si realmente lo compró, si se lo aplicó o si lo tomó... ellos tienen que comprar, sobre todo el área de planificación familiar, se aplica por ejemplo los DIU, nosotros lo aplicamos, pero ellas tienen que comprarlo, el implante igual.” (PS 5)*

Para los entrevistados el seguimiento en la atención de salud se da a través de las citas a consultas de seguimiento:

*“cuando son medidas de seguimiento, el estudiante siempre regresa, es raro y contado el que no viene. La mayoría de las pacientes que yo veo, regresan. Es que como le digo, se establece un vínculo entre médico – paciente. Como*

*somos los mismos médicos que estamos, en este caso, la clínica de la mujer, la mayoría de los pacientes que nos conocen, nos buscan.” (PS 2)*

*“Yo en lo particular me dedico a llamarlos, pero le voy a ser sincera, el estudiante universitario es bien indiferente.” (PS 3)*

*“Yo les doy cita y generalmente vienen y me buscan a mí directamente... No todas las personas reaccionan igual, depende de lo que realmente tenga el paciente, que ellos asimilen para sus controles, pero si la mayoría accede a regresar.” (PS 5)*

Referente a las dificultades para realizar el seguimiento se percibe que:

*“Deberíamos tener un almacenamiento de base de datos o un seguimiento por correos, recordatorios de citas médicas, deberíamos tener todo eso, pero no lo tenemos, más que decirle al paciente que vuelva.” (PS 6)*

*“las muchachas se hacen la citología, se llevan la laminilla a un laboratorio privado, pero no tenemos la facilidad de que regresen” (PS 5)*

*“cuando me hacían las citologías, la doctora tenía que tomar la muestra y mandarme a un laboratorio porque la universidad no tiene el servicio, entonces era bien costoso andar con esa muestra en un transporte público, cualquier accidente podría pasar.” (EUM 7)*

## **Limitantes en la disponibilidad de infraestructura, equipo, suministros y medicamentos**

Los prestadores de servicios mencionaron como una de las principales limitantes del área de salud de VOA E la escasez de algunos insumos y el espacio físico, las instalaciones.

*“el espacio es una limitante. Estamos en un área que no es propia para tratar pacientes... Ruidos contaminantes, todo el mundo escucha lo que el paciente va a decir, las clínicas están muy pegadas, no son propias, algunas incluso, no cuentan con su lavamanos y se manipula al estudiante, no puede estar uno así. Las otras son los insumos. (PS 5)*

*No contamos con los insumos necesarios que debería de tener toda área de salud.” (PS 5)*

*“...el abastecimiento de algunos insumos... tenemos serias limitantes en el programa de planificación familiar, a veces no contamos con los métodos, no podemos garantizar que realmente un método que se ha indicado a una estudiante pueda en algún momento cumplirse, porque no sabemos si realmente lo compró, si se lo aplicó o si lo tomó dependiente del método que se le indicó.” (PS 3)*

*“la falta de insumos. Aunque la falta de insumos no es porque no se haga gestión, la cuestión es burocrática, porque aquí todo pasa por un proceso bien largo.” (PS 6)*

Las y los estudiantes universitarios usuarios de los servicios han percibido el proceso administrativo realizarse de la siguiente manera:

Se dirigen al archivo, se localiza una ventanilla en donde el personal encargado les solicita los requisitos para recibir la atención.

*“Primero me presenté a abrir mi expediente y al tener abierto mi expediente me pasaron a enfermería con los primeros datos, el peso, la temperatura, la presión, todo eso y luego a la clínica...” (EUM 2)*

*“Después de la recepción me pasaron a la preclínica... allí me pesaron, me midieron la presión, luego me dijeron que esperara del lado de las que van a la clínica de la mujer, porque están a parte de los demás que van por otra atención a las clínicas generales”. (EUM 5)*

Los requisitos solicitados por el área de salud de VOAE para acceder a una atención de salud son documentos que cada estudiante debe portar y que son los mismos solicitados para hacer uso de otros servicios dentro de la universidad, a pesar de resultar sencillos en muchos casos, los y las estudiantes universitarias entrevistadas manifestaron su inconformidad sobre tener que portar documentos en físico, como la forma 003 impresa.

*“la primera vez que fui solo andaba el carnet y no la forma 03. Entonces tuve que regresar hasta la librería para imprimir mi forma 03 y luego volví a las clínicas. Eso fue una dificultad, yo le dije que no andaba mi forma 03, me dijeron que no se podía, que solo con mi forma 03... yo frustrada porque me sentía super mal. (EUM 2)*

*“lo primero es, uno va a la clínica, no sabía que debía llevar mi forma 03, es el único requisito que pide y no lo había llevado en un principio, tuve que ir con mi forma 03 ya impresa y me atendieron” (EUH 1)*

*“Debería estar vinculada en el sistema de la clínica con el sistema de registro de la universidad, para que solo des tu número de cuenta y te aparezca tu forma 003 y todos tus datos con tu número de cuenta y no necesariamente tener que andarla” (EUM 2)*

Referente al tiempo de espera y de consulta los y las estudiantes mencionaron que:

*“Tenés que tener disponible muchísimo tiempo para poder ir, no poder ir entre medio de una clase, por ejemplo, porque sabes que no te vas a tardar una hora, vas a tardar una hora en esperar, más el tiempo que tardas con el médico...” (EUM 1)*

*“En realidad no esperé mucho tiempo, porque si sabes que vas a consulta, a cualquier tipo de consulta, siempre hay un tiempo de espera” (EUM 14)*

*“fui a la una y me vinieron atendiendo como a las 4 de la tarde. Esperé bastante y perdí clases, es que hay un montón de gente y ese es el problema, es que esta la clínica de la mujer, pero esa misma medica atiende también medicina general, uno tiene que esperar”. (EUM 10)*

*“A veces aprovechamos las horas libres para ir y se nos pasa las horas... es muy complicado ir entre clases, aunque tengas una hora libre porque no sabes cuánto tiempo te va tocar esperar, cuando sé que no tengo clases después, ni modo, tengo que esperar”. (EUM 11)*

Sobre el tiempo de que dedicó el médico en la consulta, los y las estudiantes mencionaron adjetivos como, la consulta que bastante rápida, el tiempo fue corto, poquito tiempo, otros en cambio mencionaron que el tiempo fue suficiente.

*“sí sentí que fue tiempo suficiente. Sí me hicieron preguntas, me hicieron examinación y si en un tiempo adecuado, creo.” (EUH 1)*

*“El tiempo en consulta fue bien corto... pero es que había bastantes pacientes, entonces entiendo que tenía que hacerlo rápido.” (EUM 4)*

*“la consulta fue bien rápida, tanto que esperé y rapidito me atendió... yo quería que ella me explicara más, me diera información sobre anticonceptivos, pero ella parecía que estaba apurada.” (EUM 11)*

*“Yo creo que definitivamente a veces no nos dedican el tiempo por la cantidad de jóvenes que visitan la clínica, a veces no era el tiempo adecuado, no lograba evacuar todas las preguntas, a veces quedaban dudas.” (EUM 17)*

Sobre la satisfacción con la atención recibida, las y los estudiantes mencionaron:

*“la verdad es que si, fueron muy amables, me respondieron varias dudas que tenía. fue muy buena la verdad, me gustó y fue muy amable”. (EUM 18)*

*“créame que mi hermana hace poco estuvo en el Hospital Escuela, yo estoy relacionando la atención... para mi estuvo bien, me siento más confiada de ir a las clínicas de la UNAH, que ir a rebotar a un hospital de esos, yo creo que le daría un 7 u 8.” (EUM 20)*

*“...eso depende de cada doctor, de cada doctora, pero si tuviera que calificarlo totalmente, diría que un 7 o 6.” (EUH 3)*

*“los doctores en Honduras son muy groseros, a mí no me gusta ir a un hospital porque los doctores son bien groseros, por eso yo siento que la atención en las clínicas fue muy buena, con sus pros y sus contras, pero está muy bien y regresé...” (EUM 9)*

Sobre si volverían a utilizar los servicios del área de salud de VOAE, los y las estudiantes entrevistados comentaron:

*“yo creo que sí, porque sea como sea dan la atención y esta accesible para los estudiantes de la universidad, además no todos tenemos la capacidad de pagar una clínica privada y allí es gratis.” (EU 4)*

*“la verdad que sí. Para alguien que no tiene capacidad económica, está muy bien. En general yo siento que es un buen recurso que tienen el estudiante, lo que pasa que no se da cuenta que existen.” (EU 10)*

Sobre si recomendarían los servicios del área de salud de VOAE a sus compañeros y amigos los y las estudiantes mencionaron que:

*“Si los recomendaría, sobre todo por esa cuestión de utilizarlos porque está allí y es para nosotros y partiendo de eso, si lo recomendaría. Lo hago, de hecho.” (EUM 3)*

*“...dentro de lo que cabe sí, porque no todo lo resuelven allí, pero lo que yo he ido sí. Ayudan en algo, no en todo, pero sí. (EUM 6)*

*“les diría obviamente a mis amigas que fueran, que es importante y que las universidades tienen el acceso, porque lo hay, sin embargo, también*

*motivaría a la universidad a que prepara a las enfermeras y la doctoras en el tema de derechos sexuales y reproductivos.” (EUM 8)*

Sobre las instalaciones y espacios físicos de las clínicas los estudiantes manifestaron que el edificio se encuentra un poco alejado, es viejo y poco señalizado. Sobre las clínicas comentaron que son pequeñas y no son adecuadas para mantener la privacidad, ya que suele escucharse lo que se habla dentro. En cuanto a la sala de espera, a pesar de haber mejorado bastante en los últimos años, queda pequeña para la cantidad de estudiantes que acuden a las consultas.

*“Yo creo que el espacio es bien íntimo, bien cómodo... -a mí me parece que se hace lo que se puede con lo que se tienen en esta universidad y en general con el país. Pero también me parece que no están suficientemente rotuladas, que yo sé que había una clínica de la mujer por una plática con una amiga y no porque la universidad brinde realmente la información y si me parece...”*  
(EUM 12)

*“... el espacio es bien limitado, aparte de que el edificio J1 no está en condiciones óptimas para hacer ahí las clínicas... Ellos hacen lo que pueden, porque no tienen el espacio. Lo que deberían de hacer es cambiarla de edificio, ponerla en la 1847 por ejemplo, que es un edificio que esta*

*modernizado y tendría unas óptimas condiciones para poner la clínica.” (EUM 3)*

*“las clínicas como tales están un poco angostas. Por ejemplo, para usuarios de sillas de ruedas o andador, si hay rampas, o sea que la accesibilidad está bien. Lo único es que está muy largo, allá en el J.” (EUH 1)*

*“No hay baños en la clínica, únicamente para médicos... no hay baños en la parte de abajo, unos tienen que subir... el J s uno de los edificios más antiguos, los baños están en malas condiciones, o se sube y se hacen las necesidades allí, o se busca otro lugar, porque en el área de las clínicas no hay.” (EUM 4)*

*“la sala de espera creo que es un poco pequeña para la cantidad de estudiantes que suelen acudir a las clínicas y creo que se necesita un espacio muchísimo más grande.” (EUM 5)*

Para los entrevistados el seguimiento en la atención de salud se da a través de las citas a consultas de seguimiento:

*“cuando son medidas de seguimiento, el estudiante siempre regresa, es raro y contado el que no viene. La mayoría de las pacientes que yo veo, regresan. Es que como le digo, se establece un vínculo entre médico – paciente. Como*

*somos los mismos médicos que estamos, en este caso, la clínica de la mujer, la mayoría de los pacientes que nos conocen, nos buscan.” (PS 2)*

*“Yo en lo particular me dedico a llamarlos, pero le voy a ser sincera, el estudiante universitario es bien indiferente.” (PS 3)*

*“Yo les doy cita y generalmente vienen y me buscan a mí directamente... No todas las personas reaccionan igual, depende de lo que realmente tenga el paciente, que ellos asimilen para sus controles, pero si la mayoría accede a regresar.” (PS 5)*

En relación a las dificultades para realizar el seguimiento se percibe que:

*“Deberíamos tener un almacenamiento de base de datos o un seguimiento por correos, recordatorios de citas médicas, deberíamos tener todo eso, pero no lo tenemos, más que decirle al paciente que vuelva.” (PS 6)*

*“las muchachas se hacen la citología, se llevan la laminilla a un laboratorio privado, pero no tenemos la facilidad de que regresen” (PS 5)*

*“cuando me hacían las citologías, la doctora tenía que tomar la muestra y mandarme a un laboratorio porque la universidad no tiene el servicio, entonces era bien costoso andar con esa muestra en un transporte público, cualquier accidente podría pasar.” (EUM 7)*

## **Prevención y promoción**

Las actividades de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva que consisten en la realización de ferias de la salud, en las que se hacen actividades de divulgación de la salud, se realizan pruebas de ITS/VIH, se entrega material educativo, se da información sobre temas de interés de la comunidad universitaria.

