

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**PERCEPCION DEL FUNCIONARIO PUBLICO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO
DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA. CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL SAN FELIPE Y RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN SECTOR ZAMBRANO, REGIÓN SANITARIA
METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL, HONDURAS. AÑO 2016**

PRESENTADO POR: ALBA AZUCENA HERNÁNDEZ

ASESORA: DRA. NORA C. RODRIGUEZ

TEGUCIGALPA, M.D.C.

ABRIL 2019

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTOR

DR. JOSÉ FRANCISCO HERRERA ALVARADO a.i

VICERRECTORA ACADEMICA

MSc BELINDA FLORES

VICERRECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

ABOG. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

DR. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL.

ABOGADA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ALVAREZ

**DIRECTOR SISTEMA DE ESTUDIOS POSGRADOS FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS**

Dr. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i

SECRETARIA ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DRA BETHY YAMILETH AVILA ALVARADO.

**COORDINADOR GENERAL DE LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS.**

DR. ARNOLDO ZELAYA

COORDINADOR ACADÉMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i

Dedicatoria

- Con especial dedicación a mi Padre Celestial por quien logre una realización más en mi vida ya que sin Dios nada es posible, gracias AMADO DIOS.
- También dedico este logro a mi Amada MADRE Ricci Aracely Hernández Flores por apoyarme e impulsarme siempre a luchar por mis sueños y aspiraciones. Siempre te amare y recordare amada madre.
- También dedico este logro a mi esposo por su apoyo en todo momento.
- A mi hijo por quien doy gracias a Dios por abrir mis ojos y poder mirarlo y amarlo cada día y enseñarle a luchar por lo que quiere dándole el mejor ejemplo posible bajo la dirección de Dios padre.

Agradecimiento

- A las autoridades de la secretaria de salud por su apoyo con beca y permiso para lograr la realización de mis sueños de tener un post grado.
- A las autoridades del POSAP por brindarme su confianza y apoyo en todo momento para alcanzar mi objetivo de lograr obtener mi título de post grado.
- A la Dra. Nora Rodríguez como asesora por su responsabilidad, paciencia, dedicación, esfuerzo y por impulsarme a continuar y terminar el trabajo de investigación realizado; para lograr obtener el título de master.
- A la Licenciada Martha Fonseca como asesora inicial, por su gran apoyo en parte de la organización del contenido del presente documento sobre referencia y respuesta/ contrarreferencia.

INDICE DE CONTENIDO

I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos.....	5
2.1	Objetivo General.....	5
2.2	Objetivos Específicos.....	5
III.	Marco Teórico.....	7
3.1	Derechos Humanos.....	7
3.2	Derecho a la Salud.....	8
3.2.1	El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades.....	12
3.2.2	Sistema de Servicios de Salud.....	15
3.2.3	Clasificación de los sistemas de servicio de salud.....	17
3.2.4	La equidad en la prestación de servicios de salud.....	18
3.2.5	Factores relacionados con la arquitectura de los sistemas.....	22
3.3	Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud (APS).....	25
3.3.1	Comunidad, Organización y Participación Comunitaria en la provisión de servicios.....	28
3.4	Sistema Nacional de Salud Honduras.....	30
3.5	Modelo Nacional de Salud Honduras.....	34
3.6	Red de atención y sistema de referencia y respuesta.....	39
3.6.1	Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia.....	44
3.6.2	Situación del Sistema de Referencia y Respuesta en Honduras.....	46
3.7	Sobre la Percepción.....	51
IV.	Metodología.....	64
V.	Resultados.....	71
VI.	Análisis de Resultados.....	123
VII.	Conclusiones.....	133
VIII.	Recomendaciones.....	135
IX.	Bibliografía.....	137
X.	Anexos.....	144

I. Introducción

La referencia y respuesta/contra referencia a nivel de Latino América es un sistema que ha mejorado el modelo de salud; en el sistema de salud de Honduras se conoce y se implementa muy poco la referencia y principalmente la respuesta; sin embargo existe un documento denominado Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la situación de la salud en Honduras, que data de Septiembre de 1996, mismo que habla sobre las referencia únicamente y no se menciona la respuesta, describiendo que aunque normalmente se ha llenado el formato de referencia enviado por el nivel primario para asegurar que el paciente reciba atención al nivel secundario, no se completaron las respuestas; por lo que se puede argumentar que una recepción generalmente inadecuada de pacientes muchas veces impide que al momento de ser enviados por los empleados del nivel primario de salud sean atendidos oportunamente y con el respeto a su derecho de recibir atención de calidad.

El Sistema de referencia y respuesta constituye un mecanismo de coordinación que permite dar respuesta efectiva al modelo de atención a la salud de la población ambulatoria. La responsabilidad de la adecuada operación del sistema recae en los jefes o gestores, directores o responsables de cada unidad operativa

de salud identificados como los equipos de referencia y respuesta. Los profesionales de la salud deberán completar el formato de Referencia Detallando claramente el motivo por el cual refiere al usuario, previa atención primaria en el establecimiento de salud al que asistió el usuario, a fin de aprovechar al máximo los recursos disponibles, así como evitar tiempos de espera prolongados. Es importante comunicar al usuario y familiares sobre el nombre del establecimiento al cual se envía y cuál es el procedimiento a seguir al llegar, pero será responsabilidad del usuario presentarse al establecimiento de referencia.

Los usuarios serán atendidos en las unidades de acuerdo a la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutivo del establecimiento, por lo que el personal médico o de salud deberá conocer o consultar los lineamientos a seguir con el objeto de apoyar una acertada referencia, cada referencia y respuesta deberá registrarse en los expedientes clínicos y registros específicos que se implementen en el sistema de referencia y contra referencia de cada nivel de atención. La respuesta tendrá como contraparte la referencia de un usuario y deberá completarse correctamente, con el propósito de apoyar al médico tratante en el seguimiento del tratamiento, así como para fortalecer los diagnósticos de subsecuentes referencias.

También debe llevar claramente especificado el diagnóstico con el que fue tratado, así como las recomendaciones para el manejo que debe dársele al regresar al nivel primario. El sistema de referencia y respuesta no debe faltar en un modelo de salud ya que favorece la atención médica oportuna, integral y de calidad en los establecimientos de salud, mediante el flujo adecuado y ágil de los pacientes en los diferentes niveles de atención.

En el modelo de atención de salud de Honduras no existen actualmente líneas claras a seguir para mantener un sistema de referencia y respuesta que sea funcional en su totalidad ya que se ha podido observar que no hay coordinación entre los diferentes niveles de atención; lo que dificulta brindar una atención de calidad, e impide brindar respuesta inmediata a los titulares de derecho enviados desde el nivel primario.

El que no existan lineamientos claros y estandarizados para la referencia y respuesta presenta una debilidad del sistema ya que no se da seguimiento a la población que egresa de un nivel secundario, por lo que se desconoce si el aporte brindado por dicho nivel al titular de derechos fue de beneficio para el o no al egresar de la institución; por lo expuesto se realizó la presente investigación que diera respuesta al problema planteado ya que no se encuentran estudios en el país realizado sobre este tema; a la vez se pretendió realizar una búsqueda

profunda de la situación del sistema de referencia y respuesta. Las intervenciones fueron registradas en audio digital con el consentimiento de los informantes; posteriormente se hizo la transcripción de la información proporcionada por cada grupo participante para su respectivo análisis. La técnica utilizada para el análisis de los datos fue la hermenéutica interpretativa.

El contenido de este documento está organizado en capítulos, siendo el capítulo I, la introducción donde se describió el contenido de la investigación. Capítulo II: los objetivos generales y específicos. El capítulo III corresponde al marco teórico donde se definieron los conceptos y las teorías acerca del tema. El capítulo IV consiste en el diseño metodológico de la investigación. En el capítulo V se describieron los resultados encontrados en los grupos focales. El capítulo VI correspondió al análisis de los datos obtenidos en la investigación. En el capítulo VII se plasmaron las conclusiones, capítulo VIII recomendaciones, y en el capítulo IX se dio a conocer la bibliografía utilizada para respaldar dicha investigación. Finalmente están los anexos donde se encuentran las preguntas generadoras implementadas a los dos grupos focales que brindarían los resultados para la presente investigación.

II. Objetivos

2.1 Objetivo General

Caracterizar la percepción de los funcionarios públicos sobre el funcionamiento del sistema de referencia y respuesta, de la consulta externa del Hospital de especialidades San Felipe de Tegucigalpa y la red de servicios de salud del primer nivel de atención del Sector Zambrano, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Honduras. Año 2016.

2.2 Objetivos Específicos

1. Describir la conceptualización de los funcionarios públicos sobre la referencia y respuesta en la consulta externa del Hospital de Especialidades San Felipe y de la red de servicios del primer nivel de atención del Sector Zambrano.
2. Identificar los procedimientos que permiten a los funcionarios públicos el cumplimiento del sistema de referencia y respuesta en la consulta externa del Hospital de especialidades San Felipe y de la red de servicios del primer nivel de atención del Sector Zambrano.

3. Explorar la percepción de los funcionarios públicos, acerca del funcionamiento del sistema referencia y respuesta del Hospital San Felipe y de los establecimientos de salud del Sector Zambrano.

III. Marco Teórico

3.1 Derechos Humanos

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos, universales e inalienables; el principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos. (ONU, 1993)

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirma el solemne compromiso de todos los Estados de cumplir sus obligaciones de promover el respeto universal, así como la observancia y protección de todos los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todos de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, otros instrumentos relativos a los derechos humanos y el derecho internacional. El carácter universal de esos derechos y libertades no

admite dudas. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a los gobiernos, a las instituciones intergubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos en favor de la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer y de la niña.

La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos los mismos pesos. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. (ONU, 1993).

3.2 Derecho a la Salud

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a

torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. (ACNUR. ORG, 2000)

El derecho a la salud abarca libertades y derechos.

- Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).
- Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger

los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona (Organización mundial de la Salud, 2017).

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen:

- No discriminación: el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra

condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación. (Organización mundial de la Salud, 2017)

- Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los

pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se trate.

- Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. 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. (Organización mundial de la Salud, 2017)

3.2.1 El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas exigen que se establezcan programas de promoción y prevención, a través de la educación para lograr enfrentar las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genética, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la

seguridad ambiental, el desarrollo económico y la igualdad de género. (ACNUR. ORG, 2000)

El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas. (ACNUR. ORG, 2000)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido

de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. (ACNUR. ORG, 2000)

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

1. Respetar. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
2. Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo, regulando la actividad de los actores no estatales).
3. Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas). (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Entre las obligaciones básicas figuran la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que

permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados. (ONU, 1993).

3.2.2 Sistema de Servicios de Salud

La OMS define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud. Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: a) el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; b) la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; c) agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; d) organizaciones comunitarias y locales (voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa o indirectamente y algunas veces prestan servicios; y e) los proveedores de servicios que, a su vez, pueden ser tanto del sector público como del sector no público, sin olvidar las escuelas formadoras que juegan un papel importante e irremplazable en los sistemas de salud. (Secretaria de Honduras, 2005)

Los sistemas de salud pueden también definirse de acuerdo con sus funciones principales: administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios. Según la OPS los sistemas deben estar conformados por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales deben ser aceptables para la población promoviendo la equidad, prestando una atención integral y apropiada, con un énfasis en la prevención y la promoción. Tomando en cuenta a las familias y las comunidades como base para la planificación y la acción, con el propósito de reducir las desigualdades y mejorando la salud de aquellos que están en peores condiciones. (Secretaría de Honduras, 2005)

Los sistemas de salud de la región se pueden establecer en cuatro grupos según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y la participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas públicos de salud o los de seguridad social. Solo una minoría tiene sistemas integrados de salud como Costa Rica, Brasil y recientemente Uruguay, pero son muchos los que tienen sistemas altamente segmentados. Los sistemas integrados son aquellos que ofrecen una atención que cubre todos los niveles de atención y a toda la población, dentro de un sistema único público. Entre las características de los sistemas se encuentran; elementos, componentes y

relaciones, ordenamiento y estructura, finalidad y objetivos, dinámica y procesos, complejidad y totalidad, medio y ambiente, grado de integración, dinámica interna, efectividad, eficiencia y eficacia. (Secretaría de Honduras, 2005)

3.2.3 Clasificación de los sistemas de servicio de salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud; necesita personal capacitado, disponibilidad de financiación e información, abastecimiento de suministros, transportes y comunicaciones, como también orientación y directrices generales bien establecidas; algunas de las funciones primordiales de los sistemas de salud son la gobernanza, el financiamiento, la generación de recursos y prestación de servicios. (OMS, 2005)

Entre los sistemas de salud existentes se pueden mencionar: Sistema único de salud: es la asistencia pública con estructura única, pública, financiada con recursos del Estado, B) Seguridad social es una red única de servicios, pero con una normatividad común. Su cobertura es universal y se financia fundamentalmente con contribuciones obrero- patronales. Sistemas mixtos es la existencia de varios sectores prestadores de servicios con diferente desarrollo y deficientes coberturas con duplicidad; en los sistemas segmentados por lo

general no tienen una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red de prestadores de servicios de salud financiados con los impuestos generales.

En la gran mayoría de los países de la región, los sistemas están compuestos por dos o más subsistemas que demandan el cumplimiento de condiciones específicas de acceso a través de diversos mecanismos. Estas condiciones de acceso constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud para todos. (OMS, 2005)

3.2.4 La equidad en la prestación de servicios de salud

El concepto de equidad se relaciona con aquello que consideramos "justo" y, por tanto, su significado depende de los valores o enfoques de sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos. Para el análisis de la equidad en las políticas de salud, la diferencia más relevante se encuentra entre el enfoque igualitarista, que formula los objetivos de equidad en términos de igualdad, y el enfoque neoliberal, que los expresa en términos de niveles mínimos y máximos del bienestar agregado. (Vargas, Vasquez, & Jane, 2002)

La equidad como propósito o valor se encuentra detrás de una gran cantidad de intervenciones gubernamentales y se invoca frecuentemente en las políticas públicas. Como principio general, apoyado muchas veces en un argumento normativo, el tema de la equidad ha sido de interés para un gran número de investigadores de áreas muy diversas, como la filosofía, la economía, la filosofía política, la administración pública, el derecho y la ética. Cada una de estas disciplinas converge regularmente en el interés por definir en términos normativos, y a veces operativos, qué es equidad y qué procesos seguir para alcanzarla en diferentes contextos y situaciones. (Olvera Esquivel & Arellano Gault, 2015)

Las definiciones normativas sobre el concepto de equidad son muchas y la controversia, así como el debate al respecto, son muy amplios. Cuando se habla de políticas públicas en un contexto democrático, en particular, hacer operativo este concepto tendría que asumirse como un paso crucial. Es claro que la manera como se define normativamente un concepto o un valor afectará la forma en que se instrumentaliza una intervención gubernamental o social sobre una realidad para intentar cambiarla. Sin embargo, paradójicamente, es difícil encontrar casos en que las políticas públicas en busca de equidad hagan enteramente explícitos los criterios operativos y de resultados que pretenden alcanzar en términos de

equidad; en parte, esto puede deberse a la propia dificultad para encontrar un acuerdo. (Olvera Esquivel & Arellano Gault, 2015)

Por ejemplo, en muchos casos la equidad está íntimamente relacionada con otro concepto ideológicamente fundamental, la igualdad. Sin embargo, en la práctica, si bien entrelazados, estos conceptos pueden llegar a asumirse por diversos actores sociales y políticos de maneras sumamente diferentes. Igualdad como producto de un proceso equitativo es diferente a equidad como un fin, por ejemplo. Por otro lado, igualdad puede llevar a inequidades (tratar a todos por igual, siendo que las personas tienen dotaciones de recursos naturales o biológicos diferentes), así como las inequidades pueden generar mayor igualdad (cobrar más impuestos a los que tienen mayor ingreso, con el fin de redistribuir servicios o recursos de igual manera sin importar el nivel de ingreso de las personas). (Olvera Esquivel & Arellano Gault, 2015)

En la prestación de asistencia sanitaria son fundamentales tres definiciones de equidad: igualdad de tratamiento para igual necesidad, igualdad de acceso e igualdad de salud; El criterio de igualdad de tratamiento para igual necesidad significa que las personas con igual necesidad de atención sanitaria reciben el mismo tratamiento independientemente de cualquier característica personal que no

tenga que ver con la necesidad (capacidad de pago, sexo, lugar de residencia, etc.). El problema en la aplicación de este criterio reside en la dificultad de la definición de necesidad y tratamiento. (Olvera Esquivel & Arellano Gault, 2015)

La igualdad de acceso debería interpretarse como la igualación de los costes en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad. Según esta definición, se considerarían como costes de acceso los precios de los servicios, los costes de transporte y el coste del tiempo. El criterio de igualdad de salud resulta aún más problemático, debido a la influencia que en la salud tienen otros factores, como la educación y la renta, sobre los que desde los servicios de salud no se tiene influencia. A esto se añade la dificultad de medir los niveles de salud. Las tres definiciones igualitaristas de equidad en la prestación no son equivalentes. Por un lado, el acceso al tratamiento es un fenómeno de la oferta, mientras que el tratamiento que finalmente se recibe es un fenómeno de la interacción entre oferta y demanda, es decir, el tratamiento no sólo depende de los costos de acceso sino también de la percepción del paciente sobre los beneficios de la asistencia sanitaria. (Olvera Esquivel & Arellano Gault, 2015)

3.2.5 Factores relacionados con la arquitectura de los sistemas

Los factores más generadores de exclusión son la segmentación y la fragmentación.

a) La segmentación: genera exclusión porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud sólo posibles de satisfacer por los grupos sociales más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico, consolidando y profundizando la inequidad. Uno de sus efectos más graves es que determina a su vez la segmentación del derecho a la salud el cual, a pesar de aparecer en los cuerpos legales como universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago. (Acuña, 2005)

En sistemas altamente segmentados, el acceso a la salud se basa en mecanismos institucionales de discriminación y las restricciones al acceso a la salud afectan a algunos grupos sociales más que a otros. Como consecuencia de ello, los excluidos en salud son mayoritariamente los pobres, que viven en el medio rural y que están insertos en la economía informal. (Acuña, 2005)

B) La fragmentación limita el ejercicio del derecho a la salud porque la existencia de múltiples agentes operando sin mecanismos de coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, encarece el costo de las intervenciones y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto. La fragmentación de la provisión al interior del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales en el caso de Bolivia, Honduras, Guatemala y Ecuador, donde la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y Respuesta. (Acuña, 2005)

En cuanto a la forma de organizar las intervenciones y asignar los recursos para su realización, los factores más generadores de exclusión se encuentran en la asignación, distribución y capacidades de los recursos humanos; en la magnitud y distribución del gasto público; y en la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud. (Acuña, 2005).

