



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL SISTEMA DE SALUD DE
LA PROVINCIA DE EL ORO

ESQUIVEL TAPIA MAYRA ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL SISTEMA DE SALUD
DE LA PROVINCIA DE EL ORO

ESQUIVEL TAPIA MAYRA ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA
PROVINCIA DE EL ORO

ESQUIVEL TAPIA MAYRA ELIZABETH
MÉDICA

SANTILLAN SAMANIEGO MARIA DEL CARMEN

MACHALA, 01 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA
01 de febrero de 2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE EL ORO, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

Maria del Carmen

SANTILLAN SAMANIEGO MARIA DEL CARMEN

0902882521

TUTOR - ESPECIALISTA 1

Jorge A. García Maldonado

Dr. Jorge A. García Maldonado
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Ces. Prof. MSP Libro 01, Folia 124, No. 123
Reg. INSC/MACH/070-0012-10

GARCIA MALDONADO JORGE ARMANDO

0905102448

ESPECIALISTA 2

AgUILAR GUILLERMO VICTORIANO

AGUILAR GUILLERMO VICTORIANO

0701485138

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: viernes 08 de febrero de 2019 - 14:25

Urkund Analysis Result

Analysed Document: referencia y contrarreferencia.docx (D47126274)
Submitted: 1/22/2019 8:44:00 PM
Submitted By: mesquivel_est@utmachala.edu.ec
Significance: 2 %

Sources included in the report:

Tesis.docx (D12731599)
TESIS..docx (D11282891)
Tesis.docx (D13285393)
TESIS DR. BRAVO URKUND (1).docx (D21769327)
trabajo grupal MAIS .docx (D18957419)

Instances where selected sources appear:

6

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ESQUIVEL TAPIA MAYRA ELIZABETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE EL ORO, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de febrero de 2019


ESQUIVEL TAPIA MAYRA ELIZABETH
0706025475

AGRADECIMIENTO

En este presente trabajo agradezco primeramente a Dios y mi Virgencita de Guadalupe por llenarme de sabiduría e inteligencia durante todo el transcurso de mi vida académica, para lograr llegar hasta donde he llegado y darme cuenta que sin sabiduría y fuerza de voluntad no hubiera logrado cumplir uno de mis sueños que es ser médica de mi amado país Ecuador.

A mis padres Irma Tapia y Víctor Esquivel y mi abuelo Rubén y a mi abuela Guillermina, así como también a mi bisabuela Teodora y tatarabuela Ufemia quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mí apoyo en todo momento, agradezco por toda su paciencia, consejos y fuerza de voluntad que colocaron en mí en aquellos momentos de debilidad brindándome sabios consejos y a mi mascota por estar conmigo.

A mi esposo Jaime quien día a día me lo mostró y demostró y además que siempre estaría a mi lado eternamente sin importar cuan tan duro y largo lo fuera y lo tenga en mi caminar para alcanzar mi meta, sin dudar ni un solo momento en mi capacidad de conseguir mi sueño y ahora ya hecho realidad con tanto esfuerzo y sacrificio a lo largo de mi carrera.

A la Universidad Técnica de Machala solo le agradezco por darme la oportunidad de adquirir conocimientos académicos para ser una profesional más. A mi tutor Dra. María Del Carmen Santillán por su esfuerzo y dedicación y sobre todas las cosas la paciencia que me tuvo en este trabajo realizado, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que pueda terminar mis estudios con éxito y así mismo a mis especialistas que me supieron corregirme cuando más lo necesitaba en mi ardua tarea, hasta llegar a mi meta cumplida.

RESUMEN

Introducción: Las políticas de Salud del Ecuador considerando el Plan Del Buen Vivir (2013- 2017) plantean como objetivo a través del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) dar cumplimiento a los derechos que tiene todo ciudadano a una atención digna, universal, de calidad y continua, es así como el Ministerio de Salud Pública (MSP) crea un Marco normativo que es el Programa de Referencia y Contrareferencia, derivación y atención médica, el mismo que constituye un subsistema dentro del Sistema Nacional de Salud. **Objetivos:** Determinar el funcionamiento del Subsistema de referencia, derivación y Contrareferencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en la provincia de El Oro durante los años 2014 – 2016. **Materiales y métodos:** Se realizó una compilación de artículos con evidencia científica de la base de datos de SCIELO, REDALYC, MANUALES DEL MSP que incluyó artículos, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, y comparativos estadísticos, para la implementación de este artículo, en base a un estudio analítico descriptivo, haciendo uso de método cualitativo durante los últimos 5 años. **Conclusiones:** el Sistema de referencia, derivación y Contra referencia en la provincia de El Oro se puede observar que, de los 163.490 pacientes referidos en el año 2016, 151.876 fueron contra referidos y 11.614 no fueron recibidos en contrareferencia por diferentes motivos; en tanto que, el número de pacientes derivados al algún prestador externo público fue de 112.402, y a prestadores privados de 47.356.

Palabras Claves: Modelo de Atención Integral en Salud, referencia, contra referencia, Derivación, atención médica.

ABSTRACT

Introduction: The health policies of Ecuador, considering the Plan of Good Living (2013-2017), propose as an objective through the Model of Integral Health Care (MAIS) to fulfill the rights that every citizen has to a dignified, universal care. of quality and continuous, this is how the Ministry of Public Health (MSP) creates a normative framework that is the Reference and Counter Referral Program, referral and medical care, which constitutes a subsystem within the National Health System. **Objectives:** To determine the functioning of the reference, referral and counter-reference Subsystem of the Ministry of Public Health of Ecuador in the province of El Oro during the years 2014-2016. **Materials and methods:** A compilation of articles with scientific evidence of the base of data from SCIELO, REDALYC, MANUALES of MSP that included articles, systematic reviews, clinical trials, and statistical comparisons, for the implementation of this article, based on a descriptive analytical study, using a qualitative method during the last 5 years. **Conclusions:** the referral, referral and contra reference system in the province of El Oro can be observed that, of the 163,490 patients referred in 2016, 151,876 were against referrals and 11,614 were not received in counter-referral for different reasons; while, the number of patients referred to a public external provider was 112,402, and to private providers of 47,356.