En la sala de espera se imparten charlas educativas sobre embarazos, ITS, VIH y métodos anticonceptivos.

*“se hacen sobre todo las ferias de la salud y se dan charlas en la sala de espera. Fundamentalmente esas dos cosas.” (PS 2)*

*“nosotros hemos hecho mucho lo que son campañas de educación sexual y reproductiva, con estudiantes de psicología, con estudiantes de química y farmacia, dar charlas de que es una relación sexual, porque la mayoría de los estudiantes que vienen a la universidad no conocen de eso.” (PS 4)*

*“son tres ferias que hacemos al año. Antes lo hacíamos en cada facultad, que lo vamos a volver a retomar, para que así haya más aceptación y la población pueda venir más.” (PS 5)*

El grupo de estudiantes entrevistados mencionaron cómo se enteraron de la existencia de las clínicas, por ejemplo:

*“primero me enteré de la clínica general por una amiga que una vez visitó y después de los servicios de la clínica de la mujer, cuando llegué allí tienen laminas y así supe.” (EUM 4)*

*“me enteré que existían las clínicas porque yo tenía un problema en una muela y me dijeron que allí en VOAE me atenderían y me di cuenta había esas otras clínicas...” (EUM 8)*

*“yo llevo unas clases en el J1 y una amiga me dijo que había clínicas. Yo no sabía que allí había clínicas, pero fui y así fue como conocí. Yo había ido por otro problema, estando allí me di cuenta que había una clínica de la mujer y regresé otro día.” (EUM 11)*

*“yo llegué a las clínicas porque una amiga me comentó que eran gratis y tenía un problema de salud de ginecología y siento que uno como estudiante, como joven es un tabú la sexualidad... también las citas para ir a una ginecóloga son muy caras, yo llegué a la clínica por todas esas razones.” (EUM 19)*

*“por mis compañeras, yo les comenté que quería hacerme el examen del VIH y ellas me dijeron, en el J hay una clínica y allí te atiende y gracias a ellas fue que llegué.” (EUH 3)*

## **Calidez**

La calidez es entendida por los y las estudiantes universitarias como confianza, amabilidad, ambiente ameno, buena comunicación.

*“es no hacer sentir incomoda a la persona que este cerca, tratar de que esta cómoda.” (EUM 1)*

*“ese sentimiento de confianza que la gente pude generar, en este caso, a la hora de la consulta.” (EUM 6)*

*“es la manera de tratar a las personas, ser amable.” (EUM 9)*

*“un trato amable, ameno.” (EUM 10)*

Los prestadores y prestadoras de servicios entrevistadas entienden calidez como:

*“la calidez es una característica de la consulta médica, que se basa principalmente en darle un buen trato al paciente, un trato cordial, un trato humano... tenemos que tratar al paciente como un ser único, irremplazable, con un valor excepcional para nosotros, yo pienso que la calidez integra todo eso.” (PS 6)*

*“calidez es darle al estudiante lo que realmente el merece, en el tiempo, en la hora, en el momento que él lo necesite. Darle confianza, que pueda haber aceptación entre el médico y el paciente, que no haya una barrera, entre el médico... (PS 1)*

En cuanto a la relación entre médico paciente, se consultó a los y las prestadores de servicios sobre la confianza y la confidencialidad, qué estrategias utilizan para entablar una relación de confianza con sus pacientes, a lo que ellos comentaron:

*“a mí me gusta cuando el paciente entra, presentarme. Siempre me presento. A veces conozco a los pacientes y ellos me conocen. Cuando yo los conozco, los llamo por su nombre.” (PS 2)*

*“cuando uno establece ese vínculo médico – paciente, ellos si tienen la facilidad de hablar con uno, pero que lo van a hablar así, abiertamente o con facilidad, no.” (PS 4)*

*“proyectando seguridad y proyectando respeto. Yo creo que la actualización médica en ese contexto le da la seguridad a uno de proyectar eso al paciente y el paciente lo percibe, percibe a un médico que está seguro de lo que hace y está seguro de lo que le está diciendo y por ahí logro ganarme su confianza y logro que me pueda dar todas las pautas que me permitan darle un mejor asesoramiento.” (PS 5)*

Los y las estudiantes universitarios por otro lado, mencionaron aspectos como la ética, la confidencialidad, amabilidad como características que deben tener los prestadores de servicios para ser confiables.

*“creo que parte de la ética médica. Ser cuidadoso con lo que dice, para no llegar a afectar sobre todo en temas de salud sexual y reproductiva, ser cuidadoso con lo que dice, utilizar palabras entendibles, generar confianza, dar la privacidad, no ser grosero... no sé, más como el trato humano, sobre todo.” (EUM 3)*

*“ser ético, tener muy clara la confidencialidad de cada caso, que no titubee, no dude al momento de dar un medicamento o de recetarlo incluso o de decirle a uno que enfermedad es la que uno está presentando, que síntomas, todo.” (EUM 6)*

*“primero que todo conocimientos, empatía... que explique el porqué de las cosas a los pacientes y tener como que le importe su trabajo, sus pacientes, que le importe llevar un registro de sus pacientes y que no haga como que no lo conoce.” (EUM 20)*

El significado referente a sexualidad los y las estudiantes, lo relacionaron con derecho humano, prácticas sexuales, algo fisiológico y mental, lo relacionado al sexo, entre otras; tal como se describe a continuación:

*“la sexualidad es un derecho humano que todas las personas tienen porque son humanos y tienen órganos sexuales, genitales. Es un derecho que se puede ejercer y que nadie debería prohibirte o preguntarte – ¿tiene pareja? – antes de darte anticonceptivos.” (EUM 1)*

*“la sexualidad es el ejercicio libre de las prácticas sexuales y de todo lo que derivan de ellas. El poder decidir sobre nuestro cuerpo como mujer y como hombre también, guiados más por el termino de nuestros órganos reproductivos. (EUM 3)*

*“para mí la sexualidad abarca tanto lo fisiológico, como lo mental de una persona. Creo que es la manera de como la persona se conoce a sí misma a través de su cuerpo y como conoce al otro o a la otra en ese ámbito. El acto sexual es una de las ramas, el otro es el cuidado sexual que tiene la persona con su cuerpo.” (EUM 4)*

*“es todo lo relacionado con el sexo, el coito y todo lo que hacemos con las demás personas en la intimidad.” (EUH 3)*

En cuanto a cómo es el entendimiento de los y las prestadores de servicios sobre la sexualidad saludable, opinaron que no es sexo a la ligera, abstinencia, que el joven conozca su cuerpo... por ejemplo:

*“... debe ser algo responsable, que no es sexo a la ligera, que no es que lo voy a hacer porque me toca, porque lo quiero hacer. Claro, yo les hablo primero de la abstinencia.... pero yo siempre les digo ustedes son dueños de su cuerpo, con su cuerpo ustedes pueden hacer lo que ustedes quieran, pero con responsabilidad. (PS 1)*

*“Yo lo primero que les digo es la abstinencia, porque ese es mi trabajo. Por si ellos me dicen que van por algún método anticonceptivo, pues hablarle la realidad y lo que les puede suceder, que traer un hijo al mundo no es un accidente, es una responsabilidad.”(PS 2)*

*“para mí una vida sexual saludable es que el joven conozca su cuerpo, sepa que puede ocurrir con su cuerpo en caso de que no se proteja, que tenga una sexualidad sin temor, que tenga la facilidad de preguntar qué cosas están bien hacer, que cosas no están bien hacer, que conozca de ITS, que conozca del placer, porque el placer en un derecho sexual...” (PS 3)*

*“una vida sexual saludable va de la mano con la responsabilidad personal de cada individuo, si va a tener relaciones sexuales, protegerse, evitar los embarazos no deseados, evitar las ITS... la fidelidad de la pareja para evitar ITS y sobre todo hace falta la parte educativa, tener mucho conocimiento de lo que es la vida sexual saludable.” (PS 4)*

Para los y las estudiante universitarios entrevistados, una sexualidad saludable es:

*“la practica libre del sexo y de las relaciones humanas carnales con toda la información sobre todo y prevenciones que se pudieran tener en dicha práctica.” (EUM 4)*

*“es, por ejemplo, ser responsable al momento de escoger pareja, de usar métodos anticonceptivos, en la cuestión de salud, de ir a hacerse chequeos recuentes.” (EUM 10)*

*“Sexualidad saludable podría ser que alguien no me obligue a tener sexo sin mi consentimiento, de que mi pareja me trata bien, que yo también lo trate bien y de que mi pareja y yo podamos tener una sexualidad saludable, no solo que él lo disfrute o no solo que yo lo disfrute, si no que ambos.” (EUM 14)*

Para los médicos entrevistados un comportamiento “ideal” de los y las universitarias frente a la sexualidad, mencionaron que:

*“ser responsable de sí misma, cuidarse, cuidar de su cuerpo, chequearse, hacerse un chequeo médico todos los años y saber elegir su pareja, si tiene su pareja hacerse un chequeo ambos y estarse evaluando.” (PS 2)*

*“sobre las personas LGTBI no estoy de acuerdo, pero respeto lo que cada quien quiera hacer con su cuerpo. si ellos mantienen una relación, igual que un hombre y una mujer, ellos deben tener consejería, su control, evaluarse medicamente...” (PS 1)*

*“cada persona es un individuo y cada persona se puede expresar de diferentes maneras. Yo no puedo estigmatizar o encajar que las mujeres se deben comportar como señoritas, que los hombres se tienen que comportar*

*como machos. Una mujer puede comportarse como ella desee, con tal que ella mantenga su integridad física y moral. No importa cómo, igual un hombre, mantener su integridad física, moral y sus valores” (PS 4)*

Para los y las estudiantes entrevistados, un comportamiento ideal frente a la sexualidad es:

*“más que todo responsable, para la mujer y para el hombre.” (EUM 7)*

*“cuidarse, conocer nuestro cuerpo, cuidarse y ser responsable, no solo para las relaciones sexuales, si no por cualquier enfermedad, porque hay enfermedades ginecológicas que no tienen que ver con tener relaciones sexuales” (EUM 11)*

*“no sé si ideal, pero creo que cada quien debe comportarse libremente” (EUM 15)*

El grupo de médicos entrevistados comentaron acerca de cuáles serían los principales problemas que impiden la sana sexualidad:

*“Hay mucho tabú en cuanto a hablar de sexualidad, no les gusta hablar, por ejemplo, de su vida sexual activa, de cuando iniciaron, como lo están haciendo, si se protegen o no se protegen, el hecho de usar un preservativo, que uno les explique les da pena” (PS 2)*

*“en mi experiencia, por lo menos aquí en la universidad, si hay bastante irresponsabilidad en cuanto a la vida sexual del individuo... a veces uno se pregunta, será por desinformación o será por falta de responsabilidad, eso sería sujeto de un análisis diferente, pero si vemos situaciones que no deberían de darse, por ejemplo, nosotros tenemos bastante condilomatosis. Eso está bien relacionado a la desinformación y otras veces a la responsabilidad de cada individuo.” (PS 4)*

Para los prestadores de servicios entrevistados los derechos sexuales y reproductivos son:

*“que todas las personas tengan derecho a tener conocimiento de su cuerpo, que lo exploren, que tengan salud sexual.” (PS 5)*

*“están enmarcados en la decisión propia de la persona, la libertad que tiene para decidir en qué momento tener una relación y que no pueda ser estigmatizada por tal situación.” (PS 3)*

*“es la capacidad que tenga la persona, sin importar sea hombre o mujer, de decidir quién va a ser su pareja, de decidir cómo va ser su actividad sexual, también de planificar si ellos desean tener hijos o no desean tener hijos, ya es algo que simplemente es de cada individuo, uno solo orienta, no decide.” (PS 6)*

*“derecho a conocer mi cuerpo, derecho a cuidarme. Para mi verdad... no estoy de acuerdo en algunas cosas, pero respeto.” (PS 1)*

Las y los estudiantes entrevistados entienden los derechos sexuales y reproductivos como:

*“lo que yo pienso, no tengo mucho conocimiento sobre eso, por ahora. Pero primero sería conocer cada quien su sexualidad y vivirla libremente en cualquier ámbito, sin tener ese miedo al qué dirán.” (EUM 8)*

*“derecho a decidir, esto conjuga el querer hacer o no algo ligado a la sexualidad; decidir, no que se nos imponga... El derecho a la salud sexual, a los métodos anticonceptivos, el decidir.” (EUM 12)*

*“son un conjunto de normas legales que nos garantizan que podemos ejercer nuestra libertad sexual.” (EUM 15)*

*“tener acceso a los condones, a la PAE, al aborto.” (EUM 17)*

*“la verdad, si soy sincero, desconozco sobre eso.” (EUH 1)*

Sobre el significado de violencia de género para los prestadores de servicios de salud, mencionaron:

*“La violencia de género puede ser violencia física, puede ser violencia psicológica, fundamentalmente en esos dos aspectos es donde vemos la violencia de género, que algunas veces por el simple hecho de ser mujer, por el simple hecho de pertenecer al LGTBI, por ejemplo. A veces puede ser marginado, estigmatizado, eso es un tipo de violencia y en eso sí que creo que todavía hace falta mucho por mejorar. (PS 2)*

*“Yo pienso que violencia de género es aquel tipo de discriminación ya sea psicológica, física que sufre alguien por pertenecer a un género. El mayor es el de la mujer” (PS 5)*

Referente a la atención de casos de violencia en el área de salud de VOA E, los médicos entrevistados comentaron:

*“si nosotros realmente lleváramos un registro, aquí hay varios casos en la universidad que quedan así. Violadas aquí adentro, violadas afuera, cuando van a tomar el taxi, el mismo taxista la viola. A mí ya me ha tocado varios casos y no solo de mujeres, también varones.” (PS 2)*

*“Los casos de violencia no son tan frecuentes. Yo por lo menos no he visto muy frecuentemente estos casos. De lo que tengo de estar acá, 8 años, he visto algunos tres a cinco casos.” (PS 5)*

*“sí hemos tenido casos. Cuando se ha tenido, lo mandamos inmediatamente a la clínica de ITS. Han sido mujeres y varones.” (PS 6)*

En relación a la percepción sobre la gestión de los servicios de salud sexual y reproductiva los y las prestadores de servicios entrevistaron manifestaron participar en su formulación, según su área de acción, tanto en los planes operativos anuales como en la planificación estratégica.

