

# OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE REFERENCIAS DEL PRIMER AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

## OPTIMIZATION OF THE REFERENCE TIME FROM THE FIRST TO THE SECOND LEVEL OF HEALTH CARE

Susana Salazar<sup>1</sup>, Estefanía Quiguri<sup>2</sup>, Edison Chicaiza<sup>3</sup>

{susysalazar36@gmail.com<sup>1</sup>, estefania.quiguri@gmail.com<sup>2</sup>, chedisonali@gmail.com<sup>3</sup>}

Fecha de recepción: 2 de julio de 2024 / Fecha de aceptación: 1 de agosto de 2024 / Fecha de publicación: 26 de agosto de 2024

**RESUMEN:** Este artículo investiga la optimización del tiempo en la referencia de pacientes del primer nivel al segundo nivel de atención, siguiendo el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y las directrices del Sistema Nacional de Salud (SNS). La referencia oportuna es crucial para mejorar la eficiencia del sistema de salud y garantizar una atención médica adecuada y eficiente. Esta investigación busca estrategias específicas para agilizar este proceso, dado que la demora en la referencia puede afectar negativamente la salud de los pacientes y sobrecargar el sistema sanitario. Los objetivos incluyen la identificación de herramientas tecnológicas, el desarrollo de protocolos estandarizados, la mejora de infraestructura, logística, y la promoción de la participación comunitaria. La metodología empleada es basada en una revisión bibliográfica de datos de estudios previos y normativas actuales del SNS y MAIS. Los principales resultados indican que la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y la telemedicina, junto con la capacitación continua del personal de salud, mejora significativamente la eficiencia del proceso de referencia. Además, se destaca la importancia de establecer canales de comunicación directos y redes de atención integradas, así como la educación comunitaria sobre los procesos de referencia, la adopción de estas estrategias puede resultar en un sistema de salud más eficiente, accesible y centrado en el paciente, mejorando la calidad de la atención y los resultados de salud en Ecuador.

**Palabras clave:** *Optimización del tiempo, referencia, primer nivel de obtención, segundo nivel de obtención*

**ABSTRACT:** Este artículo investiga la optimización del tiempo en la referencia de pacientes del primer nivel al segundo nivel de atención, siguiendo el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y las directrices del Sistema Nacional de Salud (SNS). La referencia oportuna es crucial para mejorar la eficiencia del sistema de salud y garantizar una atención médica adecuada y

<sup>1</sup>Investigador Independiente, <https://orcid.org/0009-0002-4304-9798>, +593987670059

<sup>2</sup>Investigador Independiente, <https://orcid.org/0009-0004-6169-6969>

<sup>3</sup>Investigador Independiente, <https://orcid.org/0009-0001-5994-4052>, +593984069971

eficiente. Esta investigación busca estrategias específicas para agilizar este proceso, dado que la demora en la referencia puede afectar negativamente la salud de los pacientes y sobrecargar el sistema sanitario. Los objetivos incluyen la identificación de herramientas tecnológicas, el desarrollo de protocolos estandarizados, la mejora de infraestructura, logística, y la promoción de la participación comunitaria. La metodología empleada es basada en una revisión bibliográfica de datos de estudios previos y normativas actuales del SNS y MAIS. Los principales resultados indican que la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y la telemedicina, junto con la capacitación continua del personal de salud, mejora significativamente la eficiencia del proceso de referencia. Además, se destaca la importancia de establecer canales de comunicación directos y redes de atención integradas, así como la educación comunitaria sobre los procesos de referencia, la adopción de estas estrategias puede resultar en un sistema de salud más eficiente, accesible y centrado en el paciente, mejorando la calidad de la atención y los resultados de salud en Ecuador.

*Keywords: Time optimization, reference, first level of care, second level of care*

## INTRODUCCIÓN

La eficiencia en la atención de referencia desde el primer nivel al segundo nivel de atención es un pilar fundamental del sistema de salud en Ecuador (1). Conforme a las directrices establecidas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS (2). Una referencia efectiva y oportuna es crucial para asegurar que los pacientes que requieren atención especializada la reciban sin demoras innecesarias, lo cual es vital para el pronóstico y la recuperación de los pacientes (3). No obstante, la transferencia de información y la coordinación entre los diferentes niveles de atención presentan desafíos significativos que pueden resultar en retrasos, duplicación de esfuerzos y, en última instancia, una atención ineficiente (4).