Key words: Model of Integral Health Care, reference, reference, referral, medical attention.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| TAPA | |
| CUBIERTA | |
| PORTADA | |
| NOTA DE ACEPTACIÓN | |
| URKUND | |
| CESIÓN DE DERECHO | |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| 1.INTRODUCCIÓN | 8 |
| 2.DESARROLLO DEL TEMA | 10 |
| 2.1.Ministerio de Salud Pública del Ecuador | 10 |
| 2.1.1Marco legal de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador..... | 10 |
| 2.1.2Sistema Nacional de Salud en el Ecuador | 11 |
| 2.1.3Modelo de Atención Integral de Salud en el Ecuador | 12 |
| 2.1.4Atención primaria de salud | 13 |
| 2.1.5Segundo nivel de Atención | 13 |
| 2.1.6Tercer Nivel de Atención | 14 |
| 2.1.7Cuarto Nivel de Atención | 14 |
| 3.Sistema de referencia y Contrareferencia en el mundo | 14 |
| 3.1.Sistema de referencia y Contrareferencia en Ecuador | 15 |
| 3.1.1Definiciones relevantes..... | 16 |
| 3.1.2Contrareferencia: | 16 |
| 3.1.3 Derivación: | 16 |
| 3.1.4 Derivación comunitaria: | 16 |
| 3.1.5 Interconsulta: | 17 |
| 3.1.6 Autorreferencia: | 17 |
| 3.1.7 Transferencia:..... | 17 |
| 3.1.8 Unidad Receptora:..... | 17 |
| 3.1.9Características del sistema de referencia y contrarreferencia en Ecuador .. | 17 |
| 3.1.10 Permanente: | 18 |
| 3.1.11 Descentralizado permanente: | 18 |
| 3.1.12 Polivalente: | 18 |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 3.1.13 | Normas y procedimientos para la referencia..... | 18 |
| 3.1.14 | Normas técnicas de la Contrareferencia..... | 20 |
| 3.1.15 | Formulario 053..... | 20 |
| 3.1.16 | Organización del sistema de Salud del Ecuador..... | 21 |
| 4 | Impacto del sistema de referencia y contrareferencia en la provincia de El Oro: Profesionales de la salud laborando en instituciones de salud públicas..... | 24 |
| 4.1 | Establecimientos de salud en la provincia de El Oro | 25 |
| 4.1.1 | Establecimientos de salud en la provincia de El Oro e interacción..... | 26 |
| 5 | CONCLUSIONES..... | 27 |
| 6 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 29 |
| 7 | ANEXOS | 32 |

1.INTRODUCCIÓN

Se reconoce cada vez más que para conservar y mejorar la calidad de salud a nivel mundial, los gobiernos deben crear sistemas de salud sólidos y eficientes, que cuyo objetivo primordial es mejorar la salud. En países desarrollados como Estados Unidos, a pesar de los elevados gastos en salud pública, no es posible observar los beneficios en la salud individual de la población, esto se debe principalmente a los elevados precios y al desperdicio administrativo 2. A nivel internacional se han desarrollado medidas en base a los estándares de acreditación y al desarrollo del talento humano en los establecimientos de salud pública 3.

Con el propósito de hacer más eficientes los sistemas de salud en América Latina, cada vez es más relevante el uso de la tecnología, de esta manera se evita la duplicación de esfuerzos, en definitiva, alcanzar la eficiencia 5. En este sentido, es de mucha importancia el acceso a la información fiable y de calidad, que permita a su vez reducir las cifras de mortalidad 6. Todo esto es posible mediante una adecuada coordinación entre atención primaria y los diferentes niveles de atención establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Por regla general para obtener una mejor calidad de vida de la población, el gobierno del Ecuador implementó el Subsistema de Referencia, contra referencia y Derivación en el año 2013 con el fin de articular entre los diferentes niveles y del mismo nivel de atención a través de la red de servicios Públicos y Privados (RPI's) que permitan el traslado de aquellos pacientes que debido a la capacidad resolutive y nivel de complejidad no pueden ser resueltos su problema de salud, fortaleciendo el continuo de la atención , constituyendo un sistema de información en el cual se sintetice su condición y sea transmitido entre nivel y nivel, de esta manera se cumple con brindar una adecuada atención, al mismo tiempo que se privilegia la eficacia y eficiencia en el proceso, de acuerdo a lo establecido por el Modelo de Atención Integral en Salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS).

Toda la información es obtenida a través del método descriptivo analítico de los manuales y artículos anexados a fin de comprender, que los directivos y equipos de salud de los diferentes centros de salud correspondientes al sector público, deben conocer el comportamiento de parámetros demográficos, epidemiológicos y sociales de

los grupos sociales asignados a las unidades a su cargo, los cuales les permitirán obtener una gestión óptima que se ajuste a las necesidades de la ciudadanía 8.

2.DESARROLLO DEL TEMA

2.1.Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Con el fin de resolver los problemas de salud de la población, el gobierno de la república del Ecuador implementó una red de servicios y procedimientos que permitan el traslado entre el mismo nivel y entre los diferentes niveles de menor a mayor complejidad, de acuerdo a los requerimientos, todo ello acompañado del respectivo sistema de información en el cual se sintetice su condición y sea transmitido entre nivel y nivel, de esta manera se busca contar con una adecuada atención, al mismo tiempo que se privilegia la eficacia y eficiencia en el proceso, razón por la cual se plasmó un modelo de gestión basado en la Atención Primaria de Salud (APS).

En este sentido, los directivos de los establecimientos de salud correspondientes al sector público, deberán conocer el comportamiento de parámetros demográficos, epidemiológicos y sociales de los grupos sociales asignados a las unidades a su cargo, para dar una atención integral apropiada que se enfoca en cubrir todas las necesidades del paciente por completo, además de ello, deberán estar al tanto de los indicadores propios del centro de salud, los cuales les permitirán obtener una gestión óptima para prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades y pro- moviendo la salud de la población 8.

Una herramienta poderosa al momento de localizar los cuellos de botella y los puntos débiles dentro de la empresa son los indicadores clave de rendimiento 9; es por esta razón que primero se realizará un detalle de todas las variables e indicadores existentes en el sistema de salud del Ecuador y la provincia de El Oro.

2.1.1Marco legal de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Los países del mundo miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con

objeto de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, así como su desarrollo humano, firmaron, en el año 2005 el compromiso de conseguir la cobertura sanitaria universal, es decir, que todas las personas cuenten con acceso a los servicios de salud sin riesgo de ruina económica o empobrecimiento 1. En este sentido, el Ecuador ha buscado profundizar hacia un sistema de Atención Primaria de Salud que le permita alcanzar este objetivo, para ello se reformó la constitución en el año 2008.

En el Ecuador, se han venido realizando cambios sustanciales durante estos últimos años, es así que, durante el año 2008 se hicieron una serie de cambios, principalmente en los artículos 32 y 34 de la constitución, la salud dejó de ser vista simplemente como el buen estado físico y mental del ser humano, en la actualidad incluye otras áreas como servicios públicos, alimentación, educación, trabajo, seguridad social, cultura física, los ambientes sanos y todo aquello que garantice o mejore las condiciones y la calidad de vida de las personas, en tanto que, el artículo 34 plantea la irrenunciabilidad a la seguridad social sea para el individuo como para la comunidad 2.

La constitución del Ecuador, en su artículo 360, establece que, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, serán garantizados por el estado por medio del sistema de salud y sus instituciones, teniendo como base la atención primaria de salud, articulando a su vez los diferentes niveles de atención, promoviendo también el uso complementario de las medicinas ancestrales y alternativas.

A fin de responder a las nuevas demandas y necesidades de salud en el Ecuador, ocasionados como consecuencia del cambio en el perfil demográfico y epidemiológico, se ha buscado fortalecer el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), para ello se ha incorporado la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), eje prioritario en el proceso de transformación del sector salud

2.1.2 Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

En el año 2004, el gobierno de la República del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública, plantearon el Manual para la referencia y Contrareferencia de pacientes y usuarios, y la respectiva Norma técnica y administrativa del Subsistema de referencia,

derivación, Contrareferencia, referencia inversa y Transferencia, la misma que ha tenido varias actualizaciones, siendo la última en el año 2014, mediante cada año se ha proyectado como objetivo principal dar cumplimiento a lo que establece la Carta Magna del 2008, el acceso a los servicios de salud de forma sostenible. La base para la estructura del servicio de salud a la ciudadanía tiene como criterios la organización de los servicios del sector público y privado de acuerdo a los patrones determinados por la Autoridad Sanitaria Nacional, fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia de los usuarios, y fortalecer la planificación e intervención intersectorial.

