

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,  
Volumen 10, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1)

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA DIGITAL Y SU  
IMPACTO EN LOS PROCESOS DE REFERENCIA  
Y CONTRARREFERENCIA EN UN HOSPITAL  
DE TERCER NIVEL EN ECUADOR**

**DIGITAL ADMINISTRATIVE MANAGEMENT AND ITS  
IMPACT ON REFERRAL AND COUNTER-REFERRAL  
PROCESSES IN A TERTIARY HOSPITAL IN ECUADOR**

**Lina Karitza Zambrano Chang**  
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

**Roberto Eduardo Aguirre Fernández**  
Universidad Técnica de Machala, Ecuador

## Gestión Administrativa Digital y su Impacto en los Procesos de Referencia y Contrarreferencia en un Hospital de Tercer Nivel en Ecuador

**Lina Karitza Zambrano Chang<sup>1</sup>**

[dralinazambrano@gmail.com](mailto:dralinazambrano@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-4496-2690>

Universidad Técnica de Machala  
Machala, Ecuador

**Roberto Eduardo Aguirre Fernández**

[reaguirre@utmachala.edu.ec](mailto:reaguirre@utmachala.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0001-5289-6687>

Universidad Técnica de Machala  
Machala, Ecuador

### RESUMEN

El sistema de referencia y contrarreferencia constituye ser un proceso tanto administrativo como asistencial que permite garantizar la continuidad, coordinación y calidad de atención en el sistema de salud. En Ecuador, aun persisten limitaciones tecnológicas en el uso de herramientas digitales, lo que impacta negativamente en la oportunidad de que el proceso sea eficiente. Este estudio analiza el impacto de la gestión administrativa digital en el sistema de referencia y contrarreferencia de un hospital de tercer nivel. Se realizó un estudio observacional, descriptivo con fases analíticas y enfoque cuantitativo, orientado al análisis del funcionamiento del sistema de referencias y contrarreferencias de los registros institucionales en un hospital de tercer nivel durante el período enero a diciembre de 2025. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics, empleando estadística descriptiva, prueba de Chi cuadrado, V de Cramer y diagrama de Pareto. En cuanto a los datos perdidos 0,46%, evidenciado adecuada calidad de registros. En este estudio se identificó concentración significativa de referencia en especialidades de oncología, traumatología y neurocirugía. En cuanto al análisis inferencial mostró significancia en la distribución de especialidad ( $p < 0,001$ ). Los diagnósticos con mayor frecuencia fueron enfermedad renal crónica, auditivas y reumatológicas. El diagrama de Pareto evidenció que el 70-80% de las referencias, refleja la priorización de patologías crónicas y de alta complejidad. Se observó concordancia clínica entre el nivel emisor y receptor, en enfermedad renal crónica y trastornos auditivos. La gestión administrativa digital fortaleció la trazabilidad, calidad del registro y capacidad de análisis estratégico del sistema de referencia y contrarreferencias, permitiendo identificar nudos críticos y prioridades gerenciales. Se destaca la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y optimizar estrategias preventivas, particularmente en enfermedad renal crónica.

**Palabras claves:** gestión administrativa, referencia, contrarreferencia

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [dralinazambrano@gmail.com](mailto:dralinazambrano@gmail.com)

# Digital Administrative Management and its Impact on Referral and Counter-referral Processes in a Tertiary Hospital in Ecuador