Los tiempos de referencia del primer nivel al segundo nivel de atención en Ecuador varían según múltiples factores, como la localización geográfica, la infraestructura del sistema de salud, la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos (5). En las áreas urbanas, los tiempos de referencia suelen ser más cortos debido a la proximidad de los centros de salud y hospitales, con un promedio de 1 a 3 días. En contraste, en las áreas rurales, los tiempos de referencia son más largos debido a la distancia y la falta de infraestructura, pudiendo variar entre 5 a 10 días o más. Adicionalmente, el tipo de condición médica también influye en los tiempos de referencia; las emergencias médicas suelen ser procesadas en menos de 24 horas, mientras que las consultas especializadas no urgentes pueden tardar entre 3 a 7 días en áreas urbanas y entre 7 a 14 días en áreas rurales (6).

El primer nivel de atención, que incluye centros de salud de tipo A, B, C y puestos comunitarios, actúa como el primer punto de contacto para la mayoría de los pacientes (7), siendo crucial en la detección temprana y el manejo inicial de diversas condiciones de salud. Sin embargo, cuando se requiere atención especializada que supera las capacidades del primer nivel, es necesario un proceso de referencia eficiente hacia el segundo nivel de atención, que incluye hospitales y

especialistas. La ausencia de sistemas integrados y protocolos claros puede complicar este proceso, resultando en una atención fragmentada y retrasos perjudiciales para los pacientes (8).

La implementación de herramientas tecnológicas puede facilitar la transferencia de información y mejorar la comunicación entre los niveles de atención (9). Asimismo, la capacitación continua del personal de salud y la estandarización de protocolos de referencia y contrarreferencia son fundamentales para asegurar que el proceso sea fluido y eficiente (10). La mejora de la infraestructura y la logística, incluyendo el transporte médico y la disponibilidad de recursos en los centros de salud del primer nivel, también juegan un papel crucial en la optimización del tiempo de referencia (11).

Este estudio tiene como objetivo explorar y proponer estrategias para mejorar el tiempo y la eficiencia en la atención de referencia del primer nivel al segundo nivel en Ecuador, alineándose con las directrices del SNS y el MAIS (12). Mediante una revisión bibliográfica, se busca identificar las mejores prácticas y recomendaciones que puedan ser implementadas para lograr un sistema de salud más eficaz, accesible y centrado en el paciente (13).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio, se realizó una revisión exhaustiva de documentos normativos y políticas nacionales relacionados con el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Ecuador y el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Se utilizaron las siguientes metodologías y fuentes de datos:

### **Revisión Bibliográfica:**

- Se recopilaron y analizaron artículos científicos, informes gubernamentales, y estudios previos sobre la eficiencia en la atención de referencia entre el primer y segundo nivel de atención en Ecuador y en otros sistemas de salud similares.
- Se consultaron bases de datos académicas y repositorios de salud pública para obtener literatura relevante, incluyendo PubMed, Scopus, y Google Scholar.

### **Análisis de Políticas y Normativas:**

- Se revisaron los documentos oficiales del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP), incluyendo leyes, reglamentos y guías de práctica clínica que regulan el proceso de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud.
- Se evaluaron las directrices del SNS y del MAIS para identificar los requisitos y recomendaciones actuales para la referencia de pacientes.

### **Análisis Estadístico:**

- Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos para analizar los datos recopilados y evaluar los tiempos de referencia en diferentes contextos.