En el Ecuador, el número de establecimientos de salud pública se ha ido incrementando progresivamente en estos últimos años, de 3016 en el año 2000 a 3423 en el año 2016, sin embargo, no todos ellos cuentan con una adecuada interrelación entre ellos, es así que, según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 179 de ellos presentaron interacción adecuada, es decir apenas el 5,22%, mientras que los restantes 3244 no presentaron interacción.

Del total de centros de salud públicos existentes a nivel país, el 4,82% se encuentran en la provincia de El Oro, es decir, un total de 165, de ellos, tan solo 12 de ellos contaron con adecuada interacción, es decir el 3,50%, en tanto que los restantes 153 no presentaron interacción durante el año 2016, hecho que es lamentable debido a la gran inversión en personal que labora en dichas instituciones públicas entre médicos, odontólogos, enfermeras, etc.

2.1.3 Modelo de Atención Integral de Salud en el Ecuador

En el Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud cuenta con la orientación hacia el cumplimiento del Plan del Buen Vivir, es el mecanismo mediante el cual los ciudadanos tienen acceso a atención oportuna, integral y pertinente 19.

Al hablar de atención de calidad en salud no se hace referencia solo a los tiempos de espera y los insumos adecuados para prestar un servicio de calidad, también se habla del tipo de trato que se brinda por parte del personal, así como la capacidad de estos para dar solución a los problemas del usuario de manera oportuna; los eslabones que conforman el proceso de atención son la accesibilidad, calidad del servicio y el sistema de referencia y contrarreferencia 20.

2.1.4 Atención primaria de salud

Después de la Conferencia Mundial del Alma-Ata, en 1978, la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en América Latina ha sido abordado desde diferentes concepciones (24). En el Ecuador, se produjeron una serie de cambios sociales durante la última década, para efecto de ello, fueron realizadas transformaciones profundas en el sector salud, entre ellas destaca el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural 26.

El subsector basado en la comunidad, por su capacidad de mantener a la población en sus hogares o comunidades, se ha convertido en una filosofía de reequilibrio tanto a nivel nacional como internacional, dejando de lado la atención en el hospital o en entornos médicos propiamente dichos 27. Es así como se crean los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

El sistema de Referencia y Contrarreferencia se encuentra dividido en niveles de organización, estos son: niveles de gestión, niveles de atención, Unidades y hospitales móviles de salud, Nivel prehospitalario, Organización del nivel prehospitalario, Primer nivel de atención, Segundo nivel de atención, Tercer nivel de atención y Cuarto nivel de atención.

Para efecto de planificación, en el Ecuador se han tomado en cuenta diferentes criterios, es así que, de acuerdo a la población existente en el lugar, de 2.000 a 10.000 habitantes será necesario un centro de salud tipo A, 10.000 a 50.000 habitantes un centro de salud tipo B, y 25.000 a 50.000 habitantes un centro de salud tipo C Materno Infantil y Emergencia.

Además de ello, se toma en cuenta la Isócrona óptima, la cual no debe ser mayor a 60 minutos para acceder a la atención de salud, y el perfil epidemiológico en relación al número de partos esperados para esa población.

De los 2.216 centros de salud existentes en el Ecuador, tenemos que 1.435 son de primer nivel de atención, clasificados en: 1369 son Centros de Salud, 43 Centros de salud Tipo A, 6 Centros de salud Tipo B y 17 Centros de salud Tipo C.

2.1.5 Segundo nivel de Atención

El escalón de referencia inmediata al Primer Nivel es el Segundo Nivel de Atención, en este nivel se encuentran aquellos establecimientos de carácter ambulatorio

especializado y también los que requieren algún tipo de hospitalización, es decir que se pueden resolver hasta un 95% de los problemas de salud de la población, las modalidades de atención que se brindan en este nivel no se basan exclusivamente en el uso de la cama hospitalaria, aquí se encuentran algunas como la cirugía ambulatoria o aquellos a los que se conoce como hospital del día o centros clínicos quirúrgicos ambulatorios.

En este segundo nivel se encuentran los establecimientos ambulatorios y hospitalarios según como se detalla a continuación:

Ambulatorio: Consultorio de Especialidad (es) Clínico – quirúrgico, Centro de Especialidades y Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)

Hospitalario: Hospital Básico y Hospital General.

2.1.6 Tercer Nivel de Atención.

En este nivel de atención se encuentran establecimientos cuyos servicios son ambulatorios y hospitalarios, tanto de especialidad como especializados, forman parte de la referencia nacional, en estos se da respuesta a problemas de alta complejidad, llegando a hacerse incluso trasplantes; los recursos con los que cuentan son tecnología de punta, además de contar con especialidades y subespecialidades clínico quirúrgicas.

Los establecimientos en este nivel están clasificados en Ambulatorios y Hospitalarios. Los ambulatorios a su vez se clasifican en Centros especializados, en tanto que, los Hospitalarios se clasifican en Hospital Especializado y Hospital de Especialidades.

2.1.7 Cuarto Nivel de Atención

Los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención son aquellos en los que los servicios son especializados, concentran experimentación clínica en salud, la misma que aún no es suficiente como para ser implementada en la población. Su nivel de cobertura es mínimo y máximo su complejidad; Su creación depende de la aprobación de la Autoridad Sanitaria Nacional. Los establecimientos de cuarto nivel de atención corresponden a Centros de experimentación clínica de alta especialidad.

3. Sistema de referencia y Contrareferencia en el mundo

La salud universal en América Latina y el mundo se ha vuelto el centro de las políticas,

esto con el fin de alcanzar su plena satisfacción 14. En los países con mayor desarrollo económico y mayor acceso a la atención primaria en salud, el sistema promueve la equidad entre la población, este resulta ser un modificador de efecto pobreza, estos modelos de salud han organizado sus establecimientos mediante redes, contando como parte principal la integración vertical y horizontal, las funciones de financiación y la rectoría 15.

En los países en vías de desarrollo se mantuvo por décadas el modelo de atención occidental en salud, el mismo que no era contribución para mejorar las condiciones de vida de la población, sin embargo, los planificadores con fin de mejorar las condiciones de desarrollo empezaron a observar experiencias llevadas a cabo en otras naciones, cuyo fundamento estaba relacionado con las necesidades básicas de la población 16.

Parte fundamental de todo sistema es la retroalimentación, proceso mediante el cual la información de salida se convierte nuevamente en entradas, llevando a dicho sistema a alcanzar la estabilidad que a su vez le permitirá seguir operando, todo ello se mantiene gracias a la adecuada provisión de recursos, los cuales le permiten actuar en momentos en los que se presenta una eventualidad; El conocimiento de lo que sucede al interior del sistema es muy importante, este resultará de la experiencia y madurez con la que se cuenta en el sistema 17.