*“se han hecho grupos multidisciplinarios para hacer los planes operativos y los planes estratégicos. Los planes estratégicos, los que manejamos ciertas clínicas, los elaboramos los de la clínica” (PS 2)*

En relación al seguimiento y monitoreo al cumplimiento de los planes elaborados, mencionaron lo siguiente:

*“Como nosotros hacemos informes trimestrales, la jefatura va viendo que es lo que usted va cumpliendo de acuerdo al POA que está en vigencia.” (PS 3)*

*“eso lo lleva la jefa con un equipo que tiene ella. Un equipo técnico, que todos los años están viendo, que si se cumplieron las metas.” (PS 1)*

La coordinación intersectorial e interinstitucional ha sido para casos específicos de traslado de pacientes, insumos, actividades de promoción de la salud, conforme a lo comentados por los entrevistados.

*“nosotros los mandamos con hojas de referencia que son de aquí. Pero a pesar de que no es algo que sea hablado, nos respetan eso... Yo remito a San Felipe, al Alonso Suazo, a clínicas privadas, a otros entes privados que son cooperantes, a laboratorios, la clínica de colposcopia, el Emma de Callejas, que yo les agradezco muchísimo.” (PS 2)*

*“si alguna prueba de VIH sale positiva, nosotros nos coordinamos con los laboratorios nacionales, ya sea el de ITS o de VIH. No se incurre en ningún gasto...” (PS 8)*

Sobre el sistema de información del Área de Salud de VOAE, el registro de atenciones se realiza en el AT1 (registro diario de atenciones), el registro en línea y en el expediente clínico.

*“Las atenciones se registran en el AT1 como en los centros de salud públicos, eso ha sido de años, allí se registran con su número de cuenta, sexo, edad, carrera y el diagnóstico, si es subsiguiente, nueva y el examen físico. También tenemos un registro en línea que se usa hace poco, como dos años. Es una base de datos en línea.” (PS 8)*

*“el objetivo de la plataforma en línea es simplificar la recolección de datos para no estar revisando hoja por hoja. Todavía se trata de mantener un registro en físico por errores humanos, que a veces uno no digitaliza... no contamos con un software para hacer la historia clínica digital, que eso sería lo ideal para tener el acceso al historial médico en todos los servicios que se proporcionan. La plataforma que utilizamos solo está diseñada para registrar atenciones.” (PS 8)*

## **5. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **5.1. Servicios de salud sexual y reproductiva brindados en el Área de la Salud de VOAÉ.**

A partir del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se definieron los elementos esenciales a incorporar en la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de salud (ONU, 1994), los que deberían incluir:

Asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable (pág. 68).

La VOAE ofrece la mayoría de los servicios de salud sexual y reproductiva descritos en la CIPD, propios para establecimientos de primer nivel de atención. No obstante, algunos de estos servicios son prestados de forma parcial, esto debido a varios factores, como la ausencia de personal especializado, la escasez de algunos equipos médicos como el ultra sonógrafo para realizar los ultrasonidos y la poca disponibilidad de algunos insumos y medicamentos propios de las atenciones de salud sexual y reproductiva.

Según la base de datos de atenciones médicas del área de salud de VOAE del año 2018, se brindaron 25,131 atenciones médicas, de estas 2,891 atenciones fueron de salud sexual y reproductiva, lo que representa un 12% del total de las atenciones para ese año. Según el reporte estadístico del área de salud 2017-2019, en 2018 fue el año que hubo mayor cantidad de atenciones en los últimos seis años. Esas 2,891 atenciones fueron brindadas a 1,717 estudiantes universitarios. En ese mismo año la matrícula de la modalidad presencial en Ciudad Universitaria de la UNAH fue de 65,121 estudiantes (UNAH, 2018), por lo que se puede decir, que un 3% de la población universitaria matriculada de ese año recibió alguna atención de salud sexual y reproductiva en el Área de Salud de VOAE.

Este porcentaje representa un dato poco significativo considerando que en la etapa universitaria los y las jóvenes desarrollan muchos componentes de la sexualidad y es en el ambiente universitario donde los y las jóvenes hacen parte

de estructuras sociales e institucionales saludables, facilitando las decisiones frente a problemas de salud pública (Gómez-Camargo, y otros, 2014, págs. 660-672).

Según el calendario académico 2018 de la UNAH se llevaron a cabo tres períodos académicos. De acuerdo con los datos de atenciones de salud sexual y reproductiva del área de salud de VOAE, el 39% de las atenciones se realizaron el primer período académico, el 32% en el segundo y un 29% en el tercer y último período académico de ese año. De acuerdo con el registro de atenciones, se identificaron los principales grupos de diagnósticos de salud sexual y reproductiva realizados en el año 2018, los cuales se describen a continuación:

Los diagnósticos relacionados con las patologías del aparato reproductor de la mujer son los que representaron el mayor número de atenciones en el 2018, con 757 diagnósticos, seguido por los trastornos menstruales con 469, las atenciones relacionadas con el embarazo, aborto y puerperio con 391 atenciones, estos datos muestran que las estudiantes universitarias acuden a las clínicas del área de la salud de VOAE por consultas o afecciones relacionadas con su salud menstrual.

Se atendieron además 249 infecciones de transmisión sexual, 176 mujeres y 76 hombres, a lo que se suman las patologías del aparato reproductor del hombre fueron las que representaron el menor número con 87 atenciones, a pesar de la

evidente baja cobertura en hombres es importante reconocer que un considerable número de ellos asistió en busca de un servicio de salud sexual.

## **5.2. Características sociodemográficas de los y las estudiantes que recibieron atención de salud sexual y reproductiva en el Área de la Salud de VOAE en el año 2018.**

Para el año 2018 recibieron atención de salud sexual y reproductiva 1,717 personas, de las cuales 1,589 (93%) fueron mujeres y 128 hombres (7%), datos acordes a la matrícula de la UNAH de ese mismo año, en el cual se matricularon más mujeres que hombres, superándolos en un 10.6% más mujeres (UNAH, 2018).

La mayor diferencia cualitativa entre las mujeres y los hombres con respecto a la salud está determinada por la actividad sexual y reproductiva (OPS, 2009). Son las mujeres en las que recaen las consecuencias biológicas del embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, así como la responsabilidad asignada por la sociedad del cuidado de los hijos. Las mujeres llevan la mayor carga de la anticoncepción y son más vulnerables a infecciones de transmisión sexual. Lo anterior contrasta con Gómez (2002) que expone algunas hipótesis explicativas de las diferencias por sexo en la utilización de servicios, al ser un hecho conocido

que las mujeres hacen uso más de los servicios de salud que los hombres, lo que no necesariamente constituye una expresión de privilegio social.

Carol S. Weisman citada en Gómez (2002), explica que estas diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres son el reflejo de los distintos tipos de necesidades, en el caso de las mujeres, sus necesidades particulares de atención debido a sus funciones reproductivas (anticoncepción, embarazo, parto y puerperio).

Otros patrones relacionados con la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención. En su rol de “cuidadoras” las mujeres tienden a estar más familiarizadas con la detección de síntomas de enfermedades y con los procesos de cuidados de la salud, que los hombres. Asimismo, los factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud.

La equidad de género en la atención de la salud no se traduce en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; por el contrario, hace referencia a la asignación de estos recursos diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y cada contexto socioeconómico (Gómez Gómez, 2002). En este sentido, el hecho de que las mujeres utilicen los servicios de salud sexual y reproductiva del área de salud de VOAE más frecuentemente que los hombres pueden obedecer principalmente a un mayor nivel de necesidad,

lo que no implica que las necesidades de las mujeres estén mejor o peor atendidas que las de los hombres.

### **5.3. Percepción de las y los estudiantes y prestadores de servicios de salud en Ciudad Universitaria, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece el Área de la Salud de VOAE.**

#### **5.3.1. Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva del área de salud de VOAE**

El acceso a los servicios de salud se puede definir como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, de calidad y oportuna. Para que este proceso sea adecuado, no solo se debe involucrar la disponibilidad de recursos sino también la relevancia, oportunidad y adecuación de estos a las necesidades de atención de la población (Mejía Gómez, y otros, 2010). Esta definición conlleva, por ejemplo, a que todas las personas con una infección de transmisión sexual (ITS) diagnosticada puedan recibir un tratamiento eficaz o que quienes quieran retrasar el embarazo puedan obtener métodos anticonceptivos.

Acorde a esta definición ...el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a través de diferentes dimensiones, entre las más importantes esta la calidad. Para la OMS (2010) la calidad de cualquier sistema de salud está determinada por una serie de factores interrelacionados: la infraestructura, los protocolos y estándares, los insumos y medicamentos, los registros, el personal de salud, etc. La ubicación de los servicios, acceso geográfico, identificación, la disponibilidad, la oportunidad, la organización, el espacio físico, los horarios, la asignación de citas, son algunos de los componentes que se estudian en torno a la calidad de los servicios, lo cuales se incluyeron en las entrevistas realizadas a estudiantes y prestadores de servicios.

Sobre las instalaciones físicas y la ubicación de las clínicas de VOAE los estudiantes manifestaron opiniones variadas. Mientras para algunos las clínicas estaban bien, cómodas e íntimas, otros en cambio mostraron su inconformidad en relación con la ubicación de las clínicas, aduciendo que están alejadas y existe poca señalización, la usencia de servicios sanitarios para estudiantes fue otro de los puntos importantes que se destacaron.

Otro punto mencionado fue el espacio reducido de las clínicas y la pequeña sala de espera, usando adjetivos como “estrecha” y “desesperante”.

*“A mí me parece que se hace lo que se puede con lo que se tienen en esta universidad y en general con el país” (EU 3).*

Sobre este mismo tema se indagó a los y las prestadoras de servicio, quienes coincidieron en reconocer los importantes avances que se han tenido en los últimos años, en relación a la mejora del espacio físico del Área de Salud de VOA E. No obstante, también se mencionó como una de las principales debilidades del servicio:

*“No contamos con un espacio adecuado y el espacio físico es muy importante, porque a la hora de que nosotros vamos a dar ese tipo de consejería, la privacidad, el secreto médico, es muy importante, porque tenemos que ganarnos la confianza del paciente para poder darle una mejor asesoría, y como verá aquí no existe ningún tipo de privacidad”*  
(PS 1).

Según Mejía Gómez y otros (2010) la falta de privacidad e intimidad en los establecimientos de salud representan una barrera crítica para que los y las jóvenes se acerquen a estos. Por otro lado, se evidencia que, para que ellos sean atendidos, generalmente deben compartir el espacio con el resto de la población usuaria, lo que hace que la sala de espera sea un lugar de encuentro entre compañeros(as) y, amigos(as), esto deja en evidencia a los estudiantes universitarios que consulta por temas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Aunque las opiniones sobre las instalaciones del Área de Salud de VOAE fueron diversas, se destaca en general una mayor conformidad con lo que actualmente se cuenta y se reconocen las mejoras que ha tenido a lo largo del tiempo. Esto demuestra que, a pesar de las debilidades en los servicios, la población universitaria lo valora porque en el contexto general del país, el acceso a la salud es muy limitado.