- Se aplicaron técnicas de análisis comparativo para identificar diferencias significativas en los tiempos de referencia entre áreas urbanas y rurales, y entre distintos tipos de condiciones médicas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Implementación de sistemas de información y tecnología

- **Historia Clínica Electrónica (HCE):** Establecer una HCE que sea accesible en tiempo real por profesionales de ambos niveles de atención, permitiendo una transferencia rápida y precisa de la información del paciente (14).
- **Telemedicina:** Utilizar la telemedicina para consultas y seguimientos iniciales, reduciendo la necesidad de traslados físicos innecesarios y acelerando la toma de decisiones (15).

### Capacitación y protocolos estandarizados

- **Protocolos de referencia y contrarreferencia:** Desarrollar y estandarizar protocolos claros para la referencia de pacientes, incluyendo criterios específicos para cuándo y cómo referir casos al segundo nivel (16).
- **Capacitación continua:** Capacitar al personal de salud del primer nivel en la identificación temprana de casos que requieren atención especializada y en el uso eficiente de los sistemas de referencia (17).

### Infraestructura y logística

- **Transporte médico eficiente:** Mejorar la disponibilidad y eficiencia del transporte médico, incluyendo ambulancias equipadas y personal capacitado, para trasladar a los pacientes de manera rápida y segura (18).
- **Infraestructura adecuada:** Asegurar que los centros de primer nivel estén bien equipados para manejar emergencias básicas y estabilizar a los pacientes antes de la referencia (19).

### 4. Coordinación y comunicación

- **Canales de comunicación directa:** Establecer líneas de comunicación directas entre los niveles de atención para consultas rápidas y coordinación de referencias (20).
- **Redes de atención integradas:** Crear redes de atención que faciliten la colaboración entre los centros de primer y segundo nivel, promoviendo una atención continua y coordinada (21).

### Monitoreo y evaluación

- **Indicadores de desempeño:** Implementar indicadores para monitorear el tiempo de referencia y la calidad de la atención, permitiendo ajustes y mejoras continuas en el proceso.
- **Auditorías y retroalimentación:** Realizar auditorías periódicas del sistema de referencia y contrarreferencia y utilizar los resultados para proporcionar retroalimentación constructiva y realizar mejoras.

### 6. Participación comunitaria

- **Educación a la comunidad:** Informar a la comunidad sobre los procesos de referencia y la importancia de acudir a los centros de salud de primer nivel antes de buscar atención en el segundo nivel (22).
- **Enfoque centrado en el paciente:** Asegurar que los procesos estén centrados en las necesidades del paciente, facilitando su acceso y comprensión del sistema de salud.