Es así como se crean los Sistema de Referencia y Contrarreferencia, los cuales permiten trasladar un paciente de un centro de salud de origen a otro que cuente con mayor capacidad resolutoria, para que luego este retorne al lugar de procedencia con el problema resuelto, sistema que en la actualidad forma parte de muchos de los sistemas de salud mundial, incluso se realizan en la actualidad pilotos con el fin de llegar a una respuesta inmediata, los cuales mejorarían significativamente los resultados 18

3.1.Sistema de referencia y Contrarreferencia en Ecuador

Las prácticas de salud que se llevan a cabo en la población resultan determinantes, principalmente cuando se trata de precautelar la salud de los grupos vulnerables como son niños, jóvenes y adultos 21. La puesta en práctica de un sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades de salud pública puede dejar como resultado una mejor gestión, evitando repetir acciones en los diferentes niveles 22, dando así respuesta a las necesidades de la población de manera integral 21.

Las normas de referencia y contrareferencia describen la toma de decisiones de manera oportuna a fin de referir al establecimiento adecuado y de mayor capacidad de resolución del problema de salud que permita salvar la vida del usuario, es decir, una adecuada coordinación que permita alcanzar la eficiencia 23. En América Latina, los dirigentes de los distintos sistemas de salud pública están de acuerdo en que hay dificultades a la hora de acceder a la atención especializada, es decir, no es suficiente contar con la definición formal de los flujos, todo esto lleva a que la referencia funcione con imperfecciones y que raramente se realice la contrarreferencia 24.

3.1.1 Definiciones relevantes

Referencia: proceso organizado que permite el envío de un paciente desde un nivel de salud a otro de mayor capacidad y tecnología, pudiendo ser este último no necesariamente el inmediato superior.

3.1.2 Contrareferencia: este proceso implica el retorno del paciente del nivel superior al inferior del cual fue enviado, el mismo deberá regresar con el respectivo formulario.

Epicrisis: es la hoja donde va resumidos algunos detalles clínicos del paciente, estos son: diagnóstico, procedimientos y conductas terapéuticas a seguir luego que el paciente sea dado de alta. Este formulario forma parte de la historia clínica del paciente.

3.1.3 Derivación: la derivación se produce en el momento en el cual el prestador de salud pública envía al usuario de cualquiera de los niveles de atención a un prestador de servicios externo, sea este público o privado, de igual o mayor nivel de atención; esto se realiza en las ocasiones en las que la unidad de salud a la que ha asistido el usuario no cuenta con la capacidad instalada, no permitiendo dar solución al problema de manera eficaz, razón por la cual el paciente es derivado en busca de complementar los servicios previo la respectiva autorización.

Antes de que se produzca la derivación a una red complementaria, primero debe haberse agotado todas las instancias en la red de salud pública, además de ello, debe utilizarse el formulario 053 para cumplir con este proceso.

3.1.4 Derivación comunitaria: esta implica la derivación del usuario al establecimiento de salud más cercano de primer nivel, esto es en caso de que los prestadores de salud tales como médicos ancestrales, líderes comunitarios o los

Técnicos de Atención Integral en Salud (TAPS), los cuales, previo diagnóstico ha reconocido señales de riesgo. En estos casos no se recurrirá al formulario 053.

3.1.5 Interconsulta: para este caso es necesaria la opinión de otro profesional de salud que corresponda a la misma institución, tal es el caso de operaciones, para estos casos será necesario recurrir al formulario de interconsulta.

3.1.6 Autorreferencia: esta se produce en aquellos casos en los que el paciente se acerca al nivel superior sin previa referencia del nivel inferior.

Referencia inversa: en aquellos casos en los que se procede al envío de un paciente desde el nivel superior al inferior, con la respectiva información, pero sin antes haber pasado por el nivel inferior. Estos casos se dan normalmente luego de la Autorreferencia, y es utilizada para corregir el funcionamiento del sistema de salud. Para estos casos se deberá utilizar el formulario R-C, en el cual se puntualizará que el paciente en cuestión no ha sido referido, esto deberá escribirse con letras mayúsculas.

3.1.7 Transferencia: es el procedimiento del traslado del paciente de una institución de salud de nivel inferior a otra de mayor complejidad. Para ello será necesario considerar los siguientes términos:

3.1.8 Unidad Receptora: es la unidad encargada de acoger al paciente enviado desde la unidad operativa correspondiente a la red de servicios.

Unidad Referente: la unidad que envía el paciente referido a las distintas unidades operativas de mayor nivel.

3.1.9 Características del sistema de referencia y contrarreferencia en Ecuador

El objetivo del Subsistema de referencia y contrarreferencia es convertirse en un aporte al Sistema Nacional de Salud que permita garantizar la calidad, continuidad e integralidad de los usuarios, por medio de la ejecución de la norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia.

Mediante la implementación del Modelo de Atención Integral De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI) en el Ecuador, se busca mejorar la calidad en cuanto a los servicios articulados, para este fin se ha implementado la Red Pública

Integral de Salud, además de una Complementaria, sin embargo, esta última se encuentra en proceso de consolidación por temas financieros, todo ello se verá reflejado en una capacidad resolutive ideal 25.

El Ministerio de Salud del Ecuador, en su manual de referencia y contrarreferencia establece tres características del sistema, este deber ser: permanente, descentralizado permanente y polivalente.

3.1.10 Permanente: esto implica la atención permanente de los servicios de salud por parte del personal de salud.

3.1.11 Descentralizado permanente: la ubicación del puesto de salud deberá estar lo más cerca de la población, teniendo en cuenta las barreras funcionales, económicas y socioculturales, es decir, la atención será durante todo el día, las 24 horas, los 365 días del año.

3.1.12 Polivalente: el servicio de salud brindará al usuario un servicio de salud de calidad, además de ello, le proveerá de profesionales conocedores de los cuidados que requiera el paciente, de acuerdo a los problemas de salud de la población.

3.1.13 Normas y procedimientos para la referencia

a) Los únicos con competencias para solicitar las referencias y/o derivaciones serán los profesionales de la salud, solo en casos de emergencia lo podrá realizar otro personal de salud.

b) Los profesionales de la salud que hayan referido algún usuario a otra institución de salud deberán llenar el respectivo formulario N° 053 de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa, el mismo deberá ser relleno con los datos completos del paciente y letra clara y legible.

c) Toda consulta de especialidad requerida por el usuario deberá ir acompañada del respectivo formulario No. 053.

d) La autoridad Sanitaria a establecidas diferentes normas, guías, manuales, protocolos de atención y Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales deberán ser utilizadas al momento de referir o derivar a algún usuario.