Recursos Humanos: Como en muchas regiones del mundo, los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina y El Caribe enfrentan serios problemas de insuficiencia, mala distribución, formación inadecuada y condiciones precarias de trabajo para sus recursos humanos.

Magnitud y distribución del gasto público: La magnitud y distribución del gasto público en salud constituyen herramientas poderosas para el logro de mayores niveles de equidad al interior de los sistemas de salud. En los países con sistemas de salud altamente segmentados, el financiamiento público para salud es en general reducido, el gasto privado en salud es elevado y corresponde casi totalmente a gasto de bolsillo y las coberturas de atención en salud por el sector público son bajas. (Acuña, 2005)

La experiencia de América Latina y el Caribe demuestra que la reducción de la exclusión en salud conlleva un abordaje que suma diversas modalidades de intervención, públicas y privadas, integrando estrategias estatales y de la sociedad civil. Es necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, del financiamiento, del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se refuercen entre ellas. (Acuña, 2005)

La rectoría, en tanto la expresión de la responsabilidad estatal en salud, el desafío consiste en posicionar la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental, con el aporte de todos los actores relevantes. En el ámbito del financiamiento, el desafío consiste en organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los

requerimientos en salud de la población tanto de servicios de salud personales como de los no personales- con criterios de equidad y sostenibilidad. En el ámbito del aseguramiento en salud, el desafío consiste en encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada. (Acuña, 2005)

La difusión y utilización de un conjunto de prestaciones garantizado con financiación pública, diseñado de acuerdo a los patrones epidemiológicos y a las prioridades del país y revisado periódicamente, está demostrando ser un instrumento útil para incrementar la seguridad jurídica, extender la cobertura, y contribuir a una asignación más eficiente de los recursos en diversos países. En el ámbito de la provisión de servicios, el reto consiste en reorientar el modelo de atención para que responda efectivamente a las necesidades de salud de la población y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a eliminar la exclusión.

3.3 Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud (APS)

La APS tiene como propósito impulsar el cuidado de la salud pública y el cuidado personal y colectivo, la comunidad organizada y las organizaciones civiles y/o gubernamentales locales en coordinación con los Equipo de Salud Familiar

(ESFAM) y fortalecer la capacidad organizativa de la población y de sus mecanismos de gestión en la identificación de problemas y la definición de alternativas de solución y, en los procesos de evaluación, petición y rendición de cuentas; desarrollando el ejercicio de los deberes ciudadanos por su salud, sin sustituir la responsabilidad del Estado por la salud de la población.

Para este efecto, se debe promover el respeto de la comunidad a: la información, ser consultada, negociar, participar en las decisiones y al veto. Este derecho supone reconocer que la población debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y agente responsable de su propio desarrollo.

Un sistema de salud basado en APS es un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Para la implementación de sistemas de salud basados en APS se necesitan facilitadores con diferentes habilidades tales como: reconocimiento del liderazgo del sector salud, compromiso político hacia la Equidad y la Cobertura Universal, enfoque amplio de salud y Determinantes Sociales de la Salud, servicios de salud centrados en las personas y la atención a sus necesidades, amplia participación y construcción de consensos y marco político, legal y normativo. (Secretaría Salud Honduras, 21/10/2016)

El Equipo de Atención Primaria de Salud se encuentra en el primer de atención según la organización y jerarquización de los niveles de acuerdo a su complejidad, recursos humanos, y tecnológicos disponibles, acceso y tipos de problemas de salud entre otros dentro del nuevo Modelo de Salud en Honduras, donde se define como el conjunto básico y multidisciplinario de profesionales y técnicos de la salud del primer nivel de atención, responsable cercano del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas y ubicadas en un territorio delimitado en sus ambientes de desarrollo (hogar, comunidad, escuela, trabajo); sin tener en cuenta ningún factor que resulte discriminatorio (género, étnico, cultural, etc.). Sus integrantes deberán poseer las competencias adecuadas para el cumplimiento de sus responsabilidades y mantener una relación muy estrecha y efectiva con la comunidad. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

Los equipos de Atención primaria en Salud estarán adscritos a un centro de salud Tipo I-2 y, eventualmente, a uno Tipo I-3 y, desde allí, planificará sus servicios y sus visitas a las comunidades. Para esto y en el marco de la Estrategia Nacional de Atención Comunitaria de la SESAL, se relacionará con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), con la comunidad organizada y con el equipo de apoyo. Para este efecto y fortalecer la participación efectiva de la comunidad en las actividades locales de salud, la SESAL deberá diseñar, consensuar y aplicar los mecanismos de articulación de la comunidad con los establecimientos del

primer nivel de atención y el (EAPS). (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016, pág. 31)

3.3.1 Comunidad, Organización y Participación Comunitaria en la provisión de servicios.

Dentro del primer nivel de atención la organización comunitaria en sus diferentes formas constituirá la estrategia para promover la participación proactiva de las personas y de las comunidades en la planificación y ejecución de las acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y en la evaluación de sus resultados ya que, es en la comunidad donde confluyen la obligación del estado con el derecho y el deber de las personas de cuidar de manera integral su salud, la de su familia y la de su comunidad, utilizando esta estrategia la comunidad será la protagonista principal de identificar sus necesidades y problemas de salud reales y/o potenciales, así como las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud.

Además, serán capaces de formular sus propios planes de intervención según las necesidades y/o problemas encontrados y priorizados dentro de sus comunidades, lo que facilitará y permitirá una atención eficiente y referencias oportunas a los niveles de mayor complejidad de no solventar el problema de

salud por el cual asistió el usuario o la usuaria. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

La atención de los problemas de salud, que por su nivel de riesgo y complejidad son referidos del primer nivel para su resolución, el segundo nivel de atención deberá asegurar la continuidad y complementariedad del proceso de servir de tránsito y derivación hacia las unidades de referencia de los casos que así lo ameriten y ofrecer servicios de emergencia, de hospitalización y atención quirúrgica de acuerdo a su capacidad resolutive a la población que los necesite, durante las 24 horas de los 7 días de la semana. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

Al surgir el nacimiento de la atención primaria en salud fueron tomados prioritariamente elementos como la cronicidad de las enfermedades, el envejecimiento de las poblaciones, el incremento de costos en el sistema sanitario, cambios en las estructuras familiares, incorporación de la mujer al trabajo; además encontramos características propias de la APS entre las que figuran nuevos profesionales, nuevos servicios y nueva concepción de la asistencia sanitaria.

Los sistemas de salud basados en APS cuentan con valores sociales que dan la base moral, la que sirve de ancla a las políticas y programas implementados en pro del interés público; estos sistemas permiten la obtención de mejores

resultados de salud a nivel poblacional, una mayor equidad en el acceso a la salud, una mayor eficiencia de los sistemas y servicios de salud y mayor satisfacción de los usuarios (as) ya que los equipos de salud se movilizan hasta los hogares para identificar y priorizar las necesidades familiares y/o sociales para buscar alternativas de solución con mayor prontitud. (Holder, 2011)

3.4 Sistema Nacional de Salud Honduras

El Sistema Nacional de Salud en su objetivo general menciona que los principales lineamientos políticos y de reforma del Sector Salud deben traducirse en objetivos específicos a nivel organizacional para lo que el gobierno ha establecido “una serie de líneas o directrices de política, que tienen como elemento fundamental el fortalecimiento institucional para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública para el ejercicio de la Rectoría del Sector”. (Secretaría de Salud Honduras,OMS/OPS, 2012)

El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público incluye a la Secretaría de Salud (SESAL) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas, como también las escuelas

formadoras de talento humano. La Secretaría de Salud ofrece atención a toda la población en sus propias instalaciones y con sus propios médicos y enfermeras, pero se estima que sólo 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios.

El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes, es decir, 18% de la población total. Este Instituto presta sus servicios en instalaciones privadas (primer nivel) y en instalaciones propias y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. El sector privado atiende alrededor de 5% de la población, en particular, a la población con capacidad de pago. Este sector incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios, clínicas y hospitales privados con y sin fines de lucro. Se calcula que 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud. (Secretaria de Salud Honduras,OMS/OPS, 2012)

Estructura y cobertura de acuerdo con el Código de Salud (Secretaria de Salud Honduras, 2012, pág. 1), el sector público está constituido por las Secretarías de Salud (SS), Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales, Planificación, Coordinación y Presupuesto, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y las municipalidades. Destacan dos instituciones

en la prestación de servicios de salud, la SS, que ejerce una doble función al ser rector del sistema y proveedor de servicios, y el IHSS; el sector público ofrece atención a toda la población, sin embargo, se estima que únicamente cerca de 60% de los hondureños acceden a estos servicios de manera regular.

El sector privado cubre a menos de la mitad de la población asalariada del sector formal de la economía, lo cual equivale aproximadamente a 18% de la población hondureña; ambas instituciones cuentan con centros de salud y hospitales y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS) o con la contratación de proveedores privados. La Secretaría de Defensa también cuenta con unidades de salud, como el Hospital Militar.

La dirección de la niñez, adolescencia y la Familia (DINAF) contribuye al sistema de salud mediante la formulación, coordinación, gestión y evaluación de las políticas públicas, programas y servicios especializados; ello implica la transferencia de recursos financieros a los organismos responsables de la ejecución directa de programas de atención a dichos sectores así como el control y fiscalización del uso de estos recursos; Generar directrices y mecanismos que oriente a las instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, en la implementación de las políticas, programas y servicios para la niñez, adolescencia y familia, eficientes y eficaces. (DINAF, 2014)

El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia también brinda servicios preventivos relacionados con el consumo de sustancias psico adictivas. El sector privado cuenta con prestadores con y sin fines de lucro, entre los primeros se encuentra hospitales, clínicas y profesionistas independientes y empresas que ofrecen seguros de salud. Entre los segundos se incluyen organizaciones de la sociedad civil como CARE, Visión Mundial, HOGASA, Médicos Mundi, Aldea Global, Asociaciones de Pastores, ASHONPLAFA y MOPAWI, entre otros. (Bermudez-Madriz, 2011)

Los niveles de atención a la salud mencionados en el Sistema Nacional de Salud son: a) Primer Nivel: incluye Promoción de la salud, medicina preventiva, medicina general, odontologías y servicios de apoyo con el enfoque de salud familiar y comunitaria. b) Segundo Nivel: atenciones ambulatorias especializadas y servicios de apoyo y un tercer Nivel que son las Emergencias, hospitalización, cirugía mayor y maternidad. (Bermudez-Madriz, 2011)

En Honduras no existe un sistema nacional de información en salud, los datos son generados por las distintas instituciones del sistema; mismos que se reúnen siguiendo diferentes criterios. En El Plan Nacional de Salud 2010-2014 (PNS 2010-2014) se plantea la creación de un sistema de información en salud para la integración de datos el cual ya está como proyecto piloto en algunos

Establecimiento de Salud del país; esto contribuirá en el seguimiento de las condiciones de salud de los usuarios y las usuarias en todos los servicios de salud de Honduras, para alimentar continuamente los procesos de planeación, evaluación, análisis de resultados para luego ser implementado a nivel Nacional.

3.5 Modelo Nacional de Salud Honduras

El plan Nacional de Salud 2010-2014 propone cambios que al lograrlos contribuirán a garantizar la atención de la salud con eficacia y calidad a la población demandante, el proceso de reforma del sector salud tiene como objetivo establecer “un sistema de salud plural, integrado y debidamente regulado centrándose principal y fundamentalmente en la mejora continua de salud de los individuos, familias y comunidades” (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016), es decir que responda a las verdaderas necesidades de salud de la población y además que sea sostenible; entre estos procesos destaca diseñar e implementar un nuevo y funcional Modelo Nacional de Salud que asegure una atención integral y continua de salud tomando como pilar principal la atención Primaria de Salud.

El modelo Nacional de Salud (MNS) es el instrumento de carácter político y estratégico emitido por la Secretaria de Salud (SESAL), en su condición de ente

rector del sector salud, el diseño de este Modelo Nacional de Salud está fundamentada en la visión de una institución descentralizada con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados y con la capacidad de toma de decisiones apropiadas y de manera oportuna, por ello brinda los principios y lineamientos políticos y estratégicos de conducción para la atención integral de salud, asegurar a la persona, familia y comunidad en su entorno el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones integrales y continuas de salud con calidad. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

Respetando el derecho a la salud de cada individuo y el desarrollo hacia una gestión descentralizada orientada al logro de resultados, la amplia participación social y la protección del medio ambiente, articular y organizar el consenso del país en materia de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud y representa el compromiso del estado en materia de atención de la salud con toda la población del país por lo tanto su aplicación es de carácter obligatorio a nivel nacional por todas las organizaciones que hacen parte del Sistema Nacional de Salud. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

El Modelo Nacional de Salud consta de tres componentes atención/provisión, gestión y financiamiento; los tres componentes deberán abordarse de manera integral y complementaria teniendo como eje operativo central el componente de

atención/provisión, de forma tal que puedan contribuir de manera efectiva y confiable en la constitución del sistema de salud plural e integrada que se propone. Los principios del Modelo Nacional de Salud (MNS) son las normas adoptadas e incorporadas que determinan la conducta y el desempeño de todos los actores del sistema en el cumplimiento de su función social; por lo que la SESAL como autoridad rectora demandará su cumplimiento. Su concepción parte de los principios del proceso de reforma del sector salud y han sido formulados de manera que su aplicación se manifieste de manera concreta en cada uno de los tres componentes del MNS. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

El modelo Nacional de Salud (MNS) es el instrumento de carácter político y estratégico emitido por la Secretaria de Salud (SESAL), en su condición de ente rector del sector salud, el diseño de este modelo Nacional de Salud está fundamentada en la visión de una institución descentralizada con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados y con la capacidad de toma de decisiones apropiadas y de manera oportuna, por ello brinda los principios y lineamientos políticos y estratégicos de conducción para la atención integral de salud, asegurar a la persona, familia y comunidad en su entorno el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones integrales y continuas de salud con calidad, respetando el derecho a la salud de cada individuo.

El desarrollo hacia una gestión descentralizada orientada al logro de resultados, la amplia participación social y la protección del medio ambiente, articular y organizar el consenso del país en materia de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud y representa el compromiso del estado en materia de atención de la salud con toda la población del país por lo tanto su aplicación es de carácter obligatorio a nivel nacional por todas las organizaciones que hacen parte del Sistema Nacional de Salud.

Los principios del MNS son las normas adoptadas e incorporadas que determinan la conducta y el desempeño de todos los actores del sistema en el cumplimiento de su función social; por lo que la SESAL como autoridad rectora demandará su cumplimiento. Su concepción parte de los principios del proceso de reforma del sector salud y han sido formulados de manera que su aplicación se manifieste de manera concreta en cada uno de los tres componentes.

Para el desarrollo del MNS se definen estos principios: **Universalidad** como el derecho que tiene toda persona sin distinción; a la oportunidad de acceder a los beneficios del Sistema Nacional de Salud (SMS) para el cuidado, protección y recuperación de su salud, **la equidad** que es la organización de la atención y la asignación de los recursos en función a las necesidades específicas, riesgos y vulnerabilidades de las personas a lo largo de su ciclo de vida, **Continuidad** que

es la capacidad del SNS para asegurar la atención oportuna desde el primer contacto de la persona, familia, comunidad con los servicios de salud hasta el nivel donde se brinda resolución del problema de salud que demanda.

La **Integralidad** que no es más que la atención brindada con un enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y el entorno enfatizando en los factores determinantes y condicionantes para lograr un abordaje efectivo del problema de salud. **Eficacia y Eficiencia Social** lo que permitirá dar respuesta acertada a las necesidades demandadas en los servicios de salud, **Calidad** lo que significa que deberá cumplirse con estándares o normas establecidas por el ente rector.