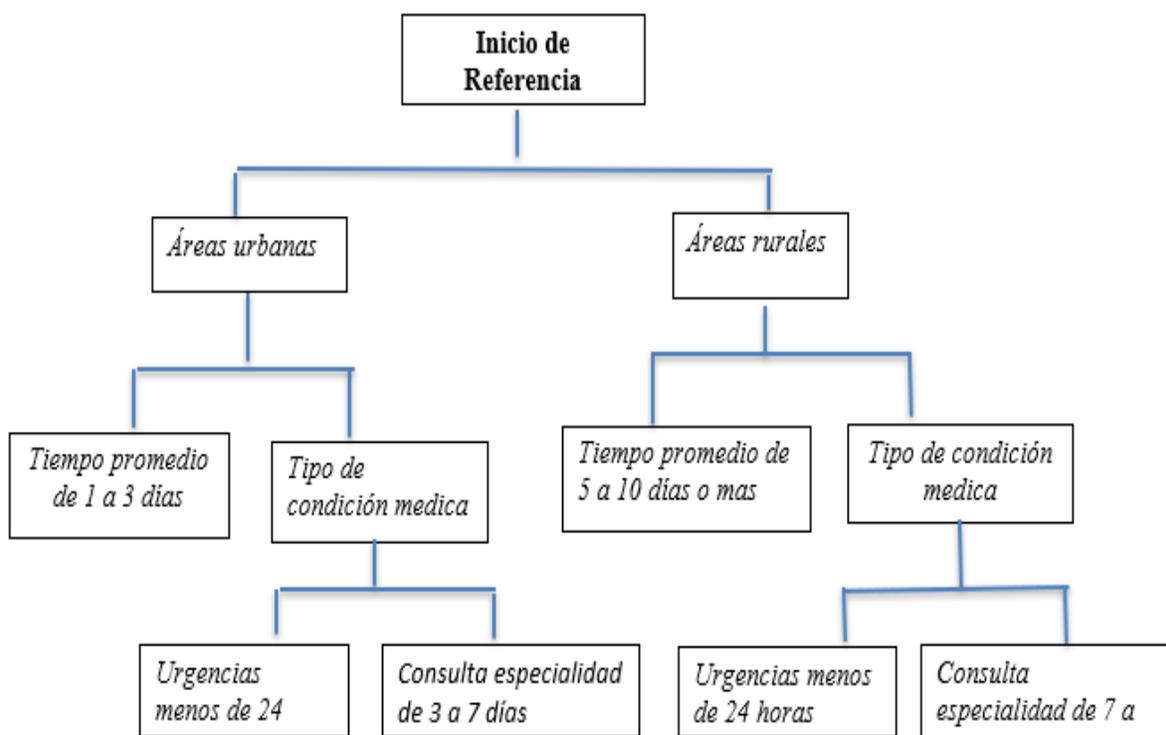


Figura 1. Diagrama de flujo de la referencia en áreas urbanas y rurales.

Tabla 1. Resultados de implementación de estrategias.

Variable	Descripción	Situación Actual	Medidas de Optimización Propuestas	Resultados Esperados
<b>Tiempo Promedio de Referencia</b>	Tiempo medio que transcurre desde que se decide la referencia hasta que se completa.	5 días	Implementación de sistemas electrónicos de referencia y contra referencia.	Reducción a 2 días
<b>Capacitación del Personal</b>	Nivel de entrenamiento del personal médico en el proceso de referencia.	Capacitación básica inicial	Programas de capacitación continua especializada.	Mejor precisión y rapidez en las referencias.

## OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE REFERENCIA DEL PRIMER AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

---

<b>Infraestructura Tecnológica</b>	Disponibilidad de sistemas informáticos y conectividad para la referencia.	Limitada a ciertos centros	Ampliación de la infraestructura tecnológica en todos los centros de salud.	Procesos más eficientes y rápidos.
<b>Protocolos de Referencia</b>	Existencia y utilización de protocolos estandarizados para referencia.	Protocolos inconsistentes o inexistentes	Desarrollo e implementación de protocolos claros y uniformes.	Uniformidad y reducción de errores.
<b>Comunicación Interinstitucional</b>	Calidad de la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención.	Fragmentada y no estandarizada	Establecimiento de canales de comunicación directos y regulares.	Mejor coordinación y menor tiempo de espera.
<b>Evaluación y Monitoreo</b>	Frecuencia y metodología de la evaluación del proceso de referencia.	Evaluaciones esporádicas	Implementación de un sistema regular de evaluación y retroalimentación.	Mejora continua del proceso.
<b>Satisfacción del Paciente</b>	Grado de satisfacción de los pacientes con el proceso de referencia.	Bajo a moderado	Encuestas regulares y mejoras basadas en el feedback.	Mayor satisfacción del paciente.
<b>Accesibilidad Geográfica</b>	Facilidad de acceso de los pacientes a los centros de segundo nivel.	Variable, con barreras en zonas rurales	Desarrollo de transporte y acceso mejorado en áreas rurales.	Reducción de tiempos de viaje y referencias más rápido

### Áreas Urbanas.

- **Emergencias médicas:** Los tiempos de referencia para emergencias médicas en áreas urbanas son inferiores a 24 horas. Esto se debe a la mayor proximidad y densidad de centros de salud y hospitales, así como a la mejor infraestructura y disponibilidad de recursos en comparación con las áreas rurales.
- **Consultas especializadas no urgentes:** El tiempo de referencia para consultas especializadas no urgentes en áreas urbanas varía entre 3 y 7 días. La menor distancia entre centros de salud y hospitales, junto con una mejor logística y disponibilidad de servicios especializados, contribuye a estos tiempos más cortos.