- e) A fin de justificar el proceso de referencia o derivación se procederá a rellenar la historia clínica del paciente con sus datos completos.
- f) Se deberá informar de manera oportuna acerca del motivo, referencia/derivación al usuario y sus familiares.
- g) Por medio de los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, se establecerá el nivel de atención al cual será referido el usuario, incluso en las emergencias.
- h) Personal administrativo y el servicio de admisión de la institución de salud a la cual se hará la referencia deberán coordinar adecuadamente a fin de agendar la respectiva cita al usuario.
- i) Con el objeto de garantizar atención inmediata a pacientes referidos de emergencia, el personal administrativo se encargará de comunicar la información completa y pertinente al establecimiento al cual se hace la referencia o derivación.
- j) En caso de no disponer del espacio físico para la recepción del usuario en el establecimiento al cual se hace la referencia, este deberá ser estabilizado pre- vio al traslado a otro establecimiento de salud.
- k) Si el personal administrativo del establecimiento agendó la cita para el usuario, el mismo no podrá rechazar las referencias o derivaciones determinadas.
- l) Las referencias o derivaciones deberán realizarse solamente deberán provenir desde el nivel inferior o el mismo nivel de atención, no pudiendo asistir el usuario a dicho establecimiento de salud si no cuenta con la cita agendada, con hora, fecha y especialidad, con excepción de los casos de emergencia.
- m) Se procederá a la apertura de la respectiva historia clínica para todo usuario que vaya a ser recibido para atención de especialidad y/o hospitalización.
- n) Si se dan casos en los que el usuario ha sido referido o derivado por error a un especialista cuya especialidad no le corresponde, este deberá obligatoriamente realizar una interconsulta al especialista que el considere el adecuado, para ello se proceder a adjuntar el respectivo formulario de interconsulta No. 007/2008.
- o) Los responsables directos de realizar la contrareferencia serán los profesionales que reciban al usuario referido, independientemente de las

interconsultas realizadas.

p) En caso de que el usuario referido no regrese con la contrareferencia, será responsabilidad del personal administrativo del primer nivel de atención realizar la respectiva búsqueda a fin de dar seguimiento al usuario, esto podrá ser por medio de las diferentes formas de comunicación.

q) Si el usuario a ser transferido se encuentra en estado crítico, deberá ser acompañado por un profesional calificado, siempre y cuando el riesgo del traslado no exceda los riesgos de tratamiento en el nivel de donde proviene, y en caso de fallecer en el transcurso del traslado, se deberá notificar el deceso, para ello deberá regresarse el cuerpo al establecimiento de donde proviene.

r) En todos los niveles de atención, el profesional que proceda con la referencia y contrareferencia, deberá aplicar en sus diagnósticos la codificación CIE-10.

3.1.14 Normas técnicas de la Contrareferencia

a) Una vez realizado el respectivo servicio de salud, el profesional correspondiente al establecimiento de mayor nivel, deberá de manera obligatoria realizar la contrareferencia por medio del formulario N° 053 al establecimiento de origen.

b) El usuario y sus familiares deberán ser debidamente informados acerca de la condición de salud del usuario y la importancia de que este retorne al establecimiento para continuar con el respectivo tratamiento, seguimiento y control.

c) Se deberá enviar una copia del formulario de contrareferencia N° 053 con el usuario al respectivo establecimiento de salud.

d) Se brindará las recomendaciones generales, tanto al usuario como a sus familiares acerca de aspectos psicosociales y de autocuidado.

3.1.15 Formulario 053

El formulario 053 deberá ser rellenado de forma clara y legible.

El primer campo incluye los datos del usuario tales como los apellidos y nombres completos, fecha de nacimiento, edad, sexo, nacionalidad, país, número de cédula o pasaporte, su lugar y dirección de residencia y el número telefónico.

En el segundo campo del formulario se deberá identificar si se trata de una referencia o derivación, a más de eso, se deberá identificar los datos de la Entidad del sistema a la cual pertenece el establecimiento de salud, a esto le seguirá la historia clínica del paciente, el establecimiento de salud, tipo, distrito, además de ello, se deberá registrar los datos de la institución que refiere o deriva, nombre, establecimiento de salud, servicio, especialidad y fecha.

En el tercer campo se procederá a detallar las razones por las cuales se referencia o deriva, sean estas Limitada capacidad resolutoria, Ausencia temporal del profesional, falta profesional, Saturación de la capacidad instalada, otras razones.

A continuación, se hará un resumen del cuadro clínico, los hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos, el diagnóstico, el nombre del profesional, el código Ministerio de Salud Pública (MSP) y la firma.

En caso de tratarse de una Contrareferencia / referencia inversa, al igual que el proceso anterior, se procederá a identificar si se trata de una de las dos opciones, seguido de eso se registrarán los datos de la institución, cual es la entidad del sistema, la historia clínica, el establecimiento de salud, tipo, servicio, especialidad del servicio.

A continuación, se registrará la información de la institución a la cual se Contrarrefiere o refiere inversa, el nombre de la entidad de sistema, tipo, resumen del cuadro clínico, hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos, tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados, diagnóstico, tratamiento recomendado, el nombre del profesional, el código Ministerio de Salud Pública (MSP) y firma.

Si se trata de una referencia justificada deberá colocar el número 1 y 2 si no es justificada.

3.1.16 Organización del sistema de Salud del Ecuador

El mercado de la salud cuenta con características atípicas, la especificidad que se da

en los centros hospitalarios vuelve complejo analizar su rendimiento (28). La vigilancia efectiva requiere de la adopción de nuevos sistemas y nuevas tecnologías, como son guías clínicas que permitan obtener un diagnóstico adecuado, acceso a datos confiables y al mismo tiempo oportunos 29.

Con el fin de responder a las necesidades de la población en salud, en el Ecuador se creó el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), conformado por una serie de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas, las cuales se complementan para organizar el Sistema Nacional de Salud, el mismo que permite la atención integral y la complementación entre los diferentes niveles de atención.

El sistema administrativo del subsistema de referencia y contrarreferencia del Ecuador está conformado de la siguiente manera:

Direcciones distritales: estas son un total de 125, su misión es dirigir y administrar el sistema de salud que corresponda a su jurisdicción.

Coordinaciones zonales de salud: son un total de 9, en ellas se planifica, controla y evalúa los resultados de la implementación de la política pública sectorial y la gestión Institucional correspondiente al territorio de su competencia.

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud: esta tiene la misión de garantizar la adecuada provisión de servicios de salud dotados por el Ministerio de Salud Pública.

Norma técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico

La misión de esta norma es articular, coordinar, concertar y asegurar la rectoría, tanto en las instituciones públicas y privadas correspondientes, para ello se llevan a cabo acciones que garanticen su funcionamiento integrado, enmarcándose en las leyes, políticas públicas, y lineamientos de dicho sector.

