

Marco Normativo para la Protección de la asistencia en Salud Honduras, CA

Abogada Laura Mejía Aguilar
Secretaría de Salud



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
WHO REGIONAL OFFICE
of the Americas



Cruz Roja
Noruega



Cruz Roja
Colombiana



CICR

Sistema Nacional de Salud (SNS) Honduras

- Honduras es un Estado de derecho, democrático, independiente y soberano.
- Esta constituida como República y asegura a sus habitantes el goce de la justicia, libertad, cultura y el bienestar económico y social.
- Reconoce en su Constitución, el derecho a la **protección de la salud** y el deber de toda la población de participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.



Sistema Nacional de Salud, Honduras

- Instituciones, normas, procedimientos y funciones.
- Permiten al Estado garantizar el **derecho fundamental a la salud**, a través de:

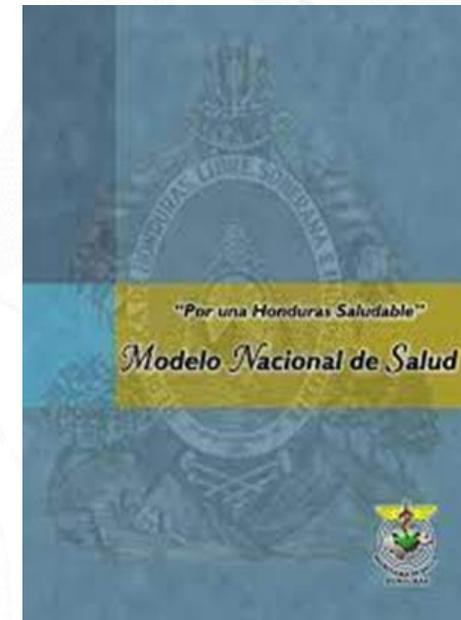
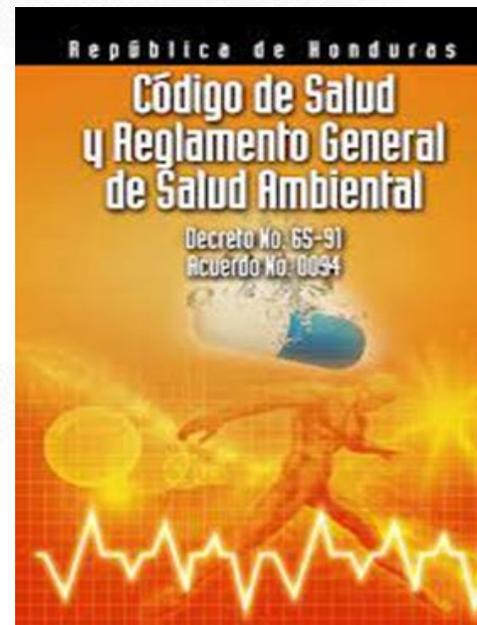
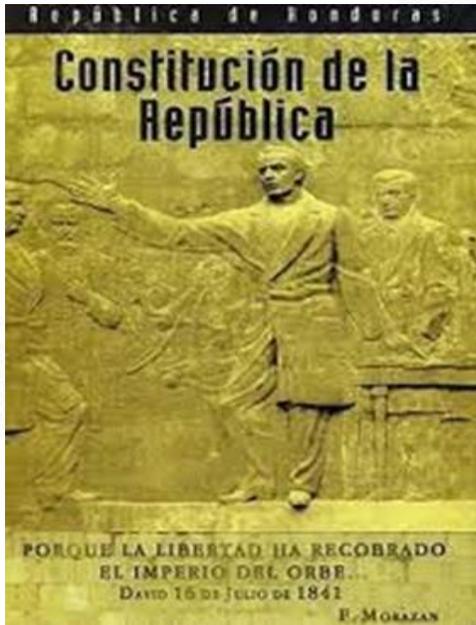
Regulación, financiación, planificación

Infraestructura, prestación de servicios, estrategias

Protocolos de atención, suministros y recursos humanos.