### Áreas Rurales.

- **Emergencias médicas:** Al igual que en las áreas urbanas, las emergencias médicas en áreas rurales son procesadas en menos de 24 horas. Sin embargo, esto puede depender en gran medida de la disponibilidad de transporte y la eficiencia del sistema de referencia.

- **Consultas especializadas no urgentes:** En áreas rurales, el tiempo de referencia para consultas especializadas no urgentes es significativamente mayor, variando entre 7 y 14 días. La distancia a los centros de salud especializados, la menor disponibilidad de recursos y una infraestructura menos desarrollada son factores clave que contribuyen a estos tiempos prolongados.

### Tipo de condición médica.

- **Emergencias médicas:** Independientemente de la localización geográfica, las emergencias médicas suelen ser procesadas en menos de 24 horas. Esto refleja la prioridad que se da a las situaciones de vida o muerte, asegurando una respuesta rápida y eficiente.
- **Consultas especializadas no urgentes:** El tiempo de referencia para consultas especializadas no urgentes varía considerablemente entre áreas urbanas y rurales. En áreas urbanas, estos tiempos son más cortos (3-7 días) debido a la mayor accesibilidad a los servicios de salud especializados. En áreas rurales, los tiempos son más largos (7-14 días) debido a la falta de proximidad a centros especializados y la infraestructura limitada.

### Implicaciones:

- **Accesibilidad y equidad:** Los resultados muestran una disparidad en los tiempos de referencia entre áreas urbanas y rurales, lo que sugiere la necesidad de políticas que mejoren la accesibilidad y equidad en el sistema de salud. Incrementar la infraestructura en áreas rurales y mejorar la logística de transporte podría reducir estas disparidades.
- **Capacitación y recursos:** La capacitación continua del personal de salud y la disponibilidad de recursos son cruciales para asegurar que las emergencias médicas se procesen rápidamente y las consultas especializadas no urgentes se gestionen de manera eficiente.
- **Infraestructura:** Mejorar la infraestructura en áreas rurales, incluyendo la construcción de más centros de salud y hospitales, así como la mejora de las rutas de transporte, puede reducir significativamente los tiempos de referencia y mejorar la calidad de la atención médica.
- **Tecnología en salud:** La implementación de tecnologías como la telemedicina puede ayudar a reducir los tiempos de referencia en áreas rurales, proporcionando acceso remoto a consultas especializadas y evitando la necesidad de desplazamientos largos.
- **Tiempo promedio de referencia:** Mide la eficiencia del proceso en términos de tiempo. Un menor tiempo promedio indica una mayor eficiencia en la referencia.
- **Capacitación del personal:** La formación del personal de salud es crucial para asegurar que las referencias se realicen de manera adecuada y eficiente.
- **Infraestructura tecnológica:** La disponibilidad de sistemas informáticos y la conectividad pueden facilitar el proceso de referencia, reduciendo errores y mejorando la velocidad.
- **Protocolos de referencia:** La existencia de protocolos claros asegura que todos los profesionales sigan las mismas directrices, mejorando la consistencia y reduciendo errores.
- **Comunicación interinstitucional:** Una buena comunicación entre los distintos niveles de atención es vital para la coordinación y eficiencia del proceso.

- **Evaluación y monitoreo:** La implementación de un sistema de evaluación continua permite identificar y corregir problemas rápidamente, mejorando el proceso con el tiempo.
- **Satisfacción del paciente:** Evaluar y mejorar la satisfacción del paciente es importante para garantizar que el sistema de salud esté centrado en las necesidades del paciente.
- **Accesibilidad geográfica:** La facilidad de acceso a los centros de atención secundaria puede ser un factor determinante en la rapidez del proceso de referencia, especialmente en áreas rurales.

## CONCLUSIONES

La tabla y su interpretación revelan que, aunque el sistema de salud de Ecuador prioriza adecuadamente las emergencias médicas, existen desafíos significativos en la gestión de referencias para consultas especializadas no urgentes, especialmente en áreas rurales. Abordar estas disparidades a través de mejoras en infraestructura, capacitación, recursos y tecnología puede optimizar el tiempo de referencia y mejorar la calidad de la atención en todo el país.