#### Procedimientos de atención

Algunas de las condiciones cotidianas de las instituciones de salud, se convierten en ejemplos reales de barreras de acceso a los servicios de salud. Los procedimientos administrativos que postergan la prestación del servicio (los trámites, las colas y la demora para asignar cita) son condiciones frecuentemente mencionadas por la población usuaria como barreras de acceso a los servicios de salud (Mejía Gómez, y otros, 2010).

El primer contacto que tienen las y los estudiantes universitarios al solicitar una atención de salud sexual y reproductiva, es el área de archivo, en donde tienen que registrarse, luego de presentar documentos que acrediten su estatus de estudiante universitario matriculado en el periodo actual, en el cual solicitan la consulta.

*“únicamente se les pide como requisito que estén inscritos en el periodo académico que está solicitando la consulta, para eso solo*

*tienen que presentar su forma 03 y una identificación con fotografía, es todo lo que se les pide (PS2).*

Este procedimiento es conocido por todo el personal que labora en Área de Salud y está publicado en la página web de la UNAH, como requisitos que todo estudiante debe cumplir para recibir una atención en el Área de Salud de VOA E, sin embargo, estos requisitos suelen ser una de las principales quejas de las y los estudiantes universitarios, ya que son considerados como trámites burocráticos innecesarios, que deberían ser simplificados.

*“La primera vez que fui solo andaba el carnet y no la forma 03. Entonces tuve que regresar hasta la librería para imprimir mi forma 03 y luego volví a las clínicas. Eso fue una dificultad, yo estaba demasiado frustrada, yo le dije que no andaba mi forma 03, me dijeron que no se podía...” (EU mujer 5).*

*“No llevé la forma 03 y yo trataba de explicarles que iba a clases y que solo andaba el carnet y el carnet no sirve de nada... tuve que ir a imprimir, si no, no me hubiesen atendido” (EU mujer 6).*

*“...no debería de negarse la atención. Solo con presentar el carné debería de atenderse” (EU mujer 7).*

Refiriéndose a los requisitos que se solicitan para recibir la atención, una estudiante universitaria recomendó:

*“Debería estar vinculado el sistema de la clínica con el sistema de registro de la universidad, para que solo des tu número de cuenta y te aparezca tu forma 03 y todos tus datos, con tu número de cuenta y no necesariamente tener que andarla” (EU mujer 8).*

Otros estudiantes no manifestaron mayores dificultades a la hora de solicitar una atención. Generalmente eran estudiantes que habían asistido a la clínica más de una vez y ya conocían el procedimiento.

### **Tiempos de espera, consulta y horarios de atención**

Los horarios de atención, la asignación de turnos, el tiempo de espera y el tiempo de dedicación del / la médica, son factores que los universitarios toman en cuenta como indicativos de una buena o mala calidad de atención. El horario de atención de las clínicas del Área de Salud de VOAE es de 7:00 de la mañana, a 7 de la noche, según lo publicado en la página web de la UNAH y lo manifestado por los prestadores / as de servicios entrevistados. La atención se realiza por orden de llegada y no es posible solicitar una cita con anticipación y por ningún otro medio, que no sea presencial.

Los horarios de atención se adaptan a las horas en que las y los estudiantes universitarios pueden acudir a las clínicas del Área de Salud de VOAE, a pesar de que muchos de los estudiantes entrevistados, dijeron no conocerlos con certeza, mencionaron que las veces que asistieron, ya sea por la mañana o por la tarde, fueron atendidos.

Aunque la mayoría se manifestó a favor de los horarios de atención, también hubo algunos estudiantes que expresaron algunas inconformidades:

*“El horario a mí me parece bueno, pero me parece un poco estresante porque se supone que los médicos tienen que llegar a la una para que te atiendan a la una, pero a veces llegan a la 1:30 y te empiezan a atender a la 1:40 y nosotros tenemos nuestras clases, entonces eso dificulta porque no respetan el horario” (EU mujer 3).*

Ello contrasta con lo expuesto en el estudio llevado por Ballesteros (2016), sobre las demoras en la atención relacionadas con la calidad de los servicios e inciden en la satisfacción de las personas usuarias. Las esperas prolongadas en la asignación de turnos o en una sala de espera representan una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud y pueden hacer que se agrave el motivo que originó la consulta de los usuarios y, en algunos casos extremos, que estos busquen otras alternativas para resolver las necesidades de salud o abandonen los tratamientos.

Es significativo el tiempo que incurre en la sala de espera hasta ingresar en la consulta. Al respecto, cuando se consultó a los estudiantes cuánto tiempo esperaron para recibir la atención médica, las respuestas mayormente fueron de una hora y media a dos horas, salvo pocas excepciones, todos los estudiantes entrevistados manifestaron su inquietud sobre los prolongados tiempos de espera:

*“Fui a la una y me vinieron atendiendo como a las 4 de la tarde. Esperé bastante y perdí clases. Es que hay un montón de gente y ese es el problema...” (EU mujer 6).*

*“...tenés que tener disponible muchísimo tiempo para poder ir. No podés ir entre medio de una clase, por ejemplo, porque sabes que no te vas a tardar una hora, vas a tardar una hora en esperar y el tiempo que tardas con el médico...” (EU mujer 7).*

*“Nosotros somos estudiantes, tenemos clases, no podemos estar esperando por mucho tiempo, porque aprovechamos las horas que tenemos libres para ir” (EU mujer 8).*

Aunque los médicos extienden constancias para justificar que él o la estudiante estuvo recibiendo una atención médica y que por ese motivo no se presentó a alguna clase, esto no es una garantía de que el docente acepte dicha excusa, ya que es decisión de cada estudiante esperar o no la atención. Claramente el

tiempo de espera puede influir en la decisión de los estudiantes de ir o no las clínicas por una atención de salud sexual y reproductiva.

Para otros estudiantes el tiempo de espera es visto como adecuado, haciendo referencia a los establecimientos de salud pública del país, donde las esperas se extienden incluso a días.

*“Es un servicio gratuito y esperar 30 minutos es relativo con lo que tendría que ir a otra clínica y también me tocaría esperar si voy a otro lugar” (EU mujer 9).*

*“En relación a la salud pública de Honduras creo que fue bastante rápido, porque usualmente son horas y días...” (EU mujer 10).*

Sobre el tiempo dedicado a la consulta médica, los y las universitarias consultadas coincidieron en opinar que las consultas suelen ser “muy rápidas”, que el tiempo es corto para dar respuesta a todas sus preguntas.

*“Yo creo que definitivamente a veces no nos dedican el tiempo por la cantidad de jóvenes que visitan la clínica, a veces no era el tiempo adecuado, no lograba evacuar todas las preguntas, a veces quedaban dudas (EU mujer 11).*

*“Todas las veces que he ido fue muy corta la consulta, muy, muy corta y no estaba esa confianza para hablar” (EU mujer 12).*

Los entrevistados reconocieron el hecho de que hay una gran afluencia de personas que solicitan atención y de alguna manera eso influye en el tiempo que el médico dedica a cada paciente.

### **Satisfacción de la atención recibida**

La satisfacción del paciente con la atención recibida es uno de los indicadores de calidad que miden resultado, puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes, & Infante Ochoa, 2008). Losada & Rodríguez (2007) citando a Oliver (1980) define las expectativas como pensamientos que crean en la persona (consumidor /usuario) un marco de referencia a partir del cual hace juicios comparativos entre lo esperado y lo percibido.

Dentro de este marco, los estudiantes destacaron “el buen trato” en la interacción médico paciente como uno de los principales indicadores de la calidad de los servicios. Es en este primer contacto donde se entabla la confianza y el trato que

pueda generar el médico es determinante para que los estudiantes universitarios puedan dar seguimiento a sus indicaciones y tratamientos.

*“Para mí es el trato con todas las formas de dignidad, de humanidad... un buen trato médico y de poder informar bien cuál es el problema que está teniendo la persona. Que haya un compartimiento de saberes, donde se informa lo que uno tiene para poder comprender (EU mujer 2).*

Es importante recalcar que la atención de salud va más allá de la interacción médico paciente, en este proceso se involucran otros actores relacionados a la prestación del servicio, como el personal de enfermería, laboratorio, farmacia y el personal administrativo.

Hubo estudiantes que mencionaron como otro elemento importante, la capacidad resolutive de los servicios. Una atención de salud será satisfactoria, en la medida en que los servicios den respuesta a las necesidades de los estudiantes en todo el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento.

Con base en la experiencia y nivel de satisfacción frente a los servicios de salud sexual y reproductiva recibidos en el Área de Salud de VOA, se les consultó a los y las y los estudiantes universitarios si recomendarían dichos servicios a sus compañeros y amistades. En su mayoría contestaron afirmativamente, mencionando varias razones, entre ellas el tema de la gratuidad de los servicios,

que es un derecho que tienen como estudiantes, que es importante que se reciban atención e información de salud sexual y reproductiva.

Aunque mucho menos, también hubo respuestas negativas, producto de las experiencias previas de las estudiantes universitarias dijeron que no recomendarían los servicios, mencionándose la escasez de insumos y medicamento y trato poco amable de parte de algunos prestadores de servicios.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo donde se conjugan muchas subjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes). Teniendo en cuenta, que solo es posible satisfacer a los pacientes, si los prestadores de servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja la trama para los gestores de estos servicios que buscan encaminar sus acciones para lograr la calidad de los mismos.

Por otro lado, los proveedores de servicios de salud son junto con las personas usuarias y el sistema de salud, uno de los tres actores centrales en la demanda y la oferta de los servicios de salud sexual y reproductiva. Los “proveedores” son los profesionales de salud; médicos, enfermera y auxiliares que suministran la atención institucional. Es reconocido que los proveedores juegan un papel primordial en la calidad de los servicios y el acceso a los mismos.

Según el documento Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud (2010), un elemento que concierne directamente a los profesionales de salud, y que es percibido tanto por los proveedores de servicios como por las personas usuarias, es el entrenamiento o la capacitación para manejar y orientar las necesidades en salud sexual y reproductiva de pacientes jóvenes (Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, 2010).

Al respecto, los entrevistados manifestaron estar capacitados para brindar las atenciones de salud sexual y reproductiva y responder a las consultas de los y las universitarias, pero indicaron que en su mayoría las capacitaciones que han recibido han sido por iniciativa personal y por alguna gestión de compañeros que trabajan en la Secretaría de Salud, pero muy pocas son las capacitaciones que se imparten en el Área de Salud de VOAE, relacionados a estos temas.

*“Los conocimientos que se tienen es por iniciativa propia y la SESAL me capacita cada vez que vienen nuevas normas, que vienen nuevos protocolos, así es como me capacito, pero porque la universidad lo hace, no”. (PS 2)*

*“...aquí se debe dar educación médica continua, porque todo cambia, todo va nuevo, como, por ejemplo, lo más nuevo son las citologías anales. Y para eso se necesita una capacitación, no es que usted lo va a*

*hacer por hacerlo. Las capacitaciones del personal son importantes”. (PS 4)*

La guías o protocolos de atención establecen pautas para mejorar la atención de cada paciente y permiten valorar la calidad de la atención que se ofrece, en tanto que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada proveedor para la atención a las personas. Su utilización optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y, por ende, la mejorar la calidad de la atención (Vera Carrasco, 2019).

Sobre el uso de procedimientos y protocolos clínico para la atención de salud sexual y reproductiva, los entrevistados manifestaron que usan las normas oficiales que emite la Secretaría de Salud, no obstante, se evidencio la falta de protocolos propios del Área de la Salud de VOAE.

*“Dentro del Área de la Salud todavía no hemos establecido protocolos, manejamos por ejemplo algunas cosas con las normas de la SESAL, que son las que están publicadas y se manejan a nivel nacional. Pero protocolos, que yo recuerde, no tenemos aquí”. (PS 3)*

La razón principal para la existencia de las guías o protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La falta de estos, entonces, considera una limitante si lo que se pretende es constatar el cumplimiento de los estándares de calidad de atención, por lo que es necesaria su existencia y utilización, mismos que han de ser contruidos con perspectiva de género, al ser un determinante más de la salud.

#### **5.4. Equipo y suministros**

La atención de la salud debe hacerse evidente en un entorno integral, cuando se cuenta con los recursos humanos y técnicos, la infraestructura física y los insumos necesarios. Las/los proveedores necesitan un suministro continuo, confiable y adecuado de los materiales necesarios para prestar servicios de buena calidad; lo que debe incluir el material educativo, el instrumental y el equipo necesario para prestar servicios eficaces y en condiciones seguras.

Cuando se les consultó a las/los prestadores de servicios sobre la disponibilidad del equipo y materiales necesarios para brindar atenciones de salud sexual y reproductiva, mencionaron que este aspecto es uno de las principales limitantes. Aunque disponen de equipo básico, *“no todo el equipo del Área de Salud está en buen estado”*.