Entre sus principales atribuciones y responsabilidades se encuentran:

- a) La conducción y coordinación del planteamiento de insumos y propuestas para

los respectivos proyectos de ley, reglamentos e instrumentos legales varios a fin de mantener el adecuado funcionamiento de la red del Sistema Nacional de Salud,

b) La conducción, coordinación y ejecución de los respectivos proyectos, planes y acciones referentes a la organización y su funcionamiento, todo ello en base a las directrices establecidas.

c) Plantear propuestas y hacer estrategias para la adecuada coordinación y concertación con instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como la gestión y ejecución de políticas, normas, convenios y otras alternativas técnicas que hayan sido definidas por las autoridades sanitarias.

d) Se encargarán de elaborar, acordar y proponer los respectivos convenios de servicios internos de la red pública y complementaria, para ello se tomará como referencia el respectivo Tarifario Único de Prestaciones, el mismo que deberá ser además supervisado.

e) Administrar los diferentes convenios firmados, evaluarlos y recomendarlos para su próxima renovación o finiquito con la red pública o complementaria.

f) Los convenios de cooperación, sean estos intersectoriales, nacionales e internacionales, serán administrados por medio de esta norma, coordinando con las instancias a las cuales les corresponda esta competencia.

g) Aprobación de modelos de contrato entre el estado y las compañías prestadoras de salud.

h) Articular y evaluar el adecuado desempeño del sistema nacional de atención de emergencias y la red de ambulancias, coordinando para ello con instituciones como la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud, la Dirección Nacional de Gestión de Riesgos y las Instituciones que correspondan.

i) Estarán a cargo de la provisión de los insumos correspondientes para el desarrollo de modelos y herramientas de gestión y organización de la Red Pública y Complementaria.

j) En conjunto con la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria se coordinará y concertará la cartera de servicios a aplicar, la misma que deberá ser previamente definida por la Autoridad Sanitaria, de acuerdo con las

características en el modelo de atención y las necesidades de salud que requiera la población.

k) En base al modelo de atención brindado, se establecerá lineamientos de referencia y contra referencia para los diferentes niveles de atención.

l) En caso de usuarios que cuenten con condiciones de salud rara, catastrófica, entre otras, se establecerá el flujo de atención, garantizando así su acceso oportuno a la red de salud a fin de que acceda a las prestaciones requeridas.

m) Definición de criterios y lineamientos para proceder a la calificación y selección de prestadores de salud.

n) Se desarrollará, monitoreará y evaluará la implementación de indicadores y estándares de gestión, a fin de contar con el funcionamiento adecuado y oportuno de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, garantizando de esta manera el mejoramiento continuo.

o) Generación de indicadores de cumplimiento.

4. Impacto del sistema de referencia y contrareferencia en la provincia de El Oro: Profesionales de la salud laborando en instituciones de salud públicas

Para el año 2006 y según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el ECUADOR a región Costa contaba con un total de 6.952.421 habitantes, para atender a esta población había un total de 5.421 médicos generales laborando en las instituciones de salud pública, esto equivalía al 0,08%, cifras que han ido cambiando paulatinamente en esa última década, es así que, para el año 2016 se contó con una población aproximada de 8.141.834 habitantes, y 14.698 profesionales de la salud para la población, es decir el 0,18%.

En la provincia de El Oro, los profesionales de la salud para el año 2006 fueron un total de 1.303 y una población aproximada de 591.950 habitantes, el 0,22 % en relación a la cantidad de habitantes, mientras que para el año 2016 fue de 2.198 médicos y una población aproximada de 680.845 habitantes, esto es el 0,45 %.

Los profesionales de la salud laborando en la provincia de El Oro durante el año 2016

estuvieron divididos en 418 Médicos Generales, 216 odontólogos, 77 psicólogos, 777 enfermeras y 95 obstetricias y 615 auxiliares de enfermería laborando en instituciones de salud de la provincia de El Oro.

De acuerdo a la información de la Organización Mundial de Salud (OMS), un país debe contar con 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes como mínimo, en la provincia de El Oro, para el año 2016 hubo 32 médicos por cada 10.000 habitantes, es decir se supera lo establecido por la ONU.

4.1. Establecimientos de salud en la provincia de El Oro

En la provincia de El Oro, al año 2016 existían un total de 165 establecimientos de salud pública, de ellos, 77 cuentan con sala de operaciones, 11 con sala de cuidados intensivos, 25 con sala de cuidados intermedios, y 44 con sala de parto, dotados de los respectivos equipos de cirugía, obstetricia y cuidados especiales. Para el año 2014, de acuerdo al Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades, se registran un total de 192 centros de salud, esto es 27 más de los que se registran en el año 2016.

Cuentan además con equipo de imagenología, diagnóstico y tratamiento, 31 de ellos cuentan con rayos x fijo, 10 rayos x portátil, 6 tomógrafos, 59 ecógrafo, 7 mamógrafo, 2 resonancia magnética, además de otros equipos como Electrocardiógrafo, Ecocardiógrafo, Ecógrafo Doppler color, etc.

Toda esta gama de equipos con los que se cuenta en la actualidad han permitido que el número de consultas médicas durante el año 2016 hayan ascendido a 3.084.734, de ellas, 1.509.163 corresponden a morbilidad, 965.669 de ellas fueron primeras consultas, y 543.494 consultas subsecuentes. Para el año 2014 fueron de 1.405.339 consultas realizadas en morbilidad.

En cuanto a consultas de prevención, estas ascendieron a 504.835, de ellas, 273.426 fueron primeras y 231.409 subsecuentes. Las consultas de prevención para el año 2014 fueron de 491.109, es decir 259.700 casos menos durante el año 2016.

Las consultas de estomatología para el año 2016 en la provincia de El Oro fueron de

391.884, las cuales se dividen en 213.410 de morbilidad, 154.509 de prevención primera y 23.965 prevenciones subsecuentes. Durante el año 2014 el número de casos fue similar al del 2016, esto es 210.601 casos.

En referencia a los casos de emergencia suscitados durante el año, estos ascendieron a 678.852 casos, estos, para el año 2014 fueron de 392.391 casos.

4.1.1 Establecimientos de salud en la provincia de El Oro e interacción

Si bien es cierto, existe un total de 165 establecimientos de salud en la provincia de El Oro, de ellos, tan solo 12 cuentan con una adecuada interacción durante el año 2016, los demás 153 no registran interacción alguna, de acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, estos datos son inferiores a los registrados durante el año 2014, año en el cual, de los 192 establecimientos registrados, 53 de ellos presentaron interacción, mientras que 139 de ellos no presentaron interacción adecuada.

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación ha permitido establecer de forma teórica y con datos estadísticos el funcionamiento del Sistema de referencia, derivación y Contra referencia en la provincia de El Oro, que ha sido una solución para lograr que se aplique lo establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y en la Atención Primaria de la Salud (APS), de manera estadística visualizamos un total de 1308 de profesionales de la salud en el año 2016 que atendieron 3.084.734 consultas médicas, sin embargo, al revisar el indicador de interacción hospitalaria es posible observar que apenas 12 de los 165 establecimientos de salud públicos presentan interacción, es por esta razón que se recomienda estudiar más a fondo el tema de la interacción hospitalaria en la provincia de El Oro y el adecuado manejo de los recursos.

No existen datos puntuales acerca del número de pacientes que deberían ser referidos por cada centro de salud, sin embargo, al no existir una interacción adecuada en todos los centros de salud de la provincia de El Oro, esto puede implicar que no se están cumpliendo con la documentación adecuada al momento de referir o contrareferir al paciente que permita establecer un dato estadístico fiable, no pudiendo contar tampoco con el número de altas, este indicador, relacionado con el de citas primera vez, el mismo que resulta muy importante a la hora de evaluar el sistema de salud y su nivel de eficacia.