## ABSTRACT

The referral and counter-referral system is both an administrative and healthcare process that ensures continuity, coordination, and quality of care in the healthcare system. In Ecuador, technological limitations in the use of digital tools persist, which negatively impacts the efficiency of the process. This study analyzes the impact of digital administrative management on the referral and counter-referral system of a tertiary hospital. An observational, descriptive study with analytical phases and a quantitative approach was conducted to analyze the functioning of the referral and counter-referral system of institutional records in a tertiary hospital during the period from January to December 2025. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics, employing descriptive statistics, the Chi-square test, Cramer's V, and a Pareto diagram. Regarding missing data (0.46%), the quality of the records was adequate. This study identified a significant concentration of referrals in the specialties of oncology, traumatology, and neurosurgery. The inferential analysis showed significance in the distribution of specialties ( $p < 0.001$ ). The most frequent diagnoses were chronic kidney disease, hearing disorders, and rheumatological disorders. The Pareto diagram showed that 70-80% of referrals reflect the prioritization of chronic and highly complex pathologies. Clinical concordance was observed between the referring and receiving levels in chronic kidney disease and hearing disorders. Digital administrative management strengthened traceability, record quality, and strategic analysis capacity of the referral and counter-referral system, allowing for the identification of critical issues and management priorities. There is a clear need to strengthen the response capacity of primary care and optimize preventive strategies, particularly in chronic kidney disease.

**Keywords:** administrative management, reference, counter-reference

*Artículo recibido 02 febrero 2026  
Aceptado para publicación: 27 febrero 2026*



## INTRODUCCIÓN

El sistema de referencia y contrareferencia es un proceso administrativo asistencial que permite continuidad en la atención en diferentes niveles de atención de salud de manera oportuna e integral (Vilchez Fernandez et al., 2023), el cual permite, la coordinación, la comunicación y los procesos de derivación. Este puede incluir componentes a nivel macro, como políticas y regulaciones, así como parámetros operativos, las condiciones de acceso y pago o protocolos que especifican criterios clínicos entre centros de atención (Plummer et al., 2025). Estos sistemas de gestión de derivaciones se utilizan para gestionar las referencias desde atención primaria y constituyen una estrategia actual de la comisión clínica, para reducir el número de derivaciones y fomentar la búsqueda de soluciones en los diferentes niveles de atención. (Dew & Wilkes, 2019) Para derivar adecuadamente a los pacientes desde diferentes centros de atención médica, se han considerado tres niveles del sistema de salud: *el primero* es la atención primaria; *el segundo* nivel es la atención hospitalaria secundaria; y, finalmente, *el tercer nivel*, el nivel más alto de atención, el cual ofrece instalaciones especializadas para el tratamiento de los pacientes.

De acuerdo con (Pittalis et al., 2019) es fundamental mantener la eficiencia en la asignación y utilización de recursos en los diferentes niveles del sistema de salud, para proporcionar una continuidad de atención, adecuada a las necesidades de los pacientes. Sin embargo, muchos sistemas de derivación están fragmentados, lo que genera ineficiencias, brechas de cobertura y compromete la continuidad y la calidad de la atención médica (Kruk et al., 2018). Existen herramientas y métodos de trabajos gerenciales en el sistema de salud, para implementar un sistema de referencia efectivo, donde se requiere una combinación de factores como la coordinación entre los centros de referencia y de derivación, mecanismos, herramientas, métodos de trabajo, sistemas de comunicación y retroalimentación, sistema de transporte, protocolos ejecutivos, personal capacitado, trabajo en equipo eficiente entre todos los niveles, sistema integrado de registro de información, rendición de cuentas y monitoreo de la mejora del desempeño (Seyed-Nezhad et al., 2021). G

Este estudio aborda la gestión administrativa digital y su impacto en los procesos de referencia y contrareferencia, analizando cómo su implementación influye en la eficiencia, la trazabilidad de la información, la oportunidad de la atención y la coordinación asistencial, los cuales deben ser



solucionados de manera gerencial. Existen muy pocos estudios que aborden las dificultades de los procesos de referencias y contrarreferencias en el Ecuador, por lo cual esta investigación constituye una oportunidad para dar a conocer las dificultades y ofrecer soluciones. El problema de investigación surge porque existe una brecha entre la disponibilidad de herramientas digitales y su uso efectivo, lo que se refleja en demoras administrativas, duplicidad de datos, insuficiente intercambio de información clínica y dificultades en la comunicación entre los distintos niveles de la Red Pública Integral de Salud. Los resultados de esta investigación puedan ser replicados, en otras instituciones y en diferentes niveles de atención, con lo cual se lograría elevar el nivel de calidad de la atención médica y el grado de satisfacción en la población.