Marco Legal del Sistema Nacional de Salud de Honduras



Clasificación de los Establecimientos de Salud según su tipificación

2do Nivel

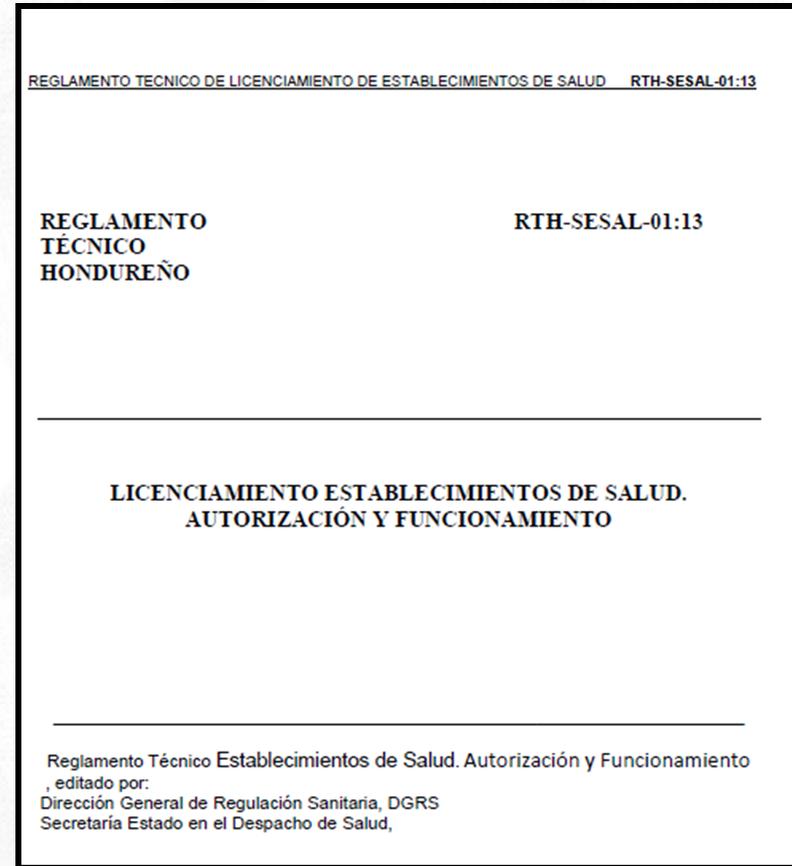
Hospital Básico, General
Especialidades e Instituto

1er Nivel

Policlínico

Centro Integral de
Salud
(CIS)

Unidad de Atención
Primaria de Salud
(UAPS)