*“No contamos con todo el equipo que necesitamos... - por ejemplo, para hacer la citología necesitamos un insumo específico, si no está, no lo podemos realizar, los insumos son los espéculos, espátulas, laminillas y fijador”. (PS 1)*

*“... hay limitantes, por ejemplo, el equipo para inserción de DIU, no hay. El equipo que hay aquí, fue comprado por una doctora. Pero si se da el servicio. Si habría que mejorar algunas cosas, lo elemental lo básico si lo tenemos”. (PS 4)*

*“...el esfigmomanómetro, el estetoscopio, son de poca durabilidad y la atención que se brinda en la preclínica es de aproximadamente de 100 a 150 pacientes en una jornada matutina y en la vespertina, es más... - Con esa cantidad de pacientes, esos materiales de uso común se van poniendo obsoletos y la durabilidad es de un año y nosotros lo usamos y lo abusamos. Pero si está en regular estado la mayoría del equipo”. (PS 5)*

Otro aspecto mencionado tanto por las/los prestadores, como por las estudiantes fue que el Área de Salud de VOAE no cuenta con equipo para ultrasonido. Este equipo se considera primordial como un servicio de apoyo diagnósticos a las atenciones prenatales y otras atenciones de salud sexual. Según lo manifestado por las/los entrevistados este procedimiento se tiene que hacer fuera y tienen un

costo elevado. Por otro lado, el laboratorio clínico dispone del equipo necesario para el procesamiento de pruebas, sin embargo, se resaltó la falta e insumos y reactivos para algunos análisis clínicos.

En relación con otros equipos no médicos, pero importantes para la gestión de la información de las atenciones que se brindan en Área de la Salud, se destaca la disponibilidad de computadoras de reciente adquisición en cada consultorio médico para el registro de datos de atenciones.

*“Actualmente tenemos un sistema de cómputo en cada consultorio, somos el único centro de salud, a parte de las privadas, porque yo me considero todavía público, porque las atenciones son gratuitas”. (PS 3).*

Se destaca como un estándar de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva la disponibilidad en los establecimientos de salud de los equipos, medicamentos, insumos y la tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios a las personas que lo necesitan (UNFPA, 2014). Es por ello que resulta prioritario el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios, con la dotación de equipos médicos e insumos básicos para la atención de la salud sexual y reproductiva.

## **Medicamentos e insumos anticonceptivos**

Los medicamentos e insumos anticonceptivo son bienes sanitarios primordiales y el acceso a los mismos constituye un elemento fundamental de derecho a la salud, así como su escasez considera un problema crítico para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva.

La OMS (2020) se refiere a los medicamentos esenciales como aquellos medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población, los cuales deben estar disponibles en todo momento en las dosis adecuadas y en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades fundamentales de salud de todos los segmentos de la población. El área de salud de VOAE dispone de inventario básico de medicamentos para el tratamiento de enfermedades comunes, sin embargo, de acuerdo a lo manifestado por los prestadores/as de servicios, se carece de algunos medicamentos específicos para el tratamiento de ciertas infecciones de transmisión sexual.

Lo anterior concuerda con investigaciones previas como la realizada por Varela Blanco (2014) sobre el acceso a medicamentos por los estudiantes que asisten al área de salud de la VOAE en Ciudad Universitaria hace referencia a la importancia de la cobertura completa de tratamientos para la recuperación de la salud y las consecuencias que podrían conllevar los tratamientos inconclusos para la salud de los universitarios (Varela Blanco, 2014).

Para la mayoría de los prestadores/as de servicios el tema de la disponibilidad de medicamentos en el AS VOA E fue visto como una limitante, no obstante, manifestaron que en muchas ocasiones se ha logrado resolver a través de la gestión que realizan con empresas farmacéuticas que entregan muestras médicas de sus productos, procurando que se dejen tratamientos completos, para algunos casos específicos.

*“En relación a insumos estamos en una temporada de desabastecimiento, pero tratamos de solventar con donaciones que hacen los mismos médicos y las casas farmacéuticas. (PS 4)*

*“... cuando queremos brindar tratamiento para ITS no los tenemos a mano, si queremos, por ejemplo, dar atención para control prenatal, no contamos con prenatales...” (PS 2)*

*“Algunas veces nosotros le resolvemos con muestras médicas, en caso de que tengamos y en otros casos no queda de otra que dar la receta para que los estudiantes lo compren”. (PS 5)*

Además de las empresas farmacéuticas también se realizan gestiones con establecimientos de la Secretaría de Salud para la obtención de algunos tratamientos, por ejemplo, para ITS, así como con organización no gubernamentales, como es el caso del Proyecto de Médicos del Mundo, a través del cual se adquirió medicamentos, insumos y pruebas de laboratorio,

específicamente para el fortalecimiento de las atenciones de salud sexual y reproductiva.

Sobre la entrega de medicamentos, los y las estudiantes universitarios mencionaron frases como “si me dieron algunos”, “la mayoría sí”, “casi siempre los tuve que comprar”, “a veces la doctora me daba algunas muestras médicas”. Respuestas que evidencian que en muchas ocasiones los/las estudiantes se marchan sin sus tratamientos completos y aunque reciben las recetas médicas para que compren los medicamentos que no fue posible entregárseles, esto no es garantía de que los vayan a comprar.

Los costos adicionales al servicio, como la compra de medicamentos representan una limitante para acceder a los servicios de salud, ya que en los y las estudiantes universitarios puede generar problemas de tipo económicos e influenciar en sus decisiones futuras de búsqueda de servicios. Sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos, los y las prestadoras de servicios manifestaron que es limitada. La institución no compra anticonceptivos y los pocos que se tienen son obtenidos a través de donaciones o en presentaciones de muestras médicas, como promoción de casas farmacéuticas.

Al respecto los entrevistados mencionaron:

*Hay, pero es limitado. La institución no compra métodos anticonceptivos. Nosotros hacemos gestión con casas farmacéuticas o con organizaciones (PS 1)*

*“hay condones y en la clínica de la mujer se ofrecen las inyecciones de un mes o de tres meses, se les ofrece también anticonceptivos orales, se les proporciona distintos y se trata de gestionar donaciones de casas farmacéuticas, pero siempre proporcionarles algún método anticonceptivos que de alguna manera se acople a su necesidad. (PS 5).*

La OPS (2019) mencionan que el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva asequibles y de buena calidad, que abarquen una amplia gama de métodos anticonceptivos, es fundamental para la realización de los derechos y para el bienestar de las mujeres y las niñas, los hombres y los niños. Por tanto, el acceso universal a métodos anticonceptivos garantiza que las personas puedan evitar las consecuencias adversas para la salud y socioeconómicas de los embarazos no deseados, así como tener una vida sexual satisfactoria.

Desde la perspectiva de los y las estudiantes universitarios se identificó que solo a las estudiantes que iban por una necesidad manifiesta de obtener algún método anticonceptivo, se les ofreció, según la disponibilidad en las clínicas en ese momento; los estudiantes que iban por otra afección o por otra consulta, comentaron que no se les había ofrecido ningún método anticonceptivo, a pesar de que este espacio de la consulta se considera una oportunidad para la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Por lo anterior, es necesario entender la anticoncepción como un derecho que puede ser ejercido libremente para vivir la sexualidad de manera independiente de la reproducción y es fundamental para que las personas, en especial las mujeres, tomen decisiones autónomas, responsables y saludables sobre su cuerpo, y en consecuencia sobre su salud y su vida.

#### **5.4.1. Coordinación intersectorial e interinstitucional**

Dado que las relaciones de coordinación intersectorial e interinstitucional han sido restringidas a casos específicos, se observó la necesidad de identificar una ruta de atención de casos de violencia sexual, por ejemplo, vinculada con diferentes puntos de identificación internos, como la Cátedra de la Mujer y el Comisionado Universitario, así como puntos de remisión externos, establecimientos de salud, de primer y segundo nivel, organizaciones no

gubernamentales, como Médicos Sin Fronteras u otras organizaciones de derechos humanos.

Otro punto muy importante a resaltar respecto a las coordinaciones interinstitucionales en el marco de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, son las relaciones del Área de Salud de VOAE con la Secretaría de Salud, la que de acuerdo con los hallazgos se realizan únicamente en el ámbito de la referencia de pacientes que requieren atenciones especializadas y que el Área de Salud de VOAE no provee.

*“Si es un proceso ginecológico que usted no puede manejar aquí, va a HEU, si es alguna ITS, por ejemplo, los condilomas, que usted necesita cauterizar las lesiones, a veces van a los centros de salud de primer nivel, en este caso, al Alonso Suazo (PS 2).*

*“nosotros hacemos el contacto para que me miren al paciente, ya sea con los diferentes médicos y médicas que haya en los diferentes SIS (Servicios de Atención Integral) ... hay unas clínicas que le llaman VICITS. Los mandamos allí. Yo he mandado al Alonso Suazo, al Manchen, son a los mas que refiero (PS 3).*

En lo respecta a la referencia de pacientes, de acuerdo con lo manifestado por las prestadoras de servicios, las coordinaciones han resultado exitosas, a pesar

de que muy pocas veces hay retroalimentación de los pacientes referidos por parte de los establecimientos de salud públicos.

Además de los temas clínicos, es importante resaltar el rol de la Secretaría de Salud como la instancia rectora en materia de salud y específicamente de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, es también la responsable de gerenciar su cumplimiento e implementación para la prestación de servicios de promoción, prevención, atención, tratamiento, rehabilitación y apoyo respecto al tema en los servicios públicos y privados (Secretaría de Salud de Honduras, 2016). Este rol rector de la Secretaría de Salud es poco abordado en el Área de Salud de VOAE ya que no existe relacionamiento referente al sistema de información, informes periódicos, reporte de actividades que realiza el Área de Salud en materia de salud sexual y reproductiva, por tanto, es ineludible fortalecer estas relaciones y promover el reconocimiento de su autoridad en este tema.

#### **5.4.2. Prevención y promoción**

Según la OMS la promoción de la salud es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”, lo que implica un enfoque participativo; las personas, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. La promoción de la salud contribuye a la prevención e de enfermedades.

En contraste con otros estudios (Embarazo adolescente en Bogotá: Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos, 2011), cuando se habla de promoción y prevención, es necesario fomentar cambios, que trasciendan hacia el diseño de programas que garanticen el acceso a los servicios de salud, en los que se aborde la sexualidad de las y los jóvenes desde una mirada integral donde, además de los métodos anticonceptivos, que se reconozcan aspectos de la sexualidad como los derechos sexuales y reproductivos, la perspectiva de género y la diversidad sexual, entre otros.

Según la percepción de los servicios por parte de las y los estudiantes universitarios, una de las mayores debilidades de los servicios de salud sexual y reproductiva está, en que estos, no están suficientemente visibilizados. Los servicios pudieran haber tomado mayor reconocimiento si hubiera la voluntad de ser promocionados.

## **5.5. Percepción de los y las estudiantes universitarios y prestadores de servicios de salud respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva que se brindan en el área de la salud de VOA E**

### **5.5.1. Significado de la sexualidad y derechos sexuales y reproductivos**

“La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano. Pero como el ser humano es un sujeto socio-histórico y cultural, podemos afirmar que no existe una única manera de vivir la sexualidad.” (López Gómez, 2015), en este sentido, los significados de sexualidad, tanto de prestadores y estudiantes están permeados por sus creencias, aspectos personales y culturales.

Los datos arrojados por la investigación ratifican los hallazgos de otras investigaciones (Embarazo adolescente en Bogotá: Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos, 2011), de que algunos prestadores de servicios llevan en su hacer el peso sus creencias religiosas, prejuicios morales, formación profesional y la experiencia subjetiva como padres o madres de adolescentes y jóvenes, al mencionar que para ellos/as una sexualidad saludable está relacionada a la abstinencia y la fidelidad. Para otras prestadoras de servicios de salud, una sexualidad saludable está basada en el autoconocimiento del cuerpo, información y responsabilidad, significado que coincide con el de los y las estudiantes.

De acuerdo con (Güezmes, 2004), la expresión “ejercicio responsable de la sexualidad” que parece lógica e inofensiva tiene una fuerte carga moral, ya que, a diferencia de otros derechos, la sexualidad parece ser de los únicos que debe ejercerse responsablemente.

En general se encontró que, para la mayoría de las/los estudiantes, los derechos sexuales y reproductivos son percibidos como derechos ligados exclusivamente a las relaciones sexuales; a la libertad de decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales, sin recibir ningún tipo de presión para ello. Por otra parte, al expresar su percepción, se observa que resaltan la importancia de no ser juzgados por nadie cuando tienen relaciones sexuales y de ejercer el derecho a tener acceso a servicios de salud para el uso de anticonceptivos. De igual manera, muchos estudiantes participantes en el estudio desconocen otros derechos conexos, tales como el derecho a la información sobre sexualidad y reproducción y a recibir servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros, a la equidad de género. En ciertos casos, se observa total desconocimiento del tema, como lo expresaron abiertamente algunos estudiantes: “...la verdad, si soy sincero, desconozco sobre eso” (EU 12).