El total de consultas médicas atendidas durante el año 2016 en la provincia de El Oro, solamente el 5,3% de ellos fueron referidos a otra institución de salud lo que indica que se encuentra entre la norma establecida para ser referencias, y en él, año 2014 el número de pacientes referidos fue de 183.300 mucho menor, lo que indica que se está cumpliendo con la normativa establecida en lo que corresponde a las referencias.

Así también se puede observar que de los 163.490 pacientes referidos en el año 2016, aproximadamente 151.876 fueron contra referidos y 11.614 no fueron recibidos en

contrareferencia por diferentes motivos; en tanto que, el número de pacientes derivados al algún prestador externo público fue de 112.402, y a prestadores privados de 47.3

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

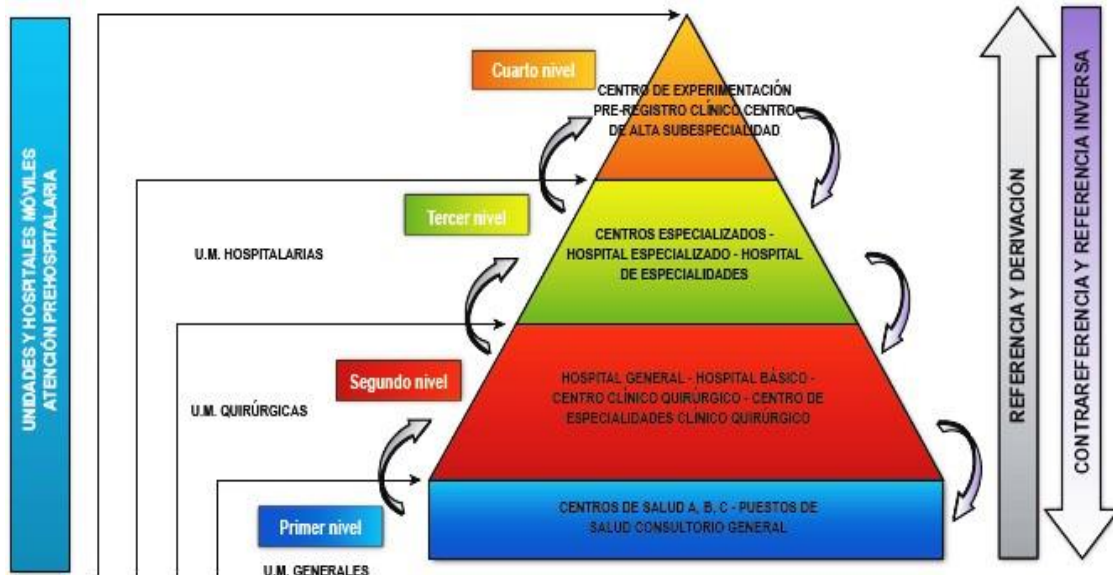
1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013 [Internet]. Luxemburgo; 2013. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js22233es/>
2. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. Vol. 449. Montecristi; 2008. 1-136 p.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ecuador; 2013 p. 48. Available from: www.salud.gob.ec
4. Williams JR. The Declaration of Helsinki and public health. Bull World Health Organ [Internet]. 2008;86(8):650–2. Available from: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2008.v86n8/650-652/>
5. Handayani PW, Saladdin IR, Pinem AA, Azzahro F, Hidayanto AN, Ayuningtyas D. Health referral system user acceptance model in Indonesia. Heliyon [Internet]. 2018;4(12):e01048. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e01048>
6. Becerra F. Equidad en Salud: mandato esencial para el Desarrollo Sostenible. Rev Salud Pública [Internet]. 2015;38(1):1–4. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/01-04/es>
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2012: The end of the golden age? [Internet]. Seattle; 2012. 88 p. Available from: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2012/FGH/IHME_FGH2012_FullReport_HighResolution.pdf
8. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. Bull World Health Organ [Internet]. 2005;83(8). Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862005000800010&script=sci_arttext&lng=pt%5Cnfile:///Users/dalarsen/Documents/Papers2/Articles/2005/AbouZahr/AbouZahr2005.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/68FFFD20-7174-4B88-8268-35EF8EA0D182
9. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(105):300–
22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=es&tlng=es
10. Peralta E. Teoría general de los sistemas aplicada a modelos de gestión. AGLALA [Internet]. 2016;7(1):122–46. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/901-Texto del artículo-3096-6-10-20180502.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/901-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3096-6-10-20180502.pdf)
11. Porvazník J, Ljudvigova I. General theory of systems, cybernetics and evaluation of human competence by solving present crisis problems of civilization. Procedia - Soc

- Behav Sci [Internet]. 2016;230:112–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.09.014>
12. Salcedo M, Ortíz A. Aplicabilidad de la teoría de sistemas autorreferentes de Niklas Luhmann al pensamiento humano. *Psicogente* [Internet]. 2014;17(32):269–82. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v17n32/v17n32a03.pdf>
 13. Velásquez F. El enfoque de sistemas y de contingencias aplicado al proceso administrativo. *Estud Gerenciales* [Internet]. 2000;16(77):27–40. Available from: <http://bit.ly/21hiY1R>
 14. Morales R, Mas P, Florit P, Arocha C, Valdivia N, Druyet D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad Roberto. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;42:1–8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e25/es>
 15. Ocampo M, Betancourt V, Montoya J, Bautista D. Sistemas y modelos de salud , su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2013;12(24):114–29. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>
 16. Rodríguez I. Barrio Adentro and Alma Ata. *Argos* [Internet]. 2017;34(66):30–7. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/279-553-1-SM \(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/279-553-1-SM%20(1).pdf)
 17. Domínguez V, López Santillán MA. Teoría General de Sistemas, un enfoque práctico. *TecnoCiencia* [Internet]. 2017;10(3):125–32. Available from: http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v10n3/Data/Teoria_General_de_Sistemas_un_enfoque_practico.pdf
 18. Salirrosas K, Pastor A, Tovar J. Avances en los sistemas de referencia y contrareferencia en Essalud. *Acta Médica Orreguiana Hampi Run* [Internet]. 2014;14(1):63–82. Available from: <http://journal.upao.edu.pe/HAMPIRUNA/article/view/372/339>
 19. Cárdenas O, Chilingua S, Aguirre R, Cuenca S, Arciniega L, Serra M. Atención primaria ortopédica y traumatológica : una necesidad en el sistema de salud del Ecuador. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2017;33(2):191–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n2/mgi04217.pdf>
 20. Collado S, Sánchez Á. ¿Referencia y contrareferencia o multi-rechazo hospitalario? un abordaje cualitativo. *Conamed* [Internet]. 2016;21(Supl 1):32–41. Available from: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/327/606>
 21. Ferreira D, Rodríguez M, Da Fonseca S. Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *Rev Pesqui Cuid é Fundam* [Internet]. 2016;8(4):4986–95. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754107009.pdf>
 22. Figueiredo E, Vianna L, Peixe M, Ramos V, Succi R. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. *An Acad Bras Cienc* [Internet]. 2009;81(3):551–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/aabc/v81n3/v81n3a18.pdf>