En Ecuador el sistema de referencia y contrarreferencia tiene una limitada capacidad tecnológica donde los hospitales bajan su calidad de servicio, la cual influye negativamente en el seguimiento clínico y en la calidad de la atención especializada (Huauya-Canchari & Medina-Sotelo, 2025). Por otro lado, el principal inconveniente está en el momento de realizar la referencia, debido a la falta de información con la que llega el paciente al momento de presentarse a la atención del hospital de mayor complejidad, otro problema radica en el momento de la recepción del formulario de referencia y contrarreferencia 053 donde se encuentra personal que carece de conocimiento médico necesario para poder continuar y dirigir el proceso de referencia y asignar un turno con la especialidad requerida (Campaña-Briones et al., 2022).

La gerencia moderna de procesos sanitarios, la mejora continua, la gobernanza clínica y las redes de asistencia integradas plantea que las disfunciones operativas son de fallas sistémicas y no solo clínicas, por lo tanto, es importante la adopción de políticas públicas más integrales, sostenibles e inclusivas para mejorar la coordinación de los servicios de salud y garantizar una atención continua, equitativa y de calidad (Huauya-Canchari & Medina-Sotelo, 2025).

En este sentido, el objetivo general de esta investigación consiste en analizar el impacto de la gestión administrativa digital en los procesos de referencia y contrarreferencia en un hospital de tercer nivel en Ecuador, a través de un análisis descriptivo cualitativo para mejorar la calidad de atención de los pacientes.



## **METODOLOGIA**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo con fases analíticas, orientado al análisis del funcionamiento del sistema de referencias y contrarreferencias en un hospital de tercer nivel durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025. El diseño del estudio respondió a un enfoque cuantitativo, con énfasis en la generación de evidencia útil para la toma de decisiones gerenciales y la optimización de procesos administrativos y asistenciales dentro de la institución hospitalaria.

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los registros de referencias y contrarreferencias generados por el hospital durante el período de análisis. No se realizó cálculo muestral ni selección por muestreo, dado que se trabajó con un enfoque censal, incluyendo el universo completo de datos disponibles. Esta estrategia permitió maximizar la representatividad de los resultados, reducir el error de selección y fortalecer la validez interna del análisis, particularmente relevante en estudios orientados a la evaluación de procesos institucionales.

La base de datos utilizada fue proporcionada oficialmente por la Dirección del hospital, en el marco de sus competencias administrativas y de gestión de la información. Los registros fueron anonimizados previamente a su análisis, garantizando la confidencialidad de la información y el cumplimiento de los principios éticos de protección de datos. Al tratarse de un estudio basado en registros administrativos secundarios, sin intervención directa sobre pacientes ni personal sanitario, no se requirió consentimiento informado individual, manteniéndose el uso de la información exclusivamente con fines académicos, científicos y de mejora de la gestión hospitalaria.

Las variables analizadas incluyeron, entre otras, el diagnóstico principal codificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), el tipo de referencia (realizada o aceptada), la especialidad solicitante, la frecuencia de utilización del sistema y la distribución porcentual de los eventos registrados. Con fines analíticos, los códigos CIE-10 fueron homologados a tres caracteres, práctica metodológica estándar en estudios de concordancia y análisis agregado, lo que permitió reducir la dispersión diagnóstica y facilitar la interpretación de los resultados.

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23. Previo al análisis, se efectuó una depuración exhaustiva de

la base de datos, identificando y excluyendo registros incompletos, duplicados o inválidos, tales como valores ausentes no justificables o inconsistencias en la codificación. Esta fase garantizó la calidad y coherencia de la información analizada.

El análisis estadístico se desarrolló en fases. En una primera etapa se realizó un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, frecuencias relativas y porcentajes, con el objetivo de caracterizar el comportamiento general del sistema de referencias y contrarreferencias. Los resultados fueron organizados en tablas de distribución y representaciones gráficas, facilitando la identificación de patrones de uso, diagnósticos más frecuentes y especialidades con mayor carga de referencias.