Corresponsabilidad el estado, las organizaciones y las personas comparten responsabilidades en la identificación, definición, priorización y resolución de problemas de salud en su grupo poblacional. **Solidaridad** son acciones a través de las cuales todas las personas contribuyen al desarrollo integral de salud dentro de sus posibilidades y capacidades. **Interculturalidad** con el respeto a las diferentes identidades los servicios de salud brindaran atención en salud a la población que lo demande. El Modelo Nacional de Salud será transversal en cuatro enfoques Atención Primaria en Salud, gestión por resultados con calidad, gestión de riesgo e igualdad de género. (Secretaria de Salud Honduras, 2011)

3.6 Red de atención y sistema de referencia y respuesta

El sistema de referencia y respuesta, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud que este refiera. Este sistema tiene como propósito diseñar, organizar y documentar el régimen, de forma tal que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la marcha de la red, que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad y facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a la comunidad de acuerdo con sus necesidades. Todo lo anterior se realizará mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo del Sistema como un componente de la prestación de servicios, el cual deberá operar conforme a la normatividad vigente. El Sistema de referencia y Respuesta constituye un mecanismo de coordinación que permite dar respuesta efectiva al modelo de Atención a la Salud de la población ambulatoria. La responsabilidad de la adecuada operación del sistema recae en los jefes o gestores, directores o responsables de cada unidad operativa de salud identificados como los equipos de referencia y respuesta. Los usuarios serán atendidos en las unidades de acuerdo a la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutivo del establecimiento que lo atenderá, por lo que el personal médico o de salud deberá conocer o consultar los lineamientos a seguir con el objeto de apoyar una acertada referencia; cada referencia y respuesta deberá registrarse en los

expedientes clínicos y registros específicos que se implementen en el sistema de referencia y Respuesta de cada nivel de atención. Es importante comunicar al usuario y familiares sobre el nombre del establecimiento al cual se envía y cuál es el procedimiento a seguir al llegar, pero será responsabilidad del usuario presentarse al establecimiento de referencia. (Ministerio de Salud Peru, 1993-1997).

La respuesta tendrá como contraparte la referencia de un usuario y deberá completarse correctamente, con el propósito de apoyar al médico tratante en el seguimiento del tratamiento, así como para fortalecer los diagnósticos de subsecuentes referencias. La respuesta debe llevar claramente especificado el diagnóstico con el que fue tratado, así como las recomendaciones para el manejo que debe dársele al regresar al nivel primario. La primera tarea es establecer la RED en el ámbito de responsabilidad del servicio, esta red o micro red debe ser parte de la Red de atención a Nivel regional, El objetivo de la formación de la RED es que toda persona reciba una atención adecuada de acuerdo a un paquete mínimo, que de acuerdo a la complejidad del caso pueda acceder a los niveles de atención necesarios y que exista una retroalimentación al nivel que lo refirió para garantizar el seguimiento y la solución del problema de salud por la que se ingresó a la Red, los establecimientos aislados, la articulación y la

determinación de los niveles resolutivos (acreditación) son los elementos cualitativos claves en las redes. (Ministerio de Salud Peru, 1993-1997)

Elementos requeridos para que funcione un sistema de referencia y respuesta



(USAID)

Para el Monitoreo del sistema de Referencia y Respuesta/Contrarreferencia las entidades de la Red revisarán mensualmente su libro de registros verificando se haya realizado la respuesta de todos los casos que referidos. En aquellos casos

que no se cuente con la respuesta respectiva deberán comunicarse con la entidad a la que fue referido solicitando la información respectiva. Todas las instituciones presentarán informe mensual en la reunión de la red de los casos referidos y las respuestas recibidas. (USAID)

Un buen sistema de referencia y respuesta debe ser práctico que no demande costo económico su mantenimiento, que sea ágil y no determine pérdida de tiempo al usuario, que garantice el seguimiento y sea el elemento articulador de la red. La red debe garantizar de manera progresiva el acceso de la población a un paquete mínimo de atención y a un buen sistema de funcionamiento. Para garantizar un buen funcionamiento de la Red de atención por niveles de complejidad se debe contar con un sistema establecido de referencia y respuesta entre todos los establecimientos de salud, tanto de arriba hacia abajo como a la inversa, la red se formará en relación a la demanda. Cada nivel contará con un manual de procedimientos que le permita agilidad y oportunidad de atención a la población que demanda, además garantizar el fácil acceso a la población y garantizar el seguimiento de pacientes. Todos los establecimientos de salud (ES) deben contar con elementos del sistema de información (libros) o una base de datos que permitan informaciones veraces, oportunas y que faciliten el análisis y la toma de decisiones. El Sistema de vigilancia del sistema de referencia y respuesta estará orientado a crear la capacidad funcional para recopilar y

analizar datos y difundirlos en forma oportuna a las personas o instituciones capaces de emprender acciones de prevención o control eficaces. Implementar un sistema de vigilancia y control del sistema de referencia y respuesta en el sistema de salud, debe ser una acción fundamental. Para hacer más efectiva la vigilancia un documento de Referencia y Respuesta debe contar con datos relevantes del usuario o usuaria como son nombre, edad, Establecimiento de salud que refiere, datos del establecimiento que envía respuesta, diagnóstico por el cual se refiere al usuario o usuaria, tratamiento brindado previa referencia, plan a seguir en los ES, datos del especialista que envía la respuesta al primer nivel (ES) y no se debe olvidar la fecha en ambas vías para la obtención de mejores resultados en el sistema. (Ministerio de Salud Peru, 1993-1997).

3.6.1 Indicadores que miden el funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia

Porcentaje de referencias solicitadas: es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud entre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100. El valor aceptable es un rango entre 5/10%.

Porcentaje de cumplimiento de las referencias: es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100. El valor aceptable es del 70%.

3. Porcentaje de la referencia cumplida efectiva: es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas, dividido para el total de referencias cumplidas, multiplicado por 100. La meta es del 100%.

4. Porcentaje de referencias justificadas (pertinentes): es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas justificadas dividido para el total de Respuesta/contrarreferencias. Como meta, debe ser mayor del 90%.

5. Porcentaje de Respuestas/contrarreferencia: es la relación entre el total de respuestas dividido por el total de referencias cumplidas efectivas, multiplicado por 100. La meta debe ser superior al 90%.

6. Porcentaje de respuestas/contrarreferencias bien llenadas: es la relación entre el total de respuesta/contrarreferencias bien llenadas dividido para el total de contrarreferencias multiplicado por 100. La meta es del 100%.

7. Porcentaje de ausentismos: es la relación entre el total de Respuestas/contrarreferencias cumplidas dividido entre el total de referencias cumplidas multiplicado por 100. La meta es hasta 100%. (Ministerio de Salud Publica Ecuador, 2013)

3.6.2 Situación del Sistema de Referencia y Respuesta en Honduras

Para implementar el Sistema Nacional de Referencia y Respuesta/contrarreferencia se debe contar con redes establecidas por región; que son un grupo de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud o ES, que se agrupan a través de un Administrador o Gestor de Servicios de Salud, en forma complementaria y bajo el principio de suficiencia y continuidad para garantizar el otorgamiento de las prestaciones y servicios de salud cubiertos por el Seguro de Atención de la Salud, en el contexto del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud definido por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016).

La referencia es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud que este refiera, ya sea atención o complementación diagnóstica o terapéutica; debido a que los recursos disponibles no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y de tecnología avanzada. La Respuesta es la derivación del paciente en sentido inverso al proveedor que lo remitió, con la información sobre los servicios prestados, las respuestas a las solicitudes de apoyo asistencial, con las debidas indicaciones a seguir. (Ministerio de Salud Peru, 1993-1997).

Se interpretará como respuesta cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada. Su objetivo es articular los establecimientos de salud según niveles de atención y de complejidad, ofreciéndole al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia para que de esta forma al nivel adecuado llegue el paciente adecuado. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

En Honduras se conoce y se implementa muy poco el sistema de referencia y respuesta, es por ello que en el marco de la implementación del nuevo modelo de salud nacional debe darse toda la importancia para su cumplimiento y realizar deducción de responsabilidad a todo prestador de servicios de salud que incumpla; se debe mejorar la coordinación interinstitucional ya que es una pieza fundamental para la adecuada funcionalidad de este importante sistema; debido a que la descoordinación es un problema general en el sector salud la referencia y respuesta/contrarreferencia no ha sido posible y se ha observado poco o nada de interés del personal para mejorar.

Considerando que es un proceso difícil de establecer y actualmente se sigue buscando su funcionamiento, los procesos técnicos y tecnológicos, incluida la automatización, son de ayuda, pero no suficientes, para que esta actividad se realice con éxito en la población abierta, es necesaria una normatividad que coincida con el desarrollo de la conciencia colectiva de los actores de los servicios y la aplicación de modernos sistemas de comunicación y operación de expedientes.

En vista de la debilidad en el reconocimiento del sistema de referencia y respuesta y su falta de aplicabilidad en el actual Modelo Nacional de Salud del país, y tomando como base los problemas a que se enfrentan las instituciones; han surgido diversas propuestas para introducir mejoras a este sistema. En el nuevo modelo de salud de la Secretaría de Salud del Estado de Honduras se encuentran en proceso acciones para impulsar el sistema de referencia y Respuesta; por lo que al implementar tan necesario sistema se debe buscar la participación de las familias, capacitar al personal de salud de las instituciones en el conocimiento, manejo y control del sistema de referencia y respuesta, establecer una red de vigilancia para el cumplimiento del mismo, evaluando de forma semestral y retroalimentando a los establecimientos de salud para corregir desviaciones a nivel local y estatal. (Secretaría Salud Honduras, 21/10/2016)

Para homologar los mecanismos de operación del sistema de referencia y respuesta en cada establecimiento perteneciente a las redes, facilitar el traslado de pacientes con patologías médicas entre las unidades de primer nivel y el segundo nivel de atención y promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman la micro red y la red integrada de servicios de salud (RISS); la SESAL deberá elaborar y emitir una guía para la operación del sistema como el instrumento administrativo que establecerá los lineamientos de carácter general y obligatorio para los establecimientos de salud, y para sus equipos técnicos tanto clínicos como administrativos. (Secretaría Salud Honduras, 21/10/2016).

La SESAL como ente rector del Sistema Nacional de Salud presenta los presentes Lineamientos técnicos para la organización del Sistema Nacional de Referencia y Respuesta de Honduras (SINARR), como el instrumento de gestión que establece los lineamientos de carácter general y obligatorio para su cumplimiento por parte de los Establecimientos de Salud (ES) o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) y Equipos de Salud Familiar del Primer Nivel de Atención y por los ES o UPSS del Segundo Nivel de Atención que integran las Redes Integradas de Servicios de Salud; en la actualidad se cuenta con una guía creada recientemente en septiembre del 2016, cuyas siglas son SINARR (Sistema Nacional de Referencia Respuesta de Honduras), El

SINARR se constituye como el mecanismo de coordinación de país, que favorece el cumplimiento del compromiso de asegurar una atención oportuna integral, completa y continua en cada Unidad Prestadora de Servicios de Salud (UPSS) de la red, mediante el adecuado y ágil flujo de usuarios referidos y atendidos entre niveles de atención y que es el instrumento de gestión que establece los lineamientos de carácter general y obligatorio para su cumplimiento en los diferentes Establecimientos de Salud misma que no ha sido socializada con la totalidad de los ES de las diferentes redes de salud del país.

dicha guía habla de los lineamientos para la organización y el funcionamiento en las redes integradas de servicios de salud. Esta guía tiene como propósito garantizar la atención oportuna, integral, complementaria y continúa a todas las personas con necesidades y demandas de salud, mediante la organización y funcionamiento efectivo del conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permita el adecuado y ágil flujo de usuarios referidos y atendidos en la red, según nivel de atención y capacidad resolutiva , con una gestión clínica y en el marco de la Red Integrada de los Servicios de Salud (RISS), a través de mecanismos que articulados brinden el soporte necesario para el cumplimiento de este proceso; otros objetivos son implementar el proceso de gestión de pacientes en el primer nivel de atención, a través de la organización del flujo del tránsito de usuarios a las Unidades de Atención Primaria

de Salud (UAPS) o Servicios Integrales de Salud (SIS) de la red. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

Establecer el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) que faciliten Interconsulta médica y la telemedicina en la atención integral, complementaria y continua, que asegure la comunicación y coordinación entre la Comunidad, UPSS o ES del Primer y Segundo Nivel de Atención, garantizar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento eficientes, de acuerdo a las necesidades de los usuarios (as) en forma oportuna y efectiva, monitorear y evaluar el SINARR a fin de analizar y valorar la pertinencia de las referencias y respuestas. (Secretaria Salud Honduras, 21/10/2016)

Requisitos y condiciones claves para el buen funcionamiento del SINARR:

1. Redes Integradas de Servicios de Salud conformadas y funcionando.
2. Guías de Práctica Clínica para cada nivel de atención.
3. Sistema de gestión de paciente en las UPSS.
4. Tecnología de Información y Comunicación (TIC) (Mecanismos novedosos, efectivos y factibles de comunicación entre niveles).
5. Mecanismos de transporte de pacientes.
6. Sistema Integrado de información en Salud.
7. Mecanismo de incentivos.

8. Mecanismos de Monitoria y Evaluación.

Sustento Legal

El Sistema de Referencia y Respuesta está cimentado en el marco legal y normativo nacional vigente, por lo que las disposiciones generales y específicas pretenden llevar al plano operativo dichas disposiciones:

Cuadro 1. Marco legal y normativo nacional vigente sobre referencia y respuesta

Leyes/Normas	Contenido
Constitución nacional de la republica 1982	Artículo145.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el

	<p>medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.</p>
	<p>Artículo 149.- El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.</p>
<p>Código de Salud Norma 65-91</p>	<p>Artículo 156. Se consideran instituciones de salud todos los Establecimientos públicos o privados, en los cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la</p>

	prevención, curación y rehabilitación de la salud.
	Artículo 159. LA SECRETARIA reglamentará lo relacionado con los requisitos mínimo que deben llenar, según su clasificación las instituciones en cuanto a instalaciones físicas, equipo, personal, organización y funcionamiento, de tal manera que garantice al usuario un nivel de atención apropiada.
Ley del Sistema Nacional de la Calidad Decreto #29-2011 Gaceta #32,562; 08 de julio/2011	Encargada de las actividades de desarrollo y la demostración de la calidad, para promover la competitividad de las empresas nacionales. Proporcionar confianza en la

	transacción de bienes y servicios.
Modelo Nacional de Salud. 2013 acuerdo ministerial N°1000	El componente de atención/provisión que es el eje central del MSN, el cual provee criterios para priorizar, estructurar, organizar y brindar la atención y servicios a través de un conjunto de prestaciones de manera integral, completa, continua y equitativa.
Reglamento técnico de licenciamiento de ES RTH- SESAL-01:13 Licenciamiento ES. Autorización Y Funcionamiento	Define que la Referencia y Respuesta de pacientes: es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente disminución en la mortalidad y

	<p>morbilidad de los pacientes.</p> <p>Especifica que los establecimientos de salud de los niveles 1 y 2 deben tener definidos los mecanismos de Referencia y Respuesta.</p> <p>Deben contar con los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con el Establecimiento de referencia.</p>
<p>Plan Nacional de Salud 2014-2018</p>	<p>Propone como Meta 5 que al 2018 "El 100% de los servicios de salud estarán organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) logrando la continuidad de la atención en salud a través de la referencia efectiva de las personas".</p>
<p>Ley Marco del Sistema de Protección</p>	<p>Artículo 2. Mediante el cual crea las</p>

<p>Social. Aprobada por Decreto No. 56-2015 del Congreso Nacional el 21 de mayo del 2015.</p>	<p>figuras de las "Administradoras de Servicios de Salud" como entidades públicas, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias para la administración y gestión por resultados de redes de unidades prestadoras de servicios de salud, La "Red de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud" Grupo de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, que se agrupan a través de una Administradora de Servicios de Salud, en forma complementaria y bajo el principio de suficiencia y continuidad, para garantizar el otorgamiento de las prestaciones y servicios de salud cubiertos por el Seguro de Atención de la Salud, en el contexto del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud definido por la</p>
---	--

	<p>Secretaría de Estado en el Despacho de Salud.</p> <p>La "Red Integral Pública de Salud" Es la Red de Servicios de Salud conformada por las unidades prestadoras de servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), entidades de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y otras que se integren a dicha red, en el marco de la suscripción de acuerdos, contratos y convenios, de conformidad a la Ley.</p> <p>Artículo 17. Rectoría Del Sistema Nacional De Salud. Corresponde al Poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, por delegación de la Presidencia de la República, rectorar el Sistema Nacional de</p>
--	--

	<p>Salud, de conformidad a las competencias, funciones y atribuciones que le sean definidas a través de la Ley del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la presente Ley.</p>
--	---

3.7 Sobre la Percepción

La aplicación de la calidad en la prestación de servicios de salud, como el resultado de un proceso o actividad capaz de satisfacer las necesidades de los consumidores, no tendría los resultados deseados utilizando el mismo indicador de calidad medido por la satisfacción del usuario, puesto que en todo servicio de salud se encuentran impregnados el espíritu profesional y el espíritu institucional dentro de un marco doctrinario coherente y adecuado. (Messarina Santolalla, 2015)

Según la OMS la calidad de atención es el "conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del usuario, La referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud, por ende, el término "médica" no se refiere solamente al ejercicio profesional de los médicos. De igual manera, cuando se habla de "usuario" no se refiere únicamente al paciente sino también a sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud. (Messarina Santolalla, 2015)

Percepción, es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto. (Arias Castilla, 2006). La percepción según Barthey (1982) no se usa solo en la psicología, sino que también es una palabra cuyos diversos significados son moneda corriente en el lenguaje común.