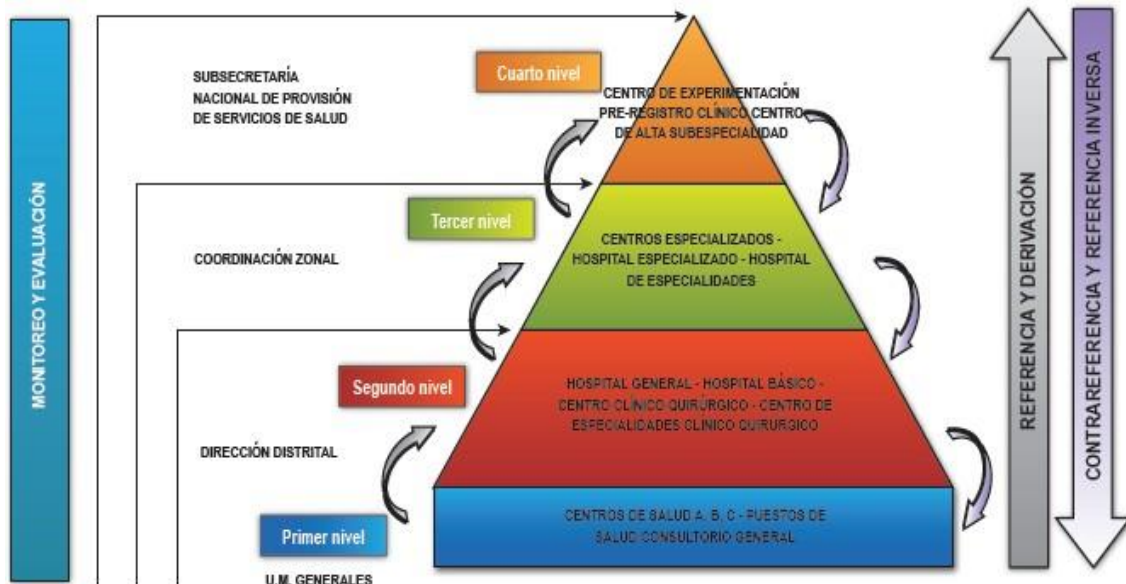
23. Zegada P, Ramírez I, Montesinos A. Análisis de los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia de jóvenes y adultos de ambos sexos. Municipio de Alcalá - Bolivia. *Adastra* [Internet]. 2017;5(2):34–40. Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcma/v5n2/v5n2_a03.pdf
24. Giovanella L, de Almeida P, Vega R, Oliveira S, Tejerina H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015;39(105):300–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=es&tlng=es
25. Gafas C, Roque Y, Bonilla GE. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educ Medica* [Internet]. 2018;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>
26. Naranjo J, Delgado A, Rodríguez R, Sánchez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2014;30(3):8. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi11314.htm
27. Peckham A, Morton-Chang F, Williams AP, Miller FA. Rebalancing health systems toward community-based care: The role of subsectoral politics. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2018;122(11):1260–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.014>
28. Ionete S, Toplicianu V, Brezeanu E. Performance in the Public Health System – Is Only a Purely Medical Issue? *Procedia Econ Financ* [Internet]. 2015;20(15):301–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212567115000891>
29. Sheikhali SA, Abdallat M, Mabdalla S, Qaseer B Al, Khorma R, Malik M, et al. Design and implementation of a national public health surveillance system in Jordan. *Int J Med Inform* [Internet]. 2016;88:58–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.01.003>

7. ANEXOS

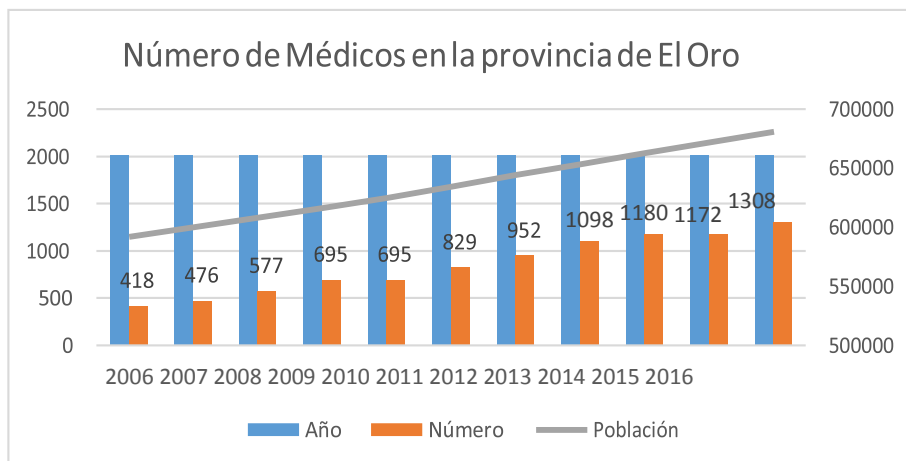
Operativo del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia



Administrativo del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia

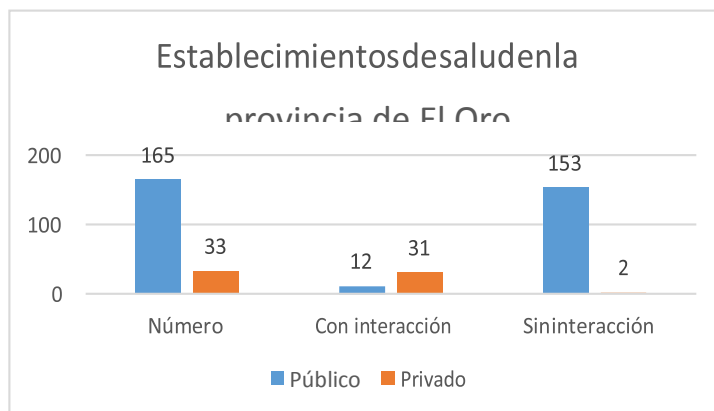


Evolución del número de médicos en los sistemas de salud de la provincia de El Oro



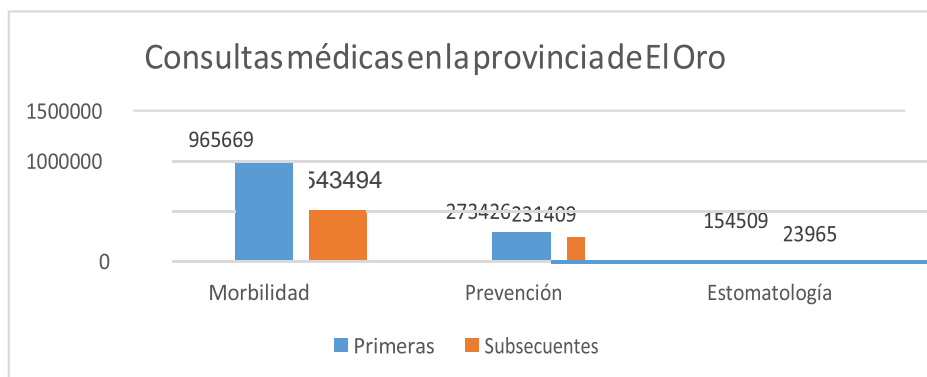
Fuente: La autora

Número de establecimientos de salud en la provincia de El Oro e interacción



Fuente: La autora

Consultas médicas en la provincia de El Oro durante el año 2016



Fuente: La autora