



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SALUD DEL ECUADOR, UN ABORDAJE HISTÓRICO DE
1967 AL 2022**

SALUD PÚBLICA

AUTOR:

Md. Jesús Nicolás Larco Coloma

DIRECTOR DE TESIS:

PhD. Natalia Sierra

TUTOR METODOLÓGICO:

PhD. Karen Pesse

QUITO – 2023

Dedicatoria

A Dios y la Virgen en su sagrado e infinito amor

A mis padres los doctores Marcita Deida y Nicolás, que son la guía en mi formación

A la sangre galénica que llevo en mi ser

A mi patria para servirle con el conocimiento y acción para crear una nueva sociedad

A todos los galenos y seres humanos que cada día brindan una luz para la humanidad

A mis maestros y mis directores de tesis

A nuestra alma Mater Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Jesús Nicolás Larco Coloma

Índice de contenidos

CAPÍTULO I	1
Introducción.....	1
CAPÍTULO II.....	3
Marco Teórico	3
Política pública	3
Conceptualización	3
Políticas de salud y políticas del sector salud.....	4
Marco legal y normativo	4
Principales actores de las políticas de salud	6
Sistema de Salud	6
Conceptualización y propósitos	6
Características y elementos constitutivos	7
Formas de organización de los servicios y las prestaciones	7
Modelo de Atención.....	8
Conceptualización	8
Principios.....	9
Principales elementos.....	9
Provisión de servicios o prestaciones de salud	9

Organización.....	9
Gestión.....	10
2.6.3.4 Financiamiento	10
Rectoría.....	11
Tipos de modelos de atención.....	11
Epidemiológico	11
Biomédico.....	11
Integrado.....	12
Intercultural.....	12
Sociológico	13
Psicosocial	13
CAPÍTULO III	15
Metodología.....	15
Justificación	15
Planteamiento del problema	16
Pregunta de investigación.....	18
Objetivos.....	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos	18
Tipo de estudio.....	19

Población y muestra	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión.....	20
Muestreo.....	20
Procedimientos para la obtención de la información.....	20
Fuentes.....	20
Técnicas e Instrumentos	21
Temas y preguntas	21
Análisis de la información.....	22
Consideraciones éticas y de género	23
CAPÍTULO IV	25
Resultados	25
Modelos de Atención en salud propuestos en Ecuador desde 1967 al 2022	26
Modelo de atención preventivo – curativo de corte liberal (1905 – 1971)	26
Estado de protección (Modelo Keynesiano) (1972 – 1982).....	28
Modelo de Atención Primaria en Salud (1978 – 1988).....	28
Modelo de Atención Preventivo – Curativo de corte neoliberal (1990 – 2005).....	29
Modelo de Atención Integral del Sistemas Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (2012 – ¿2020?)	31
Tendencias sanitarias promulgadas por organismos internacionales	33

Cronología de las políticas públicas y los modelos de atención de la salud en Ecuador	35
Opinión de los actores clave sobre las diferentes propuestas de Modelo de Atención. ...	40
Conocimiento de los entrevistados sobre los modelos de atención en salud propuestos en el Ecuador entre el 1967 y el 2022.	42
4Opinión sobre la perspectiva histórica del cambio en los modelos de atención	44
Actores fundamentales para la implementación de las políticas públicas en los modelos de atención	46
Medios o materiales para la implementación de los modelos de atención.....	48
Politización en salud.....	50
4.5.5 Normativa que ha favorecido la implementación de los modelos de atención ...	52
Apoyo por parte de las autoridades para la implementación de políticas públicas que mejoren los modelos de atención	54
4.5.7 Organismo que ha asumido la rectoría del sector de la salud	57
Lecciones aprendidas de la implementación de los modelos de atención.....	58
Desafíos para la consolidación del sistema de salud y del modelo de atención	61
CAPÍTULO V.....	67
5. Discusión	67
CAPÍTULO VI	71
6. Conclusiones y Recomendaciones	71
6.1 Conclusiones	71
Recomendaciones	72

Referencias bibliográficas	74
Anexos.....	80

Índice de tablas

Tabla 1. Temas y preguntas realizadas en la entrevista	21
Tabla 2. Trazabilidad de la bibliografía incluida.....	Error! Bookmark not defined.
Tabla 3. Documentos oficiales de las políticas públicas en salud que sustentaron a los modelos de atención propuestos entre el año de 1967 y el 2022.....	35
Tabla 4. Perfil demográfico y profesional de los participantes entrevistados.....	40
Tabla 5. Contenidos, pensamientos, ideas y reflexiones de los entrevistados	63

Índice de figuras

Figura 1. Proceso de selección de las referencias bibliográficas	25
Figura 2. Línea de tiempo de triple entrada: Modelos de Atención en Ecuador, Políticas Públicas en Salud, y Tendencias Internacionales sobre los Modelos de Atención desde 1967 hasta 2022.....	39
Figura 3. Nube de palabras sobre los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 y 2022.	42
Figura 4. Mapa de Giddens sobre los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 y 2022.	43
Figura 5. Nube de palabras sobre la perspectiva histórica frente al cambio de los modelos de atención.	45
Figura 6. Mapa de Giddens sobre la perspectiva histórica frente al cambio de modelos de atención.	46
Figura 7. Nube de palabras sobre la implementación de las políticas públicas en los modelos de atención.....	47
Figura 8. Mapa de Giddens sobre los actores fundamentales para la implementación de políticas públicas.....	48
Figura 9. Nube de palabras sobre los medios o materiales que facilitaron u obstaculizaron la implementación de los modelos de atención.	49
Figura 10. Mapa de Giddens sobre los medios o materiales para la implementación de los modelos de atención.....	50
Figura 11. Nube de palabras sobre la politización en la salud del país	51
Figura 12. Mapa de Giddens sobre la politización en salud.....	52

Figura 13. Nube de palabras sobre la normativa que ha favorecido a la implementación del modelo de atención en la salud pública.....	53
Figura 14. Mapa de Giddens sobre la normativa que ha favorecido a la implementación del modelo de atención en la salud pública.....	54
Figura 15. Nube de palabras sobre el apoyo por parte de las autoridades para que en Ecuador se implementen políticas públicas para el mejoramiento de los modelos de atención.	55
Figura 16. Mapa de Giddens sobre sobre el apoyo por parte de las autoridades para que en Ecuador se implementen políticas públicas para el mejoramiento de los modelos de atención.	56
Figura 17. Nube de palabra sobre el organismo que asume la rectoría del sector público. .	57
Figura 18. Mapa de Giddens sobre el organismo que asume la rectoría del sector público.	58
Figura 19. Nube de palabras sobre las lecciones aprendidas en cuanto a la implementación de modelos de atención.	59
Figura 20. Mapa de Giddens sobre las lecciones aprendidas en cuanto a la implementación de los modelos de atención.....	60
Figura 21. Nube de palabras sobre los desafíos existentes para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención.	61
Figura 22. Mapa de Giddens sobre los desafíos existentes para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención.	62
Figura 23. Algoritmo final del análisis cualitativo de las entrevistas a actores claves	66

Resumen

Introducción: El modelo de atención es un conjunto de lineamientos que se fundamentan en principios que ayudan a orientar la forma en como el Sistema de Salud se organiza, para implementar acciones para promocionar a la salud, prevenir enfermedades, brindar una atención dirigida a la recuperación y vigilar el medio ambiente, con pertinencia intercultural mediante una gestión adecuada de los recursos.

Objetivo: Analizar los cambios en los modelos de atención de salud en el marco de las políticas públicas de salud propuestas o implementadas en el Ecuador entre el año 1967 y el 2022.

Metodología: El abordaje metodológico del presente estudio es de tipo cualitativo interpretativo. La información sobre los cambios en el modelo de atención propuesto y de las políticas públicas referidas al sistema de salud del Ecuador, así como de los factores nacionales e internacionales que las condicionaron, fue obtenida mediante una revisión documental. La información sobre las razones para la adopción y sobre el proceso de implementación de los diferentes modelos de atención, se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas a académicos y tomadores de decisiones a nivel nacional, previo consentimiento informado firmado por cada entrevistado.

Conclusión: La descripción de los modelos a lo largo de la historia en Ecuador y la opinión de los diversos actores de alto nivel involucrados, permitieron conocer los cambios que han presentado los modelos de atención y su relación con el contexto sociopolítico del país.

Palabras clave: Atención de Salud, Sistema de Salud, Políticas Públicas, Ecuador.

Abstract

Introduction: The health care model is a set of guidelines that are based on principles that help guide the way in which the Public Health System is organized, to implement actions to promote health, prevent diseases, provide care aimed at recovering health, and monitoring the environment, with intercultural relevance through proper management of resources.

Objective: Analyze changes in health care models within the framework of public health policies proposed or implemented in Ecuador between 1967 and 2022.

Methodology: The methodological approach of this study is of qualitative interpretive nature. The information on the changes in the proposed care model and the public policies related to the Ecuadorian health system, as well as the national and international factors that conditioned them, was obtained through a documentary review. For the information about reasons for the adoption and on the implementation process of the different care models, semi-structured interviews with academics and decision makers at the national level were conducted prior informed consent signed by each interviewee.

Conclusion: The description of the models throughout history in Ecuador and the opinion of the various high-level actors involved, allowed to gain knowledge about the changes in the care models and their relationship with the sociopolitical context of the country.

Keywords: Health Care, Health System, Public Policies, Ecuador.

CAPÍTULO I

Introducción

El modelo de atención es el conjunto de políticas, lineamientos, estrategias y herramientas que se complementan para darle una adecuada organización al Sistema Nacional de Salud, ofreciéndole las garantías correspondientes para el cumplimiento de las necesidades básicas de la población de un país. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el funcionamiento adecuado de un sistema de salud incluye varias aristas como la rectoría, la provisión de servicios, la atención integral con el personal adecuado, entre otros factores, que ayudan a que se vaya construyendo una política pública en torno a la salud. (1)

En la actualidad se cuenta con mecanismos legales instaurados para que el derecho a la salud no sea vulnerado, en dependencia de la gestión, las políticas públicas y el presupuesto que el gobierno le asigne a este importante rubro. Sin embargo, esto no siempre fue así, pues la historia de la desigualdad en Ecuador ha estado muy arraigada a la realidad nacional, tanto así que se podría mencionar que desde los orígenes de esta república se instauraron las bases de la exclusión sistemática de la población. (2)

El Sistema Nacional de Salud ha estado sometido a varios cambios, debido principalmente a la coyuntura y a las transformaciones estructurales de los modelos de desarrollo y modelos económicos ligados a las últimas tres constituciones que se han promulgado en el país, la de 1979, la de 1998 y la última que fue aprobada en el año 2008. Cada cambio constitucional está relacionado a momentos críticos que se han vivido en el territorio ecuatoriano: se debe contextualizar que la constituyente de 1979 se estableció después de una dictadura militar que duró 7 años. La constituyente de 1998 se produjo por la instauración de las políticas neoliberales y la del 2008 se dio como respuesta a la inestabilidad política y económica que existía en Ecuador desde el comienzo del nuevo milenio. (2,3)

Precisamente en la última constitución se promulgaba el derecho a la salud, mediante el ejercicio de otros derechos con la finalidad de alcanzar el ansiado buen vivir o también conocido como “Sumak Kawsay”. En correspondencia con esto, el Plan Nacional del Buen Vivir dictado entre los años 2009 y 2013, establecía las metas y las políticas que ayudarían a que la gente alcance cierto nivel de felicidad, bienestar y satisfacción en sus necesidades

colectivas e individuales. A pesar de los esfuerzos que se hicieron en dicha época, las malas decisiones en políticas públicas, las coyunturas nacionales, los cambios de gobierno y la inoperancia de ciertos políticos han dejado expuesto al sistema nacional de salud. Este descuido llegó a tal punto que actualmente no existen las condiciones idóneas para la atención, incluso básica o de primer nivel que necesitan los ciudadanos. (4)

En este estudio se describirán los principales cambios en los modelos de atención, así como las características más importantes de los diferentes modelos y su relación con las políticas públicas, el contexto nacional e internacional y las limitaciones y alcances en la dimensión intercultural. Además, se pretende conocer e interpretar las perspectivas y opiniones de los profesionales que han trabajado en este sector del Estado, específicamente en el Ministerio de Salud Pública (MSP), sobre estos modelos y sus procesos de implementación.

Existen muy pocas publicaciones que presenten un análisis de los sistemas de salud y las políticas públicas que se han propuesto e implementado en el Ecuador durante los últimos años. Menos aún existen estudios que aporten una visión histórica de los cambios en los modelos de atención y las lecciones que se han ido aprendiendo con base en los errores y aciertos de estos. Esta investigación busca ampliar ese conocimiento para contribuir al mejoramiento y desarrollo de medidas para la adecuada ejecución del modelo vigente, así como de pautas que se ajusten y den respuesta a las necesidades de la sociedad actual y futura en relación con la atención de su salud.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

Política pública

Conceptualización

De acuerdo con lo que mencionan Ruiz & Cadenas, las políticas públicas son las diferentes acciones o decisiones que toma un gobierno para dar respuestas a las diferentes demandas que tiene la sociedad ante un problema, mediante el uso estratégico de los recursos de los que dispone el Estado. (5)

Se hace referencia a una política pública cuando existen cursos de acción y flujos de información que se encuentran conectados con un objetivo político definido por democracia, desarrollado por el sector público y con la participación de la comunidad en general. Una política pública de calidad tendrá orientaciones, instrumentos, contenidos, mecanismos, definiciones institucionales y la previsión de los resultados que se podrían obtener si se llega a aplicar, así como mecanismos de evaluación de los resultados y el impacto de esta. (6)

Las políticas públicas deberían reunir una serie de elementos, como por ejemplo la fundamentación de la idea, la estimación de los costos y las alternativas para su financiamiento, una evaluación del costo y del beneficio de esta para la sociedad y su beneficio social en comparación con otras decisiones políticas. Las características de una buena política pública son oportunidad política, claridad de objetivos, implementación y funcionalidad de los instrumentos e indicadores sociales, económicos, de eficiencia y eficacia. (6)

Las políticas públicas deben de contar con un alcance interinstitucional y con un alcance global, justamente para que esta sea también la encargada de garantizar la revisión de los impactos y los resultados obtenidos de su aplicación. Es decir, la política pública debe contar con elementos que le ayuden a auto ajustarse en dependencia de las necesidades o la coyuntura en que se está aplicando. (7)

Políticas de salud y políticas del sector salud

Las políticas públicas que se encuentran relacionadas con el ámbito de la salud deben de ser ideadas para la resolución de un problema en salud que sea considerado como relevante y de interés público. Los diferentes cambios socio – culturales, económicos y políticos de las últimas décadas han ido transformando la concepción y la gestión de las políticas públicas en salud, pues a lo largo de la historia se han considerado estas políticas como decisiones y acciones que toma el Estado para mejorar o solucionar un problema. Sin embargo, actualmente se establece que las políticas públicas en salud toman acción obedeciendo a relaciones interorganizacionales y transfronterizas, las cuales imponen políticas dinámicas, impredecibles y con una gran dificultad para su control. Estas condiciones hacen que existan limitaciones en cuanto al enfoque y el método, la relevancia de los actores políticos y los contextos, la utilización de corrientes científicas y políticas y la relación existente entre investigadores y actores políticos. (8)

El actual Modelo de Atención Integral de Salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS), vigente en el país, fue concebido a partir de la implementación de políticas sanitarias que buscaban responder a las necesidades de los ciudadanos ecuatorianos. Cabe mencionar que este modelo también surgió como una respuesta política del gobierno de turno, dando un revés a la historia ecuatoriana en salud. Si bien desde sus inicios el Ministerio de Salud Pública (MSP), fue el ente rector del Sistema Nacional de Salud, este tenía otro tipo de organización que no siempre le permitía cumplir adecuadamente con sus funciones. Este modelo se sustenta en la Constitución de la República, el Plan Nacional para el Buen Vivir y la Agenda del Sector Social, pretendiendo que se alcance un bienestar colectivo generalizado, mediante la provisión de un servicio público de calidad y así gestar un cambio en el paradigma imperante sobre la salud gratuita. (9)