El primer supuesto básico desarrollado por la Gestalt es la afirmación de que la actividad mental no es una copia idéntica del mundo percibido. Contrariamente define la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante. (Oviedo, 2004)

La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc.). La percepción, según la

Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. (Oviedo, 2004)

La percepción comprende fundamentalmente dos procesos primero, la remodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo, evitar o reducir la sorpresa. (Arias Castilla, 2006)

Para el proceso de percepción de un evento, se tienen en cuenta la interacción social. En él se permite la adaptación social, mediante la percepción del medio que rodea a las personas, medio físico y social. En este proceso son de carácter básico algunos procesos como la atribución, la cognición social y la inferencia.

La percepción de una persona o de algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones, a partir de las reacciones de las personas; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolectan en los primeros instantes de interacción. Y también, en tercer lugar, por atribuciones causales, o búsqueda de alguna causa que explique la conducta y los hechos. En cualquier caso, lo que parece evidente es que los sentimientos, pensamientos y conductas respecto a las personas estarán mediatizados por el

tipo de causa a la que se atribuya su conducta. (Arias Castilla, 2006)

La percepción se puede considerar como la capacidad de los organismos para obtener información sobre su ambiente a partir de los efectos que los estímulos producen sobre los sistemas sensoriales, lo cual les permite interactuar adecuadamente con su ambiente. En el caso de la modalidad visual, la percepción puede entenderse como la obtención de conocimiento del mundo físico que nos rodea a partir de la disposición óptica, es decir, el complejo patrón de la luz reflejada por los diferentes elementos que lo componen. (Fuenmayor & Villasmil, 2008)

Queda claro, pues, que el resultado de la percepción (información sobre el entorno) es algo muy distinto de aquello de lo que se parte (la disposición luminosa concreta que en cada momento llega a los ojos). Es por ello, que como otros muchos aspectos denominados "cognitivos", la percepción puede entenderse como procesamiento de información: una serie de operaciones que transforman un elemento de entrada (Fuenmayor & Villasmil, 2008)

IV. Metodología

Es una investigación de tipo cualitativa. En este sentido de acuerdo a lo expresado por Hernández, Fernández y Baptista 2010, el proceso cualitativo no es lineal, sino iterativo o recurrente, las supuestas etapas en realidad son acciones para adentrarnos más en el problema de investigación. De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información esta investigación puede clasificarse como transversal, ya que los hechos se registraron en un periodo de tiempo determinado; según el análisis y alcance de los resultados es **descriptivo**.

Los datos fueron recolectados por el investigador a través del grupo focal; La técnica de recolección de datos denominada grupo focal ha sido empleada en investigaciones de mercado desde los años 50 y, a partir de los años 80, comenzó a despertar el interés de los investigadores de otras áreas del conocimiento, como el área de salud. En ese sentido, esta técnica es de innegable importancia para tratar las cuestiones de salud bajo la perspectiva de lo social al proponer el estudio de representaciones y relaciones de los diferentes grupos profesionales del área, de los diferentes procesos de trabajo y también de la población. En la utilización de la técnica de grupo focal Aunque el formato flexible permite que el investigador explore preguntas no previstas, el ambiente de grupo minimiza opiniones distorsionadas o extremadas, proporcionando el equilibrio y la

confiabilidad de los datos; también potencia el clima relajado de las discusiones, la confianza de los participantes al expresar sus opiniones, la participación activa y la obtención de informaciones que no se limitan a una previa concepción de los evaluadores, así como la alta calidad de las informaciones obtenidas. El punto de partida, antes de que es propiamente la recogida de datos a través del grupo focal, es la elaboración del proyecto de investigación, que esté apoyado en el uso de esa técnica, con claridad en los objetivos del estudio. En la construcción del proyecto se considera la composición de los grupos, el número de elementos, la homogeneidad o heterogeneidad de los participantes, los recursos empleados como motivadores de la discusión, la decisión de los lugares de realización entre otros. (Maira Buss Thofehn, 2013)

Para la realización de la investigación se conformaron dos grupos focales previo consentimiento informado verbal; el primero integrado por médicos de contrato, médicos en servicio social, licenciadas en enfermería y auxiliares en enfermería que correspondió al primer nivel de atención (GF1) y el grupo focal dos correspondió al Hospital de Especialidades San Felipe (GF2), donde únicamente hubo participación de licenciadas en enfermería debido a la disponibilidad.

Los datos se recolectaron en la Consulta Externa del Hospital de Especialidades San Felipe (HESF) de Tegucigalpa M.D.C y en establecimientos de salud del

primer nivel ubicados en el Sector Zambrano,(San Matías, San Miguel Arcángel, Villa el Porvenir, Ciudad España, Tamara, Divina providencia, Rio Frio, Zambrano, San Francisco de Soroguara y Botijas) dependientes de la Región de Salud Metropolitana de Tegucigalpa; ubicados en el Valle de Amaratéca, correspondiendo al departamento de Francisco Morazán, M.D.C en el año 2016.

El Universo en el caso particular de esta investigación, la población estuvo constituida por funcionarios de salud que participaron de forma voluntaria en los grupos focales tanto del Hospital de especialidades San Felipe y de los Establecimientos de Salud del Sector Zambrano. El tamaño de La Muestra fue a conveniencia, no probabilístico; se tomaron un número de (9) empleados de la consulta Externa del Hospital de Especialidades San Felipe y (9) empleados de la red de servicios de salud del primer nivel de atención del Sector Zambrano a juicio del investigador.

Criterios de inclusión: empleados de consulta externa del Hospital de Especialidades San Felipe y la red de servicios de salud del primer nivel de atención del sector Zambrano, que aceptaron participar en los grupos focales.

Criterios de exclusión: empleados que no laboren en la consulta externa del Hospital San Felipe y los empleados de salud que no laboran en la red del sector

Zambrano. Empleados que manifestaron su deseo de no participar en la investigación.

La unidad de observación fue el cliente interno del Hospital de especialidades San Felipe y de la red de establecimientos del primer nivel de salud del sector Zambrano. La unidad de análisis la constituye la percepción del personal de salud sobre el funcionamiento del sistema referencia y respuesta. El instrumento utilizado fue una guía de discusión semi estructurada con preguntas abiertas para conocer más profundamente las opiniones emitidas por el grupo estudiado. La confiabilidad del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos en el área de salud.

La validación del instrumento se realizó mediante un pilotaje en establecimientos de salud del primer nivel de atención del Sector Zambrano, la Consulta Externa y la especialidad de urología del Hospital Escuela Universitario. Para pilotaje se solicitó al jefe de cada establecimiento de salud la autorización para la aplicación del mismo; luego se estableció contacto con el personal para solicitar colaboración en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

La información adquirida mediante la estrategia de grupos focales tiene como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y

experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (cultural, social), esta modalidad es abierta y estructurada, generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas, preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación. (Universidad de Antioquia, 2006)

Para el procesamiento de los datos y su posterior análisis se realizó la transcripción de las grabaciones, se tomó en cuenta los objetivos formulados y las variables estudiadas, se elaboraron las categorías del estudio por cada objetivo: percepción, cliente interno, sistema de referencia y respuesta y como subcategorías: tipo de información obtenida, procedimientos y luego se plantearon las conclusiones y recomendaciones para finalmente elaborar el informe final de la investigación. Las principales definiciones de grupo focal están asociadas a la idea de grupos de discusión organizados alrededor de una temática. Todas ellas, de alguna manera, localizan, metodológicamente hablando, el objeto y objetivos de los grupos focales en la contribución que hacen al conocimiento de lo social.

Previo a la aplicación de la herramienta deberán definirse los objetivos del estudio, Definir los participantes del Grupo Focal, Preparación de preguntas

estímulo, Selección del moderador del Grupo Focal, la reunión, y finalmente la interpretación de la información obtenida. (Guía para grupos focales, s.f.)

A continuación, se describe el proceso realizado para la obtención de resultados con la técnica de grupo focal; se da inicio con el GF1 integrado por clientes internos de los establecimientos de salud del Sector Zambrano de la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa, reunidos en el centro comunal Europa de la comunidad de San miguel Arcángel del valle de Amaratéca. Los participantes que aceptaron participar estuvieron constituidos por médicos generales, Licenciadas en enfermería, médicos en servicio social y auxiliares de enfermería.

El segundo grupo focal estuvo integrado por clientes internos del Hospital de especialidades San Felipe de Tegucigalpa Honduras, denominado GF2, reunidos en uno de los salones del hospital. Se constituyó por Licenciadas en enfermería, en vista que no se logró la participación de otras disciplinas. Se fundamentó en identificar la percepción que tienen los participantes sobre referencia y respuesta en la red de servicios de salud antes mencionados; estas percepciones son muy particulares de cada grupo y personas participantes.

Se inició la dinámica del grupo focal con preguntas generales sobre conocimiento como definición de referencia, definición de respuesta etc., incitándoles a expresar sus opiniones con la más amplia confianza sin omitir realidades; puesto

que se aplicaría la confidencialidad absoluta. Esta información se gravó previo consentimiento de los y las participantes y fue transcrita por la investigadora.

Las categorías que se tomaron en consideración fueron:

Categorías	Subcategorías
Caracterización de la percepción del cliente interno.	Red Zambrano Consulta Externa HESF
Sistema de Referencia y Respuesta/contrarreferencia	Conceptualización Cumplimiento en su aplicación Identificación de procedimientos

V. Resultados

Resultados Cualitativos del grupo focal del Sector de Salud Zambrano (Grupo Focal 1), ejecutado con recurso humano de Establecimientos de Salud del primer nivel ubicados en el Sector Zambrano.

A continuación, se detallan las opiniones de cada uno de los participantes sobre las diferentes interrogantes relacionadas con el tema de investigación durante el grupo focal número 1; constituido por 2 hombre y 12 mujeres.

En lo concerniente a la categoría referencia y respuesta como mecanismo de los servicios de salud para dar seguimiento a la atención de los pacientes los participantes dieron respuesta a las preguntas formuladas:

- **¿Qué entienden por referencia, pueden definirlo**

...” Es un procedimiento medico a través del cual se transfiere un paciente con un problema de una unidad donde no se le puede resolver, de menor complejidad a un nivel de mayor complejidad para se resuelva el proceso que no se lo podemos resolver ahí...”

” Referencia es precisamente referir a un paciente de un lugar a otro, no poder ya sea por falta de material, falta de insumos, o bien sea falta de conocimiento; a un centro de mayor complejidad...”

” Bueno para nosotros como enfermería la diferencia es referir a un paciente cuando no está a nuestro alcance, el poderlo sacar en la comunidad de esa patología, entonces nosotros lo que hacemos tanto el personal auxiliar como nosotros es que la referimos al hospital escuela si es un adulto o al hospital materno infantil si es un niño...”

” Es enviar un paciente a un centro que tiene mayores especialidades mediante la descripción de la clínica o la sintomatología que presenta la paciente detallada en un papel para que al centro que se envía se sepa bien que es lo que tiene y las medidas que pueden tomar...”

” Bueno para mi seria como una vía o un mecanismo más que todo de enviar a una persona hacia otro nivel más complejo, completo y de forma de que uno no pueda manejar ese problema actual que trae la o el paciente...”

” Como dijeron los compañeros, más que todo la referencia que nosotros enviamos porque no podemos dar respuesta inmediata en el centro de salud de, también es bien importante llenar todos los datos que se dice en la referencia y aun pues esperar la respuesta del lugar donde se ha enviado...”

¿Pregunta? consideran ustedes que la referencia contribuye con el usuario a disminuir el tiempo de espera....

“ Bueno mi experiencia con las referencias ha sido bien triste verdad me parece que es importante, lo correcto es que tengamos esa contra referencia para que el sistema se mantenga integrado, a mi mis colegas me dicen: para que le pones tanta paja a las referencias si allá las agarran y las tiran a la basura y pasa eso realmente que en muchos hospitales las referencias de nosotros las tiran a la basura, no le hacen caso ni las leen, lo correcto es meterla en el expediente, porque digamos un paciente que es ingresado en el hospital escuela antes cuando estaba yo en internado metíamos la referencia que viniera de cualquier centro de salud de cualquier auxiliar porque era una información importante y valiosa, yo tuve una experiencia con la esposa de mi mecánico que ella tenía una amenaza de parto pre término con treinta y seis semanas yo hice una buena referencia y la lleve al Seguro Social, le presente en la emergencia de ginecobstetricia al ginecólogo le presente la paciente y no me paro ni bola, le di

la hoja de referencia y la agarro y la tiro así, la licenciada en enfermería me atendió y se disculpó porque el ginecobstetra (GO) se comportó de una manera totalmente inapropiada”....

“Es triste bueno mi mecánico se sintió muy molesto porque yo estaba apoyándolo, no solamente le di la referencia lo acompañe, lo lleve y le presente, me ignoro totalmente el GO de emergencia, le voy a decir el nombre, es penoso que los profesionales nos comportemos de esa manera, somos un equipo y todos somos empleados mire yo he recibido llamadas de alerta de una auxiliar a veces de un camillero que le diga doctor este paciente está mal y uno lo evalúa y se da cuenta que es una voz de alerta, todos somos un equipo con igual de importancia y todos tenemos que hacer nuestro papel”...

“Tenemos un sistema deshumanizado y desintegrado de lo que es la responsabilidad y nos dejamos absorber por la mediocridad, al punto que mi colega me dice para que le pones tanto, ponerle el nombre y mándalo y el diagnóstico no le pongas tanto demás y entonces, además que el paciente es hipertenso, pero me interesa que cuando esa referencia se lea no me de vergüenza, todo eso es parte de la ética pero tenemos un problema con eso que es como están tratando los especialistas las referencias no les hacen caso...”

” La referencia no solo es una herramienta para ayudar al paciente sino que también es una vía de retroalimentación y también una forma en que los médicos podemos seguir aprendiendo y seguir creciendo, porque razón, porque de repente uno envía una paciente con x diagnóstico el cual puede ser acertado o puede ser incorrecto, porque no somos absolutos para saber toda verdad, entonces al recibir una contra referencia de un especialista, que se entiende que es especialista, porque sabe más que nosotros en determinado tema y que él nos diga la paciente no tenía esto, sino que tenía esto, que nos envíe el diagnóstico correcto hecho por estudios de imagen o por estudios de laboratorio y gabinete, por cualquier medio entonces es una forma en la cual los médicos también podemos aprender un poco más de lo que ya sabemos”...

“ En mi ejercicio en el Hospital Escuela que fue el lugar donde hice mi internado rotatorio jamás hice una contra referencia y jamás vi que un residente o un especialista en su defecto mucho menos que hiciera una contra referencia más bien lo que hacíamos y digo hacíamos, porque también lo hacía, en una hoja de transito que decía cita en el centro de salud a los tantos días, diagnóstico tal y eso es incorrecto por una hoja de transito no es una referencia, en una hoja de tránsito, no se hace una descripción e semiológica, epidemiológica de la enfermedad entonces es una limitante tremenda porque solo el diagnóstico como

tal pero lo demás que no vienen escrito estudios de laboratorio, imagen y van a la comunidad...”

“ La contra referencia vienen enumerados en la hoja los espacios a completar entonces, aquí en mi práctica como médico he recibido muchas hojas de tránsito qué dice cita en el centro de salud por tantos días por determinado problema y quedamos un poco en el aire porque no sabemos qué tratamiento se le dio, porque los pacientes quizás algunos lo sepan pero otros no lo saben, si el tratamiento fue con antibiótico o con analgésico no lo sé, quizás algunos no lo sepan pero la mayoría no lo sabe entonces eso es una limitante para continuar o darle seguimiento a la patología...”

”Doctora yo tengo un año de estar aquí y he referido ciertos pacientes con ciertas enfermedades y sólo una vez durante este año que he estado aquí me han enviado una contra referencia o una respuesta del hospital para ver qué tratamiento se le va a continuar al paciente porque si nosotros lo enviamos es porque esta paciente tiene una patología y necesitamos continuar qué tratamiento va a seguir aquí en la comunidad, porque a veces la gente de la comunidad ahora no le gusta ir...”

“Casualmente estuve el otro día en la Unidad de Salud y me dijo una paciente para qué voy a ir si allá no me dan nada, mejor deme aquí lo poquito que tenga, démelo aquí entonces, yo le explico al paciente de qué no está en condición de mantenerlo o de dejarlo en la comunidad porque puede llegar a complicarse, pero ellos me dicen allá ni bola le paran a esto (referencia), me dijo el mismo paciente, entonces le digo mire, mi deber y mi responsabilidad es anotar en el expediente hacerle la referencia dejar la copia y enviarlo, el paciente dice: pero a nada voy, sólo a gastar dinero, porque a veces ni nos quieren atender...”

“Porque venimos de aquí de estos lugares, me han preguntado, que si usted es doctora; yo les digo: no, es licenciada en enfermería, peor por ahí porque no nos atienden y sólo dicen que es enfermera mucho menos y sólo eso hacen arrugan el papel y lo tiran y empiezan con uno de cero; a nosotros como centros de salud, pienso, que si nos interesaría que nos dieran respuesta porque nosotros así damos el seguimiento del paciente o si hay que nebulizarlo otras cuestiones qué se le tienen que hacer se le seguirían pero si no, no podemos”.....

” Algo que pienso yo que ha fallado bastante en la emergencia, quienes reciben las referencias son los residentes casi nunca las ve el médico especialista sino que los residentes y el residente decide si ve al paciente o lo manda a un

interno, o si miran que está bien dicen no háganle una hojita de tránsito y que lo miren en la consulta externa ese paciente no necesita ser atendido en la emergencia, no se ve que anda mal y desde el tiempo que yo he estado en el centro de salud no he recibido ninguna contra referencia de ningún otro servicio a excepción del servicio de ginecología...”