### **5.5.2. Calidez**

Lagos Sánchez ZE, Matos-Pimenta CA y Urrutia MT (2016) definen calidez como “La capacidad de establecer y mantener una relación cercana, de acogida, que demuestre por medio de comportamientos verbales y no verbales: ternura, confianza, afecto, cariño y calor humano; de manera que para el otro signifique una experiencia agradable”.

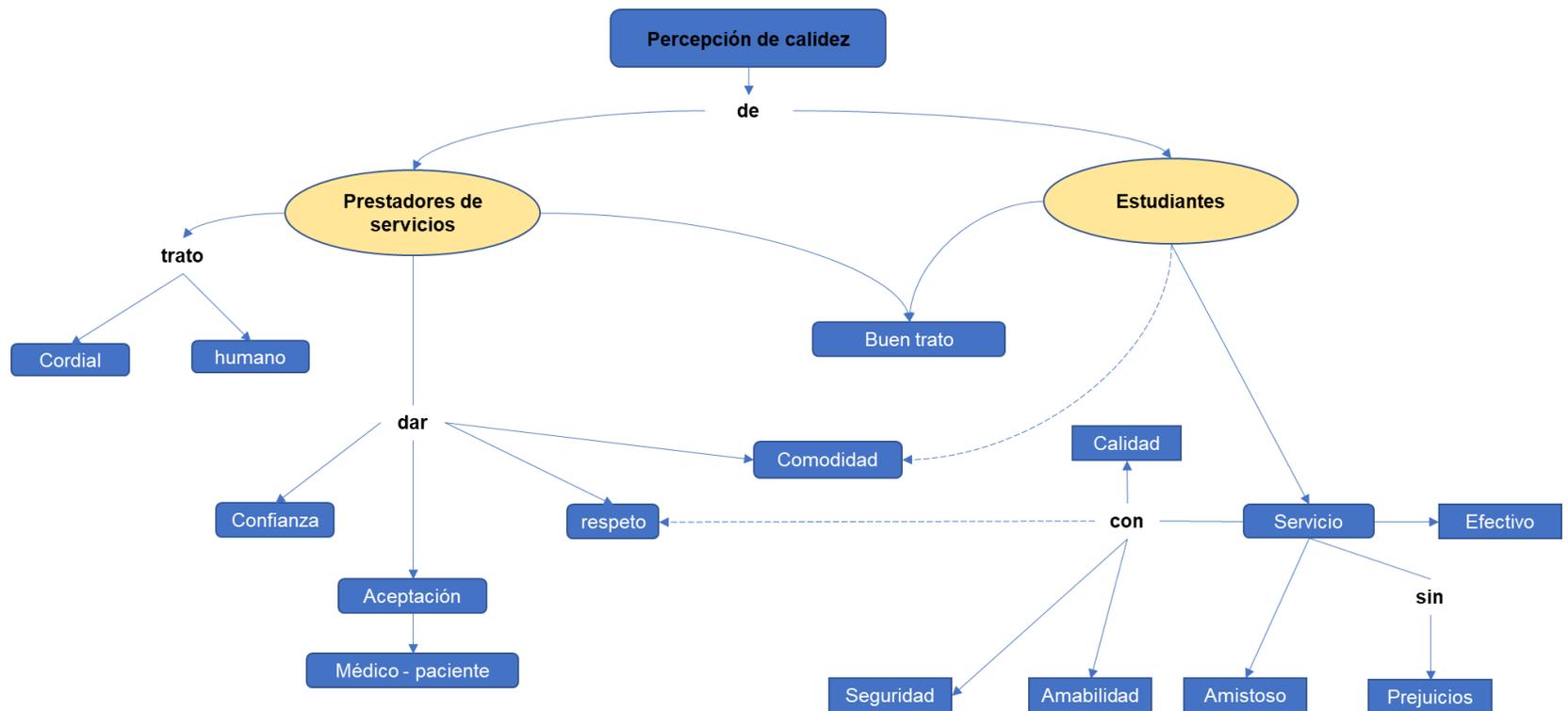
La definición de calidez integra diferentes variables, algunas de estas mencionadas por los entrevistados, tanto estudiantes universitarios como proveedores (as) de los servicios del Área de Salud de VOAE, como se observa en la figura 2.

Tanto los prestadores (as) de los servicios, como estudiantes universitarios coinciden en sus concepciones sobre calidez en la atención, en lo que se refieren al buen trato, la sensación de comodidad y el respeto.

Con relación a los servicios de salud, los/los estudiantes universitarios perciben la calidez como calidad, seguridad y amabilidad. Asimismo, manifestaron que les gustaría que los prestadores/as mostraran una actitud abierta, no prejuiciosa y sensible a sus necesidades.

**Figura 2**

Percepción de calidez desde la perspectiva de las y los estudiantes universitarios y prestadores de servicios de salud.



## 6. CONCLUSIONES

1. El Área de Salud de VOAE brinda servicios de salud sexual y reproductiva a la comunidad universitaria propios del contexto de la atención primaria en salud, cuenta con talento humano del área de medicina general, enfermería, trabajo social, psicología y personal administrativo, actualmente con alguna escasez de algunos equipos médicos como el ultra sonógrafo para realizar los ultrasonidos, equipo para inserción de DIU, otro equipo médico menor que no se encuentra en condiciones óptimas y la poca disponibilidad de algunos insumos y medicamentos propios de las atenciones de salud sexual y reproductiva.
2. Con relación a los diagnósticos de salud sexual y reproductiva, las patologías del aparato reproductor de la mujer y los trastornos menstruales son los que representaron el mayor número de atenciones en el año 2018. Las estudiantes que acuden a los servicios muestran mayor interés / necesidad en la salud menstrual.
3. Acorde a la situación nacional y regional de utilización de los servicios de salud, son las mujeres las que hacen un mayor uso que los hombres. El

93% de las atenciones de salud sexual y reproductiva fueron brindadas a estudiantes mujeres y solo un 7% a hombres.

4. Sobre algunos aspectos de calidad percibida los informantes manifestaron que aun con los avances que se han tenido en los últimos años respecto a las mejoras de la infraestructura y espacio físico, se identificó que la distribución de los consultorios está cercana y el reducido espacio limita un ambiente de privacidad y confianza.
5. Se identificó la falta de protocolos clínicos y guías para la atención de la salud sexual y reproductiva propios del Área de la Salud de VOAE, aunque los prestadores manifestaron hacer uso de las normas oficiales de la Secretaría de Salud.
6. En relación a la satisfacción de la atención recibida, los y las estudiantes universitarios en su mayoría manifestaron estar satisfechos y mencionaron que recomendarían estos servicios con sus compañeros y amigos, por varias razones, entre ellas, gratuidad y la exigencia del derecho a la atención de la salud.
7. Se observó la ausencia de metodologías de valoración de la calidad en todas sus dimensiones, estructura, procesos y resultados.

8. Los trámites administrativos para acceder a la atención, como el hecho de tener que portar la forma 003 impresa, suelen ser una de las principales quejas de las y los estudiantes universitarios, ya que son considerados como trámites burocráticos innecesarios, que deberían ser simplificados.
9. La disponibilidad de algunos insumos y medicamentos para la atención de salud sexual y reproductiva se ha considerado como una limitante, a pesar de contar con un cuadro básico de medicamentos, la oferta de medicamentos e insumos no es la misma siempre.
10. Sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos, los y las prestadoras de servicios manifestaron que es limitada. La institución no compra anticonceptivos y los pocos que se tienen son obtenidos a través de donaciones o en presentaciones de muestras médicas, como promoción de casas farmacéuticas.
11. Según la normativa nacional el servicio de la citología implica la toma de muestra y la lectura de la misma, actualmente en el Área de Salud de VOAE se realiza únicamente la toma de muestra ya que el laboratorio no cuenta con la capacidad para realizar estos análisis, lo que provoca que muchos resultados no retornen y por tanto se interrumpa el proceso de seguimiento y continuidad de la atención.

## 7. RECOMENDACIONES

Al área de salud de la VOAE:

1. Es preciso fortalecer un plan de salud que cuente con estrategias con perspectiva de género para su implementación y que incluya los presupuestos necesarios para brindar atenciones integrales de salud sexual y reproductiva, como la planificación de talento humano especializado en el área de la salud sexual y reproductiva, equipo médico, materiales, insumos, medicamentos, reactivos de laboratorio y anticonceptivos.
2. Es importante analizar la definición de un nuevo cuadro básico de medicamentos, que responda a las necesidades de la comunidad universitaria, tomando como referencia los principales motivos de consultas y patologías que se atienden en el Área de Salud de VOAE, específicamente brindar tratamientos completos para todas las afecciones / necesidades de salud sexual y reproductiva.
3. Será necesario reducir los trámites administrativos de acceso de los y las estudiantes a los servicios de salud sexual y reproductiva, a través de la

implementación de mecanismo automatizados para la gestión de las citas médicas, haciendo uso de las tecnologías de la comunicación para realizar el seguimiento, recordatorio y confirmación de citas.

4. Es recomendable la utilización de herramientas de monitoreo de la calidad de atención, por un lado, para conocer el nivel de satisfacción de los y las estudiantes con respecto a atención que reciben, por otro lado, la realización del monitoreo de procesos de atención y medición de indicadores de calidad.
5. Es vital la elaboración de guías y protocolos clínicos de salud sexual y reproductiva propios, con perspectiva de género y otras determinantes de la salud como la cultura y el nivel de socioeconómico, que contribuyan a facilitar la toma de decisiones al clínico y disminuyan la variabilidad en la practica clínica, así como también sean parámetros para valorar la calidad de atención.
6. Es necesario establecer mecanismos de coordinación para la compra de servicios de lectura de citologías o analizar la ampliación de la capacidad laboratorio para ofrecer un servicio integral que incluya la toma de muestra y la lectura, lo que permitiría un seguimiento eficaz para la definición del manejo a seguir según las necesidades de las estudiantes.

7. El fomento de actividades de promoción y divulgación de los servicios de salud sexual y reproductiva ha de ser una constante, haciendo uso de las diferentes plataformas de comunicación más usadas por los y las estudiantes y de esa manera llegar a más personas e incrementar la cobertura de atención, haciendo énfasis en la necesidad de promover los servicios de salud hacia los varones.
  
8. Es imprescindible la disponibilidad de diferentes opciones de métodos anticonceptivos para garantizar el acceso efectivo a las personas que los necesiten.
  
9. Es importante profundizar en líneas de investigación sobre el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva en la población universitaria, específicamente en la prevención de las ITS.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Área de Salud VOA E. (2019). *Reporte estadístico del área de la salud 2017-2019*.
- Asamblea General de la ONU. (1948). *Asamblea General en su resolución 217 A (III)*, (pág. 9). Paris. Obtenido de [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948).
- Asociación Costarricense de Hospitales. (19 de Mayo de 2017). <https://ach.sa.cr/>. Obtenido de <https://ach.sa.cr/calidez-calidad-la-atencion-la-salud/>
- Ballesteros, M. S. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*(15(30)), 17. Recuperado el 2020
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo.
- Centro de Derechos de Mujeres. (5 de Septiembre de 2014). Informe de avance en la implementación del Derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en Honduras para el Grupo de Trabajo de análisis sobre la implementación del Protocolo de San Salvador. *Ref. Informe de avance en la implementación del Derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en Honduras para el Grupo de Trabajo de análisis sobre la implementación del Protocolo de San Salvador*, 17. Tegucigalpa, Honduras.
- Centro de Derechos de Mujeres y CLADEM. (2014). *Informe sobre la educación para la sexualidad en Honduras para el Relator especial sobre educación*. Tegucigalpa. Obtenido de <http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2016/02/Informe-sobre-la-educacion-para-la-sexualidad-en-Honduras.pdf>
- Chanamé-Quezada, F., Coronado-García, M., Mejía-Vásquez, K., Palacios-Apaéstegui, M. Á., Revilla-Domínguez, S., & Díaz-Vélez, C. (2016). CARACTERÍSTICAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CHICLAYO AGOSTO-OCTUBRE 2016. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*.
- Checa, S. (2006). Salud y derechos sexuales y reproductivos. *Encrucijadas*(39), 6. Obtenido de [http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encrucijadas/index/assoc/HWA\\_383.dir/383.PDF](http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encrucijadas/index/assoc/HWA_383.dir/383.PDF)