Marco legal y normativo

Ecuador cuenta con un extenso marco legal y normativo que está relacionado con el derecho a la salud, la estructura del sistema y la protección de todos sus habitantes. En la Constitución aprobada en el año 2008 se incluyen varios capítulos y artículos que establecen derechos y garantías que se encuentran relacionadas con la generación de espacios y condiciones

saludables, como por ejemplo el capítulo II sección 7 artículo 32 sobre los derechos del buen vivir, se incluye a la salud como un derecho que garantiza el Estado ecuatoriano; y en el capítulo III artículo 35 se define las personas y los grupos de atención prioritaria. El sistema de información de salud se encuentra regido por una serie de leyes y normativas que van desde la Constitución de la República, hasta estatutos orgánicos de gestión organizacional de los procesos del MSP. Además, se incluyen normas, reglamentos y resoluciones que estructuran el sistema de información en la salud. (9)

La Ley Orgánica de Salud tiene como objetivo regular todas las acciones que son realizadas para efectivizar el derecho de salud y se rige bajo los principios de solidaridad, universalidad, pluralidad, eficiencia, calidad, irrenunciabilidad y participación. La última reforma a esta ley, realizada el 29 de abril del 2022, tuvo varios problemas para su aprobación, pues la Asamblea Nacional había regulado la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación bajo unos lineamientos y mediante un proyecto de ley, que el presidente de la República, Guillermo Lasso objetó parcialmente. (10)

En el primer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir, que hace referencia a garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, se menciona como un componente primordial el derecho a la salud y a la protección frente a las repercusiones de esta, tanto en el contexto individual como en el contexto poblacional. Se entendía que el desarrollo de la infraestructura sanitaria y la concepción de un sistema de salud acorde a la actualidad eran posibles mediante la implementación del modelo de atención. (11)

En el apartado de prevención y promoción de la Agenda Social del 2017 para el Desarrollo Social se destaca la importancia y se subrayan las cualidades con las que cuenta el modelo de atención. También se menciona que la prevención de las enfermedades es el pilar fundamental para el mejoramiento de la salud y es un elemento clave que debe ser considerado en las políticas públicas que direccionen el desarrollo del modelo de atención integral. (12)

En el ámbito internacional cabe mencionar que los Objetivos de Desarrollo del Milenio dispuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretenden mejorar la salud en varias aristas, las cuales han servido de bases para el modelo de atención que actualmente

está vigente en el país. Por ejemplo, el objetivo de desarrollo 4 tiene como finalidad reducir la mortalidad de los menores de 5 años y el objetivo 5 que propone una mejora de la salud materna. (13)

Principales actores de las políticas de salud

Los actores relevantes de las políticas en salud son aquellos que se encuentran afectados directa o indirectamente por la aplicación de esta. El poder y la posición de los actores dependerán de la política pública en salud, así como del contexto, de los procesos de implementación, del ritmo del cambio y del uso de experimentos y de las particularidades del financiamiento. En los procesos de implementación de una política pública en salud participan varios actores, entre los cuales en el sector público cabe destacar al gobierno central, es decir la Presidencia, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Fuerzas Armadas, Consejo Nacional de Salud y otros organismos del Estado que participan; así como también a la institución del seguro social, gobiernos autónomos locales y universidades. (14)

El sector privado incluye las aseguradoras nacionales e internacionales, los prestadores de servicios, los proveedores de insumos y las empresas que se dedican a la tecnología en salud. La sociedad civil organizada incluye a los gremios, sindicatos, asociaciones de profesionales, organizaciones de salud, asociaciones de ciudadanos comunes, partidos políticos, cámaras empresariales, iglesia, público en general y medios de comunicación. Por último, se deben considerar los organismos de cooperación internacional multinacional y bilateral y, dentro de estos, las agencias financieras y técnicas. (14)

Sistema de Salud

Conceptualización y propósitos

Desde el punto de vista institucional, los sistemas de salud significan el agrupamiento de políticas económicas e institucionales y de relaciones de poder político para dar conducción a los distintos procesos que se relacionan con la salud de la población. Esto se expresa en normas, servicios y organizaciones que tienen como finalidad alcanzar resultados consistentes en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud en la sociedad. (15)

El sistema de salud también se puede definir como una respuesta social organizada para enfrentar los diferentes problemas de salud existentes en la población. Todos los sistemas de salud tienen el mismo objetivo principal, que es mantener y mejorar la salud de la población, y el eje de todos los programas, acciones y políticas debe de ser este. La garantía para que esto suceda excede a la toma de decisiones que se hagan desde el sector de la salud, pues es el Estado quien, en su totalidad, debe ser el garante de la salud a través de políticas integrales. (16,17)

Características y elementos constitutivos

De acuerdo con la OMS, el funcionamiento del sistema de salud contempla varios elementos constitutivos tales como: rectoría, provisión de los servicios, recursos humanos, financiamiento, acceso a medicamentos y sistema de información. Con estos, cada país construye su sistema de atención a la salud propio, basado en los modelos de desarrollo y las determinantes sociales, culturales, económicas y políticas del contexto social e histórico. (15)

Para determinar las características de un sistema de salud es indispensable conocer a los actores que se encuentran inmiscuidos, es decir, los usuarios, los proveedores de servicios y los intermediarios. Los roles de los usuarios son beneficiarse del sistema y aportar para el financiamiento de la salud; el rol de los proveedores será asumir las responsabilidades de los servicios prestados a la población y el rol de los intermediarios será la regulación, es decir el establecer límites y pautas en cuanto a la prestación de los servicios y remuneración de estos refiere. También se debe considerar los productores de insumos, tanto materiales como no materiales.

Las principales características y resultados que debe tener un sistema de atención a la salud son: equidad en el financiamiento y el acceso, protección social y financiera, satisfacción de los usuarios, sostenibilidad del sistema, calidad de atención y eficiencia en la prestación de los diferentes servicios de salud. (17)

Formas de organización de los servicios y las prestaciones

En Ecuador, el sistema de atención de la salud se encuentra compuesto por dos diferentes sectores, el privado y el público. El sector público comprende el Ministerio de Salud Pública

(MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), las instituciones del seguro social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el caso de los trabajadores asegurados, el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA). (18)

Cada uno de estos está dirigido a la atención de ciertos problemas y poblaciones: el MSP ofrece atención a toda la población; el MIES cuenta con programas fundamentales para ayudar en la atención a la población que no se encuentra asegurada, o que no tiene un adecuado acceso a la atención de salud. Dichos programas abarcan específicamente las temáticas que son de competencia específica de este ministerio, como el desarrollo infantil integral, la protección especial del adulto mayor, el aseguramiento no contributivo y la promoción y movilidad social. En cambio, el IESS, ISSFA e ISSPOL brindan atención a la población asalariada o afiliada a cada una de estas instituciones. (18)

El sector privado está constituido por diferentes tipos de entidades, entre ellas las que tiene fines de lucro como clínicas, consultorios, dispensarios, farmacéuticas, y ONG's; y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y del servicio social. El 15% de todos los establecimientos de salud del país pertenecen al sector privado, y se calcula que en todo el territorio nacional existen aproximadamente 12.000 consultorios médicos particulares, la mayoría de los cuales cuenta con una infraestructura y tecnología básica. (18)

Para la mayor parte de la población este tipo de establecimientos son el lugar dónde primero buscan atención en caso de una dolencia no grave, aun cuando se les exige un pago directo de bolsillo al momento de recibir la atención. Únicamente el 3% de la población, la que se encuentra en los estratos de ingresos medios e ingresos altos, está afiliada a un seguro privado o a una empresa de medicina prepagada. (4)

Modelo de Atención

Conceptualización

El Modelo de Atención corresponde al conjunto de lineamientos que se fundamentan en principios que ayudan a orientar la forma en como el Sistema de Salud se organiza para implementar acciones para promocionar a la salud, prevenir enfermedades, brindar una

atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud y vigilar el medio ambiente, con pertinencia intercultural mediante una gestión adecuada de los recursos. El objetivo principal del modelo de atención del Ecuador es instituir los lineamientos generales del Ministerio de Salud para que orienten la organización y desarrollo de la red de servicios, la gestión y financiamiento institucional y contribuyan al logro de acceso universal a la atención de la salud. (19)

Principios

Los modelos de atención incluyen principios, pues desde estos se fundamentan las finalidades con los que son creados, como por ejemplo universalidad progresiva en la cobertura y el acceso al sistema de salud, equidad, y continuidad (es decir el seguimiento del estado de salud de las personas). Además, el sistema debe ser participativo, desconcentrado, eficiente, de calidad, eficaz, y encontrarse alineado a los derechos de las personas; debe brindar una adecuada atención con la finalidad de no solo buscar resultados institucionales, sino impactos sociales. (9)

Principales elementos

Provisión de servicios o prestaciones de salud

La provisión hace referencia a la existencia de oferta de servicios públicos que garanticen la atención y el poder de respuesta ante las necesidades en términos de salud de manera individual, comunitaria o familiar. La Autoridad Sanitaria Nacional, que es el ente regulador de la salud en Ecuador, es la institución que define una serie de prestaciones integrales de salud, así como las prioridades nacionales de intervención, todo esto bajo las normas y lineamientos establecidos por el marco legal vigente. Este elemento está compuesto por la población a quien se entregará la atención, el conjunto de prestaciones por ciclos de vida, los escenarios de atención, las modalidades de atención y las estrategias para brindar las prestaciones integrales de salud. (20)

Organización

Comprende los niveles de atención, la organización de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) y la organización territorial y funcionamiento de la red pública y

complementaria de salud. Los niveles de atención responden a una clasificación de los servicios de salud en 4 categorías: I, II, III, IV y atención prehospitalaria. Estos niveles de atención se complementan con el sistema nacional de atención de emergencia y el servicio de apoyo diagnóstico transversal. (9) Representa la obligación del Estado de cumplir con garantizar el derecho a la salud individual y colectivo mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Como en los anteriores elementos de los ámbitos de acción del modelo de atención, existen componentes que la integran, como por ejemplo las prestaciones de salud pública y las prestaciones de atención individual en salud. Las prestaciones de salud pública incluyen la vigilancia de la salud, la promoción de la salud y la regulación y control de la salud. En la atención de la salud se cuenta con la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación. (9)

Gestión

Comprende los procesos gerenciales que ayudan a los elementos de provisión y organización de los servicios de salud a alcanzar buenos resultados en la atención integral. Actualmente, el enfoque principal declarado de este elemento es que exista una gestión integrada, desconcentrada, con participación ciudadana y en los territorios que más se necesite. (9)

La gestión abarca dos componentes fundamentales: desarrollo institucional y administración transparente. Dentro del desarrollo se pueden distinguir varios elementos tales como la planificación y programación, supervisión, investigación, gestión de calidad y gestión de resultados. En la administración con transparencia se incluyen las finanzas, el personal, los suministros y las instalaciones. (21)

2.6.3.4 Financiamiento

Permite asegurar el cumplimiento de los planes estratégicos en todos los niveles, así como de los proyectos en salud, el conjunto de prestaciones y el plan nacional de inversión en equipamiento e infraestructura del sector público. Los componentes necesarios para que se desarrolle son los recursos de la comunidad, la definición de fuentes de financiamiento para las instituciones públicas (MSP, IEISS, ISSPOL, ISSFA), definición de la forma de

distribución de los recursos (criterio poblacional: territorio, demografía, nivel socioeconómico, perfil epidemiológico) y la definición de los mecanismos de pago a los prestadores. (20)

Rectoría

El ente rector de las políticas en salud es el ministerio encargado de esta área, pues este implementa y debe ejercer regulación, vigilancia, conducción, evaluación y coordinación de todas las acciones y de todas las instituciones que se encuentran en el ámbito de la salud a nivel nacional. El Ministerio de Salud Pública debe asumir el liderazgo sectorial para, con base en eso, crear o promover acciones de regulación, vigilancia, y participación social, a fin de dar cumplimiento a la normativa sanitaria. (22)

En la rectoría se distinguen dos componentes claves: direccionalidad y territorialidad. La direccionalidad incluye los planes, políticas y prioridades que tiene el ministerio de acuerdo con el enfoque sectorial. Además, incluye la regulación que hace referencia a las acciones que se hagan para dar garantías sobre los planes institucionales y sectoriales. La territorialidad busca ajustar las actuaciones del ministerio a las diferentes condiciones, recursos y necesidades que tengan los ciudadanos que residen en las diversas zonas geográficas o pertenecen a distintos grupos de población. (23)

Tipos de modelos de atención

Epidemiológico

Este modelo se basa exclusivamente en las características sociodemográficas y las necesidades de salud de la población; entendiéndose necesidad como la morbilidad y mortalidad. Además, se toman en cuenta los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de las personas a presentar un problema de salud; estos pueden ser: iniciadores, promotores o pronósticos. (19)

Biomédico

Este modelo se puede definir como directivo, concentrado únicamente en una visión médica, dirigido a la adaptación del enfermo a su estado y entorno, sin tomar en cuenta el contexto,

el género ni factores socio – culturales. En este enfoque el método de atención se basa en la anamnesis de los síntomas, seguida de un diagnóstico sintomático que permite un adecuado cribaje sobre el tipo de paciente, para que este sea sometido a un tratamiento, que mayoritariamente es farmacológico. También es importante mencionar que cuando se necesita un abordaje psicológico del paciente se procede a dar un diagnóstico, explicando que el padecimiento o enfermedad del paciente tiene una génesis de origen psicológico. (24)

Integrado

Este modelo combina varios elementos de los otros modelos, ya sean el tipo epidemiológico, el psicosocial y el sociológico, considerando que cada persona es completamente diferente a otra, así estas compartan características etnográficas o socioculturales similares. (19)

Para lograr integralidad en la atención en todos los niveles de la red de salud, es necesario tener un conjunto de normas, procedimientos y recursos que, al complementarse, ayudan a organizar el sistema nacional de salud para responder de manera integrada a las necesidades de salud de cada miembro de la población, (9)

Intercultural

Representa un esfuerzo de interacción entre diferentes formas del pensamiento en un territorio considerado diverso, multiétnico y pluricultural. Los modelos interculturales en salud validan las prácticas médicas ancestrales, permitiendo de esta manera que se pueda responder a las diferentes demandas del conocimiento contemporáneo. Las propuestas de salud intercultural abarcan ámbitos tales como la promoción de la salud, la adecuación de los servicios y sus prestaciones, tomando en cuenta los aspectos culturales y la dotación de ofertantes y demandantes según las necesidades. Esto se logra mediante la cooperación entre las instituciones públicas como el Ministerio de Salud, y las instituciones u organizaciones de los pueblos y comunidades ancestrales que están relacionadas con el mantenimiento y recuperación de la salud. (25)

Para la OMS, la medicina tradicional comprende diversas prácticas, conocimientos y creencias sanitarias en donde se incluyen animales, plantas y medicinas basadas en minerales,

técnicas manuales, terapias individuales, y ejercicios que ayudan a mantener el bienestar de una persona, o en ciertos casos, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades. (26)

El primer artículo de la actual Constitución de la República cataloga al Ecuador como un país plurinacional e intercultural. El sistema de salud ecuatoriano es intercultural per se, pues en su génesis ingresaron elementos de diversidad biológica, social y cultural. La forma en cómo se organiza el sistema de salud internamente le otorga una coherencia sociocultural en donde se desarrolla la medicina que se ha obtenido de construcciones culturales que han servido para responder a las necesidades de la sociedad. (27). La Política Pública de Salud Intercultural se origina en un marco legal donde consta el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, que se encuentra estrechamente vinculado con la Constitución de la República, la Ley Orgánica de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. (9)

Sociológico

En este modelo se enfatizan los elementos ambientales y socioculturales asociados a los aspectos determinantes de la utilización de los servicios. Este modelo se enfoca en las redes sociales en las que se encuentra inmiscuido el individuo y la población, así como en sus niveles de conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Su forma de trabajo se basa en el argumento que los niveles de conocimiento y la red social con la que cuenta un individuo, junto con la disponibilidad de los servicios, serán determinantes para las actitudes del paciente, su familia y la comunidad frente a la enfermedad y su respectivo tratamiento. (19)