Posteriormente, se incorporaron fases analíticas orientadas a la priorización gerencial de problemas. Para ello, se emplearon herramientas de análisis de concentración, como el diagrama de Pareto, que permitió identificar los diagnósticos y especialidades responsables del mayor volumen de referencias, bajo el principio de que un número reducido de categorías explica una proporción significativa de los eventos observados. Esta aproximación analítica resultó clave para vincular los hallazgos estadísticos con posibles estrategias de intervención administrativa y organizacional.

Los resultados obtenidos fueron interpretados desde una perspectiva de gestión en salud, integrando el análisis estadístico con el contexto organizacional del hospital, con el propósito de generar evidencia aplicable al diseño de conductas gerenciales, optimización de flujos de referencia, fortalecimiento de la capacidad resolutoria institucional y mejora de la eficiencia del sistema de atención en red.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

Un sistema de referencias y contrarreferencia digital es esencial para un hospital de tercer nivel de esta manera maximizar la eficacia operativa y brindar atención segura y oportuna. A pesar de que existan desafíos multifactoriales que involucran recursos limitados que no permiten una atención adecuada a todas las patologías. Es importante tener un manejo oportuno sobre el sistema de referencias y contrarreferencia entre los medios hospitalarios e indicadores establecidos por el ministerio de salud pública del país, que amparan y defienden a la salud universal como un derecho.

Esta investigación estuvo motivada por la gran demanda de usuarios, por ser un hospital de referencia nacional. La cual resuelve los problemas de salud de alta complejidad con especialidades u subespecialidades clínico y quirúrgicos.

Por lo que, en este estudio buscamos ver qué factores limitantes se pueden identificar en el uso de herramientas digitales aplicadas para la gestión de referencia y contrareferencia, el grado de trazabilidad y comunicación interinstitucional para solventar la atención que requiere la población y promover la atención de calidad y calidez que plantea el Estado.

El análisis de los datos, arrojó elementos importantes para tener en cuenta. Los datos perdidos solo representaron el 0.46% (menor a 1%), lo que sugiere buena calidad de registro administrativo, bajo riesgo de sesgo por pérdida de información y la posibilidad de realizar análisis inferenciales robustos sin necesidad de imputación. Esto demuestra una fortaleza metodológica que es poco frecuente en estudios de procesos hospitalarios, donde los sistemas de información generalmente son fragmentados (Tabla 1).

La distribución global de referencias realizadas reflejó una moda en 185, lo que denota una cifra relativamente baja, lo que podría indicar una distribución asimétrica, alta dispersión del número de referencias y el fenómeno de concentración por servicios específicos, más que una distribución homogénea, por lo que el sistema de referencias no debe de operar de manera uniforme, sino que depende de nudos críticos por especialidades de alta demanda.

El análisis descriptivo de las referencias por especialidad informa que la especialidad de oncología lidera claramente el sistema de referencia, lo cual es compatible debido a enfermedades de alta complejidad y necesidad asistencial. Constituye un hallazgo interesante la presencia de audiología en segundo lugar déficit de capacidad resolutoria y posible alta demanda de interconsultas diagnósticas. La traumatología y neurocirugía reflejaron alta carga de patologías traumáticas con dependencia de centro de mayor complejidad. Este patrón de referencia refleja el perfil epidemiológico y la estructura del sistema, más que una falla aislada (Tabla 1).

El análisis inferencial del Chi cuadrado de bondad de ajuste, arrojó un valor extremadamente bajo indicando que la distribución observada es muy diferente a la distribución esperada. El análisis del efecto V de Cramer informó de un efecto pequeño a moderado lo cual implica que existe una asociación real pero no extrema, que no todas las referencias se concentran en una sola especialidad existiendo cierta diversificación con núcleos dominantes (Tabla 1).

Este resultado permite tener en cuenta cuatro dimensiones claves: dimensión organizacional con sobrecarga de ciertas especialidades, posible cuello de botella asistenciales y necesidad de fortalecer capacidad resolutive de primer y segundo nivel. La dimensión epidemiológica debe mostrar concordancia con enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas. Con una demanda sostenida que explica la centralización. La dimensión de gestión muestra un uso del sistema de referencia como sustituto de resolución local y constituye una oportunidad para rediseñar protocolos y rutas clínicas. La dimensión de calidad infiere que no se trata solo del volumen sino de la adecuación de las referencias abriendo la puerta a estudios de concordancia diagnóstica, tiempo de respuesta y calidad de la contrarreferencia.

Las enfermedades crónicas, en especifica las enfermedades oncológicas que son de alta complejidad en cuanto al tratamiento con un incremento acelerado de casos en la población ecuatoriana, es importante integrar un enfoque multidisciplinario e incorporar o incrementar la brecha de especialidades oncológicas. Un estudio realizado por (Maldonado-Noboa et al., 2025) descubrieron que a nivel epidemiológico para el 2050 va a existir un aumento sostenido de canceres como mama, próstata y colorrectal. Por lo que recomiendan fortalecer el plan nacional de control del cáncer y asegurar la aprobación de una ley orgánica para el abordaje integral de enfermedades oncológicas y asegurar una prevención, equidad y sostenibilidad. También mencionan que es necesario integrar nuevas tecnologías para una formación medica humanista para afrontar desafíos a futuros.

En cuanto al sustituto de resolución local, (Freire Heredia & Delgado Mosquera, 2025) se da por una derivación inadecuada que tienen los médicos de atención primaria sea que esté motivada o justificada por no tener la especialidad dentro de su cartera de servicios. Sin embargo, se debería estudiar la alta demanda de audiología en segundo nivel de atención para que no exista sobrecarga asistencial en el hospital de tercer nivel. Por lo que, Según (Díaz Vásquez, 2025) se considera necesario mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención en el marco de redes integradas de servicios de salud, existiendo la necesidad de adoptar estrategias tecnológicas innovadoras de información y de comunicación que permitan la transformación de los procesos de trabajo.

Antes de realizar la interpretación de los resultados es importante dar a conocer que los diagnósticos CIE10 se homologaron a tres caracteres, para mejorar la factibilidad de la concordancia evitando



discordancia por subclasificaciones y realizar un análisis administrativo coherente. Esto redujo el sesgo de clasificación y la ocurrencia artificial de discordancia. De esta manera las variables se comportan como dicotómicas (1=concordante y 0=no concordante) posibilitando los análisis estadísticos de Capa y regresión logística. La interpretación clínica informo un predominio del sistema urinario (N18) debido a enfermedad renal crónica como principal motor de referencia, debido a ser una enfermedad crónica progresiva y de alta complejidad. La alta carga auditiva (H90-H91) coincidió con la alta necesidad diagnóstica especializada, siendo importante señalar la menor frecuencia de enfermedades respiratorias y reumatológicas por probable solución en niveles inferiores. Este patrón refleja necesidades clínicas reales para tener en cuenta para su solución desde el punto de vista gerencial (Tabla 2).

Un hallazgo muy importante mostro que el porcentaje de enfermedades renales aceptadas (8,05%) es mayor que el solicitado (6,17%) lo que indica reclasificación diagnóstica, corrección del diagnóstico a nivel receptor y alta complejidad de la enfermedad renal. Esto confirma y amplía la sospecha diagnóstica, evidenciando una adecuada derivación clínica. Las patologías auditivas (H90-H91) se muestran de manera conservadora en el ranking con una distribución muy similar, interpretándose como buen criterio de referencia, alta concordancia clínica y baja ambigüedad diagnóstica (Tabla 2).

La enfermedad renal crónica, es un gran problema de salud pública, donde epidemiológicamente en Ecuador ocupa el quinto lugar entre las principales causas de muerte, donde la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial son las principales comorbilidades. Por lo que mencionan (Jijón Cañarte et al., 2025) que se deben aplicar captación, seguimiento y tamizaje a los pacientes asintomáticos para reducir la progresión de ERC, ya que en nuestro estudio es evidente el desafío político sanitaria de esta manera fortaleces las deficiencias de la atención primaria e incrementar la competencia técnica preventiva.

La estructura general del resultado permite afirmar que existe concordancia clínica relevante y el sistema no actúa como un filtro arbitrario. Lo que demuestra una adecuada correspondencia diagnóstica entre el nivel emisor y receptor. La concentración de referencias por enfermedades renales crónicas permitió identificar áreas prioritarias para ser fortalecidas.

El diagrama de Pareto muestra la distribución acumulada de las referencias según diagnósticos CIE-10, homologados a tres caracteres y ordenados de mayor a menor frecuencia. Los hallazgos más importantes reflejan que un número reducido de diagnóstico concentran una proporción elevadas de las referencias,

siendo los principales diagnósticos las categorías N18, H90, H91, M06, J34 y G40 según la nomenclatura CIE-10. Teniendo presente que en el gráfico de Pareto los principales 20% de los diagnósticos representan del 70 al 80% de las referencias implica que la interpretación de la concentración de referencias en poco diagnósticos no representan una distorsión del sistema, más bien la presencia de entidades nosológicas estructuralmente complejas que requieren evaluación especializada, con alta incidencia epidemiológica y ser de carácter crónica, por lo que este estudio coincide plenamente con los siguientes diagnósticos utilizados en las referencias: enfermedad renal crónica (N18), patologías auditivas (H90-H91) y enfermedades reumatológicas (M06). El diagrama de Pareto refuerza el resultado de las tablas y confirma que el sistema de referencia prioriza adecuadamente patologías de alta complejidad clínica y necesidad real de atención especializada. Desde el punto de vista de la gestión del sistema de salud y la identificación de nudos críticos permiten identificar los principales diagnósticos que deben ser priorizados en la planificación, ser objetivos de protocolos clínicos específicos convirtiendo al diagrama de Pareto una herramienta estratégica y no solo descriptiva, indicando la necesidad de fortalecer el manejo de la enfermedad renal crónica y los trastornos auditivos creando las condiciones para reducir el volumen de referencias optimizando los tiempos reservado al tercer nivel para casos complejos (Gráfico 1).

La relación entre la gestión administrativa digital y el sistema de referencia y contrareferencia no solo se limita a informatizar los servicios, sino que tiene en cuenta los siguientes parámetros: la existencia de un registro estructurado y estandarizado de referencias, la utilización de una codificación diagnóstica consistente (CIE-10) la posibilidad de trazabilidad de referencia y contrareferencia y la disponibilidad de datos para análisis y toma de decisiones. De esta manera la baja proporción de datos perdidos refleja la existencia de sistemas digitales estructurados, la presencia de campos obligatorios y las validaciones automáticas lo que permite asegurar que existen mecanismos digitales de captura de datos, que favorecen la continuidad y confiabilidad de estos procesos. El diagnóstico codificados digitalmente permite homologar y reagrupar los diagnósticos para efectuar una evaluación de la concordancia clínica real, minimizando discrepancia derivadas de variaciones semánticas o administrativas. La transmisión clara de los motivos de referencia permitió una reducción de errores de transcripción mejorando la alineación entre el nivel emisor y receptor.

La concordancia observada no puede atribuirse al acto clínico sino también a la calidad del soporte administrativo activo digital que estructura el intercambio de la información. La gestión administrativa digital permitió la realización del patrón de Pareto debido a la existencia de un registro sistemático, existencia de trazabilidad longitudinal y una jerarquización informática en tiempo real. De esta manera un patrón tipo patero en las referencias evidencio la capacidad del sistema administrativo digital para generar información estratégica y priorizar nudos críticos del proceso asistencial. La gestión administrativa digital como herramienta de optimización permitió la identificación de diagnóstico de alto impacto lo que permite sugerir un estudio en la redistribución de recursos, mejorar la capacitación en los diagnósticos principales, revisar y actualizar los protocolos clínicos. Esto permite afirmar que la gestión administrativa digital convierte los datos operativos en inteligencia sanitaria favoreciendo su uso más racional del sistema de referencias, mejor calidad de registro y mayor capacidad de análisis estratégico hospitalario asistencial.

**Tabla 1:** referencias realizadas por especialidad. Hospital de tercer nivel del Ecuador 2025

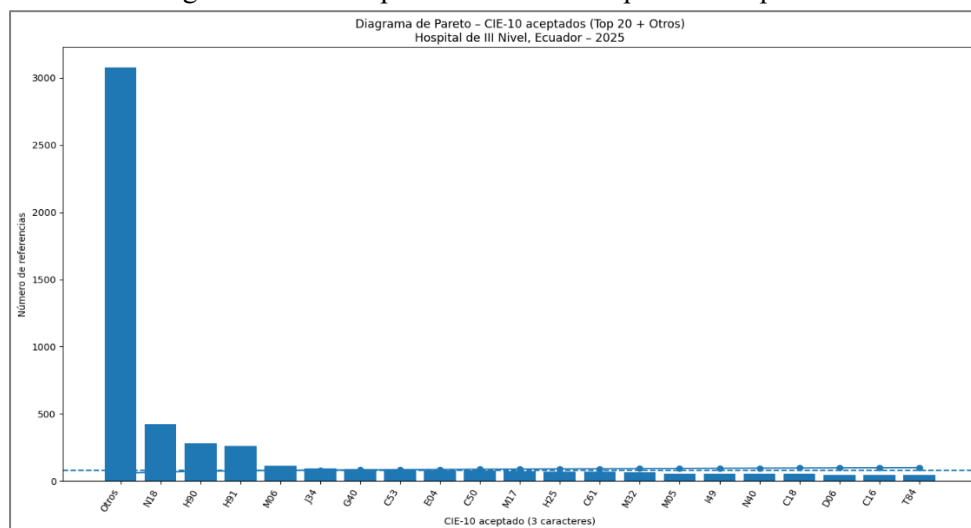
Referencias Realizadas							
Referencias Realizadas	N	Validos	Perdidos	Moda			
				Frecuencia	Porcentaje(sobre validos)		
	5227	5203	24	N185	6.17%		
Referencias por Especialidades							
Ranking	Especialidades con mayor numero de referencias	Frecuencia	Porcentaje (tomado en base a n= 5227)	X <sup>2</sup> (bondad de ajuste)	gl	p	V de Cramer
1	Oncología	787	15.06%	350.83	4	1,16 × 10 <sup>-74</sup>	0.19
2	Audiología	530	10.14%				
3	Traumatología	400	7.65%				
4	Reumatología	325	6.22%				
5	Neurocirugía	287	5.49%				

**Tabla 2.** Referencias más solicitadas y aceptadas según el diagnostico.

Referencias Realizadas			
Ranking	CIE-10	Frecuencia	% (sobre válidos, n=5203)
1	N185	321	6.17%
2	H919	260	5.00%
3	H903	243	4.67%
4	J342	91	1.75%
5	M069	76	1.46%

Referencias Aceptadas			
Ranking	CIE-10	Frecuencia	% (n=5227)
1	N18	421	8.05%
2	H90	280	5.36%
3	H91	261	4.99%
4	M06	116	2.22%
5	J34	94	1.80%

**Gráfico 1:** Diagrama de Pareto para CIE 10 más aceptadas. Hospital de tercer nivel 2025.



## CONCLUSION

Se pudo determinar que, existe una correcta gestión administrativa digital de sistema de referencia y contrarreferencia la cual cuenta con un registro estructurado que favorece la continuidad del proceso.

Se describe el alto nivel de complejidad con alta necesidad asistencial por especialidades específicas como oncología, traumatología y neurocirugía con un alto perfil epidemiológico el cual deja una brecha aislada de que exista poca resolución clínica quirúrgica que debe ser estudiada a profundidad.

Se evidencio la alta demanda de enfermedades crónicas progresivas como enfermedad renal crónica y enfermedades auditivas las cuales requieren necesidades especializada, sin embargo, deben ser prevenidas con estrategias de tamizaje en atención primaria para que no exista una carga asistencial y progresión de la enfermedad. De esta manera disminuir la morbimortalidad. A su vez, se debe dar seguimiento de las contrarreferencias, para que estas no se queden en el tercer nivel de atención y los pacientes sean contra referidos al primer nivel de donde provinieron, mostrando una verdadera política de referencia y contrarreferencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Vilchez Fernandez, L., Escobar Ramirez, O. L., Samaniego Morales, F. M., & Orbegozo Bringas, D. (2023). *Propuesta tecnológica para optimizar y generar valor en el modelo de gestión del sistema de referencias y contrarreferencias en un establecimiento de salud MINSA nivel III-1*. <https://hdl.handle.net/20.500.12640/353>
- Plummer, M. L., Calvello Hynes, E., Fogarty, J., Toro Polanco, N., & Reynolds, T. (2025). Optimizing people's movement across the health system: A scoping review of referral systems within a primary health care approach. *Primary Health Care Research & Development*, 26, e94. <https://doi.org/10.1017/S1463423625100546>
- Dew, R., & Wilkes, S. (2019). Evaluation of the referral management systems (RMS) used by GP practices in Northumberland: A qualitative study. *BMJ Open*, 9(7), e028436. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028436>
- Pittalis, C., Brugha, R., & Gajewski, J. (2019). Surgical referral systems in low- and middle-income countries: A review of the evidence. *PLOS ONE*, 14(9), e0223328. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223328>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet. Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Seyed-Nezhad, M., Ahmadi, B., & Akbari-Sari, A. (2021). Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(12), 4364-4375. [https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc\\_514\\_21](https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_514_21)
- Huauya-Canchari, L., & Medina-Sotelo, C. G. (2025). Políticas de referencia y contrarreferencia en salud pública: Comparación entre niveles de atención en América Latina. *Prohominum*, 7(4), 305-317. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0399>



- Campaña-Briones, G. T., Pico-Campaña, F. A., & Luján-Johnson, G. L. (2022). Gestión por procesos para mejorar el sistema de referencias y contrareferencia de Hospitales de Guayaquil. *Polo del Conocimiento*, 7(2), 2255-2280. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i2.3705>
- Maldonado-Noboa, I., Checa-Ron, F., Tarupi-Montenegro, W., Moreno-Ocampo, A., Noboa-Jaramillo, A., Pacheco-Ojeda, L., Puente-Vallejo, R., Soria-Samaniego, T., & Cevallos-Miranda, I. (2025). Cáncer en el Ecuador, ¿Qué ha cambiado en las últimas 3 décadas? *Metro Ciencia*, 33(suplemento 1), s56–s69. <https://doi.org/10.47464/metrociencia/vol33/suplemento-1/2025/s56-s69>
- Freire Heredia, J. A., & Delgado Mosquera, I. M. (2025). La Realidad de la Administración de los Hospitales Públicos en Ecuador: Una Revisión de la Evidencia Científica Reciente. *Revista Científica Multidisciplinar SAGA*, 2(3), 164–177. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.135>
- Díaz Vásquez, J. M. (2025). *Optimización de la referencia-contrarreferencia entre la red de efectores de 1er y 2do nivel de atención del Ministerio de Salud Pública en la región central del Ecuador*. Universidad Nacional de La Plata.
- Jijón Cañarte, L. F., Ponce Llor, V. N., Vargas Guangashi, A. K., & Rodríguez Peña, B. J. (2025). Prevención y Diagnóstico Temprano de la Enfermedad Renal Crónica: El Rol del Laboratorio Clínico en Pacientes con Diabetes e Hipertensión del Sur de Manabí. *Revista Veritas de Difusión Científica*, 6(2), 5405–5420. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v6i2.894>