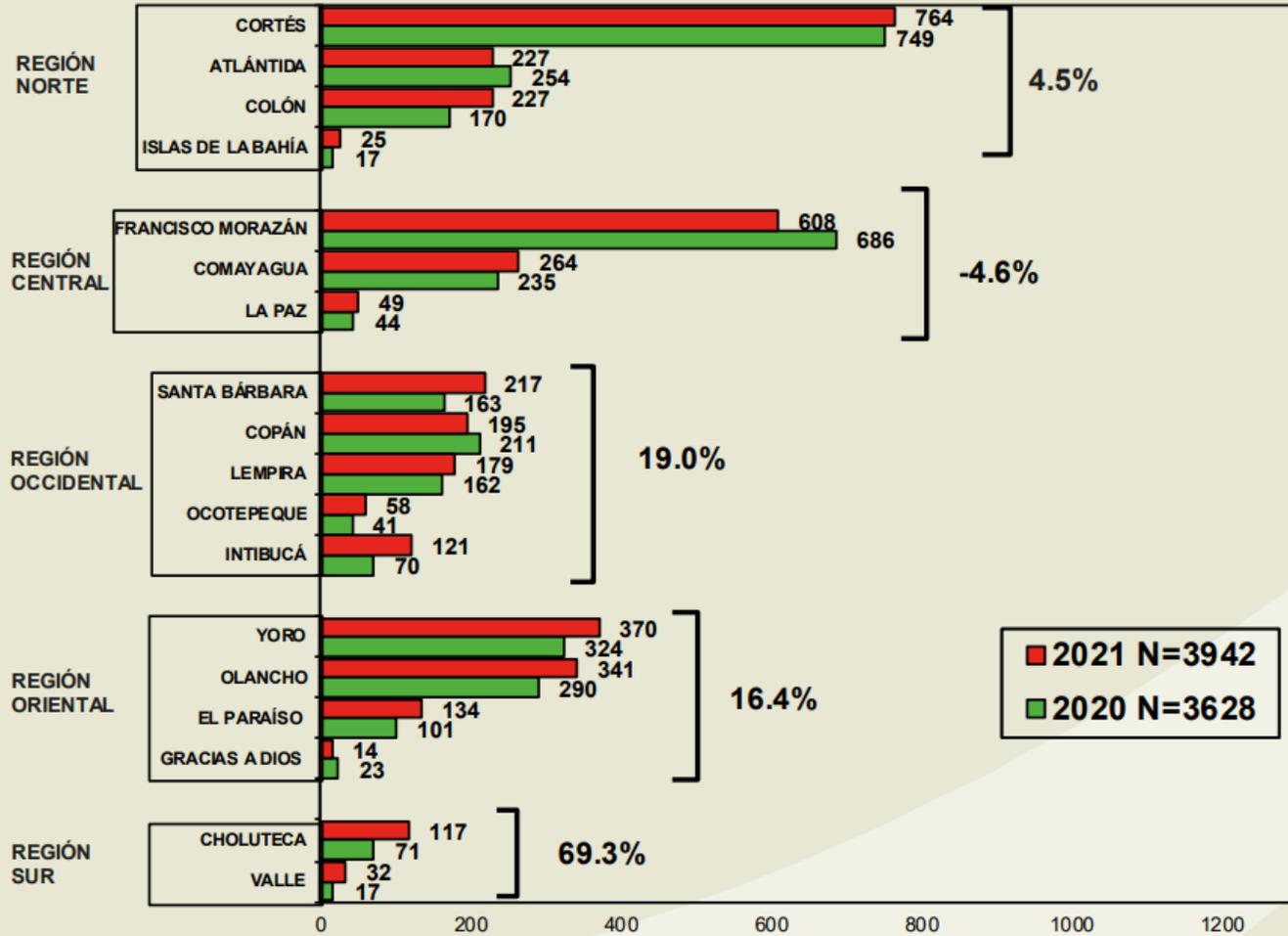
Aspectos Generales de la situación de riesgo en Honduras

1. Tipos de violencia Social
2. Respuesta al **problema de violencia social**
3. Protección a los servidores de salud



MUERTES POR HOMICIDIO SEGÚN REGIÓN DE OCURRENCIA EN NÚMERO DE CASOS

COMPARATIVO ENERO - DICIEMBRE 2020 - 2021



Fuente: Observatorio Nacional de la Violencia-UNAH - Honduras con datos de Policía Nacional/ Dirección General de Medicina Forense / Registro Nacional de las Personas



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud



Cruz Roja Noruega



Cruz Roja Colombiana



CICR

Personal de salud



Manifestaciones de violencia



Incidentes violentos a los servicios de salud



LN10:2017 Rev.01.2020



Medidas de seguridad

Medidas de apoyo

Cuidado ante la
violencia social



Lineamientos de Protección para los prestadores de servicios de salud

Objeto: Proporcionar indicaciones de tipo gerencial y administrativo, así como instrumentos para **evaluar y reducir el riesgo** de que el personal de salud sea violentado, durante la prestación de sus servicios.



Cuatro pasos fundamentales

Reconocimiento de la violencia

Evaluación de los riesgos

Medidas de protección

Inspección

Comité de protección a los servicios de salud



Tabla 1: Clasificación del nivel de seguridad según la condición de amenaza en el área geográfica de influencia de un establecimiento de salud.

CLASIFICACIÓN DE SEGURIDAD SEGÚN LAS AMENAZAS	NIVEL DE AMENAZA	RECOMENDACIONES
ZONA BLANCA	Ninguna	Actividades se pueden realizar sin restricción.
ZONA VERDE	Leve	Actividades se pueden realizar con restricción mínima, siempre y cuando se implementen las medidas que reduzcan los factores de riesgo priorizados en la evaluación.
ZONA AMARILLA	Moderado	Actividades se pueden realizar siempre y cuando se cumplan estrictamente todas las medidas de protección.
ZONA ROJA	Alto	Intervención por parte de la autoridad regional y central para la toma de decisiones conjuntamente con el equipo local sobre la continuidad de las actividades y la protección del personal.

PUNTAJE	NIVEL DE RIESGO
28-50	Aceptable
51-75	No aceptable
76-100	Inminente



Instrumento reporte de incidente

Anexo 1



REPORTE DE INCIDENTES DE VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Reporte No. _____ - _____ - _____

I. DATOS GENERALES

Departamento / Región de Salud: _____ Región No. _____

Municipio: _____

Establecimiento de Salud: _____

Red a la que pertenece _____

Nombre completo del Director del Establecimiento: _____

Tipo de Establecimiento:

UAPS CIS Policlínico Hospital: Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4

Fecha de elaboración del reporte: _____ de _____ de _____

II. DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE REALIZA EL REPORTE

Nombre completo: _____

Número de Identidad: _____

Tipo de empleado:

Empleado en periodo de prueba Empleado regular

Empleado interino Empleado de emergencia

Contratista de servicios profesionales, técnicos o de apoyo

Puesto nominal de trabajo: _____

Puesto funcional: _____

Profesión: _____ Teléfono: _____

III. DATOS DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA AGREDIDA

Nombre completo: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Identidad: _____ - _____ - _____

Tipo de empleado:

Empleado en periodo de prueba Empleado regular

Empleado interino Empleado de emergencia

Contratista de servicios profesionales, técnicos o de apoyo

Puesto nominal de trabajo: _____ Puesto funcional de trabajo _____

Profesión: _____ Teléfono: _____



Anexo 2



INSTRUCTIVO DE REPORTE

Este formato debe ser llenado por la persona que ha sufrido un incidente de violencia en el cumplimiento de sus funciones en un establecimiento de salud, en conjunto con el Director del establecimiento, cuando sea posible, u otra persona que labore en el mismo establecimiento.

Para mayor comprensión, use los términos que los presentes Lineamientos establecen. Debe procurarse que el procedimiento de llenado de este reporte mantenga la confidencialidad de la información.

Para enumerar e identificar los incidentes, a cada hoja se le asigna un código que corresponde al Número de Incidente. Se llena de la siguiente manera:

- Primera cifra: numeración correlativa del 01 en adelante. Este corresponde al número del incidente.
- Segunda cifra: se llena con el número del código RUPS asignado al establecimiento respectivo.
- Tercera cifra: se llena con el número del año en que se produjo el incidente.

I. DATOS GENERALES

- Departamento / Región de Salud: Escriba el nombre completo de la Región.
- Región No.
- Municipio.
- Establecimiento de Salud: Escriba el nombre oficial del establecimiento, si lo tiene, en lugar del nombre del municipio o colonia en que se encuentra localizado.
- Red a la que pertenece: si el establecimiento es parte de una red integrada.
- Nombre del Director del Establecimiento: Escriba el nombre completo del Director o Director Interino si corresponde.
- Tipo de establecimiento.
- Fecha: día, mes y año en que se llena el presente reporte.

II. DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE REALIZA EL REGISTRO

- Nombre completo: escriba los nombres y apellidos del personal de salud que brinda la información del incidente.
- Tipo de personal
 - Empleado en periodo de prueba
 - Empleado regular
 - Empleado interino Empleado de emergencia
 - Empleado de confianza
 - Contratista de servicios profesionales, técnicos o de apoyo.
- Puesto nominal de trabajo: es el puesto con el que aparece en el contrato de trabajo.
- Profesión: Escriba el nombre del grado académico mayor que ha alcanzado en el sistema de educación del país.

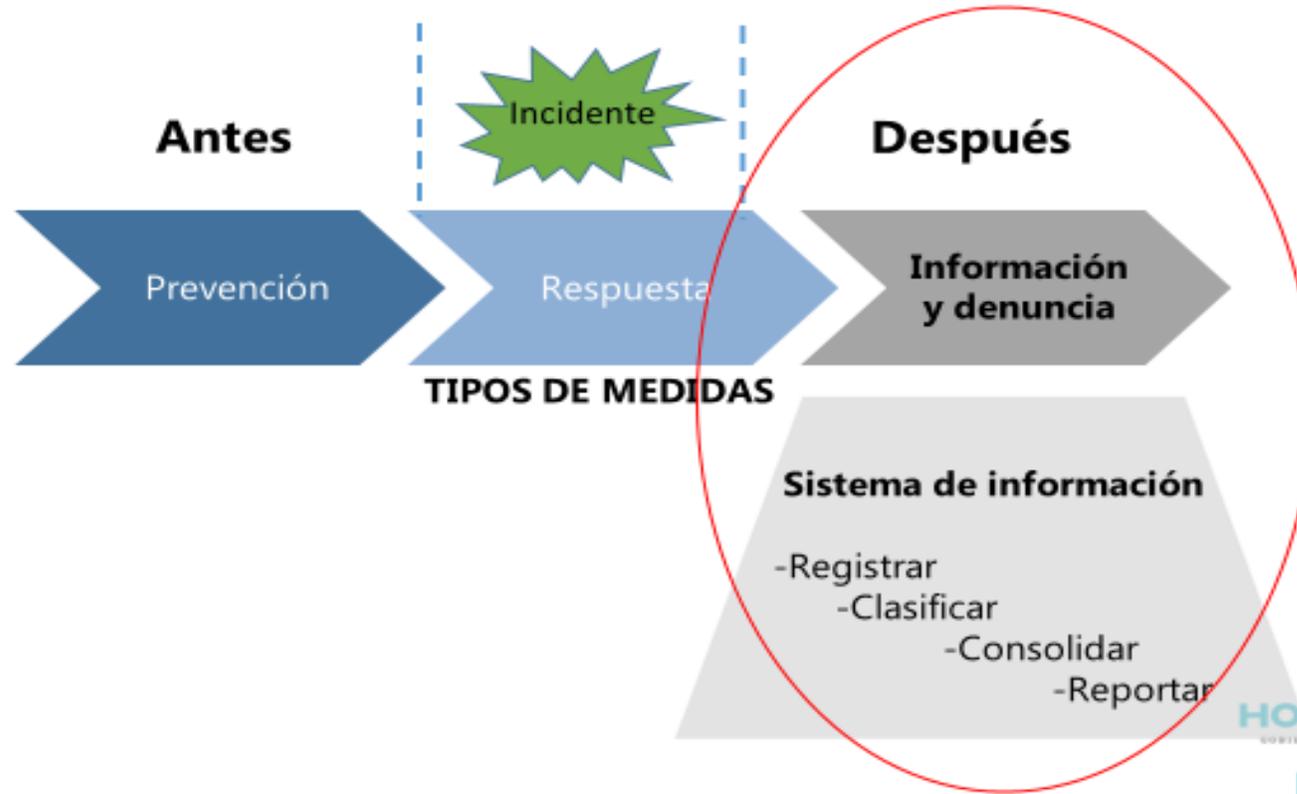
III. DATOS DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA AGREDIDA

- Nombre completo: Escriba el nombre y apellido completo de la persona que reporta haber sufrido un incidente de violencia en el cumplimiento de sus funciones en los servicios de salud.
- Edad: número de años desde la fecha de nacimiento.
- Identidad
- Puesto de trabajo: Puede clasificarse de la siguiente manera:

Empleado en periodo de prueba	Empleado regular
Empleado interino Empleado de emergencia	Empleado de confianza
Contratista de servicios profesionales, técnicos o de apoyo.	
- Profesión: Escriba el nombre del grado académico mayor que ha alcanzado en el sistema de educación del país.
- Teléfono:



Medidas de información y denuncia



Retos

Voluntad política

Fortalecer el rol rector

Extensión en toda la Red de Servicios

Empoderamiento de instituciones



II Seminario

Consecuencias humanitarias de la falta de respeto y protección a los servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