“Por ejemplo a las pacientes a las que le hemos realizado las citologías que la hemos enviado a la consulta externa de ginecología porque nos ha salido alguna alteración ellos si mandan una contra referencia indicando qué procedimiento se le hizo que manejó se le va a dar y que manejó se le puede dar en el centro de salud, pero de los otros servicios no he recibido contra referencia” ...

” La referencia es una herramienta muy buena de trabajo que está bien diseñada, y bien dirigida dependiendo a qué hospital se envía; el formato para mí está completo, le pide todo el nombre completo del paciente, le pide la edad, de dónde viene, la procedencia verdad y quién es el responsable del paciente y también el diagnóstico, el tratamiento, igual piden el diagnóstico o según qué sospecha tenemos y nuestra firma, para mí es completó, lastimosamente que en algunos hospitales no lo toman en cuenta si va sellado por el centro de salud y con la firma de la enfermera...”

“...me he dado cuenta que en el hospital el Tórax al principio si lo tomaban en cuenta, porque yo réferi varias personas recuerdo, hace como 6 años a un paciente que llegó con dolor de pecho de 55 años, él llegó y presentó la referencia y lo atendieron, un día hospitalizado y el señor falleció por problemas cardíacos. Hace como un año más o menos referí a otra persona y esa persona me dijo: me rompieron la referencia porque no me la aceptan porque usted me la hizo, si porque la auxiliar de enfermería no tiene validez que mande una referencia...”

“...en un centro de salud rural prácticamente solo hay auxiliares de enfermería y uno cuando refiere es por algo, hay una justificación, una sospecha de algo grave entonces, digo yo, como vamos a hacer o será que ya no le toman en cuenta a la auxiliar de enfermería, entonces el gobierno tiene que contratar a médicos , eso yo lo pensé, yo no se lo dije a nadie sino que simplemente solo lo pensé, porque ahí estamos trabajando muy mal, si no aceptan una referencia de una auxiliar de enfermería que somos las que trabajamos en áreas rurales, porque el estado no tiene presupuesto para mandar a cada centro de salud un médico que es lo que debería de mandar...bueno esa es la limitante que miro yo...”

“... pero si he visto también que otros centros si atienden por medio de referencia he mandado al hospital Mario Mendoza, allí atienden con referencia, ya sea de una enfermera o de un médico, igual el Hospital San Felipe la sala de ojos por

referencia atienden y no importa si es el médico o la enfermera, da pesar como nos han denigrado, pues a la enfermera, deberían tener una respuesta para eso o informar que los centros de salud rurales que llegan personas con problemas y no las quieren atender, no sé qué repuesta habría ahí....”

” Yo quisiera agregar a lo que dice la compañera que la referencia es un instrumento legal y tiene una falla, no tiene la fecha y la hora es importante consignar en una referencia la fecha y la hora, ¿porque es importante la fecha y la hora? porque a mí me ha tocado referir una amenaza de parto pre termino y la estoy mandando a las nueve y treinta y cinco de la mañana puede que a la paciente se le ocurra ir hasta las dos de la tarde o a las cinco de la tarde o al día siguiente , y cuando la paciente llega allá ya va con un óbito, va complicada y a mí me respalda que yo estoy consignando la hora en que la referi.”

“... Otra cosa importante, fijense como está trabajando esto de la referencia; la semana pasada yo referí un paciente a consulta externa de ortopedia y me equivoqué en la fecha, digamos hoy es diez yo le puse once y entonces no lo atendieron porque dijeron que la fecha estaba mala, que el once todavía no había llegado, yo me confundí al momento de ponerle la fecha, un lapsus. Llego a la consulta externa y le dijeron esta referencia no es de hoy vaya donde el doctor que se la cambie porque el doctor le puso 11 y hoy es 10, llegar a ese nivel de

pretexto, porque es un pretexto no tiene importancia en este momento... yo le pongo la fecha, pero si no la tiene no importa, revisó al paciente y lo que sea, no la vieron le dijeron a la paciente que se la volviera a ser y se la tuve que volver a hacer porque si iba manchada no la reciben, porque si lleva un borrón no la reciben y si no lleva sello del centro de salud no la reciben, los niveles de desatención de desinterés que está teniendo un instrumento que es legal...”

“...La referencia es un instrumento que nos sirve a nosotros también para compartir responsabilidad, yo tengo una mujer embarazada que tiene una ITU la estoy manejando con amoxicilina pero de repente no está respondiendo a la amoxicilina entonces yo la mando a un hospital para compartir responsabilidad que el GO la vea también y me le indica nitrofurantoina entonces la manejamos con nitrofurantoina, pero yo estoy sabiendo que la nitrofurantoina también tiene un riesgo fetal, pero yo estoy compartiendo la responsabilidad, la referencia me está sirviendo para compartir responsabilidad... sin embargo alguien le dijo a la paciente que por internet... entonces la paciente me dijo doctor eso que usted me está dando es peligroso y fíjese que si mi hijo sale mal yo lo voy a demandar”

“... sigamos adelante pero estamos también con una población agresiva y todo eso, entonces tenemos que manejar todo a la defensiva nosotros estamos en una situación que la práctica de la medicina ya no es como antes, como todo se

ha vuelto complicado tenemos que guardar los instrumentos, anotar, otra cosa importante es dejar copia de la referencia en el expediente, no lo dice en la norma pero hay que dejar copia, ahora si copia de la referencia porque eso nos compromete y debemos agregar la fecha y la hora a la que estamos refiriendo a ese paciente y protegerse, anotar todo con claridad como decía un especialista maestro, equivoquese con lógica, hay que hacerlas bien porque esto es delicado ahora es legal es peligroso....”

” Y en cuanto a la respuesta se me vinieron a la mente dos casos, una réferi a una paciente embarazada que el esposo la golpeo y luego golpeada en el ojo, yo le pregunte. ¿Cómo te golpeaste? ¿qué paso?, ella dice: no es que estaba arreglando la división y me golpeo con la división, pero al revisarla a ella tiene unos moretones en el abdomen, era una embarazada , ella me estaba diciendo tengo un sangrado vaginal, entonces yo le hice la referencia, antes contábamos con el transporte de ambulancia, nos trasladaba las emergencias que tuviéramos pero yo siempre mandaba una persona responsable para que me entregara la paciente y entregara también la referencia... en la referencia escribí todo lo que ella me dijo y la sospecha que yo tenía porque aparte de los golpes que yo le mire, la paciente era drogadicta y el esposo no era buena ficha...”

“... yo escribí todo eso y a la persona responsable que mande yo le dije entregara la referencia al doctor, que en ningún momento diera a la paciente, así hizo la compañera, la entrego al médico. Al día siguiente llego la paciente y le digo: te resolvieron, si me contesto, que no tenía nada del sangrado, que volviera hoy si continuaba y aquí está la referencia me dice, o sea que la referencia la leyó ella, lo que yo había escrito cosa que ella no me ha dicho, sino que yo lo sabía por otra fuente que fumaba, entonces para mí que es un riesgo de que ella leyó todo, no me dijo nada, pero yo voy a la imprudencia la del médico y fue una gran imprudencia porque uno corre riesgo en la zona donde trabaja porque no se sabe con qué clase de persona estamos tratando...”

“Que el doctor le haya dado la referencia porque no se la dio para que me la entregara a mi sino porque le pertenecía...”

” Bueno el derecho que tiene el paciente; tiene derecho a recibir una atención de calidad...”

”El paciente tiene derecho, existe el consentimiento informado que es una herramienta la cual siempre tiene que firmar para para aceptar cualquier procedimiento que haga el médico, el paciente perfectamente se puede negar a ser referido si él no quiere, yo no lo puedo obligar pero esta también lo que dice

el doctor que la referencia también es un respaldo legal, si el paciente tiene derecho a ser referido, a saber porque se le refiere tiene derecho también a negarse a ser referido si quiere ir o no quiere ir...”

¿Pregunta? realizan coordinación con el Hospital San Felipe exponen...

“Yo pienso que no existe la coordinación y a veces lo que hace falta son mecanismos que corrijan este tipo de cosas, como ser un filtro, resolvería muchos casos referentes a las referencias, debemos saber que una referencia es un acto de rendición donde se agotaron recursos para mejorar el problema de salud...”

” La importancia de retroalimentarnos entre nosotros de repente esto es más necesario para auxiliares de enfermería ya que no han cursado muchos años de estudio, sería ideal volver costumbre los micro talleres para que las personas sepan que referir...”

” La coordinación es muy importante entre establecimientos de salud...”

¿Pregunta? Cuentan con registros de referencias enviadas al Hospital San Felipe responden:

“... el registro se da a través de libros, ATAS y carpetas archivadas o copias en el expediente...”

¿Pregunta? cual a su juicio es la ganancia de contar con sistema de referencia y respuesta...

” ...Ayuda porque si nosotros no le explicamos al paciente que es importante que se traslade a la unidad de mayor complejidad quizá la enfermedad que tenga le puede avanzar, le puede llevar hasta la muerte...”

” Por medio de la referencia el lugar donde yo lo envié le estoy mandando un documento legal y el paciente si lleva ese instrumento es porque de verdad lo necesita sino no hubiera un control de todas las enfermedades que se pueden manejar en el nivel más complejo...”

¿Pregunta? consideran que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de respuesta/contra referencia...

“ ...Pues en ocho años que tengo de laborar solamente una contra referencia he recibido, la única forma en que me di cuenta, donde el médico me puso el manejo

que yo le estaba dando al paciente estaba excelente y el me mando consejos a seguir y mando a la paciente con su tratamiento y que yo le diera continuidad, pero generalmente uno envía referencia pero no recibe contra referencia entonces uno si está interesado en saber cómo le fue al paciente tiene que buscarlo en su casa porque no hay respuesta”.

“Cuando yo veo esos casos que son graves, los busco para enterarme que paso que tratamiento le dieron si quedo en tratamiento allá o si le dijeron que tenía que regresar al centro de salud verdad, pero si lo he buscado...”

“cómo antes de cuando ya se los envió le digo cuando regrese del hospital no importa lo que le digan pase y me cuenta como le fue unos lo hacen otros no...”

¿Pregunta? creen que hay diferencias entre las referencias recibidas de medicos asistenciales, licenciadas en enfermeria, auxiliares de enfermeria y personal en Servicio social de las diferentes profesiones antes mencionadas....

“Hay un nivel de prepotencia tremendo a todo nivel de la sociedad y en el gremio médico lamentablemente se da bastante, como dijo la compañera enfermera

muchas veces se denigran las enfermeras el conocimiento que ellas tienen adquiridos a través de muchos años de la práctica, en el centro de especialidad, el especialista ve la referencia que hecha por alguien que es de inferior grado académico, entonces el inmediatamente desestima lo que esa persona escribe y dice no yo la voy a evaluar, lo que yo encuentre es lo que importa...”

“...Me parece que es una combinación de varios factores, claro la personalidad de la persona, la educación intrafamiliar todo eso es fundamental, pero si yo creo que la formación en los años de carrera, definitivamente que toma un papel, el más importante quizás para la formación del carácter del médico, pero quizás hace falta un poquito más de ética laboral, por ejemplo en la carrera de medicina se lleva una clase de ética una tan sola y al entrar al servicio social nos dan dos cursos de ética y pues la verdad es que ética se necesita bastante, entonces quizás podría haber mayor formación académica en cuanto a este tipo de cosas...”

” ...Pero también va dependiendo la formación y la mayoría de los docentes en el área hospitalaria, por ejemplo se ve bien marcada en el área de medicina interna o a medida que usted se va sub especializando, sus superiores les van diciendo, este médico interno no sabe nada o esa referencia a saber quién la hizo y hasta se ve la diferencia de trato entre los médicos, incluso yo creo que a

medida uno va estudiando, sino tiene bien acentuada sus bases pierde el objetivo de porque estudio medicina, a medida se va sub especializando va perdiendo el humanismo que tiene, por qué había estudiado y se va interesando más en lo económico o se va interesando más en sacar el trabajo pero no se va poniendo tanto interés en si en lo que tiene el paciente o que está sintiendo el paciente...”

”... Un día que estoy en la consulta le llevaron una referencia de una enfermera y como yo le había dicho que era enfermera le pregunte qué porque no aceptaban referencias de enfermeras, entonces en primer lugar dijo que había una orden del director del hospital por la razón de que hay algunas enfermeras que no hacen bien la referencia o por cualquier cosita que puede ser manejada en un establecimiento de salud las envían al hospital, entonces el hospital se satura de cosas que se pueden despejar en un centro de salud por esa razón es que habían hecho eso...”

¿Pregunta? conoce si existen normas o lineamientos a seguir en nuestro modelo de salud para la referencia y respuesta de pacientes...

“...por normas se puede decir que nosotros contamos con el AIEPI, le vamos haciendo preguntas a la madre que es la que presenta al niño o niña, en la norma

nos dice que tenemos que referir, las características que presenta el niño, si hay una respiración rápida, si hay tiraje, sibilancias es decir una neumonía, si es tratable, nosotros lo hacemos en el centro de salud pero si no porque el niño fue grave se refiere al hospital...”

” en atención a la mujer embarazadas, puerperas si nosotros observamos algo muy grave se refiere...”

”Las normas yo creo que son para aplicación a todos los niveles pero no se aplican las normas, en el Hospital San Felipe en la unidad de maternidad, allí si se cumplen las normas por el jefe es bien estricto pero en el Hospital Escuela no existen”

**¿Pregunta? si consideran que hay fortalecimiento al recurso humano...
sobre el tema ...**

“Nunca se nos ha capacitado para realizar referencia aprendimos unicamente utilizando el instrumento que hay en cada establecimiento de salud sin orientación previa...”

” En cuanto ha que harian ustedes para mejorar el sistema de referencia y respuesta responden debemos andar tras las respuesta por si no nos movemos no nos enteramos...”

” ...Para mi que la facultad de ciencias medicas debe explicarles a los alumnos que deben trabajar esa parte siempre y que al llegar al hospital en su practica no deben olvidar que es parte de su trabajo realizar las contra referencias, seria bueno que se implementara un filtro en el hospital, debido a que nosotros enviamos las referencias, que eso alguien informe si llegaron, sino llegaron y que pregunte al medico si enviara respuesta/contrareferencia al primer nivel, es dificil si pero no imposible...”

”... Se podria crear un programa encaminado a que el prestador de servicios de salud que labora en una unidad de salud de tercer nivel esta obligada a enviar respuesta/contrareferencia si el paciente fue referido es crear quizas una normativa pero que se socialice a nivel nacional, el problema a mi me parece que no esta en la emision de la misma, entonces proponer una ley que la contrareferencia no solo es una hoja de transito, o una epicrisis sino estandarizar la emision de referencias como las respuestas/contrareferencia”...

¿Pregunta? consideran que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de contra referencia ...

...”No existe, nunca a existido a veces lo que envian es hojas de transito o hasta epicrisis...”

” No le prestan importancia a la contra referencia dice la compañera que solo una, yo tengo veinte años de ejercicio profesional y puedo contar con diez, diez contra referencias que he tenido; tengo un mal concepto de que los profesionales especialistas se portan muy mal.

¿Pregunta? Contribuirá la contra referencia a dar seguimiento de calidad al usuario y/o usuaria. A la pregunta Consideran que el recurso humano cuenta con el conocimiento y la concientización necesaria para practicar la referencia y la respuesta....

“yo he sentido que ha bajado antes se estaba dando más seguido...”

“capacitación sobre referencia no hemos tenido yo la empecé a llenar conforme a lo que preguntaba el formato y creo que el nivel de mayor complejidad tampoco ha recibido capacitación sobre las respuestas/contra referencias” ...

”la verdad no nos ha capacitado en referencia ni contra referencia en primer lugar porque no hay una normativa o lineamientos a seguir en ambas vías”

Resultados Cualitativos del grupo focal del Hospital de especialidades San Felipe (Grupo Focal 2), ejecutado con recurso humano del hospital antes mencionado, constituido por 9 mujeres.

¿Pregunta? qué entienden ustedes por referencia, pueden definirlo...

“Acerca de la referencia es un documento que tiene, estandarizado la Secretaría de salud, que es un informe, la referencia, que viene de los centros que menos asistencia, menos médicos especialistas tiene, hacia las instituciones con mayor capacidad. Entonces nosotros recibimos referencia y el documento por escrito...”

” En la información del paciente su estado de salud dirigido a otro médico especializado en la información de un paciente desesperado hacia...”

” La referencia es una normativa que existen en todo el Estado, que se hace según el grado de la institución, si es un primer nivel, segundo nivel, a veces se trasladan y en si el papel del documento de referencia es un documento donde se registra el nombre del paciente, diagnóstico, porque va referido, siempre que se hace una referencia va para un nivel de más alto atención...”

” Es un documento que se hace porque tal vez ahí no hay esa especialidad que necesita el paciente entonces lo refiere a otra unidad mayor complejidad...”

” La referencia es un documento que ya está dado por norma, que hay que escribir el nombre paciente, diagnóstico, el estado del paciente y a que especialidad se refiere entonces cuando llega esa referencia a determinado departamento, a veces de esa referencia se puede hacer una contra referencia...”

” La referencia en un documento legal donde está el diagnóstico del paciente, para que el especialista que lo va a atender sabe que viene referido de otro hospital y que diagnóstico trae para tratarlo...”

¿Pregunta? realizan la coordinación con establecimientos de salud del sector Zambrano y el hospital de Especialidades San Felipe...

” Lo que sí tiene una contra referencia a nivel nacional es que si el médico ve que el paciente necesita o amerita curación u otro tipo de tratamiento y se lo pueden realizar en estos centros de salud de su comunidad perfectamente se manda esa contra referencia con todos los datos que necesita el paciente en su comunidad...”

“no directamente no tengo conocimiento de que haya una contra referencia para el hospital...”

“Las pacientes referidas de los lugares mencionados vienen especialmente al área de la maternidad...”

” Desconozco de la contra referencia...”

” A veces se da contra referencia dependiendo del caso, por ejemplo, hay una especialidad en ese lugar de que no amerita y no pueden hacerlo tendrán una contra referencia a otra especialidad puede ser al Hospital Escuela por ejemplo

si mandan un paciente que viene referido de determinado centro, a que le hagan una operación de neurología entonces sería la contra referencia al Hospital Escuela porque esa cirugía no la hacen aquí...”

” Bueno en mi sala si hay bastante contra referencias, digamos porque yo tengo curaciones entonces la paciente se tiene que ir y talvez es de una aldea entonces se le da la contra referencia para que haya ella se haga los cuidados de las curaciones que llegó por ejemplo el cuidado de las insulinas que no pueden aplicarse...”

¿Pregunta? que es la contra referencia específicamente...

” Es un documento que realiza el médico tratante del hospital que se le da al paciente dirigido al centro de salud de su comunidad para que se le realice algún tipo de curación, algún tipo de cuidados que perfectamente lo pueden hacer realizado en el centro de salud de su comunidad...”

“La contra referencia es que digamos yo transmito un paciente para el Hospital Escuela, allí es tratado y la contra referencia de que ellos me informen el estado de ese paciente...”

” Desconozco...”

” Para mi contra referencia del paciente de dicha comunidad viene al área con referencia a la admisión de la maternidad y si el manejo no es ahí entonces ellos le hacen otra referencia para lugar indicado que tienen que ver...”

” La contra referencia es que vaya una especialidad y no sea la indicada o la adecuada para ese paciente entonces le mandan una contra referencia al verdadero especialista debe tratar esa enfermedad...”

” Yo entiendo como contra referencia que, por ejemplo, así como le dije el paciente que ocupa curarse y él no puede y no tiene la posibilidad entonces se le hace una contra referencia que vaya a un centro de salud ya sea de su comunidad u otros que quede cerca...”

” Hasta dónde yo tengo conocimiento contra referencia es cuando un paciente viene de un centro de salud de una comunidad viene referido por algún problema que en algún centro de salud no puede ser tratado entonces viene referido a un hospital de la capital no precisamente San Felipe, entonces de aquí, hay problema que los centros de salud los pueden tratar pero a veces ellos ven que esta fuera de sus manos entonces lo refieren al hospital entonces de acá lo vuelven a referir porque hay cosas que dicen ellos que son de Centro de salud no de hospital...”

¿Pregunta? Cuentan con registros de referencia recibidas ...

“Las consultas externas tienen el registro de las referencias recibidas o sea que allí hay control de todos los pacientes, donde viven, sus comunidades y todo está registrado, todo...”

“Sólo en algunos lugares por ejemplo en mi sala no tengo ese registro...”

” Si hay registro...”

” En la sala de admisión de maternidad si hay registro de las referencias que nosotros damos para otro hospital...”

” No hay referencia en la sala de cirugía de mujeres...”

” A veces la referencia viene a dar a la consulta externa, en cirugía general cuando ya vienen a la sala, ya vienen con su cita, ya para ingreso, por eso no llevamos registro porque casi no manejamos contra referencia...”

” No llevo ese registro porque ya viene de consulta externa, lo que yo llevo de registro es traslados a otro hospital y digamos si se me trasladan al Hospital Escuela o Tórax, yo llevo un libro de traslados...”

” En la sala de medicina de mujeres no llevamos un registro de las contra referencia, sólo esta lo que ella mencionó, el libro de registro para hacer traslados al Hospital Escuela, Tórax y de contra referencia no lo tenemos...”

¿Pregunta? cual es a su juicio la ganancia de contar con sistema referencia respuesta o contra referencia...

” Que en realidad vengan a la institución, netamente los pacientes que deben ser atendidos a este nivel porque la mayor parte de los pacientes a veces venían con una atención mínima, que por una gripe o algo y en realidad el centro de salud está equipado para esa atención mientras nosotros somos un nivel de atención más alto, más especializado y por eso se necesita que se controle, para que los centros de salud atiendan sus pacientes al nivel que deben estar, igual nosotros...”

“Para que se dé una atención al paciente que busca un especialista y este especialista que lo atiende o sea que no tiene que venir alguien de medicina general aquí, sino buscar el médico especialista...”

” Desconozco...”

” El sistema de referencia, para mí desgraciadamente como vivimos en un país tan pobre, que no tenemos los medios necesarios, porque qué necesidad tiene un paciente que se traslade para el materno o para el Hospital Escuela porque aquí no hay especialista y como las instituciones donde laboramos no tiene los medios para tratar a los pacientes, entonces la referencia se ve como una necesidad...”

” La mayoría de las personas que vienen aquí porque saben que aquí es más especializado, no les gusta ir a los centros de salud porque a veces no hay medicamentos, se supone que aquí debe de haber...”

” El sistema de referencia más que todo se da a veces de un servicio a otro servicio porque a veces no se cuenta con el equipo necesario...”

” A mí me parece que vienen acá los pacientes porque aquí el hospital se convirtió en hospital de especialidades, que entonces ellos vienen ya directo al especialista y es una atención directa para ellos y reciben mejor atención...”

” Yo pienso que, si favorece y beneficia a los pacientes, aunque hay pacientes que vienen de muy lejos que no tienen mucho beneficio...”

A la interrogante consideran ustedes que la referencia contribuye con el usuario y de qué manera lo hace para que reciba una atención integral ambulatoria...

” La referencia en si no es solo para el paciente ambulatorio sino también hay pacientes que vienen con referencias y cuando son examinados por el especialista ameritan ser hospitalizados o sea que el beneficio para ello en realidad es la información que el médico general del centro de salud los ha examinado y vienen a la especialidad de aquí del hospital...”

” Según lo que entendí las referencias no deben tener ningún parámetro, sino que debe ser parejo para todo mundo y en cualquier condición que se encuentre el paciente siempre y cuando no se le puede dar el manejo y tienen que referirlo...”

” Yo considero que la referencia no debe ser ambulatoria...”

” Las referencias pueden ser ambulatorias o no ambulatorias porque de repente esa referencia necesita internarla...”

” Bueno en mi sala damos consejería como aplicar el medicamento y en el caso de la insulina le enseñamos también...”

¿Pregunta? consideran ustedes que la referencia contribuye a disminuir el tiempo de espera del usuario

“ La referencia no influye lo único que hace hincapié en orientar o ubicar el paciente en qué institución tiene que ir porque en la pacientes que vienen aquí referidos lo único que tienen y obtienen es una cita para los médicos especialistas que nosotros tenemos, es lo único porque a veces viene referencia, digamos para el servicio de oftalmología, que es el único lugar donde se reciben la referencia y hay un cupo limitado para que lo vean y los atiendan ese mismo día, es el único servicio, de ahí el la referencia prácticamente vendría a ser como para solicitar una cita dentro del hospital...”

” No, no influye...”

” No hay ningún beneficio al paciente que se refiere, que se va ahorrar tiempo, no porque si por ejemplo nosotros mandamos pacientes trasladadas con referencia al Hospital Escuela cuando van solas son ignoradas y para que sea atendida en el momento tiene que acompañar por una Licenciada en enfermería así si son atendidas inmediatamente...”

“También considero que no contribuye en nada...”

” Pues para mí no es beneficio para el paciente...”

” Para mí tampoco que no beneficia porque yo miro muchos casos aquí en oftalmología, a pesar que los atienden el mismo día, pero son las cinco de la tarde y ellos allí están todo el día entonces no es beneficio porque si fuera beneficio los atendieran como más rápido y los primeros...”

“No es ningún beneficio la referencia...”

¿Pregunta? consideran que nuestro modelo de salud cuenta con sistema de referencia y como me lo describirían....

“ El sistema es en realidad con las referencias, no, no creo que funcione porque como dijimos a las preguntas anteriores lo único que se hace es darle vía al paciente, vera de los centros de salud o de los lugares que menos atención tiene hacia los hospitales de especialidades o de mayor complejidad y cuando llegan

a estos centros más grandes es volver a empezar, hay hacinamiento, hay que hacer fila hay que solicitar citas y las citas tardadas entonces el paciente definitivamente no se le resuelve inmediatamente el problema...”

” Yo pienso que aquí en el hospital no tenemos sistema de referencia...”

” El ministerio de salud en sí todo deben de eliminar las referencias ya no deberían de existir como repito lo que deben de hacer es contratar el personal indicado para todos los servicios para todas las áreas, para los centros de salud, para los hospitales, por ejemplo en la zona sur, los hospitales casi todos los paciente son trasladados para el Hospital Escuela porque no hay médicos; entonces la gente se muere, tiene que pagar el combustible, si quieren mover la ambulancia tiene que pagar el combustible y la gente a veces no anda ni para comer, entonces lo que tiene que hacer el gobierno es quitar la referencia y contratar los verdaderos especialistas y personal de salud para que brinde atención al paciente...”

” No hay una verdadera respuesta de inmediato, pronta, no considero que sea necesaria...”

“Hablando de referencia el ministerio de salud debería de ver qué posibilidades se le puede dar una mejor atención a la población, porque hoy en día hay mucha gente que no es atendida son pacientes de escasos recursos son de largo y si ese paciente viene de largo con alguna referencia al Hospital Escuela y que no hay cupo para este año, que, para el otro, el paciente se va; debería de haber cómo arreglar eso para dar una mejor atención a la población...”

” Pienso que los centros de salud deberían estar más equipados para esos pacientes, para que no sea necesario que ellos se movilicen...”.

¿Pregunta? cree usted que hay diferencias entre la referencia que emiten los médicos asistenciales, la licenciada en enfermería, auxiliar enfermería y/o personal en servicio social de las profesiones antes mencionadas...

” Si hay diferencia, si en el centro de menor atención es un auxiliar de enfermería y viene una referencia o sea paciente con esa referencia definitivamente no le prestan atención a menos que sea un médico, en realidad el sistema de referencias es el que no está funcionando bien...”

” Si yo pienso que sí hay diferencia entre los diferentes niveles también para el tipo de información que se le va a poner en la referencia...”

” Por lo general en los hospitales no dan referencia las enfermeras, pero en los centros de salud donde no hay médicos si lo hace y yo en lo personal pienso que son discriminadas por mala redacción de diagnóstico, por ejemplo recibí una referencia de una doctora en el que estamos viendo al diagnóstico que está mal hecho, entonces médicos y enfermeras cometen errores; si hay discriminación y provocan risa a los médicos cuando uno se las enseña, yo soy de las que les presento ahí mire que viene de tal lado y si se ríen ellos...”

” Si hay una diferencia bien marcada en cuanto a la profesión también porque se supone que los médicos tienen mayores estudios...”

” La referencia tiene que ver con el nivel, según el nivel la redacción de la referencia porque hay referencias que vienen bien especificado lo que se quiere, pero hay otras que vienen mal redactadas...”

” En la referencia si hay bastante rechazo imagínese que hasta se burlan de ellas y no debe de ser así, como sea, pero ahí viene, me imagino yo testificado lo que tiene que decir del paciente, no reírse, ni uno como colega ni el médico, ni nada, entonces si hay bastante rechazo...”

” Yo digo que no debería de ser así o sea que haya un rechazo porque recordemos que si es un CESAR (Establecimiento de salud de primer nivel) una enfermera auxiliar está sola, entonces hace lo que puede y lo que está haciendo es ayudando a esa persona y hay muchos centros de salud que están muy lejos, entonces no debería ser motivo de rechazo porque como le digo a nosotros nos capacitan para que ayudemos y entonces nosotros cuando estamos en un centro de salud lo que hacemos es resolver...”

” En cuanto a lo que es la diferencia pienso que si hay una diferencia significativa en cuanto a lo que es el profesional médico y del personal de enfermería pero también pienso que va en base a la forma de redacción, también difiere lo que son diferentes criterios en cuanto a lo que es personal de enfermería y el médico porque no están bien establecido en cuanto lo que son los diagnósticos o como bien mencionó la compañera también el personal de enfermería no está muy bien capacitado en cuanto a cómo redactar de una buena forma lo que es una referencia...”

¿Pregunta? conoce si existen normas, lineamientos a seguir en nuestro modelo de salud para referencia y respuesta/contra referencia en el hospital y la conocen, cuáles son, si las aplican....

”En realidad no, creo que nadie nos ha capacitado en cómo llenar una referencia aquí nosotros solamente por el formato que el médico lo llena de acuerdo al nombre del paciente, su procedencia, su edad y todo el diagnóstico y lo que pretende el médico que se le haga al paciente, eso lo que nosotros recibimos aquí en San Felipe; lo que se manda de aquí más bien es como un mini estudio de salud del paciente hacia el centro de más alto nivel, que en este caso en el Hospital Escuela, se le redacta bien la situación del paciente y lo que pretende que se estudie o que se atienda al paciente, pero de allí nadie por lo menos yo, no tengo conocimiento de que capaciten al personal de enfermería...”

“... Igual aquí la respuesta/contra referencia únicamente el médico es el que sabe cómo lo tiene que hacer para que se le haga el tratamiento posterior en los centros de salud...”

“Yo aquí en el hospital desconozco que haya normas para respuesta/contra referencia...”

“En el área de maternidad manejamos bastante lo que son referencia de contra referencia, pero las referencias están como dice la normativa, porque si hay normas en la maternidad que seguir según el diagnóstico de la paciente, si ha sido transferida entonces yo entregó un informe mensual de toda la referencia y los diagnósticos, hay un listado de las patologías que pueden ser trasladadas, y de la maternidad se manda para allá con contra referencia si amerita...”

” No estoy al tanto de eso...” No en mi sala desconozco, no hay normas” ...

” No en la mía no manejamos eso...” Igual en la sala de nosotros que es la medicina no manejamos eso...”.

¿Pregunta? consideran que hay fortalecimiento al recurso humano sobre el tema referencia respuesta...

“Aquí es una institución que la referencia y la contra referencia quien la maneja es el médico el personal de enfermería no estamos tan actualizados en el manejo, lo único es la experiencia que tenemos en las salas, pero de que alguien nos

capacite en el sentido de que venga alguien de la Secretaría de Salud a decirnos va manejar esto y esto y esto no...”

” Nos dan educación específicamente, nos vamos a reunir para darles educación sobre cómo van a ser las referencias y eso, no, uno aprende de la escuela de la vida y con la medida va agarrando experiencia, pero así a nadie ni a los médicos no les dan capacitaciones...”

” No tampoco no recibimos capacitaciones...”

” No, no recibimos capacitación sobre eso...”

” Igual no recibimos capacitación sobre ese tema...”

¿Pregunta? que podrían hacer ustedes como personal de salud para mejorar el sistema de referencia respuesta.

“En una experiencia que yo tuve, es que se le manda una referencia o mejor dicho contra referencia al médico de los centros de salud diciéndole cómo tiene que mandar referidos, a esta institución los pacientes para que así esta persona, esté médico que está en ese centro de salud, en la siguiente vez lo manda como debe de ser...”

” Como Licenciada en enfermería pienso que aquí usted tiene buenas ideas y todo y nadie las escucha, que va a normalizar como hacer una referencia y también los jefes, por ejemplo, el jefe de la maternidad él nunca ha tenido iniciativa de decir los voy a capacitar o esto y esto vamos hacer en cada referencia, no sólo con las que tira el ministerio...”

” Pienso que quien debe de hacer estas cosas es el ministerio, que capaciten al médico para que hagan buenas referencias...”

” Que nos capaciten sería bien, al menos nosotros en la sala no estamos no, no, no, no estamos para eso, pues para referencias no entran allí, pero en la consulta externa si y sería bueno que los capacitaran...”

” Yo opino que deberían de capacitarnos por parte de la Secretaría de Salud, porque desconocemos sobre el tema y en mi sala no se maneja eso...”

¿Pregunta? creen ustedes que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de referencia y contra referencia actualmente...

“Para mí la contra referencia también no es un buen sistema, porque digamos si se realiza una contra referencia de aquí del hospital hacia el centro de salud, en primer lugar desconocemos si llega o llega a las manos del médico, porque se la da al paciente, y si el paciente quiere o no quiere ir al centro de salud va y le entrega el papel pero no tenemos el cien por ciento de certeza que llega a las manos del médico, la información entonces a pesar de que sea una contra referencia no sabemos el resultado si le llegó o no le llegó la información...”

” La contra referencia no siempre funciona y depende también del diagnóstico del paciente, yo trabajo con paciente embarazada y hacer una contra referencia con una paciente embarazada es delicado y de repente tenemos unos controles pésimos y si le referimos otro problema le contra referimos una paciente que corre el riesgo de que la paciente el niño muera y ya ha pasado...”

” Considero que si no resulta la referencia mucho menos la contra referencia...”

” La contra referencia no está bien porque como decía la Licenciada ese paciente si se le dio una contra referencia, no sabemos si llegó si mejoro o se murió entonces no está funcionando bien...”

” La contra referencia no funciona porque no le damos seguimiento al paciente...”

” Yo pienso que la contra referencia no funciona...”

¿Pregunta? contribuirá la contra referencia a dar seguimiento de calidad al usuario y usuaria y porque...

” No, no da un seguimiento de calidad...

”” No, no funciona como no da buen seguimiento”

” No, no funciona porque no sé lleva el seguimiento adecuado...”

¿Pregunta? consideran ustedes que el recurso humano cuenta con el conocimiento y la concientización necesaria para practicar la contra referencia y porque...

“Por lo menos aquí en el hospital los médicos están conscientes de que necesitan cuidado en el centro de salud, lo hacen y ellos lo realizan se lo mandan, pero ya en manos del paciente como darnos cuenta nosotros, no sabemos, aunque el medico tenga la intención...”

” Creo que no porque no se le da el verdadero seguimiento a la contra referencia, además está bien hacer una contra referencia cuando va a un buen nivel, a un mejor nivel, pero va a lo peor entonces no funciona...”

” No hay un buen resultado...” ,

” No, no funciona...”

” No funciona eso porque no se le da seguimiento...”

” Pienso que no funciona porque si son pacientes, la mayoría vienen de afuera y en los centros de salud no está equipado con los suficientes recursos entonces no estamos seguros al cien por ciento de que el paciente va tener el seguimiento que necesita...”

¿Pregunta? consideran ustedes que el recurso humano del hospital está empoderado sobre el tema de referencia y contra referencia o respuesta...

“Aquí en el hospital la mayoría de los pacientes que vienen son referidas de algún centro de salud o de un médico particular y la contra referencia como le decía, depende de la conciencia de cada médico y también lo que él requiere que tenga el paciente en su comunidad en su centro de salud...”

” No definitivamente no porque algunas personas ni saben lo que es una referencia...”

” Si, si sabemos claro que sabemos que es una referencia tenemos que tener el conocimiento que es una referencia...”

“bueno hay personas que le dan la preferencia y no saben leer porque nos ha tocado en la sala que vienen con la referencia de otros lados y no saben que hacer, no los orientan pues dónde van a ir cuando se les da la referencia, conozco lo que es referencia porque sabemos para donde va referido, pero ellos no saben cómo educar al paciente y no los educan porque andan perdidos...”

” La verdad es que si tenemos conocimiento porque cada referencia también trae para el servicio que viene referido el paciente, entonces llegan como perdido de que no conoce...”

¿Pregunta? podrían describir el procedimiento que realizan con el usuario previo al ingreso en la institución si esta hospitalizados ...

“En la sala la mayor parte de las colegas tienen libro de control del egreso con todos los datos los pacientes, que diagnóstico tenían, el tratamiento que tuvieron el nombre del médico y al tener el alta, cuando pasa la visita el médico, al paciente ya se le tiene preparado la boleta de salida, se le da la información y todo el tratamiento que va hacer en su casa y sus cuidados de enfermería para que el paciente siga con ese mismo cuidado que se le dio en la sala y que igual se le orienta a los familiares para el cuidado, entonces cuando se le da de alta es más de enfermería en el caso de orientación de conocimientos, de cuidados de cómo tomar el medicamento de cómo seguir su cuidado en casa...”

” En la maternidad es un poquito más delicado, más estricto el momento del alta, si es un recién nacido hay una hoja donde tiene que firmar la mamá antes de darle el recién nacido, pone su número de identidad, la hora en que se entregó

todo y no puede salir por cualquier portón sino por el portón donde está el guardia porque y si una mamá dice a irse por otro lado inmediatamente es detenida y como sospechosa de que no está haciendo bien el procedimiento y que algo está pasando; en puerperio tiene que firmar por el bebé en una hora especial que se manejan y también se lleva un libro en ambas áreas...”

” Bueno en la sala de cirugía de mujeres hay que cerciorarse de que está el alta y puesta en las indicaciones, se revisa y posteriormente a veces a uno le toca entregarle la boleta de salida, darle la educación al paciente...”

” También es importante ver el estado del paciente, como va ese paciente porque a veces también los médicos dan el alta y no saben si por ejemplo han presentado sangrados o tuvo otras complicaciones...”

” Nosotros primero verificamos el expediente, revisamos si el doctor dio el alta, entonces si ya esta le avisamos a sus familiares y le decimos al paciente que ya tiene el alta, cuando ya vienen el familiar lo llamamos, le damos educación sobre donde van a ir a sacar cita, el papeleo que van hacer, las interconsultas que van a sacarla. Siempre llamamos al paciente y al familiar les damos a conocer que

van hacer en su casa, como van a tomar los medicamentos que le explicamos bien ya después les entregamos los papeles y les damos educación.”

Un muchacho de código verde que está ahorita les ayuda ir a la farmacia porque a veces el familiar es alguien de la tercera edad, que lo está cuidando y no pueden. Cuando ya tienen todos se les entrega la hoja de salida y ellos siempre quitan una silla de ruedas prestada para que no vayan caminado hasta el portón...”

” Cuando el paciente se va egresado de la sala se le explica sobre lo que tiene que hacer en el papeleo que tiene dentro el hospital los medicamentos, la cita, si lleva una referencia para centros, instrucciones para curarse por amputaciones, se explica en práctica sobre el tratamiento y los cuidados que debe tener en la casa y sobre la alimentación, al paciente y al familiar...”

¿Pregunta? podrían ustedes dar algunas sugerencias para mejorar el sistema referencia respuesta...

“ En realidad la referencia como decían anteriormente, como no está funcionando bien, lo ideal es que cada centro de salud tuviera por lo menos a alguien que pudiera resolver el problema y de inmediato, lastimosamente nuestro sistema de salud es demasiado pobre como para tener un médico especialista o varios médico especialista en cada área y poder resolver los problemas, la idea es que haya médicos en centros de salud, para que venga muy bien redactada la referencia, que el paciente venga muy bien explicado, porque algunos vienen aquí al Hospital San Felipe y no les toca venir aquí, les toca ir a otra institución y los pobres vienen pagando su transporte y se pierden aquí en Tegucigalpa cuando son de afuera...”

” El sistema de referencia es como un sistema de acomodación, a veces se ve como vergonzoso que los médicos, cuando uno les lleva referido un paciente dicen: hay vienen de San Felipe, ya sabemos que haya no les gusta trabajar; a mí a veces me da pena porque son pacientes que les pueden dar manejo acá y las trasladan, que debe ser más consensuado y más a conciencia el sistema de referencia para el paciente no sufra...”

” Creo que se hizo ese modelo para mejorar un sistema, pero creo que no ha dado resultado...” ” Yo he vivido cuando las referencias son rechazadas en el Hospital Escuela, sólo porque iba de San Felipe...”

” Yo creo que se debe mejorar, más que todo dar educación a los pacientes que vienen con esa referencia porque ya hemos tenido algunos problemas, ellos andan como perdidos...” ” La verdad que eso de referencia si deberían de mejorarlo...”

¿Pregunta? cuentan ustedes en el hospital con un instrumento para contra referencia y tiene alguna dificultad con el llenado...

“Desconozco que haya algún instrumento, aquí lo único que hay es un mismo documento de referencia y allí se le ponen el resumen de lo que quiere el médico que lo atiendan nada más...”

” No existen instrumento...”

” No...no existe porque lo que hacen es que esta la referencia y para que sea contra referencia solo le dan vuelta y escriben al revés...”

“No existe un instrumento adecuado por ejemplo en mi sala lo que hacemos es la hojita de transito...”

” La verdad no existe un documento para contra referencia y debería de existir ese instrumento.

VI. Análisis de Resultados

En la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista, 2010)

La investigación cualitativa permite hacer variadas interpretaciones de la realidad y de los datos. Esto se logra debido a que en este tipo de investigación el analista o investigador va al campo de acción con la mente abierta, aunque esto no significa que no lleve consigo un basamento conceptual, como muchos piensan. El hecho de tener mente abierta hace posible redireccionar la investigación en ese momento y captar otros tipos de datos que en un principio no se habían pensado. En otras palabras, la investigación cualitativa reconoce que la propia evolución del fenómeno investigado puede propiciar una redefinición y a su vez nuevos métodos para comprenderlo. (Domínguez, 2007)

Los temas que definieron la investigación fueron: percepciones del cliente interno acerca del funcionamiento del sistema de referencia y respuesta de la red de servicios de salud del primer nivel de atención Sector Zambrano de la Región

Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa y la consulta externa del hospital de especialidades San Felipe; seleccionando un grupo de talento humano de diversas profesiones de los servicios de salud antes mencionados para realizar el desarrollo de dos grupos focales que brindaron múltiples respuestas para enriquecer la investigación.

Contexto de la prestación de servicios de salud del primer nivel

Los establecimientos de salud del Sector Zambrano dependientes de la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa (SESAL) prestan los servicios de consulta externa con médicos generales, licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería, ya que no todos los establecimientos cuentan con médicos para brindar la consulta; el grupo focal numero 1 (GF1) expone que al momento de identificar una patología que requiere de atención especializada se realiza la referencia a los distintos hospitales nacionales; para ello se llena un formato establecido por la Secretaria de Salud denominado hoja de referencia, que cuenta con aspectos generales, pero carece de muchos aspectos importantes tales como la fecha y la hora en que se envía la referencia; aspecto que es muy relevante para el cumplimiento de la atención de calidad del caso.

En lo concerniente a la categoría conocimiento sobre que es la referencia y respuesta como mecanismo de los servicios de salud para dar seguimiento a la atención y/o recuperación de los pacientes, los participantes mencionaron: Grupo focal (GF1) existen inquietudes sobre el recibimiento de los pacientes enviados a otros niveles de atención, ya que en ocasiones rechazan referencias emitidas por auxiliares de enfermería y les faltan el respeto a los pacientes; sin tomar en cuenta que los establecimientos de salud del primer nivel de atención la mayor parte son atendidos por auxiliares de enfermería.

Referente al significado que tiene los funcionarios de salud sobre referencia, se observa las diferencias existentes en cuanto al concepto de referencia , ya que el GF1 lo determina como un procedimiento a través del cual se envía una persona que necesita atención a otro nivel de salud y en el segundo grupo (GF2) lo comprende como un documento (norma) estandarizado por la Secretaria de Salud, por lo que puede dificultar el funcionamiento adecuado y la importancia de las referencias ya que los criterios no son claros ni unánimes en este grupo de estudio.

A la interrogante sobre la coordinación entre las instituciones de salud del primer nivel y el nivel hospitalario el GF1 sostiene que no existe una coordinación entre dichas instituciones misma que es muy importante para lograr la

retroalimentación entre los servidores públicos de salud y brindar una atención de calidad al usuario; el GF2 sin embargo refiere realizar coordinación al interior del hospital y en ocasiones enviar a pacientes de consulta externa con indicaciones para seguimiento en los establecimientos de salud de su localidad sin extender ningún formato establecido por la Secretaria de Salud ya que lo desconocen, utilizando otro formulario del hospital de especialidades; otra parte del grupo refiere desconocer si existe la respuesta (contra referencia).

Para el GF1 y GF2 la Respuesta/contra referencia es comprendida como un documento donde el médico tratante se lo entrega al paciente si este necesita cuidados posteriores a su egreso de la atención u hospitalización, sin embargo desconocen que haya un protocolo, lineamientos o formato estandarizado para brindar respuesta/ contra referencia ya que los pacientes en su mayoría únicamente llevan a los establecimientos de salud de primer nivel una hoja de transito que no cumple con los criterios para ser tomada como respuesta/contra referencia.

Acercas de los registros existentes de las referencias emitidas el GF1 (primer nivel de atención) refiere llevar libros, dejar copias de las referencias en los expedientes y dejar la información en los registros de atenciones diarias; (ATAS); en el GF2 (HESF) la mayoría de las respuestas de las participantes refieren no

hacer referencia y las salas que lo hacen llevan registros de las referencias en libros, aclarando que a veces es manejado como traslado no como referencia, por lo que no es utilizado este sistema como debería usarse para dar respuesta a la población demandante de atención.

Al interrogar sobre la ganancia de contar con un sistema de referencia y respuesta, el GF1 refirieron que es útil ya que los pacientes enviados a un nivel de mayor complejidad reciben una explicación y un documento legal donde se le explica sobre el servicio al que es referido, según el diagnóstico que tenga el personal de salud tratante, siendo la respuesta/contra referencia muy necesaria para brindar seguimiento adecuado del paciente una vez que egrese de su atención u hospitalización, de esta manera el paciente estará recibiendo una atención más dirigida en el primer nivel de atención.

El GF2 refiere que será ganancia siempre y cuando al hospital sean referidos (as) pacientes con patologías que realmente no puedan ser atendidas en el primer nivel de atención, para no saturar los servicios hospitalarios, otras opiniones refieren que por ser un país pobre no existen los medios necesarios para brindar todas las especialidades y así no tener que trasladarlos a otros hospitales, pero la contra referencia no existe. Referente al tiempo de espera ambos grupos expusieron que la referencia/contra referencia no contribuye a disminuir el tiempo

en el cual el paciente será atendido, ya que no recibe una atención especial, sino que son atendidos igual que toda la población, enviándolos a hacer fila para esperar su turno y en ocasiones tiran las referencias, ignorándolas completamente, entonces no se logra un beneficio para los usuarios referidos.

Sobre si existe un sistema de referencia y respuesta/contrarreferencia en el modelo de salud de Honduras ambos grupos responden como inexistente, ya que en ocasiones únicamente se usa el formato de referencia y no se da seguimiento o continuidad a los o las usuarias atendidas (as) en los diferentes niveles.

Al indagar sobre si hay diferencia en la emisión de las referencias, ambos grupos coinciden en la desatención que reciben las referencias que son emitidas por auxiliares de enfermería y en ocasiones las enviadas por enfermeras profesionales, refieren que le prestan atención solo si son emitidas por médicos, lo que es grave si se tiene en cuenta que un elevado porcentaje de los establecimientos de salud del primer nivel solo cuentan con auxiliares de enfermería de forma permanente y en ocasiones con licenciadas o médicos en servicio social, por lo que debería existir un solo protocolo, lineamiento o formato a seguir para la referencia y la respuesta/contra referencia y de esta forma estandarizar los criterios para que no haya necesidad de rechazar las referencias o respuestas/contra referencias independientemente por quien sea emitida.

Acerca de si hay normativa sobre referencia y respuesta/contra referencia el GF1 responde que tienen una norma de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) (Secretaria de Salud Honduras, 2013) donde se dan lineamientos sobre cuando referir; el GF2 no conoce normas de referencia y respuesta/contra referencia en el hospital ya que nadie les ha capacitado.

Ambos grupos coincidieron en que no han recibido capacitaciones sobre como referir o contra referir los pacientes, ya que en el nivel hospitalario lo realizan únicamente los médicos y en el primer nivel de atención han aprendido utilizando el instrumento de referencia enviado por la Secretaria de Salud sin previa capacitación.

Sobre si en el modelo de salud actual en Honduras existe un sistema de referencia y respuesta; los participantes del GF1 y el GF2 responden que no existe y nunca ha existido y en el nivel primario sino se movilizan a realizar visitas domiciliarias no se enteran sobre el estado o evolución del o de la paciente, aquí se puede percibir la importancia de contar con sistema de referencia y respuesta funcional a nivel nacional.

Al preguntar si la respuesta/contra referencia contribuye a dar seguimiento de calidad al usuario el grupo 1 y el grupo 2 afirman que no contribuye a dar seguimiento a los usuarios y mucho menos de calidad, y todo es debido a la inexistencia de la respuesta/contrarreferencia en los servicios de salud.

En relación a la aplicación de la referencia/ contrarreferencia, los grupos focales refirieron que existen las políticas o normas establecidas por la Secretaria de Salud, pero no son socializadas por lo que no se les da cumplimiento, ya que la norma señala específicamente llevar a cabo el cumplimiento de acciones establecidas, expresándose los procedimientos y el campo de aplicación.

Los resultados analizados obtenidos de la aplicación del grupo focal 1 y del grupo focal 2 brindan información relevante sobre la debilidad existente en la aplicación de normas dictadas por el ente rector de salud de Honduras, puesto que existe un documento legal para uso correcto del sistema de referencia y respuesta, sin que se tome la responsabilidad por parte del talento humano de los diferentes servicios de salud para su cumplimiento. Este talento humano es el responsable de dar cumplimiento a las directrices emanadas de este ente y por consiguiente son los responsables directos de hacerlo funcionar adecuadamente, sin embargo, al no ponerlo en práctica y no realizar actualizaciones de información sobre el mismo, repercute en duplicidad de esfuerzos, desorganización, ausencia

de trabajo en equipo y por ende quien más daño recibe es el usuario al encontrarse con estas situaciones dentro del sistema de salud.

Con la implementación del nuevo Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR) planteado en el nuevo Modelo Nacional de Salud se espera lograr la unificación de criterios a nivel nacional para brindar salud integral a la población como lo dicta el Plan de Nación. (Secretaria de Salud Honduras, 2014), además una adecuada funcionalidad del SINARR permitirá brindar atención de calidad a la población sin demora o contratiempo, lo que reducirá el riesgo de las complicaciones innecesarias o la mortalidad, también reducirá el congestionamiento hospitalario y los costos en medicamento.

Lo expuesto en el párrafo anterior enfoca la importancia de seguir lineamientos o protocolos en el proceso de referencia respuesta/contrarreferencia para que la prestación de servicios de salud sea ágil, oportuna y de calidad sin embargo al introducirse en la investigación se encontró que tanto el primer nivel de atención (GF1) como el nivel hospitalario (GF2), carecen de normas, protocolos, lineamientos o guías escritos y específicos para seguir al momento de realizar dicha acción, lo que conlleva a la ineficiencia e ineficacia; ocasionando que el usuario se desoriente y sea poco efectiva la resolución de sus problema de salud.

El personal de salud institucional público o privado debe ser conocedor y estar empoderado de normas, lineamientos, protocolos o guías que existan en el sistema nacional de salud, solo de esta forma se lograra unificar conocimientos en la implementación de la estrategia de referencia y respuesta/contrarreferencia y aplicar sanciones correspondientes al no cumplimiento de la misma, ya que en la inmersión con el GF1 (primer nivel de atención) y el GF2 (Nivel Hospitalario) fue evidente el desconocimiento de la existencia de normas, lineamientos, protocolos o guías para la implementación de la estrategia, y no se le brinda la importancia debida principalmente en cuanto a la contrarreferencia se refiere.

VII. Conclusiones

1. La percepción de los funcionarios públicos sobre el sistema de referencia respuesta/contrarreferencia no es clara ya que a ese nivel no existen protocolos, lineamientos o guías a seguir para dar cumplimiento con responsabilidad a este sistema.
2. Entre la teoría y la realidad estudiada se encontró incongruencia del cliente interno sobre la percepción de la funcionalidad de la referencia y respuesta/ contrarreferencia en los servicios de salud estudiados; ya que en ocasiones interpretan la hoja de transito como respuesta-contrarreferencia.
3. Ambos grupos focales brindaron resultados de conocimientos y aplicación errónea del sistema de referencia y respuesta en el sistema de salud de Honduras.
4. Ambos grupos evidenciaron la inexistencia de procedimientos, normas o lineamientos para aplicación de la referencia y respuesta/contrarreferencia en el sistema nacional de salud.

5. No existe coordinación en cuanto al sistema de referencia entre los servicios de salud del primer nivel y el nivel hospitalario lo que reduce las posibilidades de lograr el seguimiento de patologías en el nivel primario para la reducción de complicaciones y muerte en los usuarios.

VIII. Recomendaciones

1. El ente rector de salud del país debe crear una **norma** sobre sistema de referencia y respuesta/ contrarreferencia; que sea funcional y de aplicación a nivel nacional y no únicamente en descentralizados; dicha norma servirá de guía al personal prestador de los servicios de salud quien deberá respetarla y cumplirla como una ley de salud establecida.
2. El ente rector de salud del país debe socializar con todo el personal de salud a nivel nacional público y privado la norma sobre referencia y respuesta/contra referencia, previo a su implementación para lograr el empoderamiento de los servidores públicos y así contar con argumentos para sancionar el incumplimiento en su implementación.
3. Debe exigirse la protocolización por establecimiento de salud y por servicio de salud hospitalario y cumplirse de forma general, ya que el personal de los servicios de salud investigados no ha visualizado la existencia o implementación de norma, lineamiento o protocolo sobre la referencia y respuesta/ contrarreferencia para su cumplimiento.

4. El personal hospitalario médicos especialistas, médicos generales o enfermeras deberán emitir una respuesta/ contrarreferencia al nivel correspondiente; ya que dicho criterio es formativo para el nivel que haya referido, y facilitará el seguimiento a la patología del usuario o la usuaria y por ende contribuirá con su rehabilitación.

IX. Bibliografía

1. Organizacion Mundial de la Salud. (25 de Febrero de 2014). El Derecho a la Salud. Obtenido de <http://acuddeh.org/spip.php?article3808>
2. Organizacion mundial de la Salud. (29 de Diciembre de 2017). Salud y derechos Humanos.
3. ACNUR. ORG. (11 de Agosto de 2000). ACNUR. Obtenido de www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf
4. Acuña, M. C. (2005). Exclusion, proteccion y el derecho a la salud. Unidad de politicas y sistemas de salud Area de desarrollo estrategico de la salud OPS/OMS, 1-12.
5. Arias Castilla, C. A. (2006). Enfoque teorico sobre la percepcion que tienen las personal. Horizonte pedag, 8(1), 9
6. Bermudez-Madriz, J. L. (Febrero de 2011). Sistemas de Salud de Honduras.Rev.Salud Publica de Mexico/Vol.53,Suplemento 2. Salud Publica de Mexico.

7. DINAFA. (2014). Dirección de la Niñez, Adolescencia y Familia (DINAFA). Obtenido de <http://ceniss.gob.hn/dinaf.html>
8. Domínguez, Y. S. (julio-sep de 2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(2), 1-11.
9. Fuenmayor , G., & Villasmil, Y. (Mayo-agosto de 2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textua. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9(22). Obtenido de <http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/Tema1PAM.pdf>
10. Gironella Mora, L. (03 de Agosto de 2012). *Contrapeso.info:derechos humanos*. Obtenido de contrapeso.info:derechos humanos
11. Gledion, U., Villar, M., & Avila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamerica y el papel del seguro privado*. Madrid España: Fundacion MAFRE.
12. Guia para grupos focales. (s.f.). Obtenido de <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/Guia%20grupo%20Focal.pdf>

13. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2010). Metodologia de la Investigacion. Mexico: McGraw-Hill.
14. Holder, R. (Agosto de 2011). Sistema de Salud Basado en APS. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co>
15. Maira Buss Thofehrn, M. J. (Junio de 2013). Metodologia Cualitativa. Index Enferm vol.22 no.1-2 Granada . Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
16. Medicus Mundi. (2017). Salud Integral e Incluyente para todas las personas desde todas las personas. Navarra. Obtenido de www.saludintegralincluyente.com/proyecto
17. Mejia, J. M. (2003). Sistemas de Servicios de Salud. En H. Blanco Restrepo, & J. M. Maya Mejia, Fundamentos de Salud Publica Tomo II 1ra Edicion (págs. 1-9). Medellin, Colombia.
18. Messarina Santolalla, P. A. (Septiembre-Octubre de 2015). Calidad de atencion del personal de salud y satisfaccion del paciente en el servicio de resonancia magnetica del hospital de alta complejidad. 120. Trujillo.

19. Ministerio de salud Chile, Sub secretaria de redes asistenciales, division de redes asistenciales, departamento de gestion de procesos clinicos asisteneenciales. (s.f).
www.minsal.cl. Obtenido de www.minsol.cl
20. Ministerio de Salud Peru. (1993-1997). Ministerio de Salud. Direccion Nacional de Salud Cajamarca. Obtenido de Ministerio de Salud. Direccion Nacional de Salud Cajamarca:
<http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf>
21. Ministerio de Salud Publica Ecuador. (Septiembre de 2013). MINSA. Obtenido de <http://www.donaciontrasplante.gob.ec>
22. Olvera Esquivel, J. G., & Arellano Gault, D. (Diciembre de 2015). El concepto de equidades y sus contradicciones: la politica social mexicana. Revista Mexicana de Sociologia, 77(4), 581-609. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032015000400581
23. OMS. (2005). Que es un sistema de salud?
24. ONU. (1993). Conferencia Mundial de Derechos humanos. Washington: ONU. Obtenido de www.ohchr.org

25. ONU. (25 de Junio de 1993).
www.ohchr.org/documents/Events/OHCHR20/VDPA_brooklet_spanish.pdf. (pág. 59). Viena: ONU. Obtenido de www.ohchr.org/documents/Events/OHCHR20/VDPA_brooklet_spanish.pdf
26. Oviedo, G. L. (Agosto de 2004). La definicion del concepto de percepcion en psicologia con base en la teoria Gestalt. 89-90.
27. Secretaria de Honduras. (Diciembre de 2005).
http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Politicass_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf. Obtenido de http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Politicass_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf
28. Secretaria de Salud Honduras. (Mayo de 2011).
www.saludgob.hn. Obtenido de Modelo Nacional de Salud: www.saludgob.hn
29. Secretaria de Salud Honduras. (Septiembre de 2012).
Codigo de Salud de Honduras. Codigo de Salud de Honduras. Tegucigalpa, Honduras, Honduras.

30. Secretaria de Salud Honduras. (2012).
<https://saludpublica101.files.wordpress.com/2012>. Obtenido
de <https://saludpublica101.files.wordpress.com/2012>
31. Secretaria de Salud Honduras. (Agosto de 2013). Manual de
procedimientos para la atención integral de la niñez.
Obtenido de
<https://es.scribd.com/document/356784013/Manual->
Procedimientos-AIEPI-08-2013-pdf:
<https://es.scribd.com/document/356784013/Manual->
Procedimientos-AIEPI-08-2013-pdf
32. Secretaria de Salud Honduras. (Junio de 2014). Secretaria
de Salud. Obtenido de Secretaria de Salud:
www.salud.gob.hn
33. Secretaria de Salud Honduras, Modelo Nacional de Salud.
(Mayo de 2013). www.salud.gob.hn/doc/upeg/modelo
Nacional de Salud. (S. d. Salud, Productor) Obtenido de
SESAL.HN: www.salud.gob.hn/doc/upeg/modelo Nacional
de Salud
34. Secretaria de Salud Honduras, OMS/OPS. (2012). sistema-
de-salud-nacional. Obtenido de

<https://saludpublica101.files.wordpress.com/2012/09/el-sistema-de-salud-nacional-e-internacional1.pdf>

35. Secretaria Salud Honduras. (Mayo de 2013). Modelo nacional de Salud. (SESAL, Ed.) Obtenido de [www.saludgob.hn/doc/upeg/modelonacional de salud](http://www.saludgob.hn/doc/upeg/modelonacional%20de%20salud)

36. Universidad de Antioquia. (2006). Centro de estudios de opinion. (F. D. HUMANAS, Productor) Obtenido de ceo@carios.udea.edu.co grupos focales

37. Vargas, I., Vasquez, M. L., & Jane, E. (julio agosto de 2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 927-937. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/csp/>

X. Anexos

Definiciones

Sistema de Referencia Respuesta/contrarreferencia: Entendido como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente servicios de salud a los pacientes, garantizando la accesibilidad, oportunidad, continuidad, complementariedad, e integralidad de los mismos, en función de la organización de la red en el marco de la descentralización

La Referencia: es el envío de pacientes por parte de un proveedor de menor capacidad resolutive, a otro de mayor, igual o menor complejidad, para la atención o complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos disponibles no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y de tecnología avanzada. (Secretaria Salud Honduras, 2013)

Referencia cumplida: Es aquella en que la usuaria o usuario asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y es registrado en un sistema informático o manual. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Referencia no cumplida: Es aquella en que la usuaria o usuario referido no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad o no fue registrado en un sistema informático o manual.

Referencia cumplida efectiva. Es aquella en que la usuaria o usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y fue atendido por el profesional de salud.

Referencia cumplida no efectiva. Es aquella en que la usuaria o usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y no fue atendido por el profesional de salud. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Referencia bien llenada. Es cuando la sección de datos del usuario/usuaria y la sección de referencia del formulario tiene todos los datos completos y con letra legible.

Referencia mal llenada. Es cuando la sección de datos del usuario/usuario y la sección de referencia del formulario no tiene todos los datos completos o se encuentra con letra ilegible.

Referencia justificada (pertinente). Es cuando una referencia ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas, emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación positiva del especialista. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Referencia injustificada (no pertinente). Es cuando una referencia no ha sido realizada conforme a las normas de atención, guías de práctica clínica, protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

La Respuesta/contrarreferencia: es la derivación del paciente en sentido inverso al proveedor que lo remitió, con la información sobre los servicios prestados, las respuestas a las solicitudes de apoyo asistencial, con las debidas indicaciones a seguir. (Secretaria Salud Honduras, 2013)

Contrarreferencia: Es el procedimiento obligatorio por el cual, un usuario o usuaria que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Contrarreferencia cumplida. Es cuando el usuario o usuaria asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió.

Contrarreferencia no cumplida. Es aquella en que el usuario o usuaria no asistió al establecimiento de menor nivel de atención que lo refirió. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Contrarreferencia cumplida efectiva. Es aquella en que el profesional de salud registra la contrarreferencia y continúa con el plan de tratamiento recomendado por el especialista.

Contrarreferencia cumplida no efectiva. Es aquella en que el profesional de salud no registra la contrarreferencia, ni continua con el plan de tratamiento recomendado por el especialista. (Ministerio de Salud Publica Ecuador, 2013)

Contrarreferencia oportuna. Es aquella en que el establecimiento de salud de menor nivel de atención recibe el formulario dentro de los 7 días posteriores a la atención del especialista.

Contrarreferencia no oportuna. Es aquella en que el establecimiento de salud de menor nivel de atención recibe el formulario de contrarreferencia después de los 7 días posteriores a la atención del especialista.

Contrarreferencia bien llenada. Es cuando la sección de datos del usuario/usuaria y la sección de contrarreferencia del formulario tiene todos los datos completos y con letra legible. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Contrarreferencia mal llenada. Es cuando la sección de datos del usuario/usuaria y la sección de contrarreferencia del formulario no tiene todos los datos completos y la letra es ilegible.

Contrarreferencia Justificada. Es cuando el profesional de salud ha realizado la contrarreferencia tomando en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento de destino, y/o cuando el usuario o usuaria ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad.

Contrarreferencia injustificada. Es cuando el profesional de salud ha realizado la contrarreferencia sin haber tomado en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento de destino, y/o cuando el usuario o usuaria no ameritaba ser remitido al menor nivel de atención o de complejidad. (Ministerio de Salud Publica Ecuador, 2013)

Pilotaje de referencia respuesta/contrarreferencia

¿Conoce usted la definición de referencia?

¿Realizan coordinación con el Hospital San Felipe para envío de referencias?

¿De qué manera lo hacen?

¿Cuentan con registros de referencias enviadas al Hospital San Felipe?

¿Cuál consideran ustedes en el objetivo primordial de un sistema de referencia?

¿Consideran ustedes que la referencia contribuye con el usuario para que reciba una atención integral ambulatoria? ¿Cómo podrían explicarme?

¿Contribuirá la referencia a disminuir el tiempo de espera del usuario y/o usuaria?

¿Por qué?

¿Consideran que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de referencia?

¿Cómo me lo describirían?

¿Qué opinan sobre las referencias enviadas por médicos en servicio social, licenciado en enfermería y auxiliar de enfermería?

¿Existen normas o lineamientos a seguir en nuestro modelo de salud para la referencia? ¿Cuáles, como las aplican?

¿Consideran que hay fortalecimiento al recurso humano sobre el tema de referencia?

¿Que harían ustedes para mejorar el sistema de referencia?

¿Consideran que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de contra referencia? ¿Cómo me lo describirían? ¿ de ser así Qué opinan sobre ese sistema?

¿Contribuirá la contra referencia a dar seguimiento de calidad al usuario y/o usuaria? ¿Por qué?

¿Existen y se aplican normas ,lineamientos o bases legales a seguir en nuestro modelo de salud para la contra referencia? ¿Pueden Mencionarmelas mostrarmelas o describirme su aplicacion?

¿Consideran que el recurso humano cuenta con el conocimiento y la concientizacion necesaria para practicar la contra referencia? ¿Porque?

¿Consideran que se ha fortalecido al recurso humano sobre el tema de contra referencia? ¿Como?

¿Como consideran que se podria mejorar un sistema de contra referencia?

¿Puden describirme el procedimiento que realiza con el usuario previo a su egreso de la institucion?

¿Que harian ustedes para mejorar el sistema de contra referencia?

Cuestionario aplicado en grupos focales

¿Qué entienden ustedes por referencia, pueden definirlo por favor?

¿Saben si existe coordinación entre Hospitales y los establecimientos de salud?

¿Me pueden decir cómo?

¿Cuentan con registros de referencias enviadas al Hospital San Felipe? ¿pueden mencionarlos?

¿Cuál es a su juicio la ganancia de contar con un sistema de referencia y respuesta?

¿Consideran ustedes que la referencia contribuye con el usuario para que reciba una atención integral ambulatoria? ¿Cómo podrían explicarme?

¿Consideran ustedes que la referencia contribuye a disminuir el tiempo de espera del usuario y/o usuaria?

¿Consideran que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de referencia?

¿Cómo me lo describirían?

¿Cree que hay diferencias entre las referencias enviadas por médicos en servicio social, licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería?

¿Conoce si existen normas o lineamientos a seguir en nuestro modelo de salud para la referencia y respuesta de pacientes? ¿Cuáles, como las aplican?

¿Consideran que hay fortalecimiento al recurso humano sobre el tema de referencia y respuesta?

¿Que harían ustedes para mejorar el sistema de referencia y respuesta?

¿Consideran que nuestro modelo de salud cuenta con un sistema de contra referencia? ¿Cómo me lo describirían? ¿de ser así Qué opinan sobre ese sistema?

¿Contribuirá la contra referencia a dar seguimiento de calidad al usuario y/o usuaria? ¿Por qué?

¿Consideran que el recurso humano cuenta con el conocimiento y la concientización necesaria para practicar la referencia y la respuesta? ¿Por qué?

¿Consideran que se ha empoderado al recurso humano sobre el temade referencia y respuesta? ¿Como?

¿Puden describirme el procedimiento que realiza con el usuario previo a su egreso de la institucion

¿Podrian ustedes dar sugerencias para mejorar el sistema de referencia y respuesta?

¿Cuál es el procedimiento de contra referencia o respuesta que ustedes realizan a los establecimientos de salud?

¿presentan algunas dificultades para el llenado del formato de la referencia y respuesta?