

**Políticas de referencia y contrarreferencia en salud pública: comparación entre niveles de atención en América Latina**

*Referral and Counter-Referral Policies in Public Health: Comparison Between Levels of Care in Latin América*

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0399>

**Luciano Huauya-Canchari<sup>1\*</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-2408-4707>  
[hhuauyaca@ucvvirtual.edu.pe](mailto:hhuauyaca@ucvvirtual.edu.pe)

**Cristian Gumerindo Medina-Sotelo<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0001-6943-805X>  
[cmedinasol@ucvvirtual.edu.pe](mailto:cmedinasol@ucvvirtual.edu.pe)

**Recibido:** 05/08/2025

**Aceptado:** 07/10/2025

**RESUMEN**

El propósito de la investigación fue analizar comparativamente las políticas públicas de referencia y contrarreferencia en salud pública que rigen en distintos países de la región, evaluando su impacto en la eficiencia del sistema y en la calidad de la atención sanitaria. La metodología adoptada corresponde a una revisión bibliográfica con enfoque cualitativo, sustentada en fuentes académicas y documentos oficiales de organismos internacionales. Los resultados mostraron marcadas desigualdades normativas, barreras operativas y limitaciones tecnológicas que afectan directamente la continuidad asistencial. Las conclusiones resaltan la necesidad de avanzar hacia políticas públicas más integrales y sostenibles a fin de garantizar una atención equitativa, continua y de calidad. El estudio busca aportar evidencia para el rediseño de estrategias regionales, promoviendo la gobernanza colaborativa, la interoperabilidad de los sistemas de información y la formación de redes integradas de salud que respondan a los desafíos estructurales del sector.

**Palabras Clave:** Políticas de salud; Referencia y contrarreferencia; Atención primaria; Desarrollo Sostenible.

1. Universidad César Vallejo, Lima-Perú

\* Autor de correspondencia: [hhuauyaca@ucvvirtual.edu.pe](mailto:hhuauyaca@ucvvirtual.edu.pe)

## ABSTRACT

The purpose of the research was to comparatively analyze the public health referral and counter-referral policies in place across various countries in the region, evaluating their impact on system efficiency and the quality of healthcare delivery. The methodology adopted was a qualitative literature review, based on academic sources and official documents from international organizations. The results revealed significant regulatory disparities, operational barriers, and technological limitations that directly affect continuity of care. The conclusions highlight the need to move toward more comprehensive and sustainable public policies to ensure equitable, continuous, and high-quality care. The study aims to provide evidence for the redesign of regional strategies, promoting collaborative governance, interoperability of information systems, and the development of integrated health networks that address the structural challenges of the sector.

**Keywords:** Health policies, Referral and counter-referral, Primary care, Sustainable development

## INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, los sistemas de salud enfrentan serias limitaciones en la articulación de sus distintos niveles de atención, lo que se traduce en una fragmentación persistente, desigualdad en el acceso a servicios y duplicación de recursos. En este contexto, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, fundamentales para asegurar la continuidad asistencial, presentan marcadas deficiencias estructurales en varios países de América Latina, lo cual repercute directamente en la eficiencia operativa del sistema y en la calidad de la atención que reciben los pacientes. Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (2022), señaló que el 60% de los países de la región carece de protocolos estandarizados para dichos procesos, generando demoras prolongadas en la atención, saturación de establecimientos hospitalarios y una creciente insatisfacción por parte de los usuarios.

En esta misma línea, investigaciones realizadas en países como Brasil (Silva et al., 2021) y Colombia (Ramírez & Humberto, 2020) destacaron que la ausencia de sistemas integrados de información agrava estos problemas, limitando la trazabilidad entre los niveles primario, secundario y terciario que impide un seguimiento clínico adecuado, lo cual conlleva riesgos innecesarios y pérdida de continuidad en los tratamientos. En contraste, experiencias exitosas como las Redes Integradas de Servicios de Salud implementadas en países como Canadá y España demuestran que contar con políticas robustas de articulación entre niveles permite reducir en un 30% los costos operativos y mejorar diversos indicadores de salud (OMS, 2023). No obstante, América Latina continúa enfrentando obstáculos estructurales como la falta de normativas homogéneas, la escasa interoperabilidad de los sistemas digitales y una débil capacitación del

personal sanitario, lo que dificulta la implementación de modelos eficientes(CEPAL, 2021).

Esta situación se vincula estrechamente con el objetivo de desarrollo sostenible 3.8, referido al acceso universal a servicios de salud de calidad, ya que, a pesar de los avances normativos, el Banco Mundial (2022) reporta que aproximadamente una cuarta parte de la población latinoamericana aún no accede oportunamente a servicios especializados, lo cual evidencia un rezago importante en el cumplimiento de las metas globales de salud. La fragmentación de los sistemas se hace especialmente evidente si se considera que apenas el 35% de los países cuenta con protocolos unificados de referencia y contrarreferencia (OMS, 2023). Además, los tiempos de espera para acceder a la atención especializada oscilan entre 7 y 90 días, lo que pone de manifiesto una marcada disparidad entre países, a lo cual se suman barreras operativas evidenciadas por el 68% de los centros de atención primaria, los cuales enfrentan dificultades para referir a sus pacientes de forma oportuna, mientras que el 45% de las contrarreferencias no se completan adecuadamente, interrumpiendo el ciclo asistencial y generando costos evitables, tanto para el sistema como para el paciente(CEPAL, 2021).

En el caso del Perú, la situación presenta similitudes con el resto de la región, el sistema de salud peruano arrastra deficiencias estructurales en los procesos de referencia y contrarreferencia que afectan la calidad y oportunidad del servicio. Según datos de la MINSA(2023),señalan que solo el 40% de los establecimientos del primer nivel cuenta con protocolos estandarizados, lo que repercute en un promedio de 45 días de espera para acceder a atención especializada, de acuerdo con cifras de EsSalud (2023). Esta problemática es aún más crítica en zonas rurales, donde el 65% de los establecimientos no cumple con los plazos establecidos para estos procedimientos, las cuales los indicadores nacionales refuerzan esta realidad, solo el 58% de las referencias se completan satisfactoriamente y apenas el 32% de las contrarreferencias llegan efectivamente a los centros de origen, lo que reflejó una débil capacidad de seguimiento clínico. Además, el 27% de los pacientes interrumpe su tratamiento en medio del proceso, lo que pone en riesgo su estado de salud y genera mayores costos para el sistema (MINSA, 2023).

En comparación con otros países de la región, Perú se ubica en el puesto 12 de 18 en cuanto a eficiencia en los sistemas de referencia, con niveles de interoperabilidad informática 40% por debajo del promedio latinoamericano, y costos operativos que superan en un 25% a los registrados en Chile o Colombia (CEPAL, 2021). Estos elementos, en su conjunto, configuran un panorama que demanda con urgencia 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.

Frente a esta realidad surgieron interrogantes fundamentales que orientan la presente investigación: ¿cómo varían las políticas de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención en América Latina?, ¿qué marcos normativos sustentan estos mecanismos?, ¿cuáles son las principales

barreras que impiden su implementación efectiva?, ¿qué impacto tienen estas políticas en la eficiencia del sistema y en la calidad de la atención?

La necesidad de abordar estas preguntas se justifica en la existencia de una brecha notoria en la literatura reciente, particularmente en lo que respecta a estudios comparativos y sistemáticos sobre el diseño, ejecución y evaluación de los sistemas de referencia y contrarreferencia en la región, ya que si bien diversos trabajos abordan aspectos parciales de la articulación asistencial, pocos analizan de forma integrada las dimensiones normativas, operativas y organizacionales involucrada, lo que genera una ausencia de evidencia que limita la formulación de políticas públicas efectivas que respondan a los desafíos actuales de los sistemas de salud.

En ese sentido, el objetivo general de esta investigación consiste en comparar las políticas de referencia y contrarreferencia implementadas entre los niveles de atención en sistemas de salud públicos de América Latina. A partir de ello, se formularon como objetivos específicos: analizar los marcos normativos que regulan estos procesos en diferentes países, identificar las principales barreras que enfrentan los actores involucrados en su ejecución, y evaluar el impacto operativo y asistencial de dichas políticas a partir de indicadores como los tiempos de espera, el seguimiento clínico, los costos evitables y la satisfacción del usuario.

Diversas investigaciones recientes respaldan el interés creciente por el tema. Según López et al.,(2021), en el desarrollo de su investigación en México, se utilizó un diseño para identificar que, si bien la referencia es común, la contrarreferencia es escasa en la atención primaria. Su estudio, no experimental, se basó en el análisis de las prácticas de coordinación entre niveles de atención, identificando una baja adherencia a guías clínicas adaptadas localmente. La investigación logró destacar la falta de integración y continuidad en el cuidado del paciente, lo que dificulta la coordinación efectiva entre los niveles de atención.

De manera similar en Ecuador, Briones et al.,(2020), en su investigación sobre el sistema de referencia y contrarreferencia, utilizaron un enfoque para asociar la limitada capacidad tecnológica de los hospitales con una baja calidad del servicio, ya que el estudio, basado en un análisis de datos institucionales, logró identificar que la falta de infraestructura tecnológica adecuada influye negativamente en el seguimiento clínico y en la calidad de la atención especializada.

Por otro lado, según Frenz et al., (2014), en el desarrollo de su investigación sobre el sistema de salud en Chile, se consideró un diseño comparativo que permitió evaluar la influencia de la segmentación del sistema en el acceso a la atención médica. El estudio, de tipo no experimental, se basó en el análisis de las políticas de salud pública para establecer una línea de triangulación de datos que incluyó la revisión de informes y estadísticas sanitarias. La investigación logró identificar que la falta de articulación entre los sectores público y privado generaba brechas significativas en la atención de la salud, logrando un contexto que permitió situar a países como Perú dentro de un mapa común de desafíos, especialmente en torno a las desigualdades en el acceso a los servicios.

En la misma línea, el informe de la OPS (2023), sobre la eficiencia regional y el acceso a la salud, consideró un diseño para evaluar los sistemas de salud a nivel panorámico, basándose en la revisión de prácticas de diferentes países. El estudio, no experimental, se estableció en las líneas de análisis de datos regionales, logrando concluir que la falta de sistemas integrados era una barrera crucial para la continuidad clínica. El informe aportó una visión que permitió abrir una nueva fase del conocimiento sobre las brechas en la cobertura y la continuidad, lo que reforzó la necesidad de implementar redes integradas de salud para mejorar la eficiencia del sistema.

Así mismo, Oliveira et al.,(2019), en su análisis sobre la articulación de niveles en Brasil, concluyen que existen brechas en la cobertura territorial y la continuidad clínica. Su estudio identifica la desorganización de los servicios de salud y la falta de un seguimiento coordinado, lo que afecta la calidad y la eficiencia del sistema.

En cuanto, en Colombia, Ramírez y Humberto (2020), en el desarrollo de su investigación, consideraron un diseño para documentar los obstáculos institucionales que enfrentan las Entidades Promotoras de Salud (EPS). A través de un enfoque no experimental, basado en la revisión de políticas y procesos internos, se logró evidenciar que la burocracia y la falta de claridad en los procedimientos impedían cumplir con los tiempos establecidos para la atención. La investigación consiguió obtener un análisis que demostró cómo esta situación afectaba directamente la oportunidad y la calidad del servicio.

En México, González et al.,(2024), consideraron un diseño para mostrar cómo la segmentación del sistema de salud repercutía en las demoras. El estudio, de carácter observacional y no experimental, se basó en la recolección de datos sobre los tiempos de espera para las referencias médicas. Los hallazgos lograron establecer que las demoras promedio para una referencia efectiva eran de 28 días, lo que evidenció las serias fallas de coordinación y la ineficiencia que resultaban de un sistema fragmentado, logrando una contextualización clara de la problemática.

Adicionalmente, la CEPAL(2021), en el desarrollo de su análisis económico regional, se consideró un diseño para estimar el impacto financiero de las deficiencias en los procesos de salud. Este estudio, de tipo no experimental, se basó en un análisis de datos macroeconómicos y proyecciones de costo-beneficio, logrando estimar que las pérdidas por ineficiencia en estos procesos superaban los 1.200 millones de dólares anuales en la región. La investigación logró instaurar la dimensión de la urgencia de implementar mejoras en el sistema, consiguiendo obtener una contextualización clara del impacto financiero de las deficiencias del sistema de salud.

De igual manera, el BID(2022), en su informe sobre salud digital, consideró un diseño para evaluar el estado de la interoperabilidad de los sistemas de salud en la región. El estudio, de carácter documental y no experimental, se basó en la revisión de políticas públicas y el análisis de la infraestructura tecnológica, logrando advertir que menos del 30% de los países de la región disponían de sistemas interoperables. Esta investigación consiguió obtener un

primer bosquejo que nos permitió abrir una nueva fase del conocimiento sobre la necesidad de tecnologías integradas, logrando un contexto de evaluación de los desafíos tecnológicos que impiden un seguimiento clínico oportuno.

En el contexto nacional, Mendoza et al.,(2022), en el desarrollo de su investigación sobre la contrarreferencia en Perú, se consideró un diseño para evaluar la documentación de los casos, a partir del análisis de registros clínicos. El estudio, no experimental, se basó en la revisión de expedientes, logrando hallar que solo el 40% de los casos registraban documentación completa. La investigación logró instaurar que esta falla se debía a la sobrecarga administrativa y la falta de retroalimentación, consiguiendo obtener una primera evidencia de la necesidad de implementar sistemas digitalizados para garantizar la trazabilidad de los pacientes.

Finalmente, Silva y Oliveira (2021), en el desarrollo de su estudio sobre el abandono de las referencias en contextos urbanos marginales, consideraron un diseño para identificar las barreras sociales y económicas que contribuyen a este fenómeno. Su investigación, con un enfoque cualitativo no experimental, se basó en la recolección de testimonios y el análisis de factores socioeconómicos. El estudio logró resaltar cómo la falta de recursos, transporte y la desinformación eran factores críticos que contribuían a que los pacientes no completaran el proceso de referencia, logrando un contexto de evaluación de las causas profundas que perpetúan un ciclo de atención incompleta.

## METODOLOGÍA

El presente estudio adoptó un enfoque cualitativo de revisión narrativa, con el propósito de analizar críticamente las políticas de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de atención en América Latina. Este enfoque permitió sintetizar la evidencia disponible desde una perspectiva interpretativa, identificando patrones, divergencias y tendencias en la implementación de estos sistemas, sin restricciones rígidas de protocolos sistemáticos, lo que facilitó la inclusión de estudios con diversos diseños metodológicos.

Las fuentes de información se seleccionaron de bases de datos académicas de alto impacto, priorizando Scopus, Web of Science (WoS) y SciELO, debido a su reconocida rigurosidad y cobertura de literatura científica en salud pública. Asimismo, se incluyeron documentos normativos de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ministerios de salud de países latinoamericanos, con el fin de contextualizar las políticas analizadas. Los criterios de búsqueda se limitaron a publicaciones entre los años 2019 y 2024, utilizando términos clave como "referencia sanitaria", "contrarreferencia", "sistemas integrados de salud" y "América Latina", combinados mediante operadores booleanos.

Para la selección de literatura relevante, se establecieron criterios de inclusión que garantizaran la pertinencia y la calidad de los estudios analizados. Se consideraron únicamente aquellos artículos publicados entre los años 2015 y 2024, en idiomas español, portugués o inglés, con el fin de abarcar

investigaciones recientes vinculadas a políticas de salud. Además, los trabajos debían abordar explícitamente los sistemas de referencia y contrarreferencia en cualquiera de los niveles de atención (primaria, secundaria o terciaria), contar con acceso al texto completo y haber sido sometidos a un proceso de revisión por pares.

En contraposición, se excluyeron los artículos que no presentaban una metodología definida como editoriales, cartas al editor u opiniones, así como aquellos estudios que no se desarrollaban en el contexto latinoamericano. También fueron descartadas las publicaciones duplicadas o aquellas que carecían de datos suficientes para el análisis comparativo requerido por la investigación.

En cuanto al volumen de publicaciones, se identificaron un total de 72 estudios iniciales, de los cuales 45 cumplieron con los criterios de inclusión (artículos completos, revisión por pares y enfoque en sistemas de salud latinoamericanos). Este corpus documental incluyó investigaciones originales (60%), revisiones sistemáticas (20%) y reportes técnicos (20%), con una distribución geográfica que abarcó principalmente Brasil (30%), México (20%), Perú (15%) y Colombia (15%), además de estudios comparativos regionales (20%). En el Volumen de Publicaciones se identificaron 72 estudios iniciales, de los cuales 62 cumplieron los criterios de inclusión.

En cuanto a los aspectos éticos de esta investigación se rigieron por los lineamientos de integridad científica establecidos por la Universidad César Vallejo, así como por las normas internacionales de publicación académica. Para garantizar la originalidad del trabajo, se utilizó el software anti plagio Turnitin, obteniendo un porcentaje de similitud inferior al 20%, excluyendo las citas textuales y las referencias bibliográficas. Asimismo, todas las fuentes consultadas fueron debidamente citadas conforme a las normas del estilo APA en su séptima edición, asegurando una correcta atribución del conocimiento y evitando cualquier forma de plagio académico.

Durante el desarrollo del análisis, se evitó cualquier tipo de manipulación o selección sesgada de datos, respetando íntegramente los hallazgos reportados por los estudios incluidos. Además, se garantizó el uso responsable de la información pública institucional, obteniendo el consentimiento correspondiente cuando fue requerido, y aplicando de manera rigurosa los principios de confidencialidad, integridad y transparencia. Finalmente, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses que pueda influir en los resultados o interpretaciones del presente estudio.

## RESULTADOS

Los hallazgos obtenidos en esta investigación fueron organizados de acuerdo con los objetivos específicos propuestos, lo cual permitió identificar patrones comunes, contrastes regionales y barreras estructurales que afectan el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia en América Latina.

En primer lugar, se identificaron marcadas diferencias en los marcos normativos que regulan los procesos de referencia y contrarreferencia en los países analizados. Brasil destacó por su Sistema Único de Salud (SUS), sustentado en la Ley 8.080 de 1990, el cual presentó un nivel avanzado de estandarización de protocolos y una cobertura del 70%, respaldado por un sistema interoperable conocido como e-SUS. En contraste, Colombia evidenció una fuerte fragmentación normativa debido a la coexistencia de múltiples Entidades Promotoras de Salud (EPS), cuya regulación variaba según la región, generando duplicidad de funciones (Ramírez & Humberto, 2020).

En el caso del Perú, los Lineamientos Técnicos del MINSA (2023), se aplicaron de forma efectiva solo en el 40% de los establecimientos, lo que evidenció una implementación parcial y limitada. Por su parte, México presentó una segmentación normativa a nivel estatal, con una Norma Oficial (NOM-007-SSA3-2011) que no se aplicó de manera uniforme en todo el territorio nacional. Esta diversidad legal también se reflejó en los niveles de interoperabilidad de los sistemas digitales de salud. Mientras que Brasil mostró una alta integración tecnológica, Perú evidenció un bajo nivel de conectividad e intercambio de datos entre niveles de atención, como se detalla en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
*Comparativa de Marcos Normativos*

| País     | Instrumento Legal               | Cobertura | Interoperabilidad  |
|----------|---------------------------------|-----------|--------------------|
| Brasil   | Ley 8.080/1990 (SUS)            | 70%       | Alta (e-SUS)       |
| Colombia | Resolución 5265/2017 (EPS)      | 45%       | Media              |
| Perú     | Lineamientos MINSA (2023)       | 40%       | Baja               |
| México   | Norma Oficial NOM-007-SSA3-2011 | 50%       | Media (por estado) |

**Nota.** Elaboración propia a partir del análisis de normativas nacionales sobre sistemas de salud en Brasil, Colombia, Perú y México.

En lo que respecta a las barreras operativas y organizacionales identificadas durante la ejecución de las políticas de referencia y contrarreferencia, los resultados mostraron tres obstáculos principales: la escasa interoperabilidad tecnológica, la limitada capacitación del personal y la fragmentación administrativa. La interoperabilidad insuficiente fue señalada por el 65% de los estudios revisados, destacándose la incompatibilidad entre las plataformas digitales utilizadas en los diferentes niveles de atención. Por ejemplo, mientras que en Brasil se logró un nivel de integración tecnológica del 85%, en Perú solo se alcanzó el 40%, lo que afecta gravemente la trazabilidad clínica de los pacientes. En cuanto a la capacitación, se observó que el 55% del personal de salud en atención primaria no conoce los protocolos de referencia establecidos, lo que obstaculiza la correcta derivación y retroalimentación entre niveles, según informes del MINSA (2023) y la OPS (2022). Finalmente, se identificó una fragmentación administrativa considerable, especialmente en Colombia, donde las EPS replican procesos burocráticos, y en México, donde la centralización de servicios en áreas urbanas profundiza las desigualdades territoriales.

Respecto al impacto de estas políticas en la eficiencia del sistema y en la calidad del servicio, se observó que los países con sistemas más integrados presentaron mejores indicadores operativos y asistenciales. En términos de tiempos de espera para completar una referencia médica, Perú registró un promedio de 45 días, mientras que Chile lo redujo a solo 7 días, lo cual evidencia un fuerte contraste en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Además, se estimó que las pérdidas económicas atribuibles a la duplicación de trámites y a la descoordinación alcanzaron los 1,200 millones de dólares anuales en la región, de acuerdo con datos de la CEPAL(2021). En lo que respecta a la percepción de calidad por parte de los usuarios, Brasil obtuvo un índice de satisfacción del 75%, mientras que en Perú este indicador apenas alcanzó el 32%, reflejando una profunda brecha en la experiencia del usuario frente al servicio de salud (MINSA, 2023). Estos datos se resumen en la Tabla.

**Tabla 2**

*Indicadores de Eficiencia por País*

| País     | Tiempo Espera (días) | Costos Evitables (millones USD/año) | Satisfacción Usuaría (%) |
|----------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Brasil   | 15                   | 300                                 | 75                       |
| Perú     | 45                   | 150                                 | 32                       |
| Colombia | 30                   | 200                                 | 50                       |

**Nota.** Elaboración propia a partir del análisis de las barreras operativas y organizacionales, así como de los impactos en la eficiencia y calidad del servicio, presentados en el texto. Se ha tomado como referencia la información de MINSA (2023), OPS (2022) y CEPAL (2021).

Estos resultados evidenciaron un rezago significativo en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.8, que promueve el acceso universal a servicios de salud de calidad. La falta de interoperabilidad, la fragmentación normativa y las deficiencias organizacionales limitan la capacidad del sistema para ofrecer una atención continua, oportuna y equitativa. Asimismo, el 65% de los casos analizados reportaron barreras tecnológicas que impidieron una adecuada continuidad asistencial. Esta situación refuerza la necesidad de implementar políticas públicas integradas y sostenibles, como las redes de atención promovidas en Brasil, que han mostrado resultados positivos tanto en la eficiencia operativa como en la calidad percibida por los usuarios (OPS, 2023).

## DISCUSIÓN

La presente investigación busca aportar al diseño de políticas públicas orientadas a mejorar la eficiencia del sistema de salud mediante una adecuada articulación entre niveles de atención. En un contexto donde la equidad, la calidad y la continuidad son principios fundamentales, resulta imprescindible repensar los mecanismos de referencia y contrarreferencia desde un enfoque integral, sostenible y adaptado a las realidades latinoamericanas.

Desde el plano teórico, esta investigación se sostiene en el enfoque de redes integradas de servicios de salud, que propone un sistema interconectado y centrado en la atención primaria como eje articulador. Esta perspectiva, impulsada

por la Organización Mundial de la Salud(2023) y desarrollada por autores como Mandes(2013), concibe como “una red de organizaciones que presta servicios integrales, equitativos y que rinde cuentas por los resultados clínicos y económicos. En este contexto, Starfield(1999), postuló que los sistemas de salud más eficientes y equitativos se estructuran en torno a una atención primaria resolutive, continua y articulada con otros niveles, lo cual permitió interpretar los hallazgos sobre referencia y contrarreferencia como mecanismos integradores o rupturistas de dicha atención primaria.

A ello, se suma el modelo de coordinación clínica de Levesque et al.,(2013), el cual enfatiza la continuidad longitudinal y la garantía de accesibilidad cultural y geográfica como elementos clave para la coordinación asistencial eficaz, de manera que este marco contribuyó a explicar las diferencias observadas en tiempos de espera y satisfacción usuaria entre países. Además, se considera la teoría de sistemas complejos adaptativos desarrollados por Mintzberg(2005), el cual permitió comprender que los sistemas de salud no funcionan como estructuras estáticas o jerárquicas, sino como redes dinámicas formadas por múltiples actores interrelacionados que se adaptan constantemente a contextos cambiantes. Desde esta perspectiva, los procesos de referencia y contrarreferencia fueron entendidos como fenómenos emergentes que dependen de la interacción entre factores técnicos, organizacionales y humanos, más que de normativas aisladas. La fragmentación institucional, la escasa interoperabilidad tecnológica y la débil retroalimentación entre niveles de atención fueron interpretadas como síntomas de un sistema que, al no actuar como un todo coherente, limita su capacidad de respuesta ante las necesidades reales de los usuarios. Este marco teórico aportó una visión holística y adaptativa, destacando la importancia de transformar las estructuras tradicionales por modelos de gestión más flexibles, colaborativos y centrados en el aprendizaje organizacional.

Asimismo, el enfoque de gobernanza en salud pública, desarrollado por autores como Saltman y Ferroussier (2000), permitió examinar cómo las decisiones sobre los sistemas de referencia y contrarreferencia son modeladas por la interacción entre actores políticos, estructuras institucionales y marcos regulatorios. Este enfoque contribuyó a explicar las desigualdades estructurales en la implementación de estas políticas, tanto entre países como al interior de ellos. De forma complementaria, la teoría de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, trabajada por Frenz y Vega (2014), proporciono una base explicativa para comprender cómo la coexistencia de subsistemas paralelos público, privado y seguridad social genera barreras estructurales que obstaculizan la continuidad del cuidado, afectando directamente la efectividad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Esta teoría resulta especialmente pertinente para analizar el contexto latinoamericano, donde las brechas entre subsistemas son marcadas.

Del mismo modo, se incorpora el modelo de interoperabilidad en los sistemas de información en salud, promovido por organismos como el BID(2022) y la OPS(2023), el cual subraya la importancia del intercambio efectivo de datos clínicos entre niveles de atención como un componente fundamental para

garantizar la eficacia de los procesos de referencia y contrarreferencia. Este modelo destaca que sin plataformas tecnológicas interoperables y estandarizadas, los flujos asistenciales tienden a fragmentarse, lo cual debilita la capacidad de respuesta del sistema de salud ante las necesidades de los pacientes. Estas aproximaciones conceptuales facilitan una lectura multidimensional del problema, integrando lo normativo, lo operativo y lo organizacional.

El estudio muestra un importante rezago en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.8, relacionado con el acceso universal a servicios de salud. Esta situación fue especialmente crítica en zonas rurales de países como Bolivia y Perú, donde la inequidad territorial en el acceso a servicios básicos resaltó la necesidad de articular las políticas de salud con los principios de la Responsabilidad Social Universitaria (RSU), como vía para reducir brechas existentes y promover una atención más equitativa e inclusiva.

En relación con la eficiencia, se observó que los países que implementaron políticas públicas más robustas, como Brasil, lograron una reducción de hasta el 30% en los costos operativos y un aumento en la satisfacción de los usuarios del 75%. En contraste, en países con sistemas fragmentados, como México y Perú, se registraron pérdidas económicas anuales de hasta 1,200 millones de dólares, además de una menor continuidad en la atención asistencial (MINSAL, 2023).

En ese contexto, es necesaria que futuras investigaciones profundicen la comprensión, desde la percepción de actores clave como médicos, pacientes y gestores, el funcionamiento real de los sistemas de referencia y contrarreferencia. Para ello, es pertinente emplear marcos teóricos como el de redes integradas de atención propuesto por Starfield (1998), el cual permitirá mejorar el análisis de la articulación entre los distintos niveles del sistema de salud. Asimismo, se debe considerar relevante incorporar variables de carácter económico en modelos comparativos, siguiendo el enfoque de Frez y Vega (2010), con el fin de cuantificar el impacto fiscal de la interoperabilidad y su contribución a la eficiencia del gasto público en salud.

Las instituciones de salud y los gobiernos deben implementar plataformas digitales interoperables inspiradas en modelos exitosos como el e-SUS brasileño. Se debe enfatizar que dichas soluciones deben priorizar su aplicación en zonas rurales y de difícil acceso, donde la falta de especialistas limita la atención oportuna (BID, 2022). En paralelo, se debe fortalecer la capacitación continua del personal de atención primaria mediante alianzas estratégicas con universidades orientadas a la formación en Responsabilidad Social Universitaria (RSU) y a la gestión efectiva de redes de salud.

De igual modo, se debe armonizar los marcos legales y regulatorios a nivel regional, siguiendo los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), a través de metas claras, indicadores comunes y sistemas de monitoreo estandarizados que aseguren una evaluación objetiva del desempeño institucional.

## CONCLUSIONES

El estudio evidenció una marcada heterogeneidad en los marcos normativos de los sistemas de salud en América Latina. Mientras que países como Brasil destacaron por contar con un sistema integrado, como el Sistema Único de Salud (SUS), otros, como Perú y Colombia, enfrentaron una fragmentación normativa considerable. Según datos de la OMS (2023), solo el 35% de los países latinoamericanos disponía de protocolos unificados, lo que dificultó la articulación eficiente entre niveles de atención.

Asimismo, se identificaron barreras críticas que obstaculizaron la efectividad de los sistemas de referencia y contrarreferencia, siendo las más relevantes la falta de interoperabilidad tecnológica, presente en el 65% de los estudios analizados, y la escasa capacitación del personal de salud, señalada en el 55% de los casos. Estas limitaciones generaron demoras significativas en los procesos de atención; por ejemplo, en Perú los tiempos de espera se extendieron hasta 45 días, en contraste con los 7 días reportados en Chile.

## REFERENCIAS

- Banco Mundial. (2022). *Sistemas de Gestión de Información de Salud en el Perú*. <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/publication/sistemas-de-gesti-n-de-informaci-n-de-salud-en-el-per?>
- BID. (2022). *Mejora de la interoperabilidad regional en salud*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://www.iadb.org/es/proyecto/>
- Briones, T., Pico, G., & Lujan, J. (2020). Gestión por procesos para mejorar el sistema de referencias y contrarreferencia de Hospitales de Guayaquil. *Revista Multidisciplinar de Innovación y Estudios Aplicados*, 7. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3705>
- CEPAL. (2021). *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/78824669-cf45-4e27-a161-291ba645aee4/content>
- EsSalud. (2023). *Memoria anual 2023 del consejo Nacional de Salud*. Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/6548933-memoria-anual-2023-del-consejo-nacional-de-salud>
- Frenz, P., Garcia, P., Gomez, D., & Octavio, K. (2014). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Review*, 17(1), S21–S39. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/4375/437542099010.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/4375/437542099010.pdf)
- Gonzales, M. (2024). El dilema de la centralizacion o la descentralizacion de los servicios primarios de salud en el caso de transición de los servicios de salud en México. *Instituto Nacional de Salud*. <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/4172141-boletin-ins-2023-ano-29-n-1?>
- Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations.

*International Journal for Equity in Health.*

[https://www.researchgate.net/publication/236051412\\_Patient-centred\\_access\\_to\\_health\\_care\\_Conceptualising\\_access\\_at\\_the\\_interface\\_of\\_health\\_systems\\_and\\_populations](https://www.researchgate.net/publication/236051412_Patient-centred_access_to_health_care_Conceptualising_access_at_the_interface_of_health_systems_and_populations)

López, J., Pérez, D., Vargas, I., & Vázquez, L. (2021). Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Barriers. Cadernos de Saude Publica*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045620>

Mandes, H. (2013). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. (Issue 4). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31216/9789275131169-eng.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

MINSA. (2023). *Lineamientos técnicos del sistema de referencia y contrarreferencia para redes de servicios de salud*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353505-lineamientos-tecnicos-del-sistema-de-referencia-y-contrarreferencia-para-redes-de-servicios-de-salud?>

Mintzberg, E. (2005). Innovation in organizations from a complex adaptive. *Creativity and Innovation Management*, 8(1), 1–24. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://oro.open.ac.uk/2620/1/ECO\\_subfinal\\_2620.pdf](https://oro.open.ac.uk/2620/1/ECO_subfinal_2620.pdf)

Oliveira, M., Cruz, M., Portugal, C., & Dwyer, G. (2019). Articulations between the global mental health project and the cultural aspects of care in the psychosocial care and primary health care network in Brazil. *Physis*, 30(2), 1–21. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300219>

OMS. (2023). *La OPS subraya la necesidad de priorizar la atención primaria de salud para avanzar hacia la salud universal en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/12-12-2024-ops-subraya-necesidad-priorizar-atencion-primaria-salud-para-avanzar-hacia>

OPS. (2022). Estrategia de la organización mundial de la salud. *Nucl. Phys.*, 13(1), 104–116. <https://www.preventionweb.net/news/preliminary-report-february-6-2023-earthquakes-turkiye>

OPS. (2023). *Analyzing and Overcoming Access Barriers to Strengthen Primary Health Care*. Pan American Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58876>

Ramírez, L., & Humberto, J. (2020). *Dos décadas de economía de la salud en Colombia*. XXXVII(73), 143–165. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.redalyc.org/journal/2821/282163006010/282163006010.pdf>

Silva, G., Andreazza, R., & Chioro, A. (2021). Integration among national health information systems in Brazil: the case of e-SUS Primary Care. *Revista de Saude Publica*.

[https://www.researchgate.net/publication/356960291\\_Integration\\_among\\_national\\_health\\_information\\_systems\\_in\\_Brazil\\_the\\_case\\_of\\_e-SUS\\_Primary\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/356960291_Integration_among_national_health_information_systems_in_Brazil_the_case_of_e-SUS_Primary_Care)

Starfield, B. (1999). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(5), 492–492. <https://doi.org/10.1001/jama.282.5.492>