Psicosocial

Este modelo de atención se enfoca específicamente en la prevención de enfermedades, con base en el concepto de “health behavior”, es decir de las conductas asociadas a la presentación y el manejo de los problemas de salud desde una perspectiva individual. Este modelo no tiene como finalidad realizar una explicación exhaustiva sobre las acciones que deben de realizarse en salud, sino se concentra en especificar algunas variables que contribuyan significativamente a la organización y desarrollo del sistema y que ayudan a dilucidar el comportamiento de los actores claves en el área de salud. (19)

Este tipo de modelo generalmente incluye dos variables: el estado psicológico de alerta en función de la susceptibilidad percibida y las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar servicios preventivos (“Health Belief Model”). La susceptibilidad percibida hace referencia a los riesgos de ajustarse a una condición desde una visión subjetiva. (19)

CAPÍTULO III

Metodología

Justificación

En la historia del sistema de salud ecuatoriano se han suscitado diferentes hitos, tales como la creación del Ministerio de Salud Pública en el año 1967, la fundación del Consejo Nacional de Salud en el año de 1980, la promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita en 1994, las reformas constitucionales en el año 1998 en las que se especificaba una sola sección referida a la salud, en comparación con la incorporación de un capítulo completo sobre el tema en la Constitución del 2008, actualmente vigente. A eso se suma la promulgación de la Ley sobre Seguridad Social en el año 2001, la creación del programa de Aseguramiento Universal en Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud en el año 2006, el inicio de la construcción de la propuesta de red pública integral de salud en el 2009 y la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar, comunitario e intercultural en el año 2014. (4,9)

Por otro lado, se puede mencionar que ya han transcurrido más de 40 años desde la reunión del Alma Ata en 1979 donde Ecuador fue un país participante, evento en que se establecieron las metas para la salud que debían alcanzarse en el año 2000, así como también la definición de indicadores mínimos sanitarios. Sin lugar a duda, tanto por los continuos debates políticos como por el desarrollo social insuficiente, las metas propuestas en ese evento no pudieron ser alcanzadas. En este contexto, y dentro de la coyuntura nacional de finales de los años 90, se propusieron reformas en el sector de la salud, específicamente en los aspectos teóricos y normativos, como la universalidad del derecho a la salud de toda la población mediante la fijación de leyes que garantizan el acceso equitativo a los servicios y la mejora continua de los mismos. (28)

En Ecuador los procesos de transformación hacia un cambio que genere desarrollo, mejoras y cobertura total de salud han sido insuficientes y lentos. Durante años se ha discutido sobre las necesidades y los recursos con los que cuenta el Estado para la reorganización del sistema de salud, la definición de un marco legal específico y la implementación adecuada de la descentralización. Los esfuerzos realizados durante el nuevo milenio han llevado a que se inicie la implementación de un modelo integral de salud familiar, comunitario e intercultural,

conocido como MAIS y concebido como un conjunto de estrategias, herramientas y lineamientos que responden a las necesidades de salud de los ciudadanos. (28)

Sin embargo, actualmente el sistema de salud del Ecuador debe enfrentar los rezagos que se han presentado y las nuevas necesidades y desafíos; entre los cuales destaca el cambio en el perfil epidemiológico y demográfico de la población ecuatoriana. Por ejemplo, en los años 50 la tasa de fecundidad era de 6.7, mientras que para el año 2021 es de 2.4. Sin embargo, la estructura demográfica aún es joven, la mitad de la población tiene entre 0 a 24 años, con más del 30% representado por los menores de 15 años. Además, para el año 2021, la expectativa de vida al nacer fue de 75 años, lo que indica la existencia de un envejecimiento poblacional. (29,30)

El perfil epidemiológico también ha experimentado un cambio sustancial, pues ahora las principales causas de muerte son enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, influenza, neumonía y las enfermedades hipertensivas. Es preciso señalar que estos datos no toman en cuenta que entre el año 2020 y el momento actual ha tenido lugar la pandemia del Covid-19, que provocó el 21% de todos los fallecimientos en el 2020, lo que la convirtió en la segunda causa de muerte en ese año. Al mismo tiempo persisten problemas como el VIH-SIDA, la desnutrición infantil, el aborto inducido, la salud mental, y enfermedades derivadas de los riesgos ambientales. (9,31)

De acuerdo con estos precedentes, esta investigación se realizó para identificar desde una mirada crítica, los potenciales y las limitaciones de cada modelo de atención de salud que se han propuesto en Ecuador desde los años sesenta hasta la actualidad, completando así un análisis histórico adecuado. Con la presentación de los hallazgos de esta investigación se podrán proponer alternativas basadas en los diferentes puntos de vista y conocimientos de los entrevistados, que sean realistas y pertinentes al actual contexto social y económico del país y que se ajusten a las necesidades y demandas de sus ciudadanos.

Planteamiento del problema

Desde la creación del Ministerio de Salud se ha observado que existe una gran depresión institucional. Esto no sucedió únicamente en Ecuador, sino en varios países de la región, pues los programas que se promulgaban en aquellas épocas estaban enfocados al ajuste económico

estructural, la reducción del tamaño del estado, y a la privatización; en definitiva, políticas neoliberales que postulaban que la salud es un bien que debe de ser adquirido en el mercado. Todas estas reglas y lineamientos eran impuestos por los principales organismos que financiaban las economías de los países latinoamericanos, por lo que estos se encontraban obligados a privatizar los servicios prestados y a precarizar el sistema público de salud. (32)

Esto produjo que, durante varias décadas hasta antes del 2000, la atención primaria de salud se redujera en gran medida, sin consideración de los sectores más pobres que tienen menos acceso y más necesidades de atención de su salud. De esta forma se estableció una relación directa entre mala calidad, empobrecimiento del sistema y accesibilidad limitada. (32)

En los 20 últimos años, los países latinoamericanos han experimentado varias reformas en los sistemas de salud; pero, a pesar de los esfuerzos realizados y los avances significativos en este sector, como la participación, la inclusión social y la descentralización, no se han logrado los principales objetivos establecidos. Estos objetivos son: mayor eficiencia, disminución de la inequidad y mejora de la calidad de los servicios. Es importante mencionar que los procesos de reformas y transformación en el sector de la salud que se dieron durante los años 2007 y 2017 en el gobierno de Rafael Correa obedecen a que este era un tema prioritario en su agenda política. En el período de Lenin Moreno, entre el 2017 y el 2021 se implantó una política de austeridad en todas las instituciones públicas, lo que precarizó el sistema de salud, lineamiento que ha seguido el actual presidente Guillermo Lasso. El actual gobierno ha sido objeto de fuertes críticas debido a la falta de medidas y políticas públicas en relación del sistema de salud, a pesar de que el pasado 22 de junio del 2022 lo declaró en estado de emergencia. (33)

Este estudio cualitativo procura describir el devenir histórico del sistema de salud del Ecuador, así como sus principales características, las reformas realizadas, y los factores sociales, políticos y económicos que han influido sobre la rectoría, el financiamiento, la prestación de servicios y los recursos humanos en salud. Además, se logró establecer los conocimientos y las perspectivas de profesionales que han trabajado en el sistema, específicamente en el Ministerio de Salud Pública y otras entidades con capacidad de agencia en salud, a fin de comprender e interpretar sus posturas, y relacionarlas con los determinantes socioeconómicos y políticos de cada período.

Es importante mencionar que no existe un desarrollo extenso de publicaciones que aborden la relación entre los temas de los sistemas de salud y las políticas públicas que se han promulgado en Ecuador en este campo. No existen estudios que aporten una visión histórica de cómo ha sido la evolución de los modelos de atención y las lecciones que se han ido aprendiendo, en base de errores y aciertos, de tal manera que estas puedan aportar al mejoramiento y el desarrollo de medidas de ejecución del modelo actual. Este estudio proporciona información para el desarrollo de pautas que se ajusten mejor al contexto y den respuesta a las necesidades de la sociedad actual y futura.

Pregunta de investigación

¿Cuál ha sido la evolución de los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador desde el año 1967 al año 2022?

Objetivos

Objetivo General

- Analizar los cambios en los modelos de atención de salud en el marco de las políticas públicas propuestas o implementadas en el Ecuador entre el año 1967 y el 2022.

Objetivos Específicos

- Identificar los diferentes Modelos de Atención en salud propuestos en el Ecuador entre 1967 al 2022.
- Describir las políticas públicas en salud que sustentan o sirven de marco a los diferentes modelos de atención propuestos o implementados entre 1967 al 2022.
- Establecer el correlato entre las propuestas de Modelos de Atención y las tendencias, estrategias y prioridades promulgadas por los organismos nacionales e internacionales que tienen agencia en temas de salud.

- Analizar la opinión de los actores clave involucrados en la toma de decisiones de alto nivel sobre las diferentes propuestas de Modelos de Atención y sus procesos de implementación durante el período en estudio.

Tipo de estudio

El abordaje metodológico del presente estudio fue de tipo cualitativo interpretativo, basado en la revisión de documentos y en entrevistas semiestructuradas a tomadores de decisiones. Esto permitió obtener la información necesaria sobre la evolución del sistema de salud de Ecuador, y de los diferentes factores sociales, económicos y políticos que influyeron en las políticas públicas instauradas entre los años 1967 al 2022.

La unidad de análisis del presente estudio son los diferentes modelos de atención propuestos o implementados en el sistema público de atención de salud durante el período de 1967 al 2022.

Población y muestra

La información acerca de los modelos de atención fue recabada de los documentos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud Pública, otras entidades del Estado y organismos internacionales. Los actores claves entrevistados fueron personas que asumieron cargos de alto nivel dentro del Ministerio de Salud, el Ministerio de Bienestar Social y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social durante el periodo bajo estudio y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión enumerados a continuación.

Criterios de inclusión

Autoridades de instituciones públicas ligadas a la salud.

Profesionales con más de 10 años de trabajo en el sector público.

Académicos y autoridades involucradas en los procesos de reforma de la salud pública durante el período bajo estudio.

Personas que hayan aceptado participar de manera voluntaria y hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personas que actualmente se encuentren afiliadas a un partido político.

Personas que tengan juicios legales en curso por acciones de corrupción.

Libros incompletos.

Artículos científicos con metodología no reproducible.

Protocolos de investigación.

Tesis de tercer nivel.

Cartas de editor.

Monografías.

Muestreo

Para identificar los documentos e informantes claves se realizó una primera búsqueda en las páginas web oficiales del MSP y el MIES. Los informantes claves fueron identificados a partir de estos mismos documentos. Con base en esto, se utilizó el método de muestreo no probabilístico en bola de nieve. El tamaño de la muestra fue definido por el principio de saturación de la información.

Procedimientos para la obtención de la información

Fuentes

Documentos oficiales, tales como leyes, decretos, programas, manuales o directivas emitidas por la autoridad sanitaria u otras instituciones estatales, así como organismos internacionales que tuvieron o tienen agencia en el sector salud.

Personas que ejercieron cargos de alto nivel en instituciones públicas con agencia en el sector salud.

Técnicas e Instrumentos

Se realizó la revisión de documentos oficiales y bibliografía pertinente. Estos fueron revisados por el investigador con base en una guía de temas, abierta y flexible para el registro de nueva información que contribuya a cumplir con los objetivos planteados.

La bibliografía recolectada fue dispuesta en una tabla que indicaba el autor o los autores, el año de publicación, el título del estudio o documento, el tipo de documento y el URL. Los datos obtenidos de los documentos oficiales fueron registrados en una matriz que incluyó la siguiente información: tipo de documento, fecha de publicación, título y principales contenidos. En relación con este punto se procuró transcribir citas textuales que pudiesen servir para ejemplificar.

Además, el investigador realizó entrevistas semi - estructuradas con base en una guía abierta y flexible en la que constan los principales temas o dimensiones a ser abordados con cada informante clave. Los temas abordados en estas entrevistas fueron los conocimientos y opiniones acerca de los distintos modelos de atención desde una perspectiva histórica y las políticas, estrategias, los actores y sus intereses, el apoyo de autoridades, el marco reglamentario, los medios y materiales que facilitaron u obstaculizaron su implementación. Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento del entrevistado. (Ver Anexo 1) Se construyó una tabla en donde se registró información general de los entrevistados, como, por ejemplo: edad, sexo, profesión y puestos de trabajo que desempeñaron o desempeñan en el sector público de salud.

Temas y preguntas

En la siguiente tabla se indican los temas que se abordaron en las entrevistas y las preguntas guías concernientes a cada tema. Las preguntas fueron dispuestas en una guía de entrevista, en donde se enumeró cada una de ellas. (Ver anexo 2)

Tabla 1. Temas y preguntas realizadas en la entrevista

Temas	Preguntas
Modelos de atención en salud propuestos en el Ecuador entre 1967 al 2022.	1.- ¿Cuáles han sido los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 al 2022?

Temas	Preguntas
Las políticas públicas en salud que sustentan o sirven de marco a los diferentes modelos de atención propuestos o implementados entre 1967 al 2022.	2.- ¿Cuál es su perspectiva histórica frente al cambio de los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, desde el año de 1967 al 2022?
Propuestas de Modelos de Atención y las tendencias, estrategias y prioridades promulgadas por los organismos nacionales e internacionales que tienen agencia en temas de salud.	3.- ¿Cuáles han sido los actores fundamentales en implementación de políticas públicas relacionadas con los modelos de atención en Ecuador?
	4.- ¿Qué medios o materiales facilitaron u obstaculizaron la implementación de modelos de atención?
	5.- ¿Ha existido politización en la salud del país?
Proceso y actores de la toma de decisiones en relación con las diferentes propuestas de modelo de atención y sus procesos de implementación durante el período de estudio.	6.- ¿La constitución, leyes orgánicas y normativas han favorecido históricamente la adecuada implementación del modelo de atención en la salud pública?
	7.- ¿Ha existido apoyo por parte de las autoridades para que en Ecuador se implementen políticas públicas para el mejoramiento de los modelos de atención?
	8.- ¿Quién o qué organismo realmente ha asumido la rectoría del sector de la salud?
Lecciones aprendidas	9.- ¿A lo largo de los años, ¿cuáles han sido las lecciones aprendidas en cuanto a los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador?
	10.- ¿Cuáles son los desafíos para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención?

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Análisis de la información

El análisis interpretativo se realizó con base en lo obtenido de las indagaciones sobre experiencias personales de los actores claves que ocuparon cargos de alto nivel dentro del Ministerio de Salud, el Ministerio de Bienestar Social y el IESS. Para esto se hicieron entrevistas donde se indagó, de forma abierta y exploratoria, sobre sus conocimientos,

opiniones y experiencias relacionadas con los Modelos de Atención en Salud propuestos en el Ecuador entre 1967 al 2022.

La información obtenida de las entrevistas semi estructuradas fue transcrita en un documento de Microsoft Word 2019 y luego analizadas a profundidad. Se codificó cada una de las transcripciones de acuerdo a los temas o dimensiones preestablecidas y otras que surgieron inductivamente durante el proceso. Se procedió a agrupar los códigos en categorías y subcategorías de análisis a través del programa ATLAS. Ti 9.0, obteniendo una nube con las palabras más trascendentes de la entrevista realizada y el diagrama de Giddens con las ideas más significativas.

Además, se realizó una línea de tiempo de triple entrada, en donde se dispusieron los modelos de atención que han sido instaurados en Ecuador, las políticas públicas en salud y las tendencias internacionales sobre los modelos de atención, desde el año 1967 hasta el 2022.

Consideraciones éticas y de género

Esta investigación cumplió con las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Por lo tanto, la participación de los entrevistados fue absolutamente voluntaria y se realizó solo después de que estos fueron informados y firmaron el respectivo consentimiento. En cuanto a los documentos, todos son de dominio público por lo que su análisis no infringe ninguna regla ética.

El investigador garantiza el anonimato de los informantes claves al no solicitar ni registrar datos personales como su número de cédula o nombre; las grabaciones y transcripciones de las entrevistas se identificaron con un código. La información obtenida fue guardada en la computadora personal del investigador, para su acceso se requiere una contraseña a fin de resguardar la confidencialidad.

Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de cada entrevistado, mediante la aplicación de celular “Grabación de voz”. Se hizo una sola nota de voz por participante. Los archivos de voz fueron guardados en la memoria del celular y posteriormente fueron transcritas en el computador personal del investigador a fin de realizar el análisis cualitativo mediante el programa Atlas Ti. Las grabaciones fueron borradas en un plazo máximo de 15

días después de que se realizó la última entrevista. El celular con el que se tomaron las grabaciones es del titular de la investigación y estos archivos no fueron compartidos con computadores extraños, ni por vía electrónica, a nadie. Además, esta información ha sido empleada únicamente para realizar esta investigación y en caso de su publicación, se resguardarán todos los derechos de los participantes en el estudio.

El estudio incorpora el análisis de la inclusión o no de los enfoques de género e interculturalidad en las políticas públicas y los diferentes modelos de atención. Además, se buscó entrevistar tanto a hombres como mujeres que cumplan con los criterios de inclusión, considerando el menor número de éstas en cargos de alto nivel en las instituciones públicas.

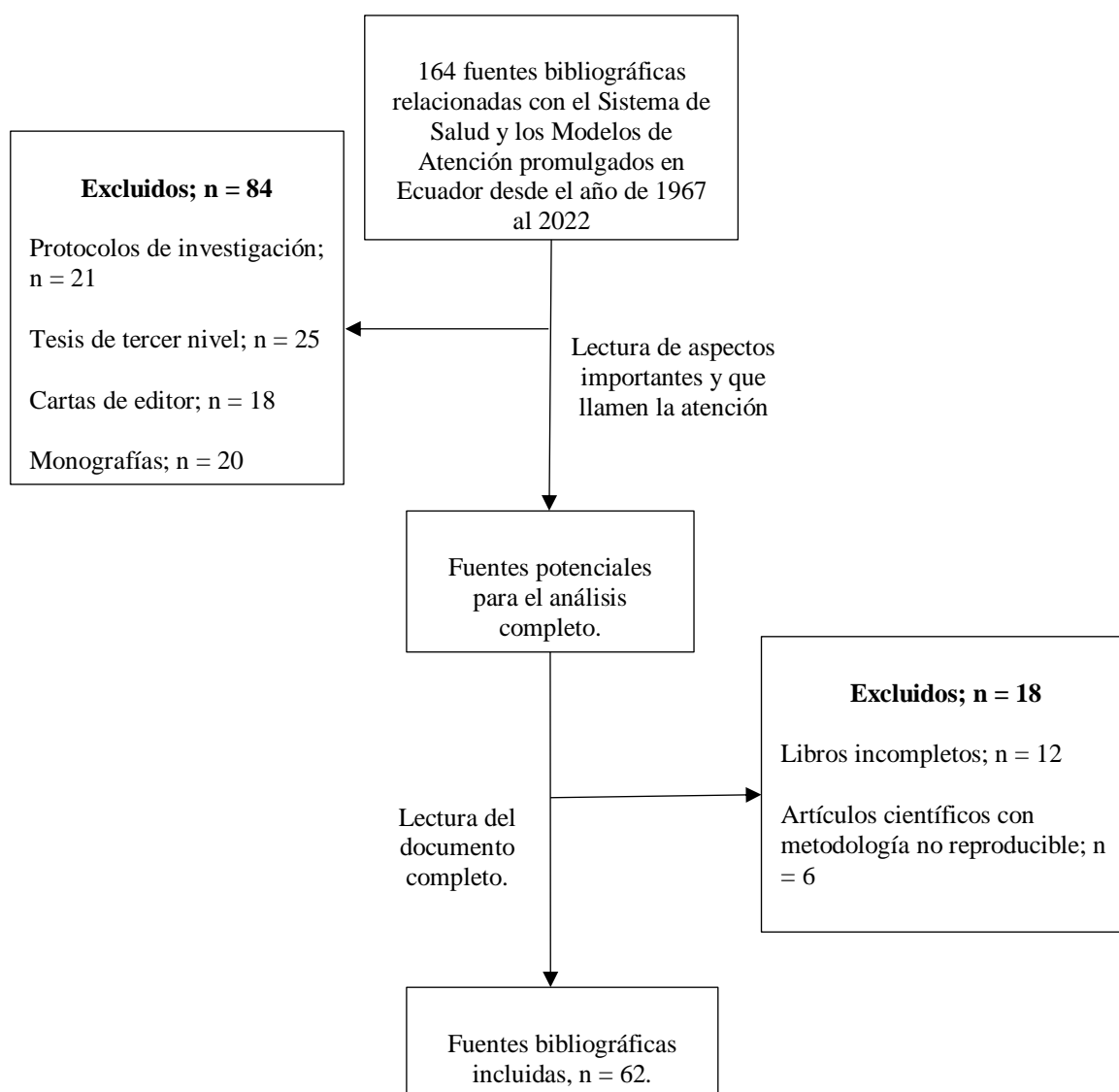
La participación de los entrevistados fue voluntaria, y las entrevistas terminaron en el momento que ellos decidieron, sin que esto haya tenido ninguna consecuencia para el entrevistado. Antes de iniciar las entrevistas se les solicitó firmar un consentimiento informado (ver formato de consentimiento en Anexo 1).

CAPÍTULO IV

Resultados

4.1 Resultados de la revisión documental

De un total de 164 (100.00%) fuentes bibliográficas analizadas bajo diferentes criterios de búsqueda, se excluyeron un total de 84 (51.21%) por no relacionarse directamente con el tema que se trata en la presente investigación. Posteriormente se eliminaron a 18 (10.97%) por no contener información relevante. Se terminaron incluyendo a 62 estudios (37.81%) tal y como se puede observar en la siguiente figura.



De los 62 documentos incluidos, 28 correspondieron a artículos científicos, 2 a datos estadísticos, 9 a documentos internacionales, 4 a libros, 2 a tesis de posgrado y 17 a normativa. En el anexo 3 se puede observar la tabla sobre la trazabilidad de los estudios incluidos en este proyecto de investigación.

Modelos de Atención en salud propuestos en Ecuador desde 1967 al 2022

En los últimos cincuenta y cinco años se pueden identificar 3 momentos importantes en el desarrollo del Estado ecuatoriano en torno a la salud:

- Al primer momento se lo considera como el Estado de Protección con la aplicación de principios Keynesianos que se extendió aproximadamente desde que se fundó el Ministerio de Salud Pública en el año de 1967 hasta principios de los años ochenta.
- El segundo momento más importante fue el de las reformas neoliberales, en donde se intenta reducir la participación del Estado y priorizar las leyes de mercado en el sector de la salud.
- El tercer momento es a partir de la Constituyente del año 2008, en donde el Estado vuelve a asumir el rol más importante para la protección de la salud, principalmente centralizado en la responsabilidad social.

Cabe mencionar la coyuntura política actual, pues desde el año 2017 se tomó el camino de regreso a las políticas neoliberales siguiendo los lineamientos que dicta el mercado y los financistas internacionales de deuda, como el Fondo Monetario Internacional. Han pasado 5 años del regreso a esta corriente del pensamiento político, han ocurrido varios cambios y el mundo ha sufrido una pandemia, por lo tanto, es clave incluirlo en este análisis. (34)

A continuación, se describen de forma cronológica los diferentes modelos de los sistemas de atención de la salud que han existido en el Ecuador, agrupándolos en periodos en los que estos tienen características similares, tanto institucionales como del contexto:

Modelo de atención preventivo – curativo de corte liberal (1905 – 1971)

El primer modelo de atención surge desde el mismo momento en que la salud fue considerada como una preocupación estatal, específicamente luego de la Revolución Liberal. El

nacimiento de este modelo de atención fue ideado para dar una atención en salud digna a los más pobres de ese entonces en territorio ecuatoriano. (35)

Otra razón para el surgimiento de este modelo de atención fueron las actividades de prevención que se tomaron en puertos para evitar la proliferación de pestes, tanto en humanos como en animales y vegetales. Bajo esta premisa, el origen de la institucionalidad estatal de la salud es dicotómica, pues por un lado se buscó la prevención de las enfermedades y por otro lado se aseguraba la atención de las enfermedades a las personas más desfavorecidas. (36)

Cabe mencionar que la prevención de las enfermedades, en ese entonces no se planteó como tal, sino más bien fue propuesta para atender los requerimientos del modelo agroexportador, pues el principal fin era sanear los productos que se exportaban, como por ejemplo el cacao y el banano. Una demostración de esto es la creación en el año 1906 de la Atención de Sanidad Marítima por el entonces presidente Eloy Alfaro. (37)

Recién en el año de 1947, el Estado desarrolla una visión preventiva para los seres humanos y la protección de la higiene de las ciudades, fundando la Sanidad Nacional, organización que era asumida por las autoridades de cada cantón. Es importante recordar que, en el año 1927, y bajo la rectoría de la institución pública conocida en la época como Asistencia Pública, se empieza con la construcción de hospitales públicos localizados en las principales ciudades del país. A pesar de estos esfuerzos, que eran muy importantes para la época, aproximadamente el 75% de la población no contaba con acceso adecuado a las unidades de salud, pues la gran mayoría vivía en zonas rurales. (38)

La salud era manejada desde el Ministerio de Previsión Social y funcionó como una subsecretaría desde el año 1945 hasta 1967, demostrando la poca importancia que tenía esta para los gobernantes. Recién en la presidencia de Otto Arosemena Gómez, se crea el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, específicamente el 16 de junio de 1967 mediante el Decreto Legislativo No. 149, siendo el último país de América en instaurar esta institución. En resumen, en este período, la salud como política estatal no fue considerada como un derecho ciudadano, sino más bien como una caridad estatal y como complemento de las necesidades del capital. (34,39)

Estado de protección (Modelo Keynesiano) (1972 – 1982)

Este modelo corresponde a la extensión de la cobertura estatal en términos de salud, siempre respondiendo a las necesidades de la población. Uno de los primeros esfuerzos de consolidación fue la propuesta sanitaria estatal de Ecuador en el año de 1972, durante la dictadura militar de Guillermo Rodríguez Lara. Con la creación del Ministerio de Salud Pública se integraron la Asistencia Pública, la Atención Municipal, la Sanidad y diversas figuras institucionales, lo que sirvió al propósito de brindar atención digna a todas las personas, sin importar la edad, el sexo, la etnia ni las condiciones socioeconómicas. (40)

El gobierno nacional de Rodríguez Lara se empeñó en la construcción de infraestructura de servicios de salud en los que se invirtieron los ingresos importantes que se obtuvieron por el boom petrolero de los años setenta. Para dar una idea de la magnitud de este crecimiento se puede señalar que hasta el año de 1967 se tenían solamente 72 centros comunitarios de salud, y en la década de los setenta se edificaron 1760. Este crecimiento exponencial en infraestructura y apoyo a la salud se detuvo a mediados de los años ochenta con la instauración de las políticas neoliberales. (41)

Dado que los recursos humanos en la atención de la salud son indispensables, al disponer de una gran infraestructura física era necesario contar con el personal especializado, por lo que en estos años se creó el Plan de Salud Rural Obligatorio para profesionales de la salud recién egresados de la universidad. El haber realizado ese año rural era, y sigue siendo, un requisito indispensable para la legalización de su título como profesional de la medicina. (40)

Mención especial merece la instauración de una nueva política en la República del Ecuador en el año de 1979, que marca el regreso a la democracia luego de varios años de dictadura militar. Precisamente en la carta magna elaborada a partir de ese importante cambio político, y recién después de 149 años de vida republicana, es que se reconoce el derecho de la salud de la población. (42)

Modelo de Atención Primaria en Salud (1978 – 1988)

En el año de 1978 la OMS propuso la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), con resultados esperados para el año 2000. A pesar de sus grandes alcances teóricos, entre los

años de 1978 y 1988 en el Ecuador este modelo, se limitó a integrar promotores de salud en la atención formal. Los principios de la APS, direccionados a construir un nuevo modelo del sistema, en donde la comunidad y los servicios de salud se complementaban, recién se concretó a finales de los años ochenta e inicios de los años noventa en el país. (43)

El 08 de febrero de 1980 se creó el Consejo Nacional de Salud (CONASA) mediante el Decreto Ejecutivo No. 56. Este organismo se encargó de promover la organización del Sistema Nacional del Ecuador, integrando la comunidad en el mismo, lo que representó un cambio significativo, pues se superó la importante fragmentación que tenía el sistema de atención de la salud en el Ecuador. (44)

Modelo de Atención Preventivo – Curativo de corte neoliberal (1990 – 2005)

Para la construcción del Sistema Nacional de Salud se necesitaba una adecuada organización de los diversos servicios de salud en una red, cuya rectoría irrefutable debía estar en el Ministerio de Salud Pública; con niveles de toma de decisión en líneas horizontales y verticales que operan de forma sistémica. Con esto se pretendía que toda la población, sin importar condiciones geográficas, económicas, culturales y sociales, pueda acceder a una atención de calidad y eficiente. (36)

Además, aparecieron instituciones privadas sin fines de lucro como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, dispensarios y hospitales fiscomisionales. El sector privado con fines de lucro también se incrementó, especialmente por la promoción de un modelo curativo basado en la venta de seguros médicos privados. (34)

La rectoría del Ministerio de Salud se centró solamente en proveer los servicios preventivos – curativos y de rehabilitación por parte de esta institución, sin un adecuado seguimiento y fiscalización de los otros prestadores de salud; lo que implicó dejar de lado su responsabilidad como autoridad sanitaria y precarizar la salud pública del país. Como reflejo de esto, a partir del año 1992 disminuye notoriamente la influencia de la OPS y la OMS, siendo los bancos internacionales (Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo Monetario Internacional) los que definieron las políticas de gobernabilidad. Estas políticas buscaban reducir los costos y cofinanciar la salud para minimizar la acción estatal. (45)

El modelo político neoliberal restringió la inversión social y la inversión en infraestructura; instauró el cobro directo de los servicios, camuflándolos como autogestión. Si bien la población más pobre estaba exonerada de pagar por los servicios de salud, se le restringía su acceso a la atención de enfermedades crónicas y catastróficas. (46)

Anecdóticamente una de las políticas públicas que se promovieron durante este período fue la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, instaurada el 09 de septiembre del 1994. Esta normativa sirvió para garantizar el financiamiento adecuado para los diferentes gastos que implica brindar una atención digna a las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años; pero focaliza las prestaciones únicamente en estos grupos. (47)

Desde el año 1995, el poder ejecutivo buscó instaurar reformas sanitarias para adaptarse a las propuestas del mercado, en donde se argumentaba la inminente separación de funciones en el Ministerio de Salud Pública, quién no debía seguir encargado de la provisión de servicios. Según la lógica neoliberal, el Estado es una especie de muro que debe de ser derrocado para facilitar el desarrollo de los sistemas de salud; proponiendo como solución la privatización de la atención médica a fin de promover el desarrollo económico, sin tomar en cuenta el aporte de los sistemas públicos al desarrollo humano. (48)

Con la reforma constitucional del año 1998 se pretendía que el estado sea el garante del derecho a la salud que se supone es universal. Sin embargo, en su contenido, y específicamente en el artículo 46, este derecho era restringido y vulnerado, pues se disponía que el financiamiento de las entidades públicas de salud provendría tanto de los aportes del Presupuesto General del Estado, como de las personas que solicitaran atención en los servicios públicos y tuvieran capacidad económica para contribuir. (49,50)

El impacto de las políticas neoliberales en la década de los noventa provocó que gran parte de la población no tenga acceso a la atención de salud, pues la situación económica de los ciudadanos estaba muy limitada. En 1999 casi el 72% de los ecuatorianos no acudía a la atención médica, incluso cuando sufría dolencias que no le permitían asistir a su trabajo. Si bien se decía que la salud era “gratuita”, lo era únicamente para el control de epidemias y para la obtención de vacunas, la atención curativa tenía un costo. (34)

A principios del nuevo milenio, específicamente el 30 de noviembre del 2001 se promulga la Ley de Seguridad Social, con la finalidad de establecer los lineamientos jurídicos necesarios para un aseguramiento universal. El 22 de diciembre del 2006 se instaura la Ley Orgánica de la Salud, que en uno de sus artículos contempla la efectivización del derecho fundamental de la salud, algo que era contradictorio con la Constitución de 1998, y que posteriormente se corrigió en la Constitución del 2008. (10,51)

Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (2012 – ¿2020?)