- Checa, S., Erbaro Cristina, Schwartzman, E., & Tapia, S. (2015). *CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS EN SERVICIOS DE SALUD ADOLESCENTE DE EFECTORES PÚBLICOS DE CABA*. XI Jornadas de Sociología, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Comisión de Transición de la UNAH. (Agosto de 2008). Reglamento General de la Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles. *Acuerdo No. 348-P-2008*. Tegucigalpa, Honduras.
- Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación Documento regional - 2010*. Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, Bogotá.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc. (IPPF/RHO). (2018). *INFORME DEL MONITOREO SOCIAL DE LOS COMPROMISOS EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO - 2017*. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc., México. Obtenido de [https://miraquetemiro.org/downloads/mira\\_que\\_te\\_miro\\_resumen\\_global.pdf?v=oct18-3](https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). *Población, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. Nota conceptual para el desarrollo de una plataforma de diálogo sobre políticas con base empírica, Organización de las Naciones Unidas, Panamá.
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la Sexualidad. 1 - La voluntad del saber*. México D.F., México: Siglo XXI Editores.
- Gelpi, G., & Forrissi, F. (2015). *Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud*. Sistematización, programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, la Facultad de Medicina, y con el apoyo del colectivo Ovejas Negras, MSP, ASSE y UNFPA, Montevideo. Recuperado el 2020, de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf>

- Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>
- Gómez-Camargo, D., Ochoa-Díaz, M., Canchila-Barrios, C., Ramos-Clason, E., Salgado-Madrid, G., & Malambo-García, D. (2014). Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. *Revista de Salud Pública*(2015), 16(5):660, 16(5), 13. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n5/v16n5a02.pdf>
- Güezmes, A. (2004). *Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos*. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.
- Gutiérrez Ros, R. (2007). *Incorporación del enfoque étnico racial. Elementos conceptuales*. Montevideo. Obtenido de [http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/19683/1/12\\_glosario\\_afro.pdf](http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/19683/1/12_glosario_afro.pdf)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2018). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México, México: The McGraw-Hill.
- Higueta-Gutiérrez, L. F., & Cardona-Arias, J. A. (2018). Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia*, 36(1), 12.
- INE. (2013). Estadístico, Instituto Nacional de Estadísticas, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tegucigalpa.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo – INSGENAR. (2010). *¿TODO BIEN? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Buenos Aires.
- Lafaurie Villamil, M. (2006). La investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: Aportes a la salud sexual y reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería*, 1(1), 10. Obtenido de <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1382/988>
- Lagarde, M. (1996). El género. La perspectiva de género. En M. Legarde, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid, España: Horas y Horas.
- Lagos Sánchez, Z. E., Urrutia, M. T., & Matos-Pimenta, C. A. (2016). La calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 21.
- López Gómez, A. (2015). *Adolescencia y Sexualidad. Investigación, acciones y política*. Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo.

- López Gómez, A. (2015). *Adolescencia y Sexualidad. INVESTIGACIÓN, ACCIONES Y POLÍTICA PÚBLICA EN URUGUAY (2005 – 2014)*. Universidad de la República; UNFPA., Facultad de Psicología, Montevideo. Obtenido de <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf>
- Losada Otálora, M., & Rodríguez Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 23.
- Lundgren, R. (2000). *Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina*. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Familia y Población. OPS. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/protocolos-investigacion-para-estudio-salud-sexual-reproductiva-adolescentes-varones-0>
- Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R. M., Llantá Abreu, M., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana Salud Pública*, 34(4), 10. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013)
- Mejía Gómez, M. L., Montoya Chica, P., Blanco Rojas, A. J., Mesa, M. L., Moreno López, D. J., & Pacheco Sánchez, C. I. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación*. Documento regional - 2010, COMITÉ REGIONAL ANDINO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, Bogotá. Recuperado el 2020, de <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>
- Mejías Sánchez, Y., Cabrera Cruz, N., Rodríguez Acosta, M. M., Toledo Fernández, A. M., & Norabuena Canal, M. V. (2013). Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Asesoría en salud sexual y reproductiva*. Quito.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD DE ESPAÑA. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. (P. S. MINISTERIO DE SANIDAD, Ed.) Madrid.
- Múñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Ochoa-Marin, S., & Vásquez-Salazar, E. (Febrero de 2012). Salud sexual y reproductiva en hombres. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA*(14), 13. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n1/v14n1a02.pdf>

- OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, New York. Obtenido de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra. Obtenido de [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- OMS, OPS, WAS. (2000). *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), Guatemala. Recuperado el Febrero de 2020
- ONU. (1994). *Programa de Acción: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. El Cairo. Recuperado el 2020, de [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD\\_programme\\_of\\_action\\_es.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf)
- ONU. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing. Obtenido de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- ONU. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra.
- ONU. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. New York. Recuperado el 2020
- ONU. (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, New York. Recuperado el 2020
- OPS. (2009). *La salud de las mujeres y los hombres en las Américas. Perfil 2009*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina de Género, Etnicidad y Salud.
- OPS. (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen*. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *www.who.int*. Obtenido de [https://www.who.int/topics/essential\\_medicines/es/](https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/):  
[https://www.who.int/topics/essential\\_medicines/es/](https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. (2019). *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Washington.
- Ramírez, A., Martínez, M. A., & Rivera, R. (2003). *Diagnóstico Nacional. Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Honduras*. Diagnóstico, CLADEM - Honduras, Tegucigalpa. Obtenido de <http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2016/02/Diagnostico-Nacional-y-Balance-Regional-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
- Ramos Orellana, D. E. (1990). *Tesis: Análisis de los Servicios Médicos Estudiantiles en la UNAH 1985-1989*. Tesis Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*(23), 20. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3.pdf>
- Restrepo Zea, J., Mejía Mejía , A., Valencia Arredondo, M., Tamayo, L., & Salas Zapata , W. (Noviembre-Diciembre de 2007). ACCESIBILIDAD A LA CITOLOGÍA CERVICAL EN MEDELLÍN, COLOMBIA EN 2006. *Rev Esp Salud Pública*, 10.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, & M. A. Porrúa (Ed.), *El Género. La contrucción cultural de la diferencia sexual* (pág. 186). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Goberación y Descentralización. (Marzo de 2018). *Informe Nacional Sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Nacional, Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Goberación y Descentralización, Tegucigalpa. Obtenido de <https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-nacional-de-avance-en-la-implementaci%C3%B3n-del-consenso-de-montevideo-sobre>
- Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización. (2018). *Informe Nacional Sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización, Tegucigalpa.
- Secretaría de Justicia y Derechos Humanos. (2013). *Primera Política Pública en Derechos Humanos y Plan de Acción en Derechos Humanos. Tomo I*. Secretaría de Justicia y Derechos Humanos, Tegucigalpa. Recuperado el 2020, de <https://www.sedh.gob.hn/odh/publicaciones/politica-publica-en-derechos->

humanos-y-plan-nacional-de-accion-en-ddhh/253-pol%C3%ADtica-  
p%C3%BAblica-en-derechos-humanos-y-plan-nacional-de-acci%C3%B3n-en-  
derechos-humanos-manual/file

- Secretaría de Salud de Honduras. (2016). *POLITICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. Honduras.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - UNFPA. (2011). *Embarazo adolescente en Bogotá: Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Bogotá.
- SEDI. (2018). *ANUARIO ESTADÍSTICO N° 48 | AÑO 2018*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud*. Washington. Recuperado el 2020, de [http://cidbimena.desastres.hn/filegmt/files/PO\\_14\\_entire\\_book.pdf](http://cidbimena.desastres.hn/filegmt/files/PO_14_entire_book.pdf)
- SESAL. (2016). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. PA01:2015*. Política Nacional, Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa. Recuperado el 2020
- SESAL. (2017). *Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación a la Respuesta de la Epidemia del VIH 2016-2019*. Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa.
- UNAH. (2017). *Portal UNAH / Área de Salud VOA E*. Obtenido de <https://www.unah.edu.hn/servicios/area-de-salud-voae>: <https://www.unah.edu.hn/servicios/area-de-salud-voae>
- UNAH. (2017). *voae.unah.edu.hn*. (D. E. Tecnología, Productor) Recuperado el 2019, de <https://voae.unah.edu.hn/>
- UNAH. (2018). *Anuario Estadístico N° 48*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaría Ejecutiva de Desarrollo Institucional (SEDI), Tegucigalpa.
- UNAH. (16 de Junio de 2019). *presencia.unah.edu.hn*. Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/noticias/sabes-que-servicios-te-ofrece-la-clinica-de-la-mujer/>
- UNFPA. (2014). *ESTÁNDARES DE CALIDAD: SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE. Diagnóstico de situación de la implementación*. Bogotá.
- UNFPA. (2019). *Estado de la Población Mundial 2019*.
- UNFPA. UNAH. (2016). *Análisis de Situación de Población Honduras*. Facultad de Ciencias Sociales. Maestría en Demografía y Desarrollo, Tegucigalpa.
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Dirección de Investigación Científica y Posgrado. (2016). *Estudio sobre percepción de la diversidad sexual en la ciudad Universitaria, 2015*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras,

Dirección de Investigación Científica y Posgrado, Tegucigalpa. Recuperado el 2019

- Vanegas-de-Ahogado, B. C., Pabón-Gamboa, M., & Plata-de-Silva, R. C. (s.f.). Percepciones de adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos que favorecen la prevención del embarazo en esta etapa.
- Varela Blanco, E. L. (2014). *ACCESO A MEDICAMENTOS POR LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN AL ÁREA DE SALUD DE LA VOAE EN CIUDAD UNIVERSITARIA (TESIS DE MAESTRÍA)*. Tegucigalpa.
- Vera Carrasco, O. (Diciembre de 2019). GUÍAS DE ATENCIÓN, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN. *Rev Med La Paz*. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v25n2/v25n2\\_a11.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v25n2/v25n2_a11.pdf)
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género*, 17. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Viveros, M. (2004). El gobierno de la sexualidad juvenil y la gestión de las diferencias. Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. *Revista Colombiana de Antropología*, 40.
- Weeks, J. (1998). La Invención de la Sexualidad. En J. Weeks, *Sexualidad* (págs. 21-46). México D.F.: Paidós, PUEG, UNAM.
- WHO. (2010). *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation*. World Health Organization. Recuperado el 2020

## 9. ANEXOS

### 9.1. Instrumentos de investigación

#### a) Guía de entrevista semiestructurada: Estudiantes universitarios

<b>Guía de preguntas Entrevista semi-estructurada</b>	
E-EU: <i>Estudiantes que recibieron atención de salud sexual y reproductiva en el Área de Salud de VOAE</i>	
Fecha de la entrevista: Número de la entrevista:	
<b>Segmento temático</b>	<b>Preguntas</b>
Calidad de atención	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cuál fue el procedimiento que seguiste para recibir la atención en el Área de Salud de VOAE?<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Te atendieron por orden de llegada o solicitaste la cita con anticipación?</li></ul></li><li>2. ¿Qué opinas sobre las instalaciones donde se encuentran las clínicas?<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo podrían mejorar?</li></ul></li><li>3. ¿Tuviste alguna dificultad para identificar / ubicar las clínicas del Área de la Salud de VOAE?</li><li>4. ¿Qué te pareció el horario de atención de las clínicas (7:00 – 7:00)?<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Se adaptan a tus necesidades?</li><li>• ¿Qué horarios te vendría mejor?</li></ul></li><li>5. ¿Crees que el tiempo de espera de la consulta puede influir en tu decisión de venir o no a la clínica? ¿Por qué?</li><li>6. ¿Qué es para vos una buena atención (atención satisfactoria)?</li><li>7. ¿Cuál fue tu experiencia en la consulta, sentís que se te dedicó el tiempo suficiente y necesario para tener una buena atención?</li></ol>

	<p>8. ¿Te explicaron de manera clara el procedimiento de atención en la clínica? (te examinaron, te hicieron preguntas)</p> <p>9. ¿El médico /a o la enfermera usó materiales o folletos para que entendieras mejor? ¿Cuáles?</p> <p>10. ¿Consideras que el personal de salud se preocupó porque obtuvieras toda la información que necesitas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SI: ¿Por qué?</li> <li>- NO: ¿Por qué?</li> </ul> <p>11. ¿Cómo valoras (calificas) la atención del/la médica, crees que contribuyó la a resolver tu problema / consulta de salud? ¿Por qué?</p> <p>12. ¿Qué limitantes sentiste que hubo en la atención médica?</p> <p>13. ¿Volverías a solicitar los servicios del área de la salud de VOAE?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si: ¿por qué?</li> <li>• No: ¿por qué?</li> </ul> <p>14. ¿Podrías sugerir alguna mejora que se pueda hacer en los servicios?</p>
Calidez	<p>15. ¿Qué entiendes por calidez?</p> <p>16. ¿Cómo percibiste la confidencialidad en la consulta médica? ¿Aseguraron la privacidad (sin que otra persona escuche)?</p> <p>17. ¿Qué cualidades crees que debería tener un médico (a) para ser confiable?</p> <p>18. ¿Sentiste confianza al compartir tu caso (inquietudes, dudas)?</p> <p>19. ¿Cuántas veces han utilizado los servicios de salud sexual y reproductiva que brindan en el Área de Salud de VOAE?</p> <p>20. ¿Te dieron la opción de elegir con cuál médico o médica querías recibir la atención? ¿Puedes elegir entre que te atienda una mujer o un hombre? ¿una persona joven?</p> <p>21. ¿Para vos qué es <u>la sexualidad</u>?</p> <p>22. ¿Qué entendés por sexualidad saludable?</p> <p>23. ¿Cómo crees que viven la sexualidad los estudiantes universitarios?</p> <p>24. ¿Cómo crees que sería el comportamiento ideal de las mujeres universitarias frente a su sexualidad?</p>