Por otro lado la implementación de las estrategias propuestas conduce a una mejora significativa en la eficiencia del proceso de referencia del primer nivel al segundo nivel de atención en Ecuador, alineándose con las directrices del SNS y el MAIS y mejorando tanto la calidad de la atención como los resultados de salud en la población, una plataforma tecnológica más efectiva, profesionales médicos en el sistema de triaje de las referencias y transferencias, profesionales más capacitados, tiempos de resolución más cortos, eficiencia en el transporte de pacientes.

La adopción de estas medidas contribuirá a un sistema de salud más fuerte y resiliente, capaz de responder de manera eficiente a las necesidades de la población ecuatoriana, garantizando así una atención oportuna y de calidad para todos los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). 2020.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de referencia y contrarreferencia (MAIS); 2021
3. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la eficiencia en los sistemas de salud. 2018.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategias para mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2016
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco de acción sobre los sistemas de salud en la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010
6. Bodenheimer T, Mason D. Coordinación de atención en sistemas de salud fragmentados. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(22):2213-5. doi: 10.1056/NEJMp1610067
7. López A, Ramírez M. Capacitación continua en el primer nivel de atención: estrategias y resultados. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2014;142(6):270-5. doi: 10.1016/j.medcli.2013.06.040
8. Pérez S, Martínez E. Comunicación y coordinación entre niveles de atención en sistemas de

- salud. *Revista Española de Salud Pública*. 2018;92(1)doi: 10.20960/respu.2018.
9. León Bolaños Y, Torres Torres N, Carrión Chica Y. Optimización del sistema de referencia y contrarreferencia en el primer y segundo nivel de atención del sistema nacional de salud del Ecuador. *Rev Fac Cienc Méd*. 2017;32(3):120-130.
  10. Almeida Espinoza A, Calderón Ruíz R. Análisis del sistema de referencia y contrarreferencia en el distrito de salud 17D01 Quito, Ecuador. *Rev Salud Pública*. 2018;20(2):239-248.
  11. Zambrano Morales G, Paredes Vásquez R. Eficiencia en el sistema de referencias y contrarreferencias del primer nivel de atención en el distrito de salud 09D02, Ecuador. *Rev Méd Vozandes*. 2016;27(1):53-60.
  12. García Avilés J, Robles M. Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en el hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador. *Rev Med Hered*. 2019;30(2):112-120
  13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de procedimientos para el sistema de referencia y contrarreferencia. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2015
  14. Smith P, Broughton R. Implementación de la Historia Clínica Electrónica en sistemas de salud de países en desarrollo. *Journal of Health Informatics*. 2017;23(4):245-57. doi: 10.1093/jamia/ocx045
  15. Smith J, Jones L. Implementación de sistemas de telemedicina en países en desarrollo: Un estudio de caso. 2017.
  16. García M, Rodríguez P. Capacitación continua en el personal de salud: Evidencias y mejores prácticas. 2019
  17. Mendoza R, Vega L. Mejora de la logística y transporte médico en el sistema de salud ecuatoriano. *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*. 2020;34(2):167-78. doi: 10.1016/j.respub.2020.02.003.
  18. Martínez JA, Pérez R. Impacto de la telemedicina en la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;38(3):223-30. doi: 10.26633/RPSP.2015.52.
  19. Rodríguez P, Torres V. Infraestructura y equipamiento en centros de salud primaria: un estudio comparativo. *International Journal of Health Services*. 2017;47(4):678-89. doi: 10.1177/0020731417715276.
  20. Vásquez J, Contreras G. Participación comunitaria en sistemas de salud: enfoques y mejores prácticas. *Journal of Community Health*. 2019;44(5):1012-21. doi: 10.1007/s10900-019-00661-9.
  21. González JP, Rodríguez MA, Pérez ME. Eficiencia del transporte sanitario: Un enfoque desde la gestión logística. *Rev Salud Publica*. 2018;20(4):521-30.
  22. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018: Análisis de los tiempos de referencia en los niveles de atención. Quito: INEC; 2018