A partir del año 2007 se impulsaron cambios estructurales en el sector de salud, primero con la práctica de un nuevo paradigma político, enfocado en el desarrollo social antes que el desarrollo económico y basado en políticas que atiendan a las necesidades y demandas de los más desfavorecidos del Ecuador. De esta forma, se puso nuevamente en práctica el Estado de protección y los principios de Keynes. (52)

El camino fue labrado desde la aprobación de la Constitución de la República del año 2008, en donde se recogieron propuestas de diversos sectores políticos del país que fueron plasmados en una serie de principios que reconocen los derechos fundamentales de las personas, orientado al “Buen Vivir” y a un nuevo ordenamiento social. Uno de los objetivos de la carta magna es que se supere el enfoque del mercado, totalmente economicista y excluyente y que el modelo social y económico esté más centrado en las preocupaciones del ser humano, articulando diversos aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales. (3)

Bajo esta premisa, la última Constitución reconoce que la salud es un derecho fundamental, garantizado por el Estado y un eje estratégico del desarrollo humano. El marco legal vigente incluye los aspectos sociales y multidimensionales que se encuentran inmersos en el proceso de salud -enfermedad, lo que se ve reflejado en los esfuerzos que se realizaron en esa época para superar el abandono histórico de la salud pública. (52)

El 26 de febrero del 2009, mediante el Decreto Ejecutivo No. 1577, se plantea el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009 – 2013, cuyo objetivo está dirigido a mejorar la condición de salud de los ecuatorianos mediante la promoción de un ambiente sano, calidad

de vida y la cohesión social. El Acuerdo Ministerial No. 1162 promulgado dos años después, aprueba el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como objetivo fundamental integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada en los 3 niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Este modelo se orienta a la promoción de los servicios de salud, la prevención de enfermedades, y el fortalecimiento del tratamiento, buscando tener una cobertura total en términos de interculturalidad. (9)

Otros objetivos importantes de este modelo de atención es el fortalecimiento del Ministerio de Salud como ente rector del Sistema Nacional de Salud, reposicionar a la Atención Primaria como eje fundamental de organización de la salud en Ecuador, la reingeniería de las instituciones privadas y públicas y la reorientación de la gestión del sistema de salud. (53)

Para poder cumplir con estos objetivos se realizó una gran inversión: de acuerdo con lo planteado por Chang en el año 2017, el gasto público subió de aproximadamente el 4% del Producto Interno Bruto (PIB) en el 2004, con una participación casi igual del sector público y privado (50,4% y 49,2% respectivamente), a un 8,3% del PIB en el año 2014. Esta inversión social probablemente fue la principal causa del considerable aumento en el número de atenciones registradas, que pasaron de 14 millones en el 2006 a 38 millones en el 2013. (33)

A partir del mandato constitucional del año 2008, se disminuyó la tradicional segmentación, y fragmentación del sistema de salud del país, buscando la universalización de la salud y la superación de las barreras étnicas, sociales, culturales y económicas, A pesar de todos estos esfuerzos, los avances no han sido suficientes, pues aún no se ha logrado la consolidación del Sistema Público de Salud, ni se ha dado una total legitimización del Ministerio de Salud Pública como ente rector. (9)

El Modelo actual: ¿volviendo a un modelo anterior?

A pesar de que este modelo se encuentra vigente en las leyes y dispuesto en la comunidad de profesionales de la salud, es notable el esfuerzo de los actuales gobiernos con tendencia a las políticas neoliberales, de regresar a un modelo biologista curativo. De acuerdo con Guarderas et al., en el año 2020 se realizó un desembolso del 5% del Presupuesto Anual del Estado en el sector salud, lo que significarían aproximadamente 584 millones de dólares, que fueron utilizados principalmente para promoción institucional y campañas publicitarias. (54) Es

indudable que estos casi 600 millones de dólares podrían haber sido utilizados para el aprovisionamiento de medicinas en hospitales y centros de salud, o en proyectos e iniciativas que estén encaminadas al fortalecimiento de la salud a nivel institucional y comunitario. (55)

Cabe mencionar que en estos últimos años se han dictado políticas públicas como la del Plan de Desarrollo 2017 – 2021, el Plan Nacional de Vacunación para la COVID-19 y el Plan Decenal de Salud. El plan de vacunación nació ante la ingente necesidad de inocular a la mayor cantidad posible de personas en un intervalo de tiempo corto, especialmente debido al altísimo el nivel de contagios y mortalidad por esta enfermedad que existía a mediados del año 2021. Los otros planes han sido ideados para mejorar las condiciones de salud de la población, disminuir la desnutrición infantil y garantizar la equidad social. Lamentablemente, los anhelos de una salud equitativa siguen pareciendo ilusiones inalcanzables principalmente por el poco interés que han demostrado ciertos gobiernos en relación a las problemáticas de salud de la población, especialmente la más pobre y vulnerable. (56–58)

Tendencias sanitarias promulgadas por organismos internacionales

Las políticas sanitarias en el ámbito nacional fueron promulgadas por el Ministerio de Salud Pública como ente rector del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, la influencia de las tendencias sanitarias internacionales estuvo muy presente en ellas en los últimos 60 años.

Estas pasaron de dar un adecuado saneamiento en los puertos para evitar la contaminación de personas y productos, pensando únicamente en el valor del capital en un modelo agroexportador, a definir medidas de fortalecimiento del cuidado de la salud integral y el buen vivir de las personas. En los últimos años a raíz de la pandemia, se ha vuelto a enfatizar el control de la propagación de epidemias. (4) A continuación, se describe en detalle la historia de estas tendencias internacionales.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en la década de los 50, la recién creada OMS emitió una serie de reglamentos que tenían la finalidad de prevenir la propagación de enfermedades. Cabe mencionar que dichas normas se referían a la sanidad de los puertos, pues el principal medio de transporte entre países se realizaba por barco. En la actualidad esto ha cambiado radicalmente, pues se estima que a diario aproximadamente 3 millones de personas se

transportan por medios terrestres, navieros y aéreos. Además, se ha incrementado exponencialmente la importación y exportación de mercancía, convirtiendo el mundo globalizado en una realidad de los tiempos actuales. (59)

La OMS y la OPS tuvieron un papel protagonista en el intervalo de tiempo de los años 50 a los 70 del siglo pasado, pues no solamente elaboraban las directrices para el control de enfermedades, sino también asesoraban a los países de América Latina en el desarrollo de la salud pública y el fortalecimiento de las entidades de control y rectoría; incluyendo la formación de profesionales encargados de la misma. En este período, estos organismos internacionales brindaron el soporte técnico necesario, pues casi no existían profesionales capacitados para asumir las responsabilidades relativas a la salubridad de la época. Es importante recordar que Ministerio de Salud Pública recién se creó en el año 1967. (34)

Además, desde la década de los 60 se han promulgado una serie de políticas internacionales en salud, que proviene de organismos supranacionales. Por ejemplo, en esa década se impulsan los planes regionales de salud mediante el primer Programa Decenal de Salud Pública; en la década de los 70 se establece como prioridad la extensión de la cobertura mediante el segundo Plan Decenal, y en los 80 se prioriza el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para los años 90 el modelo neoliberal se afianza a nivel mundial, pasando a ser los bancos quiénes definen la política pública mundial en salud, y dejando de lado las recomendaciones que hacían la OMS y la OPS. (8)

Con base en las lecciones aprendidas de los efectos sobre la salud de la implementación a rajatabla del modelo neoliberal, en la primera década del nuevo milenio se impulsó la construcción de un Sistema de Salud consolidado, regido por leyes claras que reconozcan a la salud como un derecho fundamental de las personas. A pesar de que las leyes, los reglamentos e incluso el Modelo de Atención Integral en Salud está vigente, el regreso del neoliberalismo ha significado el desmantelamiento parcial o total de lo que se construyó hace una década. (60)

Actualmente se vive una crisis económica mundial provocada por la pandemia de la SARS-CoV-2 y por la guerra europea entre Rusia y Ucrania, por lo que lleva a los organismos internacionales como la OMS y la OPS a volver a plantear que la Atención Primaria en Salud

debe constituir un pilar en los esfuerzos por garantizar los derechos de las personas y llegar a una cobertura universal en la atención de salud. Esto será posible cuando exista un acompañamiento adecuado de políticas públicas direccionadas a atacar problemas de desigualdad, condiciones de mala salud y problemas de inequidad. (61)

Cronología de las políticas públicas y los modelos de atención de la salud en Ecuador

En la siguiente tabla se puede observar una descripción pormenorizada y en algunos casos textual, de cada uno de los documentos oficiales de las políticas públicas que sirvieron de marco legal a los diferentes modelos de atención propuestos entre los años 1967 y 2022. Los documentos se encuentran ordenados por la fecha de su expedición o publicación en el Registro Oficial, ya que sirvieron de base para la construcción de las líneas de tiempo que se muestran en la figura 2.

Tabla 2. Documentos oficiales de las políticas públicas en salud que sustentaron a los modelos de atención propuestos entre el año de 1967 y el 2022.

Tipo	Fecha de publicación	Título	Principales contenidos
Decreto	16/06/1967	Decreto Legislativo No. 149: Creación del Ministerio de Salud Pública	"La Honorable Asamblea Nacional Constituyente considerando que es deber del Estado velar por la salud del pueblo, creando los organismos que cumplan esta finalidad y que el Ministerio de Previsión Social y Trabajo, por la complejidad de los problemas a los que deben dar soluciones adecuadas no puede prestar toda la atención que requiere el ramo de salud pública, que necesita técnica y dedicación exclusiva para servirlo, decreta: Art. 19.- Créase el Ministerio de Salud Pública para atender los ramos de Sanidad, Asistencia Social y los más que se relacionan con la salud en general"

Tipo	Fecha de publicación	Título	Principales contenidos
Normativa	27/03/1979	Constitución Política de la República del Ecuador	Se reconoció el derecho de la salud. Desde esta constituyente, todos los ecuatorianos tienen derecho a la previsión social, que comprende al seguro social, que tiene como objetivo proteger al asegurado y la de su familia en caso de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y desocupación. Además, se hizo referencia a la atención en salud de la población y el saneamiento ambiental de las ciudades y el campo, por medio de la socialización de la medicina. También se determinaba la asistencia social, establecida y regulada por el Estado.
Decreto	08/02/1980	Decreto Ejecutivo No. 56: creación de CONASA	Este organismo promovió la organización del Sistema de Salud del Ecuador. En primera instancia se consideró a esta institución como un ente de asesoría, pero en el 2002, se convirtió en una instancia fundamental para la creación y el impulso del Sistema Nacional de Salud.
Normativa	09/09/1994	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Tuvo como finalidad garantizar el financiamiento necesario para cubrir los gastos de medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de la mujer embarazada, el recién nacido y los niños menores de cinco años. En el año 2005 se crea la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que cuenta con autonomía financiera y legal dentro del Ministerio de Salud.
Normativa	11/08/1998	Constitución Política de la República del Ecuador	Se involucró al Estado como garante del derecho a la salud, la promoción y la protección. En la sección cuarta que trata sobre la salud, específicamente en el artículo 42, se menciona: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia."

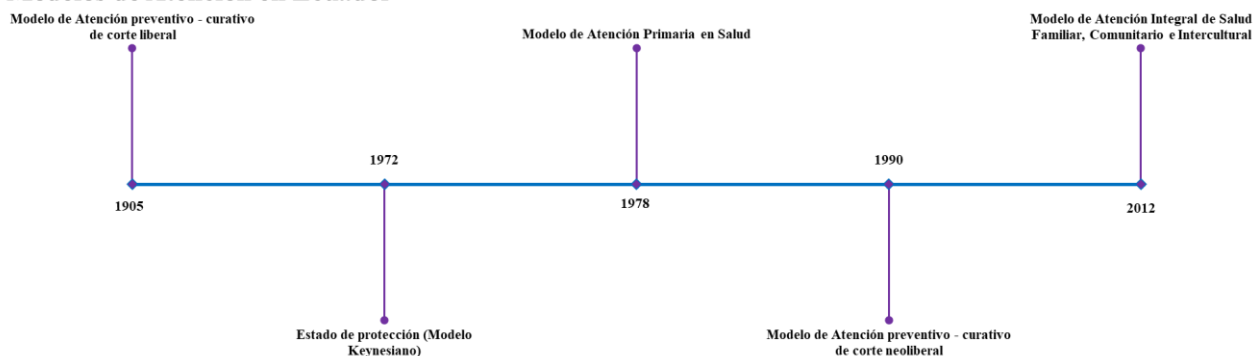
Tipo	Fecha de publicación	Título	Principales contenidos
Normativa	30/11/2001	Ley de Seguridad Social	Se establecieron los lineamientos en temas relacionados a la Seguridad Social de los ecuatorianos. Además, se definieron los principios, sujetos de protección, los riesgos protegidos y los recursos asignados. También se describe a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Protección Social, como el IESS, ISSPOL, ISSFA y las Unidades Médicas Prestadoras de Salud.
Normativa	22/12/2006	Ley Orgánica de Salud	En el capítulo I que hace referencia al derecho de la salud y su protección, el artículo 1 explica el objetivo fundamental de esta ley. "Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético."
Normativa	20/10/2008	Constitución Política de la República del Ecuador	En el artículo 32 de la Constitución del 2008 se menciona expresamente: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir." También se menciona que el Estado será el garante de la salud mediante políticas educativas, culturales, sociales, económicas y ambientales para que exista un acceso permanente y oportuno a los distintos servicios de promoción y atención integral de salud.
Decreto	26/2/2009	Decreto Ejecutivo No. 1577	Se plantea el Plan Nacional de Desarrollo para El Buen Vivir 2009-2013, en el que destacan 4 objetivos; mejorar las potencialidades y capacidades de la población, aumentar la esperanza y la calidad de vida, garantizar los derechos de la naturaleza, promover un ambiente sustentable y sano y auspiciar la cohesión, integración social y la igualdad.

Tipo	Fecha de publicación	Título	Principales contenidos
Resolución	19/1/2018	Resolución No. 003-2017-CNP	El Plan Nacional de Desarrollo 2017 -2021 Todo una Vida busca garantizar el derecho a la salud bajo distintos aspectos, como combatir la desnutrición infantil, fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, garantizar la seguridad social y promover conocimientos ancestrales de salud.
Acuerdo	18/6/2021	Acuerdo Ministerial 00003-2021	El Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 establece los lineamientos para la adquisición y distribución de vacunas contra el COVID-19. El propósito fundamental era inocular a 9 millones de ecuatorianos en 100 días, cumpliendo el régimen de vacunación completa. El Ministerio de Salud Pública, como ente rector del Sistema de Salud, fue organizado de tal manera que se logró cumplir con ese objetivo.
Acuerdo	4/7/2022	Acuerdo Ministerial 00082-2022	Se expidió el Plan Decenal de Salud que encuentra encaminado a enfrentar los problemas sanitarios estructurales del país a mediano y largo plazo. Su objetivo es desarrollar la atención de la salud para contar con un sistema eficiente, transparente y equitativo. Además, se busca priorizar la prevención de la enfermedad y el adecuado acceso a los servicios integrales de salud.

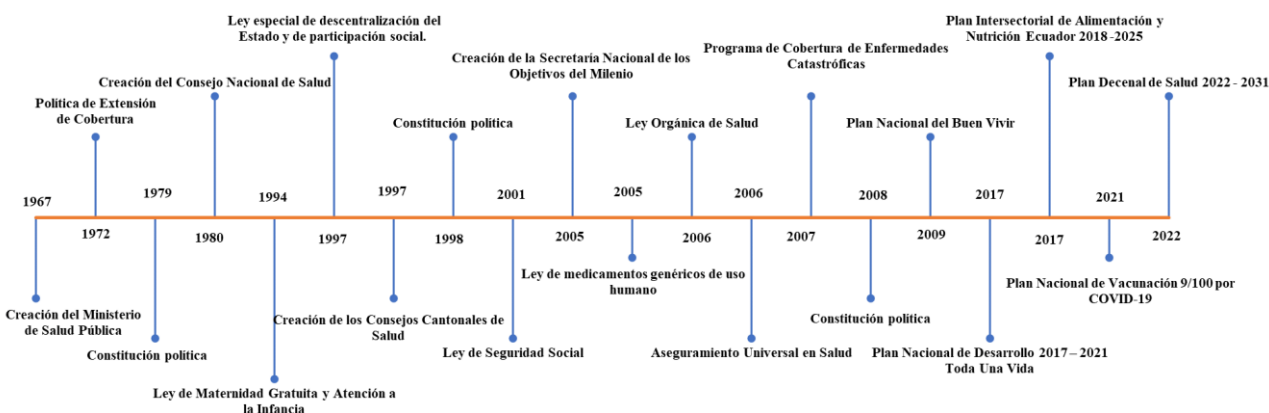
Elaborado por: Larco, J. (2023)

A continuación, se presentan las líneas de tiempo en donde se especifican los diferentes modelos de atención en Ecuador, las políticas públicas en salud y las tendencias internacionales sobre los modelos de atención desde el año 1967 hasta el 2022.

Modelos de Atención en Ecuador



Políticas Públicas en Salud



Tendencias Internacionales sobre los Modelos de Atención

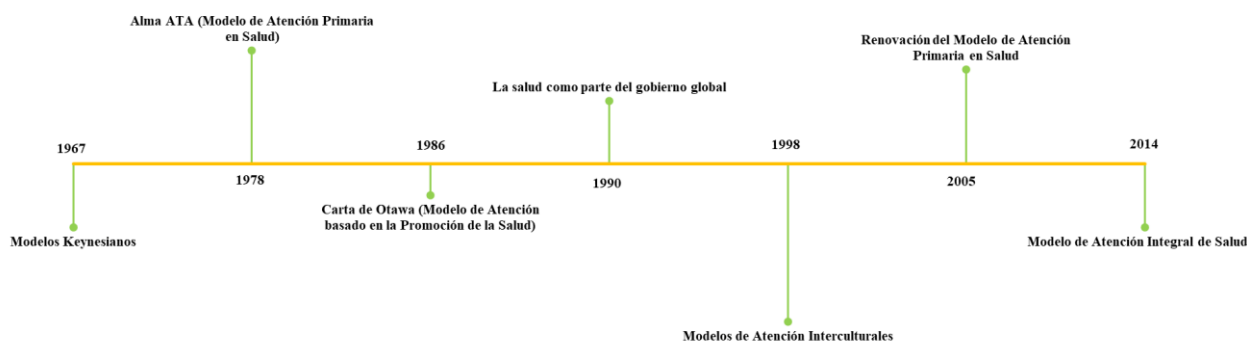


Figura 1. Línea de tiempo de triple entrada: Modelos de Atención en Ecuador, Políticas Públicas en Salud, y Tendencias Internacionales sobre los Modelos de Atención desde 1967 hasta 2022.
Elaborado por: Larco, J. (2023)

Opinión de los actores clave sobre las diferentes propuestas de Modelo de Atención.

Se realizaron entrevistas a 14 expertos en el tema, autoridades de instituciones públicas ligadas a la salud, profesionales con más de 10 años de trabajo en este sector, y académicos; todos ellos tomadores de decisión de alto nivel involucrados en los procesos de reforma de la salud pública. En la siguiente tabla se presenta el perfil de los entrevistados, especificando su edad, sexo, profesión y el puesto de trabajo que desempeñaron o desempeñan en salud.

Tabla 3. Perfil demográfico y profesional de los participantes entrevistados

Código del participante	Edad	Sexo	Profesión	Puesto de trabajo que desempeña o desempeñó
EMAS001	46	Femenino	Licenciada en Historia y Ciencias Políticas	Ex ministra de Salud
EMAS002	45	Masculino	Médico especialista	Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
EMAS003	65	Masculino	Médico General	Exalcalde
EMAS004	58	Masculino	Médico especialista	Docente de la Universidad Central del Ecuador
EMAS005	62	Masculino	Médico especialista	Docente de la Universidad Central del Ecuador
EMAS006	59	Masculino	Médico Especialista	Ex Decano de la Universidad Central del Ecuador
EMAS007	51	Masculino	Médico especialista	Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
EMAS008	48	Masculino	Médico especialista	Médico especialista del Hospital Carlos Andrade Marín
EMAS009	54	Masculino	Abogado	Ex Asambleísta Nacional
EMAS010	48	Masculino	Médico especialista	Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
EMAS011	55	Masculino	Médico especialista	Ex Decano de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
EMAS012	54	Femenino	Especialista en Obstetricia	Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
EMAS013	58	Masculino	Médico especialista	Ex presidente del Colegio Médico
EMAS014	50	Femenino	Enfermera	Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Código del participante	Edad	Sexo	Profesión	Puesto de trabajo que desempeña o desempeñó
EMAS015	53	Femenino	Enfermera	Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Conocimiento de los entrevistados sobre los modelos de atención en salud propuestos en el Ecuador entre el 1967 y el 2022.

La figura 3 muestra una nube de palabras que permite identificar las más frecuentemente mencionadas por los entrevistados al ser interrogados sobre los modelos de atención de la salud que se han propuesto o implementado en Ecuador durante el período estudiado.

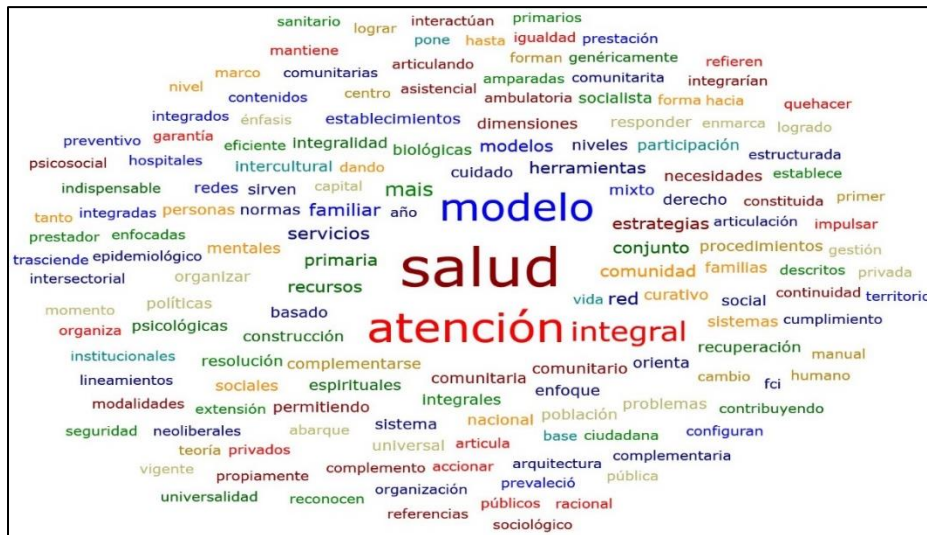


Figura 2. Nube de palabras sobre los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 y 2022.
Elaborado por: Larco, J. (2023)

Gran parte de los entrevistados conoce al modelo de atención vigente en Ecuador y el anterior a este, es decir el que se basa en la atención primaria, pero varios de los expertos ignoran la existencia de otros tipos de modelos de atención que se hayan aplicado en Ecuador. Solamente dos participantes respondieron que en el Ecuador han existido diferentes modelos de atención a lo largo de la historia del Ministerio de Salud Pública cuya fundación data del año 1967. Cabe mencionar que de acuerdo con Arredondo & Meléndez existen varios modelos de atención, tales como el epidemiológico, psicosocial, sociológico, económico y los basados en la teoría del capital humano. Actualmente en Ecuador se encuentra oficialmente vigente el Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural. (9,19)

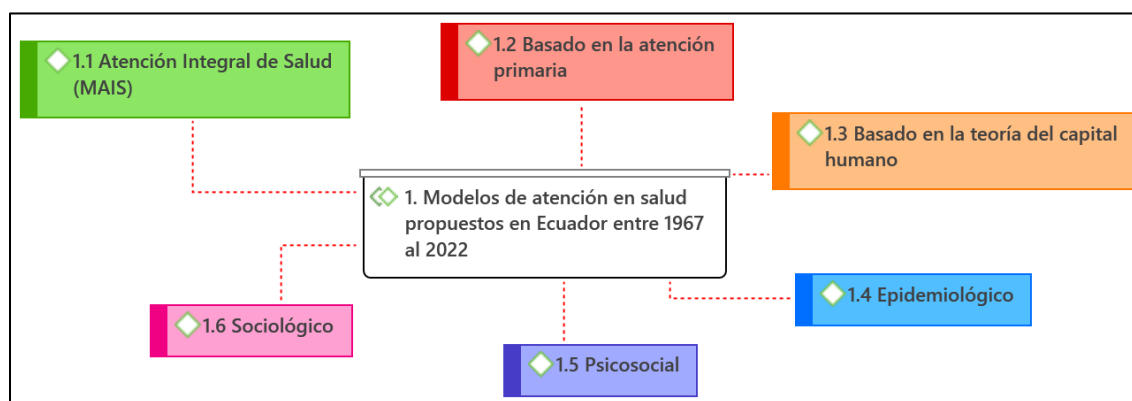
A continuación, se presentan las respuestas de los expertos a esta pregunta que resultan más relevantes para la investigación:

Pregunta 1: ¿Cuáles han sido los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 al 2022?

“..... un sistema de salud es un conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales encargadas de realizar procesos relacionados con la salud de la población, plasmados en organizaciones, normas y servicios, y encaminados a lograr resultados acordes con la imagen de salud imperante en la sociedad, que se basa principalmente en el proceso de búsqueda de atención en diversos modelos de atención donde se dan a conocer los modelos principales: Modelo epidemiológico, Modelo psicosocial, Modelo sociológico, Un modelo basado en la teoría del capital humano, que dan a destacar su importancia en el ámbito medico logrando así una implementación de un modelo de atención de salud.” Participante EMAS001.

“Conozco el Modelo Integral de Atención en Salud del 2007, que está vigente hasta el momento.” Participante EMAS013.

“En 1979 culmina con el periodo de dictadura militar, en 1998 se establece un modelo de salud amparadas en políticas neoliberales y finalmente en 2008 se establece el nuevo Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud (MAIS-FCI), que se mantiene al año 2022.” Participante EMAS014.



**Figura 3. Mapa de Giddens sobre los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 y 2022.
Elaborado por: Larco, J. (2023)**

De acuerdo con los profesionales entrevistados los principales modelos de atención que se han propuesto en Ecuador entre el año 1967 y el 2022 han sido seis. De estos, el más

reconocido es el actual Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural, seguido por el basado en la atención primaria; el basado en la teoría del capital humano, el modelo epidemiológico, el psicosocial y el sociológico solo fueron mencionados por un informante.

Opinión sobre la perspectiva histórica del cambio en los modelos de atención

Los términos que destacan en la nube de palabras creada a partir de las respuestas de los entrevistados en relación con la perspectiva histórica de los modelos de atención en salud son: salud, sistema, modelo, integral, curativo, necesidad, perspectiva; entre otras. Gran parte de los entrevistados conoce sobre los diversos cambios que se han dado en los sistemas de atención de la salud en el país, y diferencian algunas de las principales doctrinas políticas que han existido en Ecuador.

A lo largo de la historia del Ecuador han existido diferentes corrientes del pensamiento que han sido las que han permitido o limitado el desarrollo de la salud. Desde la creación del Ministerio de Salud en el año 1967 se han dado una serie de hitos que han desembocado en la realidad actual, pasando por doctrinas liberalistas en donde se percibía fragmentación, desarticulamiento y centralización de los servicios de salud dispuestos por el Sistema de Salud Nacional y el Ministerio de Salud Pública, hasta por políticas socialistas en donde se planificaron quimeras que no se pudieron concretar. (34)



Figura 4. Nube de palabras sobre la perspectiva histórica frente al cambio de los modelos de atención.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

A continuación, se presentan las respuestas de los expertos a la pregunta de ¿Cuál es su perspectiva histórica frente al cambio de los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, desde el año de 1967 al 2022? que resultaron ser más relevantes para esta investigación.

“Mi perspectiva es general referente a que el sistema de salud del Ecuador se caracteriza por ser un sistema mixto, segmentado y fragmentado. Por mandato constitucional es de acceso universal y gratuito, desde el 2008 se encuentra en proceso de universalización, pero aún no se ha logrado ni consolidado el sistema. Se refleja igual que la percepción mayoritaria coincide en que los factores políticos, sociales y económicos que han influido a partir del 2007 mismas que han brindado un escenario favorable para las reformas e implementación de la Transformación del Sector de Salud en Ecuador, formular leyes e impulsar el código de salud, pero ésta no cuenta con la sostenida legitimidad ciudadana, por lo que la alteración o revés de estos factores pondría en riesgo los avances y consolidación del sistema de salud. Llegamos a un punto donde nos atacan ciertas dudas como por ejemplo: los médicos mismo son impulsores o ejemplares para formar médicos con el pensamiento de ejercer una medicina familiar y comunitaria pero si los médicos no tienen esta visión de ver al ser humano integral difícilmente aun siendo especialistas van a lograr un cambio.”

Participante EMAS001.

“En el país el Sistema Nacional de Salud se caracterizó por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, el enfoque manejado es netamente biologista - curativo, centrado en la enfermedad y atención a nivel hospitalario; los programas de salud son de corte vertical, con limitada posibilidad de una atención integral e integrada a la población. Las políticas anteriores al MAIS son de corte neoliberal, debilitando la capacidad de control y regulación del Ministerio de Salud Pública.”

Participante EMAS008.

“Desde mi punto de vista pienso que el modelo de atención en salud no ha tenido una evolución que mejore los indicadores y epidemiología de la salud, sin embargo, el modelo

actual tiene una objetivos claros, pero no se ejecuta, adecuadamente, por lo que hay aun brechas en cobertura de salud inequitativa.” Participante EMAS012.

La perspectiva histórica que tienen los entrevistados sobre los cambios de modelos de atención se basa en 4 ejes fundamentales: las políticas neoliberales; la fragmentación, centralización y desarticulación del sistema; las políticas sociales y la salud colectiva y bienestar. Solamente 1 entrevistado afirmó que no poseía información para responder la pregunta, mientras que los otros se centraron en las 4 temáticas que se muestran en el siguiente mapa de Giddens.

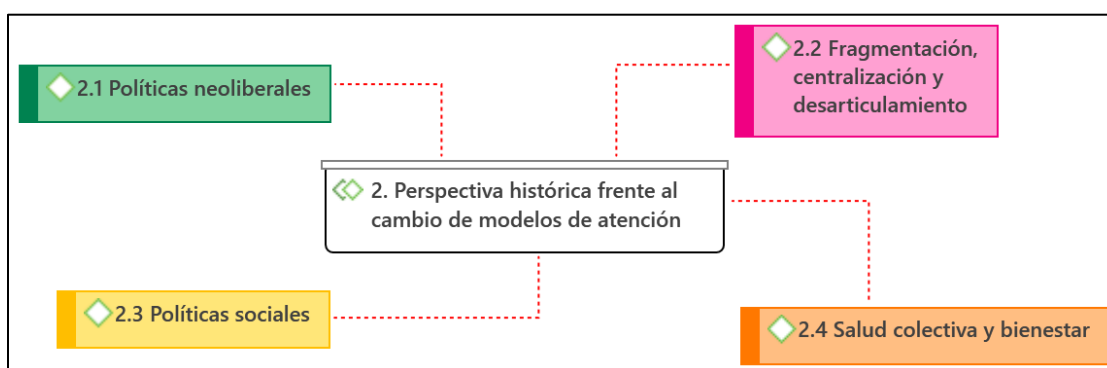


Figura 5. Mapa de Giddens sobre la perspectiva histórica frente al cambio de modelos de atención.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Actores fundamentales para la implementación de las políticas públicas en los modelos de atención

Los términos salud, actores, ministerio, nacional, pública, ente, implementación, y plan, entre otras palabras son los más mencionadas por los entrevistados en respuesta a la pregunta sobre los actores claves. Por definición, el actor más importante es el Ministerio de Salud Pública, pero los participantes incluyeron al Senescyt, al Gobierno Nacional, a la comunidad y al Consejo de Educación Superior como fundamentales para la implementación de las políticas públicas en los modelos de atención, De acuerdo a la documentación revisada, el Ministerio de Salud Pública cumple el rol de rector de Sistema Nacional de Salud y es el responsable de la coordinación, regulación, conducción, evaluación y generación de la normativa de los servicios y actividades que se realizan en salud por entidades privadas y públicas. Los demás actores son definidos como actores de interés que no poseen el poder para determinar el

“Los actores fundamentales han sido los gobiernos de turno.” Participante EMAS014.