	<p>25. ¿Cómo crees que sería el comportamiento ideal de los hombres universitarios frente a su sexualidad?</p> <p>26. ¿Cómo sentiste el ambiente de la consulta, la interacción con el/ la médico? ¿te sentiste cómodo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Te sentiste señalado o juzgado (a) en la conversación (juicio moral)? ¿por qué? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si: ¿Crees que el/ la médica te juzgo porque es una persona adulta (mayor)?</li> </ul> </li> </ul> <p>27. ¿El/ la médica mencionó aspectos de tipo religioso en la consulta? Si: ¿Cuáles? Recordás qué te dijo</p> <p>28. ¿Para vos qué son <u>los derechos sexuales y reproductivos</u>?</p> <p>29. ¿Conoces tus DRS? (mencionar algunos de los derechos)</p> <p>30. ¿En la consulta, sentiste que se te garantizaron tus DSR? ¿cómo fue tu experiencia? (por ejemplo: te ofrecieron preservativos, u otros métodos anticonceptivos, te mencionaron que podés decidir sobre tu cuerpo).</p> <p>31. ¿Consideras que tus necesidades (como mujer/ como hombre / como persona LGTBI / como persona con discapacidad/ adulta mayor) fueron atendidas / pueblos indígenas y negros? (Atención diferenciada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Si: ¿Por qué?</li> <li>b. No: ¿Por qué no? ¿qué crees que hizo falta?</li> </ul> <p>32. ¿Vos o alguna persona que conoces han acudido al Área de la Salud por un caso de violencia? Si: ¿Podrías compartir cómo fue el caso? ¿qué tipo de atención se le brindó? ¿cómo fue el seguimiento por parte de los médicos? No: terminar</p> <p>33. ¿Basado en tu experiencia, recomendarías los servicios de salud sexual y reproductiva a tus compañeros y amigos? ¿Por qué?</p>
Seguimiento	<p>34. ¿El / la médico te indicó una nueva cita de seguimiento a tu caso? - ¿Regresaste? ¿Por qué?</p>

	<p>35. ¿Te solicitaron algún número telefónico u otro medio de comunicación para contactarte?</p> <p>36. ¿Cómo crees que podrían mejorar el seguimiento de los casos? <i>(el hecho de que los estudiantes decidan regresar a las clínicas)</i></p>
<p>Coordinación e intersectorial e interinstitucional (dentro o fuera de la universidad)</p>	<p>37. ¿Te refirieron a otro servicio dentro o fuera de la universidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué alternativas te dieron?</li> <li>• ¿A qué tipo de servicio te refirieron? (clínico, legal, de apoyo, psicológico, etc.)</li> </ul>
<p>Medicamentos y suministros</p>	<p>38. ¿Recibiste todos los medicamentos que te indicaron? No: ¿Qué alternativas te dieron para suplir el tratamiento?</p> <p>39. ¿Te indicaron pruebas de laboratorio? - ¿Tuviste alguna dificultad para realizártelos?</p> <p>40. ¿Tuviste que pagar por algún servicio: consulta, medicamentos, insumos, pruebas de laboratorio? ¿cuánto? - ¿El trámite fue sencillo?</p>
<p>Prevención y promoción</p>	<p>41. ¿Cómo te enteraste de los servicios de salud que brinda el Área de Salud de VOA E?</p> <p>42. ¿Has escuchado o has visto alguna campaña sobre SSR en Ciudad universitaria? Si: ¿Te han parecido útiles? ¿te gustaron? No: ¿Consideras necesarias que se desarrolle este tipo de campañas? ¿por cuáles medios? ¿piensas que se debe publicar por las redes sociales?</p> <p>43. ¿De qué forma podés acceder a preservativos dentro de la universidad? - ¿Te ofrecieron preservativos en la clínica?</p> <p>44. ¿Qué otros métodos anticonceptivos te ofrecieron en las clínicas?</p>

**b) Guía de entrevista semiestructurada: Personal médico (prestadores de servicios)**

<b>Guía de preguntas Entrevista semi-estructurada</b>	
<b>E-PS2:</b> Personal médico que brinda atenciones de salud sexual y reproductiva en el Área de Salud de VOAE	
Cargo de trabajo:	
Fecha de la entrevista:	
Número de la entrevista:	
<b>Segmento temático</b>	<b>Preguntas</b>
Descripción del servicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué tipo de servicios de salud sexual y reproductiva brindan?</li> <li>2. ¿Cuál es el procedimiento de atención – desde el momento que llega el/la estudiante, hasta que sale del servicio?</li> <li>3. ¿Se ha hecho alguna reestructuración en el Área de la Salud (las clínicas)? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si: ¿Cuál es su opinión sobre esa reestructuración? (aspectos positivos y negativos – transversalización de la SSR)</li> </ul> </li> </ol>
Calidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Qué procedimiento, protocolo o norma usan para brindar las atenciones de salud sexual y reproductiva?</li> <li>5. ¿Qué fortalezas y limitantes cree que tiene el personal de salud para proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva a los y las estudiantes?</li> <li>6. ¿Cuáles son las principales limitantes que enfrenta el servicio que usted brinda?</li> <li>7. ¿Cómo se podría mejorar el servicio?</li> </ol>
Calidez	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. ¿Qué entiende usted por calidez?</li> <li>9. ¿Cómo logra establecer el vínculo de confianza con los estudiantes, qué estrategias utiliza?</li> <li>10. ¿Cómo logra establecer la confidencialidad con los estudiantes, qué estrategias utiliza?</li> <li>11. ¿Cuál ha sido su experiencia en <u>el trato</u> con los y las estudiantes en la clínica? ¿Ha tenido dificultades (casos difíciles)? – <i>Alguna experiencia que quisiera compartir</i> ¿Cómo lo ha abordado?</li> </ol>

	<p>12. ¿Cuál es su experiencia en la atención a personas LGTBI?</p> <p>13. ¿Qué considera usted una vida sexual saludable?</p> <p>14. ¿En su opinión cómo sería el comportamiento ideal de las mujeres universitarias en relación a su salud sexual y reproductiva?</p> <p>15. ¿En su opinión cómo sería el comportamiento ideal de los hombres</p> <p>16. ¿En su opinión cómo sería el comportamiento ideal de los y las jóvenes LGTBI en relación a su salud sexual?</p> <p>17. ¿Qué problemas ha detectado en las juventudes universitarias que impiden el sano ejercicio de su sexualidad? (hombres y mujeres)</p> <p>18. Desde su papel como médico (a), ¿cómo cree que se debe enfrentar esta problemática?</p> <p>19. ¿Para usted qué son los derechos sexuales y reproductivos? – de hombres y mujeres</p> <p>20. ¿Qué estrategias utiliza para garantizar el ejercicio de los DSR de los y las universitarias?</p> <p>21. De acuerdo a su enfoque de DSR, ¿considera que debe haber atención diferenciada a hombres, mujeres y personas LGTBI?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si: ¿Qué estrategias utiliza para garantizarla?</li> <li>- No: ¿Por qué?</li> </ul> <p>22. ¿Qué entiende por violencia de género?</p> <p>23. ¿Le ha tocado sobrellevar casos producto de algún tipo de <u>violencia</u> de género? – En caso de que sí; cómo fue la gestión del/los casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué hizo? – todo el proceso.</li> <li>a. <b>Hacer pregunta solo si responde SI a la pregunta anterior.</b> ¿Qué diferencias ha percibido en los casos de violencia en hombres y mujeres?</li> <li>b. ¿En estos casos ha habido algunos estudiantes con distintas orientaciones y expresiones de género?</li> <li>c. ¿En estos casos ha habido seguimiento (se ha indicado una nueva cita)?</li> <li>d. ¿han regresado los estudiantes después de las indicaciones de seguimiento?</li> <li>- Si dice que si: ¿cree usted que se crean vínculos de confianza fuertes con los médicos?</li> </ul>
--	---

	<p>- Si dice que no: ¿a qué cree que se debe el hecho de no regresar?</p> <p>24. ¿Cuál es el protocolo de atención para casos de violaciones sexuales? - ¿Disponen de el kit de emergencia en estos casos?</p>
Mecanismos para proveer seguimiento	<p>25. ¿Qué estrategias de seguimiento utilizan para establecer contacto nuevamente con cada estudiante que asiste al servicio? ¿tiene alguna experiencia con algún caso particular?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial?</li> </ul> <p>26. ¿Qué dificultades para dar seguimiento se han encontrado? - ¿cómo cree que se podría resolver estas dificultades?</p>
Equipo y suministros	<p>27. ¿Cuál considera que es el equipo necesario para brindar atenciones de salud sexual y reproductiva?</p> <p>28. ¿El Área de la Salud dispone de este equipo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SI: ¿El equipo funciona correctamente? - ¿hay cobertura suficiente frente a la demanda de atenciones (utilización equitativa)?</li> <li>- NO: ¿Qué hace falta? - ¿qué dificultades existen?</li> </ul> <p>29. ¿El Área de la Salud dispone de pruebas diagnósticas y tratamiento de ITS, métodos anticonceptivos, prenatales, pruebas de VIH, embarazo, espéculos, etc.?</p> <p>30. En caso de NO haber algún medicamento o insumo, ¿Qué recomendaciones dan a los y las estudiantes para que se cumpla el tratamiento? - ¿Qué estrategias de seguimiento utilizan en estos casos? - ¿Qué mecanismos emplea para continuar el seguimiento (Para que el estudiante regrese)?</p>
Prevención y promoción	<p>31. ¿El Área de la Salud de VOAE realiza actividades de divulgación con la comunidad universitaria para promover la salud sexual y reproductiva y la utilización de los servicios?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SI: ¿En qué consisten?, ¿Con qué frecuencia?, ¿Después de realizar este tipo de actividades notan cambios? (ejemplo: Incremento de la demanda)</li> </ul> <p>32. ¿Cómo realizan la entrega preservativos? – ¿Qué tipo de preservativos son (masculinos – femeninos)?</p> <p>33. ¿De qué forma los estudiantes pueden acceder a los preservativos?</p>

	<p>34. ¿Tienen estrategias para fomentar el uso del preservativo en la comunidad estudiantil?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si: ¿En qué consisten?</li> <li>- No: ¿Lo considera un problema?</li> </ul> <p>35. ¿Considera una necesidad entregar condones femeninos?</p> <p>36. ¿Promocionan otros métodos anticonceptivos? ¿cuáles?</p>
Gestión organizativa e Información	<p>37. ¿Cómo se hace el registro de las atenciones de SSR?</p> <p>38. ¿Cuáles instrumentos se utilizan para registrar las atenciones de SSR?</p> <p>39. ¿Cómo realizan la planificación de las clínicas? – Metas</p> <p>40. ¿Cómo realizan el seguimiento y monitoreo de los planes?</p>
Coordinación intersectorial e interinstitucional (dentro o fuera de la universidad)	<p>41. En caso de que realicen referencia de estudiantes a otros servicios de salud, ¿cómo se realiza la coordinación y apoyo con otras instituciones (Secretaría de Salud, Fiscalías, Alcaldías, ONG)?</p> <p>42. ¿De qué forma se articulan los servicios que se brindan en las clínicas con otras áreas de la universidad?</p> <p>43. ¿Existe algún tipo de reporte de información hacia la Secretaría de Salud?</p> <p>En caso de que si exista: ¿En qué consiste el reporte y cuál es la periodicidad?</p> <p>NO: ¿Por qué? ¿Lo considera necesario?</p>

## 9.2. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Posgrado en Salud Pública**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Caracterización de los servicios de salud sexual y reproductiva brindados en el Área de Salud de VOAE en Ciudad Universitaria, años 2018-2019.

La presente investigación es conducida por Jeimy Daniela Henríquez Velásquez, estudiante del Posgrado en Salud Pública (POSAP) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). El Objetivo de la investigación es Caracterizar los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva brindados en el Área de Salud de VOAE, en Ciudad Universitaria, años 2018-2019.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, lo que tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante la sesión se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Tanto lo conversado, como lo escrito, será estrictamente confidencial y anónimo. La información será codificada usando un número de identificación y por lo tanto no llevará su nombre. El consentimiento informado y la entrevista no podrán vincularse. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Tenga en cuenta que su participación en esta investigación es voluntaria. Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella y podrá retirarse o negarse a responder cualquier pregunta que usted considere prudente omitir la respuesta.

Firme la siguiente declaración para indicar su consentimiento para participar en este estudio:

He leído y comprendido la descripción de este estudio y acepto voluntariamente participar.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante