

Artículo Original

Análisis de los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia de jóvenes y adultos de ambos sexos. Municipio de Alcalá - Bolivia

Analysis of the knowledge and practices of the reference and counter-reference system of youth and adults of both sexes. Municipality of Alcalá - Bolivia

Paola Andrea Zegada Ramírez¹, Ivonne Ramírez Martínez*¹, Alexandra Montesinos Ibañez¹

Universidad Mayor,
Real y Pontificia de San
Francisco Xavier de
Chuquisaca. Sucre,
Bolivia

*Correspondencia:

ifrm14@gmail.com

Recibido: 5 de agosto de
2014

Aceptado: 12 de agosto de
2014

Resumen

Antecedentes: El estudio tiene como objetivo analizar los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia en jóvenes y adultos de ambos sexos del municipio de Alcalá para una atención médica oportuna integral y de calidad.

Metodología: Siguiendo un enfoque cualicuantitativo se ha realizado una investigación descriptiva, con la técnica de la encuesta se ha colectado datos a través de un cuestionario de conocimientos y prácticas sobre referencia y contrareferencia durante los meses de octubre de 2013 a enero de 2014. La muestra fue de 196 personas de ambos sexos de 15 años adelante.

Resultados: Los conocimientos y prácticas en varones y jóvenes respecto al sistema de referencia y contrareferencia son mayores en relación a mujeres; no hay suficiente conocimiento y preparación en caso de emergencias, cuidado de hijos, retorno, alojamiento entre otros.

Conclusiones: El estudio muestra la necesidad de pensar en mecanismos que garanticen mejorar la información para este grupo e introducir medidas de tenencia de los hijos mientras la paciente es referida a otro centro de salud.

Palabras clave: Conocimientos, Contrareferencia, Mujer, Prácticas, Referencia, Salud.

Abstract

Background: The study aims to analyze the knowledge and practices of counter-reference system in young adults of both sexes in the village of Alcalá for a comprehensive, timely and quality medical care.

Methodology: Following a quality-quantitative approach, it has been employed descriptive research with the technique of survey data that has been collected through a questionnaire on knowledge and practical reference and counter-reference during the months of October of 2014 to January of 2014. The sample included 196 people of both sexes from 15 years ahead.

Results: The knowledge and practices in young men about the reference and counter-reference are greater compared to women; there is insufficient knowledge and preparedness for emergencies, child care, return, accommodation etc.

Conclusions: The study shows the need to think of mechanisms to ensure improved information for this group and introduce measures of child custody while the patient is referred to another health center.

Keywords: Knowledge, Counter, Women, Reference Practice, Health.

Antecedentes

Los conocimientos y las prácticas que tienen las poblaciones para la atención de su salud son determinantes sobre todo en el caso de los adultos mayores, mujeres y niños, quienes demandan mayor nivel de atención del sistema de salud, de esta manera se podrá identificar cuáles son los grupos que precisan mayor orientación sobre el tema y así encaminar mejor los procesos para garantizar que los pobladores tengan acceso a los servicios de salud.

La investigación desarrollada en el municipio de Villa Alcalá resulta muy importante por la necesidad de contar con información sobre los conocimientos y prácticas que tienen los usuarios acerca del sistema de referencia y contrarreferencia en la Atención Integral en Salud de la Atención Primaria desde la experiencia relacionada del Hospital de Virgen de Concepción, pues de esta manera se comprenderán mejor los factores relacionados con éste.

Señalar que el Ministerio de Salud ha movilizándolo recursos públicos en el marco del modelo de atención de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) donde se propone un conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio (1).

El SAFCI pretende atender, señala el Ministerio de Salud, a la solución de los problemas de salud y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional (1).

Una de las problemáticas más serias es el embarazo no deseado y el aborto, que constituyen los principales problemas de salud pública y se conoce que el embarazo y la maternidad en adolescentes tienen mayor frecuencia en aquellas con bajo nivel educativo y entre las que viven en condiciones de pobreza (2).

La preocupación estatal está orientada a optimizar las intervenciones más recomendables destinadas a la prevención, lo cual requiere acciones de promoción de medidas protectoras y efectivas basadas en la amplia difusión de conceptos básicos sobre la salud sexual y reproductiva y derechos para la toma de decisiones y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de diferir la edad del primer embarazo y/o procurando la orientación adecuada para prevenir un segundo embarazo (3).

El Ministerio de Salud y Deportes (4) dispone de un Plan de atención a la Salud materna dentro del continuo, que prevé la atención prenatal oportuna, la atención calificada del parto y una serie de medidas destinadas a facilitar el cuidado de niños en los primeros años de vida. Así como un conjunto de medidas que deben aplicar los

servicios para la atención integral de las gestantes que constituyen los cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

En cuanto a la mortalidad materno infantil que se incrementan en la zona rural, donde persisten patrones culturales arraigados donde prevalece la visión de atención hasta el último momento, donde en muchos casos se presenta la fatalidad, esto lamentablemente contribuye a incrementar las cifras de mortalidad materna, neonatal e infantil al ser la población más vulnerable.

Ante estas cifras y las que reflejan los principales problemas de atención primaria es que se implementa como una estrategia de la Atención Primaria de Salud la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, donde se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia por primera vez de establecimientos del primer nivel, acercándolos de esta manera a la población desprotegida, posteriormente se instauran los seguros públicos, para luego cambiar el enfoque del sistema, predominantemente administrativo (distritos de salud), al enfoque de Redes centrado en la capacidad resolutive. Desde ese hecho las instituciones de salud en sus diferentes instancias se organizaron espontáneamente para responder en forma adecuada y oportuna a las necesidades de referencia de los establecimientos de salud (5).

Y como expresan los antecedentes, la situación de Bolivia en cuanto a la salud cambia a partir del Modelo Sanitario en Bolivia a través del D.S. N° 29601, "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural" (1), se constituye en la estrategia para lograr el Vivir Bien enfocada en las personas, las familias y las comunidades, de esta manera estableciéndose la SAFCI y la inclusión de la Medicina Tradicional, Pueblos Indígenas Originarios Campesinos (PIOCs) con el que se proyecta hacia un Sistema Único de Salud Integral e Intercultural.

En cuanto a la actual normativa del sistema de Referencia y Contrarreferencia, detallan los antecedentes del reglamento del SUMI, destinado a otorgar prestaciones para la atención de madre y niño. En el año 2004 se realiza un estudio para implementar el Plan Piloto del Sistema de Referencia y Contrarreferencia desarrollado por primera vez por SEDES Santa Cruz, siendo la norma nacional de Referencia y Retorno aprobada por Resolución Ministerial N° 1036 el 21 de noviembre de 2008 (5).

En septiembre del 2010 se realizó el Diagnóstico de la utilización de la Norma de Referencia y Retorno (5), siendo sus principales conclusiones, la poca difusión de la norma, con poca magnitud en su aplicación, carencias de recurso humano, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, además del nuevo concepto de redes funcionales se vio la necesidad de actualizar la presente normativa, para garantizar la aplicación de la misma.

Posteriormente, se realizó el diagnóstico de la utilización de dicha norma, concluyendo que había poca difusión de la misma, pobre magnitud de aplicación, carencia de recursos humanos e insumos; por dichos motivos, se vio la necesidad de actualizar la normativa, para así poder garantizar su mejor aplicación, la cual es modificada en fecha 6 de julio de 2012 bajo el nombre de revisión, actualización, adecuación de la norma de Referencia y Contrareferencia que actualmente está vigente en todo el Sistema Nacional de Salud boliviano (1).

Se conoce que el sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) focaliza su atención en las personas, las familias y la comunidad junto al rol de las determinantes de la salud, exigiendo tener respuesta efectiva dentro de un Sistema Único de Salud. Esta respuesta se operacionaliza, desde el punto de vista institucional, a través de la Red Funcional de Servicios de Salud de concepción funcional y se activa cuando se hace necesario garantizar la capacidad resolutoria del sistema (1). Es en este momento se visualiza al componente de Referencia y Contrareferencia, en toda su magnitud, para cumplir con su propósito de resolver el problema de salud de la persona, su familia y su comunidad que en el caso de Alcalá deben ser referidos al Hospital Distrital de Padilla “Marcos C. Rojas Zurita” del Municipio de Padilla como entidad de segundo nivel y en casos necesarios a los unidades hospitalarias de tercer nivel de la ciudad de Sucre.

En la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se destaca la necesidad de “fortalecer los sistemas de Referencia y Contrareferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local a modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos” (1) que como se señalaba en el problema serán posibles de abordar si se tiene información sobre los conocimientos y prácticas de pobladores de Villa Alcalá en tres grupos etarios como son la juventud, adultez y adultez mayor y si existen diferencias por sexos de manera que esta información permita facilitar la entrega de los servicios mencionados.

En la norma de Referencia y Contrareferencia se habla de tomar una decisión pertinente de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutoria para salvar la vida de la persona, por ello, para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad conozca los objetivos y las características para una actuación adecuada, entre el equipo de salud de los establecimientos y las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia.

El objetivo General del estudio es analizar los conocimientos y prácticas de jóvenes y adultos de ambos sexos del Municipio de Alcalá para la atención médica oportuna integral y de calidad en el establecimiento de salud, mediante el adecuado y ágil flujo de usuarios referidos y contrareferidos entre los diferentes niveles de atención con integralidad, participación comunitaria, intersec-

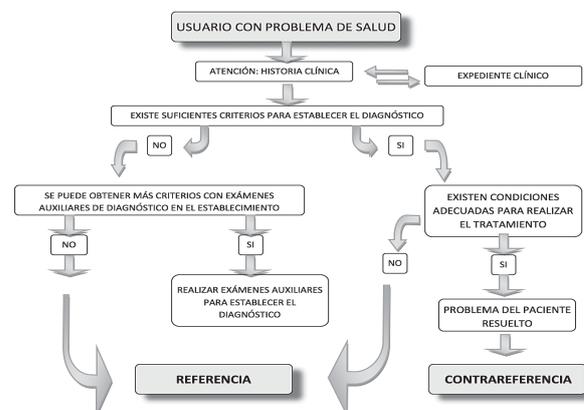
torialidad e interculturalidad. Los objetivos específicos son determinar el nivel de conocimiento que tienen los pobladores comunicación para traslado, transporte, subvención del traslado, retorno, alojamiento y cuidado de hijos.

Se denomina **Referencia** a la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a uno de mayor capacidad resolutoria con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional (1).

Como otro componente complementario del sistema está el concepto de **Contrareferencia** que es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral (1).

El **sistema de Referencia y Contrareferencia** es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud, que incluye los diferentes sub- sectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario garantiza que este sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior (1).

Destacar que el objetivo del sistema es contribuir al fortalecimiento de las redes funcionales de servicios de salud, aportando a la solución del problema del usuario, familia y entorno mediante la acción articulada de los establecimientos de Salud, bajo los criterios de continuidad, oportunidad, integridad, integralidad, interculturalidad, eficiencia, eficacia y de calidad que será posible cuando la comunidad este plenamente informada y sea un agente activo y participe del proceso (1).



Fuente: Norma Nacional del Sistema de Referencia y Contrareferencia

Metodología

El enfoque de investigación es cualicuantitativo y de tipo descriptivo porque parte de la observación y descripción, de determinando el conocimiento y prácticas que tienen los pobladores del municipio de Alcalá acerca del sistema de referencia y contrareferencia. En todo el proceso se emplearon procesos del pensamiento lógico como el análisis, síntesis, inducción, deducción que han permitido identificar el problema, formular el objetivo para desarrollar el proceso investigativo arribando a las conclusiones más importantes.

Población de estudio: estuvo constituida por toda la población del municipio de Alcalá, que alcanza a un total de 4649 personas. La muestra: obtenida para poblaciones finitas es de 196 pobladores de ambos sexos extraída a partir de un muestreo aleatorio estratificado porque se ha dividido la población en grupos de edad y por sexo y elegido posteriormente la población de forma aleatoria. De la muestra seleccionada 126 mujeres y 70 varones que para efectos de análisis fueron divididos según edad en grupos de jóvenes de 15 a 25 años, adultos de 16 a 59 y adultos mayores de 60 adelante y sexo clasificado en femenino y masculino. Las características de la muestra por edad y sexo:

| | | Grupos Edad (años) | | | Total |
|-------|-----------|--------------------|---------|------|-------|
| | | < 26 | 26 a 59 | > 59 | |
| Sexo | Masculino | 19 | 27 | 25 | 70 |
| | Femenino | 38 | 62 | 26 | 126 |
| Total | | 57 | 87 | 51 | 196 |

Criterios de inclusión:

- Edad entre los 15 años en adelante
- Ambos sexos

Criterios de exclusión:

- Personas con déficit físico o sensorial incapacitante
- Trastorno mental

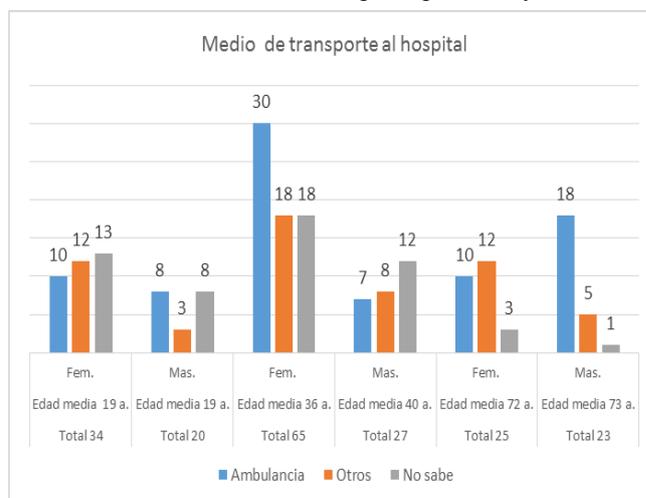
Instrumentos

Se empleó como instrumento un cuestionario de encuesta estructurada con 10 preguntas referidas a conocimientos y prácticas que los pobladores de la Villa de Alcalá tienen con respecto al sistema de referencia y contrareferencia con opciones de respuesta como sí, no y no sabe o no responde. El cuestionario se aplicó de manera individual y personal en los periodos de consulta al Centro de salud durante los meses de octubre de 2013 a enero de 2014. Asimismo, se ha aplicado un protocolo de ética de la investigación que consideró anonimato y consentimiento informado.

Resultados

En cuanto a la tasa de respuesta fue de 98.97%, con los datos se construyó una base de datos elaborando inicialmente tablas de frecuencia simple en el programa de procesamiento estadístico Excel, los mismos fueron expresados en gráficos, calculando además medias en casos de análisis global, por edad y por sexo.

Gráfico 1. Medio de transporte por edad y sexo

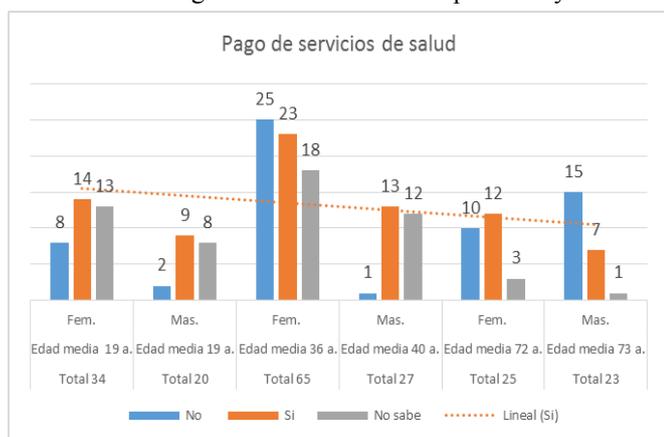


En cuanto al análisis del medio de transporte por grupos de edad y sexo es posible observar en el gráfico 1 por edades que en el caso de las jóvenes mujeres 10 (29.4%) utilizan la ambulancia y 8 de los 20 varones jóvenes (40%). Siendo por lo tanto más hombres los que utilizan el servicio de ambulancia.

En el caso de los adultos 30 de las 65 mujeres (46%) utilizan la ambulancia y apenas 7 de los 27 varones (26%). En el grupo de adultos mayores 10 de las 25 (40%) optan por la ambulancia y 18 de los 23 varones (78.2%).

Utilizan otros medios como la flota, trufi o movilidad particular es el caso de las mujeres 12 de las 34 (35.2%) y 3 de los 20 varones jóvenes (15%). En el caso de los adultos 18 mujeres recurren a otros medios (27.6%) y 8 de 27 varones (29.6%). En cuanto a los adultos mayores 12 mujeres de las 25 (48%) optan por otros medios y en el caso de los hombres 5 de los 23 (21.7%).

No saben qué utilizar 13 de 34 mujeres jóvenes (38.2 %) y 8 de 19 varones que (40%). En el caso de adultas mujeres 18 (27.6%) y 12 varones (44%) no saben qué utilizar. En el caso de mayores apenas 3 mujeres y 1 varón desconocen. Lo que muestra que hay mayor conocimiento en el grupo de varones jóvenes y adultos por uso de ambulancia y en el grupo de adultas mayores optan por otros medios de transporte ya que no tienen el beneficio de uso de ambulancia gratuita que les ofrece el programa SSPAM, salvo en el caso de emergencias.

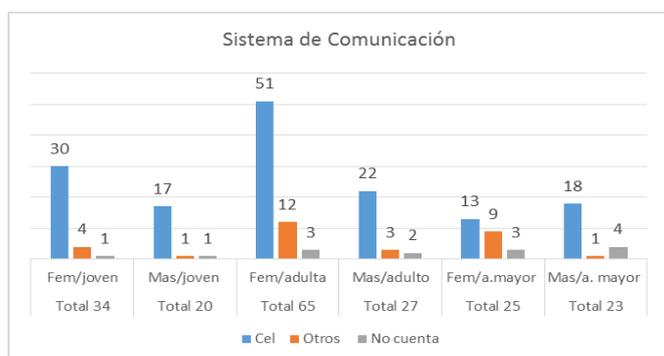
Gráfico 2. Pago de servicios de salud por edad y sexo

En el gráfico 2, se observa que en el grupo de jóvenes 8 (23,5%) de las mujeres y 2 (10%) de varones **no** pagó por el servicio. En el caso de adultos 25 de 34 mujeres, (73.5%) y 1 de los 27 varones no cancelaron. En el caso de adultos mayores estuvieron exentos de este pago 10 de 25 mujeres (40%) y 15 de 23 varones mayores (65.2%).

Si cancelaron del grupo de jóvenes 14 de 34 mujeres (41%) y 9 de 20 varones (10%). En el grupo de adultas en 23 de las 65 mujeres (35.3%) y en 13 de los 27 varones (48%) hubo pago. En el grupo de mayores 12 de las 25 mujeres (48%) y 7 de los 23 varones (30.4%) cancelaron el servicio.

No saben sobre este pago de servicio en el grupo de jóvenes 13 de las 34 mujeres (54. %) y 8 de los 20 varones (40%). En el grupo de adultas 18 de las 65 mujeres (27.6%) y 12 de los 27 varones (44.4%) no tienen conocimiento. Finalmente en el grupo de adultos mayores 3 mujeres y 1 hombre desconocen el monto de este pago.

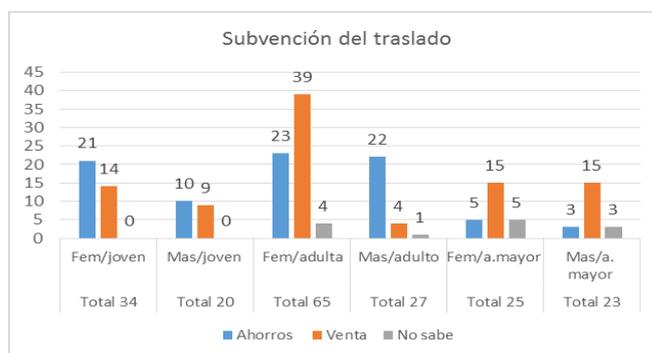
Los grupos que cancelan son los varones adultos, posiblemente porque como se señaló a esa edad hay mayor ingreso económico y posibilidades de solventar el gasto, a diferencia de los adultos mayores de sexo masculino que no cancelan el servicio y desconocen más las mujeres jóvenes, posiblemente porque el pago lo efectúan los varones.

Gráfico 3. Sistema de comunicación por edad y sexo

Sobre la diferencia por grupos de edades y sexo, como muestra el gráfico 3, en el caso de jóvenes mujeres 30 (88.2%) y 17 (85%) utilizan el celular, es decir la misma proporción en ambos sexos a esta edad. En cuanto a adultos mujeres 51 de las 65 (78.4%) y 22 de los 27 varones (81.4%) recurren a este medio. En el caso del adulto mayor de sexo femenino 13 (54.1%) y 18 varones (78.2%) recurren al mencionado recurso móvil.

En el caso de otros medios como desplazarse caminando para pedir ambulancia, en jóvenes 4 mujeres (11.7%) y 1 un varón. En el grupo de adultos mujeres 12 (8.4%) y 3 varones (11%) se desplazan caminando. En adultos mayores mujeres 9 de cada 24 (37.5%) y 1 varón usa otros medios.

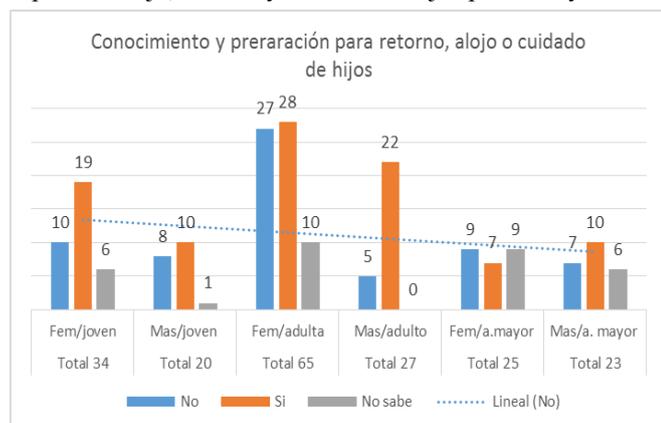
Se observa que el uso de celular es mayor el sexo masculino en adultos y adultos mayores, y no hay mucha diferencia en jóvenes de ambos sexos. Estos resultados muestran la importancia de la telefonía móvil para facilitar los procesos de emergencias y solicitar atención inmediata, lo que beneficia de gran manera a quienes disponen y saben utilizar este medio.

Gráfico 4. Formas de subvención para el traslado por edad y sexo

En el gráfico 4, se observa que del total de 34 mujeres jóvenes 21 (61.7%) y 10 de 19 varones (52.6%) tienen ahorros para el traslado, en adultas 23 de las 65 (35.3%) y 22 de los 27 varones (81.4%) utilizan sus ahorros para el mencionado fin. En mayores, 5 de las 25 mujeres (20%) y 3 de 23 (13%) varones usan sus ahorros.

En jóvenes mujeres 14 (41%) y 9 varones (47.3%) venden algún bien o se prestan dinero. En adultas 39 (60%) y 4 varones adultos (14.8%) recurre a otras fuentes. En adultas mayores 15 (60%) y 15 varones (65.2%) venden o se prestan para cancelar el traslado.

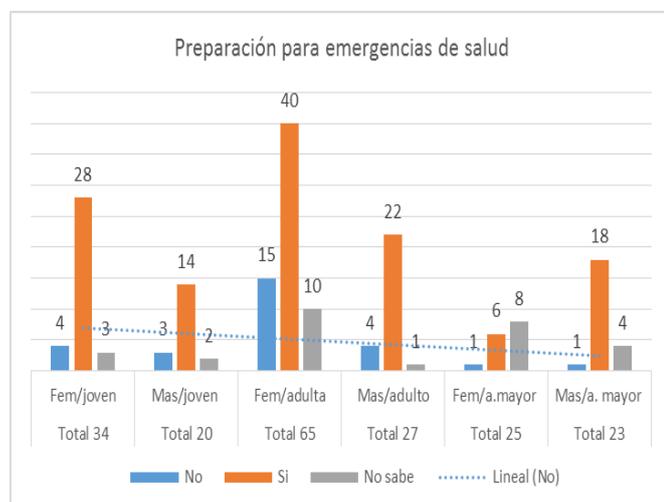
Siendo por tanto el grupo de adultos mayores que recurren a préstamo o venta de bienes, entre los que se destaca el ganado pues se entiende que no disponen ya de ingresos propios a diferencia de los varones adultos que son los que disponen de ahorros para los gastos de salud.

Gráfico 5. Conocimiento y preparación de los pacientes para su alojamiento, retorno y cuidado de hijos por edad y sexo

En el gráfico 5. 10 mujeres jóvenes (29.4%) y 8 varones (40%) no están para el retorno, alojamiento o cuidado de hijos. 19 de las mujeres (55.8%) y 10 varones (50%) sí tienen previsto qué hacer. Las que no saben qué hacer son 6 mujeres (17.6%) y 1 varón (5%).

En el caso de adultos 27 mujeres (41.5) y 5 varones (18.5%) no saben qué hacer en caso de traslado a otro hospital, ni cómo regresar, alojarse o con quien dejar a sus hijos u otros. En el caso de las mujeres 28 (43%) y 22 varones (81.4%) si saben cómo obrar en tal caso. No saben de este grupo sólo 10 mujeres (15.3%) a diferencia de los varones pues ninguno desconocen este grupo cómo proceder.

En caso de mayores 9 mujeres (36%), y 7 varones (30.4%) no sabe qué hacer. En cuanto a los que saben qué hacer son 7 mujeres (28%) y 10 varones (43.4%). No responden en este grupo 9 mujeres (36%) y 6 varones (26%). Como se observa se podría decir que el grupo de adultas está vulnerable a no aceptar la referencia debido a que tiene menos preparación, pues el tema de retorno, alojamiento y cuidado de los hijos está a su cargo en este tipo de comunidades.

Gráfico 6. Preparación para emergencia de salud por edad y sexo

En este gráfico 6. Se ve que en la edad joven 4 de 34 mujeres (11.7%) y 3 varones (15%) no están preparados para una emergencia de salud, en este mismo grupo, 28 (82.3%) de las mujeres, y 14 (70%) indican que sí y no saben 3 de las mujeres (8.8%) y 2 varones (10%).

En la edad adulta 15 mujeres jóvenes (23%) y 4 varones (14.8%) no están preparados, y 40 mujeres (61.5%) y 22 varones (81.4%) No saben 10 de las mujeres (15.3%) y 1 varón (3.7%).

En los adultos mayores y mujer (4%) no están preparados y un varón (4.3%); en cambio 6 mujeres (24%) y 18 varones (78.2%) están preparados. Y no saben o no responden 8 mujeres (32%) y 4 varones (17.3%) desconoce qué hacer en tales circunstancias.

En cuanto a edad, se puede ver que están más preparados los jóvenes, y en cuanto a sexo, de estos más las mujeres, pero en el caso de los adultos son los varones.

Aquellos que no están preparados sobre todo se deben por falta de recursos y no saben qué haría en tal circunstancia. Las actitudes de los encuestados también muestran no saber qué hacer en tal caso, pues se evidencia que las situaciones de salud no son planificadas por las familias.

Discusión

Los resultados sobre medios de comunicación muestran la importancia del celular para facilitar los procesos de emergencias lo que beneficia de gran manera a quienes disponen y saben utilizar este medio como son las personas del sexo masculino y en el caso de los jóvenes de ambos sexos el uso del celular es masivo. Aspecto importante ya destacado en otros estudios (6).

El transporte por ambulancia no es masivo, es más frecuente en caso del sexo masculino de edad adulta pues dispone de ahorros para estos gastos. En el caso de las mujeres por razones el pago es costado con préstamos familiares, tal vez por no poseer ingresos de fuente directa. Los adultos mayores dispondrían del dinero proveniente de la venta de bienes como es el caso del ganado.

Sobre el conocimiento y preparación para emergencias, retorno, alojamiento y cuidado de hijos están más preparados los varones y jóvenes. En las mujeres son otros los factores como la falta de recursos los que afectan en el cuidado de la salud en estos grupos pues no disponen de ingresos propios. Los varones tienen más posibilidades tal vez porque ellos conocen como retornar ya que hay alta migración y asimismo porque la esposa puede hacerse cargo de los hijos y esto determina en alguna medida su seguridad y tranquilidad al momento de atender su salud, resultados relacionados con los encontrados en estudios anteriores (7,8).

En general se podría decir que sí hay preparación para situaciones de emergencia, pero son otros los factores como la falta de recursos los que afectan en el cuidado de la salud en estos grupos y se podría decir que el grupo de adultas está vulnerable a no aceptar la referencia debido a que tiene menos preparación, pues el tema de retorno, alojamiento y cuidado de los hijos está a su cargo en este tipo de comunidades. Estos resultados muestran una relación con otros estudios nacionales (8) donde se indica que la cobertura de los servicios de salud muestra deficiencias sobre todo en el área rural, donde solo accede el 39.1% de la población. Las principales variables que explican esta situación se encuentra el analfabetismo de las mujeres, seguida de aspectos económicos, pobreza, ruralidad y factores culturales que dan lugar a la discriminación y exclusión. Por ello los proyectos de salud tienen que considerar aspectos críticos culturales, sociales y de organización para tener un efecto importante sobre determinadas poblaciones meta. (9,10).

Conclusiones

Los pobladores adultos de sexo masculino del Municipio de Alcalá tienen mayores conocimientos y prácticas sobre el sistema de referencia y contrareferencia para la solución del problema de salud en relación a las de sexo femenino, pudiendo deberse no sólo a los componentes que reviste el patriarcado sino a que los afiliados que asisten a las reuniones informativas son los jefes de familia.

Es posible afirmar que los pobladores jóvenes de sexo masculino en relación a los adultos del mismo sexo de este Municipio no tienen mayores conocimientos y prácticas sobre el sistema de referencia y contrareferencia para la solución del problema de salud, lo que muestra que las diferencias generacionales no son importantes.

En cuanto a las prácticas para comunicarse para su traslado, el uso de celular es mayor en el sexo masculino sin gran diferencia en jóvenes de ambos sexos, mostrando la importancia de la telefonía móvil para facilitar la solicitud de atención inmediata que beneficia a quienes disponen y utilizan este medio.

Las prácticas sobre transporte y subvención del traslado en ambulancia no son las esperadas, pues aunque el sexo masculino dispone de ahorros para los gastos de salud, el grupo de mayores acude préstamos o venta de bienes.

Las dificultades de las referencias y contrareferencias el costo del transporte, la baja previsión de recursos, falta de preparación para emergencias y para la contrareferencia para la incertidumbre de su traslado a otro Municipio o la ciudad de Sucre.

Sobre el conocimiento y preparación para emergencias, el retorno, el alojamiento los varones y jóvenes están más preparados, en relación a las mujeres se subraya que no sólo tienen menores conocimientos sino que sus prácticas son más limitadas en accesibilidad debido a la falta de recursos y cuidado de los hijos, lo que muestra la necesidad de que el sistema de referencia y contrareferencia ana-

lice a futuro mecanismos que garanticen la tenencia de los hijos mientras las madres se desplazan hacia centros de salud de mayor nivel que permita una mejor asistencia sanitaria.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Deportes. Documentos Técnico Normativos No. 289. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. Print Artes Gráficas La Paz: Bolivia, 2013.
2. Encuesta Nacional de Demografía y salud. Encuesta Nacional de Juventudes. Disponible en URL: <http://es.scribd.com/doc/22108642/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA>. Consultado en: 10 nov, 2013.
3. ENDSA. Encuesta Nacional de Demografía y salud. Encuesta Nacional de Juventudes. Disponible en URL: <http://es.scribd.com/doc/22108642/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA-2008>. Consultado en: 3 dic, 2013.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de demografía y salud 2008: informe preliminar. La Paz: Bolivia. 2008.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Norma de Referencia y Retorno. La Paz: Bolivia. 2008.
6. OPS y salud. Disponible en: http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_bpform&view=show&fid=17&lang=es. Consultado en: 3 dic, 2013
7. Lebrou M. Análisis de los factores explicativos de la mortalidad materna en Bolivia, Disponible en: [http://www.sns.gob.bo/documentos/investigacion/DETERMINANTES%20MORTALIDAD%20MATERNA%20\(pdf%20final\).pdf](http://www.sns.gob.bo/documentos/investigacion/DETERMINANTES%20MORTALIDAD%20MATERNA%20(pdf%20final).pdf). Consultado en: 14 dic, 2013.
8. Lanza M. Bolivia: Perfil de género. La Paz: Bolivia. JICA; 2006.
9. UNESCO. Educación para adultos, medio ambiente salud y población. Hamburgo; 1998.
10. FAO. La mujer rural y los objetivos de desarrollo del milenio. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/015/an479s/an479s.pdf> Consultado en: 10 nov, 2013.

Cite este artículo como: Zegada P, Ramirez I, Montesinos A. Análisis de los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia de jóvenes y adultos de ambos sexos. Municipio de Alcalá - Bolivia. Ad Astra. 2014; 5 (2): 34-40.