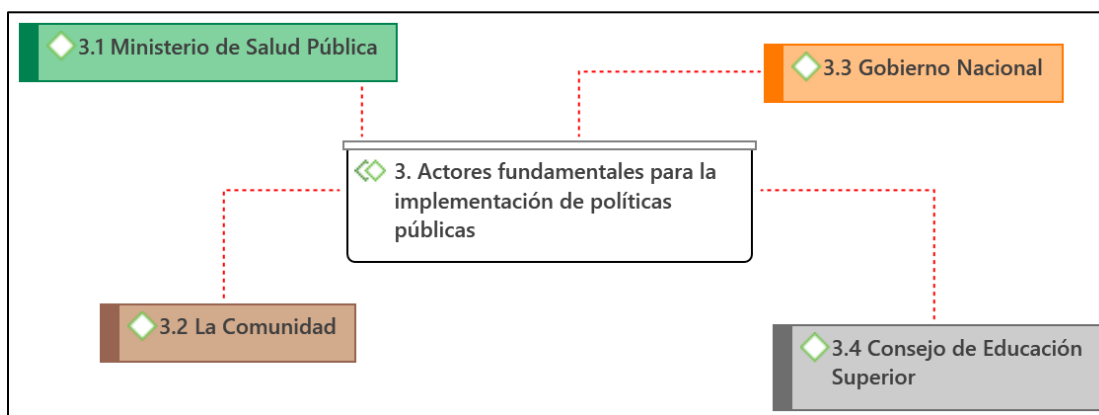


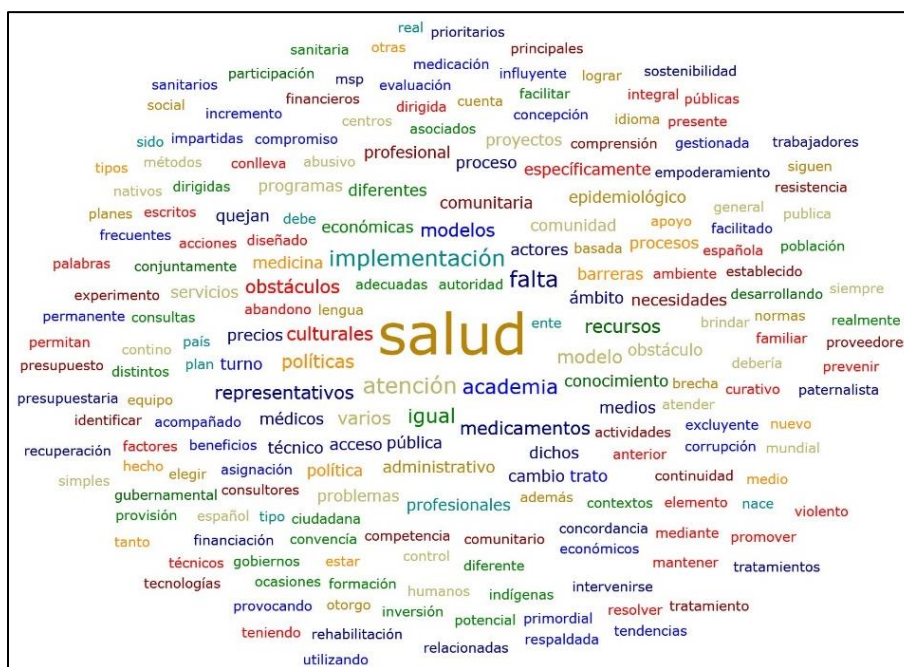
Figura 7. Mapa de Giddens sobre los actores fundamentales para la implementación de políticas públicas.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Tal y como se muestra en la figura 8, los entrevistados hicieron referencia al gobierno nacional, al Ministerio de Salud Pública, a la comunidad y al Consejo de Educación Superior como actores fundamentales para la implementación de políticas públicas referidas a los modelos de atención de la salud en Ecuador. Cabe mencionar que un participante mencionó al personal de salud operativo y a la comunidad como los actores más importantes.

Medios o materiales para la implementación de los modelos de atención

Las palabras que se pueden observar en la nube mostrada en la figura 9 son: salud, implementación, políticas, culturales, academia, autoridad, culturales, obstáculo, y económicas, entre otras. Según el Manual del MAIS-FCI los materiales y medios fundamentales para la implementación de ese modelo de atención son el ordenamiento territorial, la reorganización de la red de servicios, el fortalecimiento de los recursos humanos, el financiamiento y la gestión institucional. De estos, todos los entrevistados identifican al financiamiento como un elemento medular en la implementación del modelo de atención en salud en Ecuador. En el documento antes mencionado se plantea que la demanda, la experiencia, el conocimiento, las normas, los protocolos vigentes, los programas sociales y de salud son excelentes herramienta para la implementación del MAIS en el ámbito zonal y distrital. (9)



**Figura 8. Nube de palabras sobre los medios o materiales que facilitaron u obstaculizaron la implementación de los modelos de atención.
Elaborado por: Larco, J. (2023)**

En cuanto a la pregunta 4: ¿Qué medios o materiales facilitaron u obstaculizaron la implementación de modelos de atención?, las respuestas mas relevantes son:

“Los materiales a destacar primordialmente es el modelo de competencia gestionada en el contexto latinoamericano al igual que el modelo de competencia gestionada específicamente basada en la financiación al igual que la provisión de servicios de salud, el acceso y evaluación a los servicios de salud teniendo en cuenta el acceso potencial y real. Existen igual barreras que obstaculizaron la implementación de diversos modelos como por ejemplo las barreras de acceso están interrelacionadas y las barreras geográficas están relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; las barreras económicas son los precios de las consultas y de los medicamentos, además, entre las barreras culturales, la lengua española es un obstáculo. Los indígenas tienen otra concepción de la medicina y de los tratamientos y se quejan en ocasiones de trato abusivo por parte de los profesionales sanitarios. A su vez, los profesionales de la salud reconocen que el trauma de la guerra (sic) está presente y critican las malas condiciones de vida y la falta de recursos.” Participante EMAS001.

“El MAIS-FCI está conceptualizado desde una utopía, que no llega a la consecución real por varias causas: resistencia desde el ámbito profesional y de la comunidad al abandono del modelo anterior curativo y paternalista, falta de formación en salud familiar y comunitaria, falta de empoderamiento comunitario, falta de presupuesto y corrupción.” Participante EMAS009.

“La academia, al igual que la política de salud pública son medios principales que van a facilitar la implementación de dichos modelos, por lo que nace la implementación de varios medios representativos de la academia con el conocimiento administrativo, técnico, epidemiológico al igual que médicos.” Participante EMAS010.

En el mapa de Giddens (figura 10) se muestra que los expertos reconocen que existen problemas para la implementación efectiva del actual modelo de atención, tales como el maltrato profesional y las tendencias políticas. Los aspectos culturales, económicos y las políticas gubernamentales son aristas que pueden o no acogerse al desarrollo del modelo de atención y su buena implementación en la sociedad.

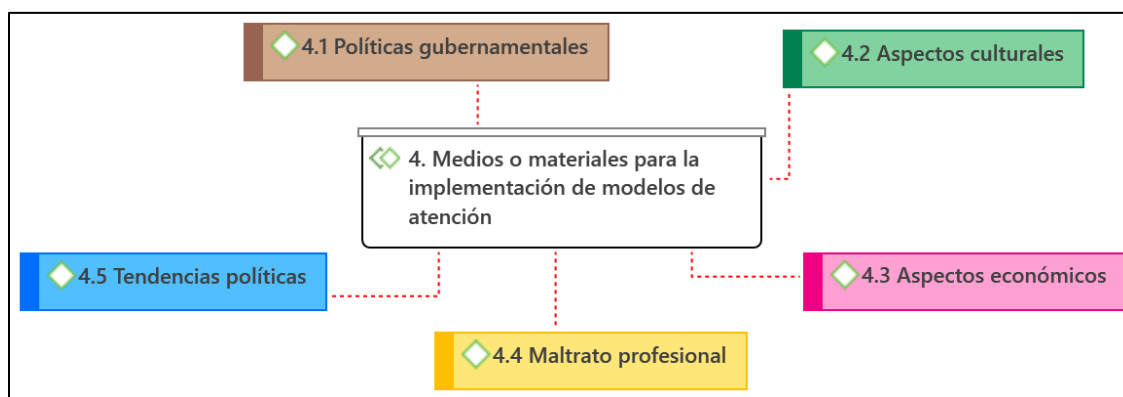


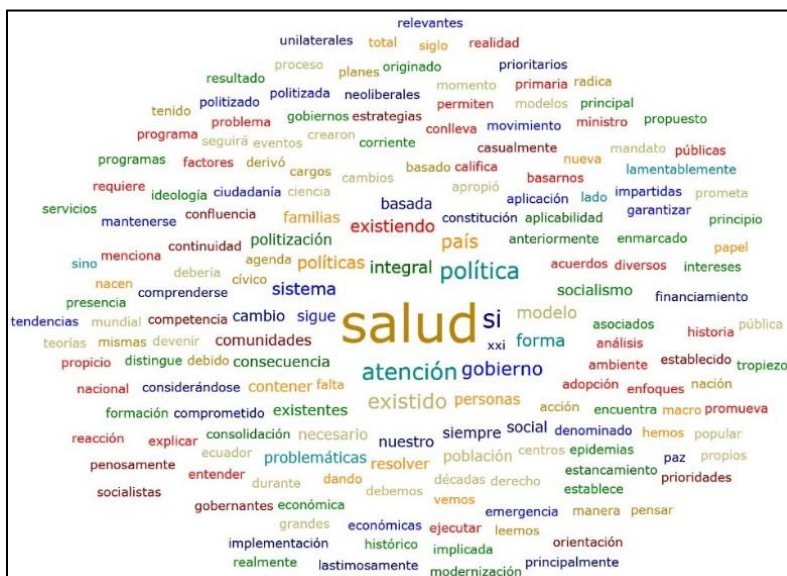
Figura 9. Mapa de Giddens sobre los medios o materiales para la implementación de los modelos de atención.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Politización en salud

La politización de la salud es un hecho que se ha evidenciado en cada cambio de gobierno, en cada cambio de doctrina política. Desde la misma creación del Ministerio de Salud Pública se considera que existen intenciones o decisiones políticas en cada avance o retroceso relacionados con la salud y las instituciones creadas para su atención. A lo largo de toda la historia del Ecuador las agendas políticas han primado y han sido más importantes que los

intereses ciudadanos; fenómeno que no solo se refiera al sector salud, sino a los diversos ámbitos de la política pública. (33)



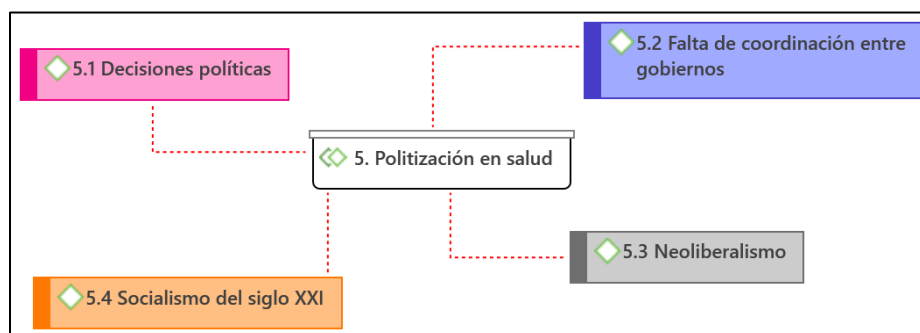
**Figura 10. Nube de palabras sobre la politización en la salud del país
Elaborado por: Larco, J. (2023)**

A pesar de que “politización” no sea la palabra más importante en la nube referida a las respuestas dadas a la pregunta sobre la influencia de las políticas partidistas en la salud, si (como palabra que indica afirmación) fue una de las que más se dijo durante las entrevistas con los expertos. Todos los informantes afirmaron, de manera directa o indirecta que la salud y la política han estado estrechamente ligadas y algunos dijeron que esto ha provocado que esta cartera de estado no se tenga un desarrollo adecuado. Varios entrevistados suscribieron lo dicho en la bibliografía consultada en el sentido de que cada gobierno viene con nuevas proyecciones y que, a pesar de que la Constitución Ecuatoriana en varios de los artículos ponga como un deber primordial a la salud y lo enaltezca como uno de los derechos más importantes, en algunas ocasiones estos principios han sido vulnerados o desatendidos. (3)

Las siguientes respuestas a la pregunta de si ha existido politización en la salud del país resultan relevantes para esta investigación:

“Total y penosamente como consecuencia de lo dicho anteriormente la salud en nuestro país está politizada, dando como consecuencia un estancamiento de la salud y falta de aplicabilidad del sistema de salud establecido.” Participante EMAS012.

“Durante la historia siempre ha existido politización en la salud del país, debido a los intereses propios de los gobernantes.” Participante EMAS014.



**Figura 11. Mapa de Giddens sobre la politización en salud.
Elaborado por: Larco, J. (2023)**

El mapa de Giddens muestra que las ideas más importantes que se reflejaron en las respuestas de los expertos a esta pregunta se relacionan con las decisiones políticas, la falta de coordinación entre gobiernos, el neoliberalismo y el socialismo del siglo XXI. Los participantes de la investigación afirman que las diversas corrientes políticas han influenciado absolutamente todos los ejes del Estado, no únicamente el sector de la salud. En cuanto a esas corrientes, algunos mencionan al neoliberalismo y otros al socialismo del siglo XXI, tanto como causantes, como una alternativa ante la situación de la atención en salud en el país.

Normativa que ha favorecido la implementación de los modelos de atención

Constitución, salud, leyes, implementación, objetivos, constituyen los vocablos que destacan en la siguiente nube de palabras, referida a las respuestas a la pregunta sobre las normativas que favorecen la implementación de un determinado modelo de atención de la salud. Es importante resaltar que casi todos los entrevistados mencionaron la Constitución de la República del Ecuador como la normativa más importante que ha favorecido la implementación del modelo actual de atención en los servicios públicos de salud. Unos cuantos entrevistados mencionaron también la Ley Orgánica de Salud y solamente un experto mencionó los artículos, objetivos y normativas de la carta magna referidos a este tema.

Esto concuerda solo parcialmente con los resultados de la revisión documental en que se encontró que las normativas que rigen el modelo de atención actual son: la Constitución de

salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven.” Participante EMAS004.

“Algunas específicas como: La Constitución: Derecho a la Salud en el Artículo 32 – 35. Ley Orgánica de Salud: Art. 6 – 10 – 69. Plan Nacional del Buen Vivir: Objetivo 1 – Objetivo 3 Agenda Social 2013 – 2017: 1 – 2 – 3. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Objetivo 2 – Objetivo 3 – Objetivo 6.” Participante EMAS011.

En siguiente mapa de Giddens muestra que las ideas más importantes relacionadas con esta pregunta son que las agendas de gobernabilidad, si bien no son normativas, labran el camino para la gestión y administración en el Ministerio de Salud. En cuanto a las normativas propiamente dichas, se mencionó la Constitución de la República, las leyes orgánicas y los objetivos de desarrollo sostenible.

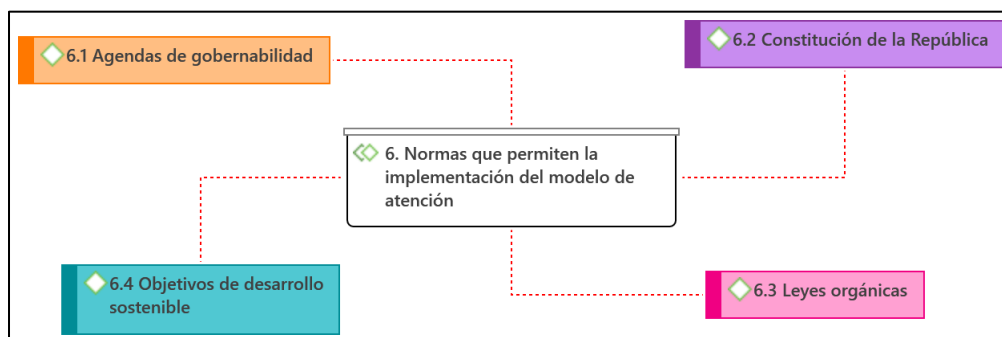


Figura 13. Mapa de Giddens sobre la normativa que ha favorecido a la implementación del modelo de atención en la salud pública.
Elaborado por: Larco, J. (2023)

Apoyo por parte de las autoridades para la implementación de políticas públicas que mejoren los modelos de atención

A lo largo del período estudiado, han varios hitos que marcan avances en el mejoramiento de los sistemas y la atención de la salud del país. Entre ellos destacan la creación del Ministerio de Salud Pública en el año de 1967 durante el gobierno de Otto Arosemena Gómez y las leyes de seguridad social, maternidad gratuita y aseguramiento universal. También se

área de salud al igual que fomentar el desarrollo humanitario en las autoridades tanto públicas como privadas.” Participante EMAS003.

“Se puede decir que si haya existido un apoyo referente a las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud. Es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos.” Participante EMAS004.

“Puede existir el apoyo a la implementación de un método de atención, pero se debe considerar la salud como un derecho individual, un bien común y como elemento fundamental de la seguridad humana, lo que implica generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible.” Participante EMAS006.

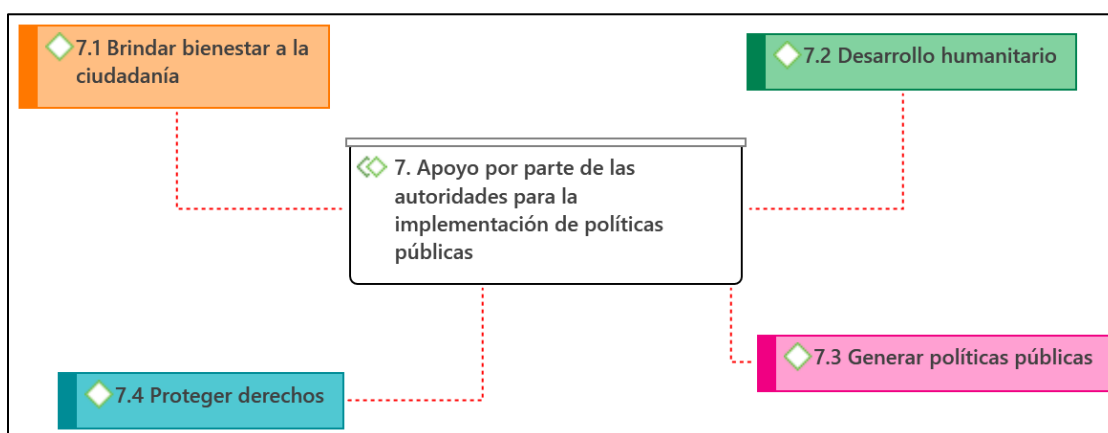


Figura 15. Mapa de Giddens sobre el apoyo por parte de las autoridades para que en Ecuador se implementen políticas públicas para el mejoramiento de los modelos de atención.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

La figura 16 muestra las ideas más importantes que se obtuvieron en las entrevistas en cuanto a la forma de apoyo por parte de las autoridades; siendo estas la generación de políticas públicas. También se mencionan conceptos asociados a los propósitos de estas políticas como son: brindar bienestar generalizado a la ciudadanía, un adecuado desarrollo humano y proteger los derechos de las personas.

Organismo que ha asumido la rectoría del sector de la salud

Las respuestas dadas por los entrevistados sobre quién realmente ha asumido la rectoría del sector salud, se refieren mayoritariamente al Ministerio de Salud Pública como parte del gobierno de turno; solo un participante no mencionó al MSP como ente rector del sector salud. Consecuentemente, los términos que sobresalen en la nube de palabras son: salud, ministerio, pública, sistema, gestión, rectoría, constitución, ley, estrategias, organismo, y responsabilidad. Estas respuestas se alinean con lo establecido en el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, que establece que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública; entidad a la que se le encarga las funciones de rectoría de la salud, tanto para los servicios públicos como privados. Además, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador tiene potestad para crear los mecanismos regulatorios para que el financiamiento de la salud sea realizado de forma adecuada. (10)



Figura 16. Nube de palabra sobre el organismo que asume la rectoría del sector público.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Las respuestas de los entrevistados a la pregunta de ¿Quién o qué organismo realmente ha asumido la rectoría del sector de la salud? que resultaron ser más relevantes para la investigación fueron:

“El Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con ley y a la constitución es el órgano u organismo rector del sector de salud.” Participante EMAS001.

“Cada gobierno de turno con la autoridad sanitaria de turno ha determinado las estrategias a implementarse.” Participante EMAS008.

“Considero que la rectoría de salud la ha tomado el gobierno nacional y sus afiliados políticos del momento.” Participante EMAS012.

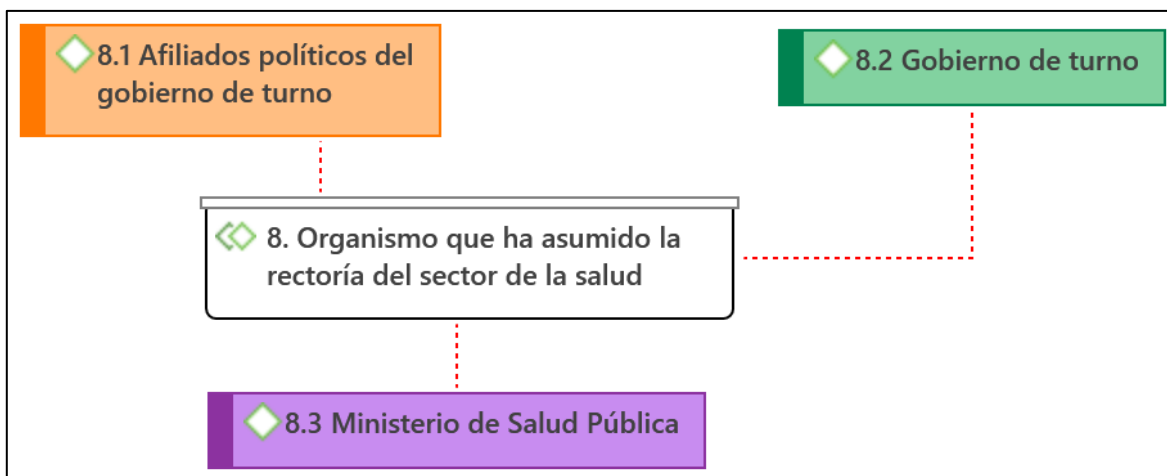


Figura 17. Mapa de Giddens sobre el organismo que asume la rectoría del sector público.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

En este mapa de Giddens se puede ver que algunos entrevistados mencionaron que el gobierno de turno y sus afiliados políticos son quienes han asumido la rectoría del sector de salud. Esto podría considerarse contrapuesto a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud antes mencionada, en que es el Ministerio de Salud Pública a quién le corresponde esa función; y puede ser un indicativo de la politización de esta cartera de Estado. Sin embargo, algunos entrevistados matizan esto diciendo que es el gobierno con la autoridad sanitaria, pero sin explicar en detalle la relación entre ambos.

Lecciones aprendidas de la implementación de los modelos de atención

Los expertos reconocen las lecciones aprendidas, destacando que el financiamiento es muy necesario, pero debe estar muy bien direccionado y planificado para que no resulte en un despilfarro de recursos y, peor aún, en la proliferación de la corrupción. Sin embargo, en las respuestas a la pregunta sobre las lecciones aprendidas, los entrevistados también mencionan la importancia de una adecuada capacitación del recurso humano para el cumplimiento de los objetivos de los modelos de atención; lo que se refleja en la nube de palabras, donde

salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.” Participante EMAS002.

“La lección aprendida en cuanto a diversos modelos de atención se basa en reducir los trámites burocráticos y ejercitar o visualizar la realidad para que puedan crear una visión de lo que realmente es la promoción y prevención de la salud, lo que significa que debe ser real, inclusiva y considerar la diversidad intercultural y de conocimientos.” Participante EMAS004.

“Sin apoyo y presupuesto no se puede aplicar el modelo de salud. Se considera a la salud como un gasto social. El Ministerio de Salud no ejerce su rectoría.” Participante EMAS012.

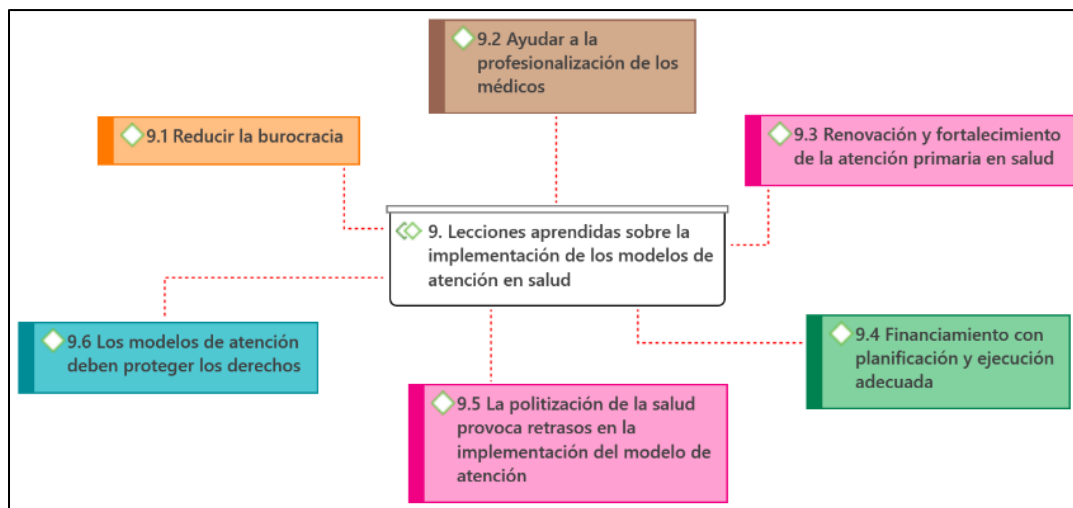


Figura 19. Mapa de Giddens sobre las lecciones aprendidas en cuanto a la implementación de los modelos de atención.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Para la elaboración del mapa de Giddens que se muestra en la figura 20, se identificaron diferentes pensamientos en cuanto a las lecciones aprendidas. Entre ellas cabe mencionar la reducción de la burocracia para obtener mejores resultados en la implementación del modelo

Como en todas las nubes de palabras de esta investigación, salud es la que más se repite en las entrevistas con los expertos. Otras palabras que destacan en este tema son: sistemas, atención, integral, pública, desafío, modelo, vida, políticas, entre otras.

A continuación, se presentan las respuestas más relevantes a la pregunta ¿Cuáles son los desafíos para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención?

“Cada uno de nosotros puede soñar o tener diferentes expectativas o perspectivas, pero el mayor desafío es ante esas políticas neoliberales basadas en el enfoque de riesgo, en el financiarismo y en la lógica curativo-preventiva de la enfermedad (modelos de gestión clínica y de atención gerenciada). Los sistemas de salud en América Latina se deben reestructurar atendiendo a otra lógica, basada en las necesidades de la población y en garantizar la equidad en salud y los derechos humanos” Participante EMAS002

“El principal desafío es que la salud se libere políticamente ya que el Sistema Nacional de Salud se enfrenta además a problemas más específicos como son el descontrolado gasto farmacéutico, un número excesivamente bajo de camas hospitalarias, la falta de desarrollo de la Atención Primaria y la descoordinación entre niveles asistenciales, las insuficiencias en geriatría, salud mental y atención socio sanitaria. A ello hay que unir la inadecuada utilización de la tecnología y la falta de cauces para la participación social y profesional.”
Participante EMAS009

“La inestabilidad y problemas en el manejo financiero, y poca claridad en el proceso de ejecución del gasto y reposición de fondos.” Participante EMAS013

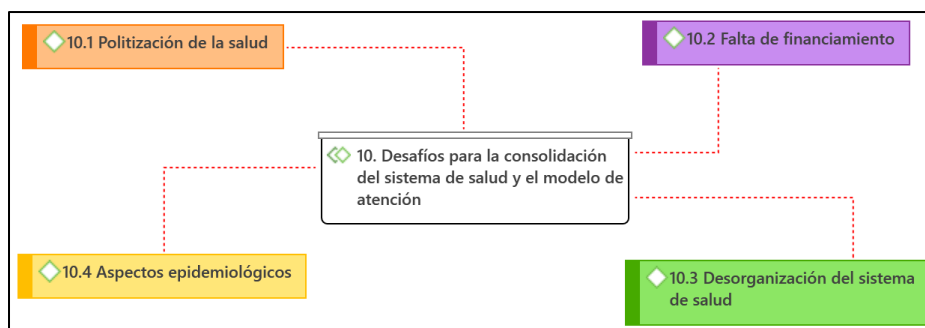


Figura 21. Mapa de Giddens sobre los desafíos existentes para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención.

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Con base en las citas anteriores se puede afirmar que los desafíos más importantes identificados por los entrevistados fueron la politización de la salud, la falta de financiamiento, la desorganización del sistema de salud y los aspectos epidemiológicos. Un experto mencionó que las condiciones demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas del Ecuador han ido cambiando, por lo que es necesario que los sistemas y modelos de salud se adapten a las condiciones actuales. Esto implica un cambio continuo y la elaboración de nuevas normativas que puedan ajustarse a las nuevas necesidades y demandas de las personas.

Principales opiniones de los actores de alto nivel involucrados en la elaboración e implementación de los modelos de atención en salud en Ecuador

De manera general se puede mencionar que se obtuvieron 45 pensamientos, ideas y reflexiones de los entrevistados, divididos en 10 aspectos centrales que corresponden a cada una de las preguntas realizadas en el cuestionario. En la siguiente tabla se indican los temas que se trataron en las entrevistas, y las principales ideas y pensamientos obtenidos de los entrevistados para cada uno de ellos.

Tabla 4. Contenidos, pensamientos, ideas y reflexiones de los entrevistados

Contenidos	Pensamientos, ideas y reflexiones
1. Modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 al 2022	1.1 Atención integral de salud (MAIS)
	1.2 Basado en la Atención Primaria de Salud
	1.3 Basado en la Teoría del Capital Humano
	1.4 Modelo Epidemiológico
	1.5 Modelo Psicosocial
	1.6 Modelo Sociológico
2. Perspectiva histórica frente al cambio de modelos de atención	2.1 Políticas neoliberales
	2.2 Fragmentación, centralización y desarticulamiento
	2.3 Políticas sociales
	2.4 Salud colectiva y bienestar
3. Actores fundamentales para la implementación de políticas públicas	3.1 Ministerio de Salud Pública
	3.2 Comunidad
	3.3 Gobierno Nacional

Contenidos	Pensamientos, ideas y reflexiones
	3.4 Consejo de Educación Superior
4. Medios o materiales para la implementación de modelos de atención	4.1 Políticas gubernamentales
	4.2 Aspectos culturales
	4.3 Aspectos económicos
	4.4 Maltrato profesional
	4.5 Tendencias políticas
5. Politización en salud	5.1 Decisiones políticas
	5.2 Falta de coordinación entre gobiernos
	5.3 Neoliberalismo
	5.4 Socialismo del siglo XXI
6. Normas que permiten la implementación del modelo de atención	6.1 Agendas de gobernabilidad
	6.2 Constitución de la República
	6.3 Leyes Orgánicas
	6.4 Objetivos de Desarrollo Sostenible
7. Apoyo por parte de las autoridades para la implementación de políticas públicas	7.1 Brindar bienestar a la ciudadanía
	7.2 Desarrollo humanitario
	7.3 Generar políticas públicas
	7.4 Proteger derechos
8. Organismo que ha asumido la rectoría del sector de la salud	8.1 Afiliados políticos del gobierno de turno
	8.2 Gobierno de turno
	8.3 Ministerio de Salud Pública
9. Lecciones aprendidas sobre la implementación de los modelos de atención en salud	9.1 Reducir la burocracia
	9.2 Ayudar a la profesionalización de los médicos
	9.3 Renovación y fortalecimiento de la APS
	9.4 Financiamiento con planificación y ejecución adecuada
	9.5 Politización de la salud provoca retrasos en la implementación del modelo de atención
	9.6 Modelos de atención deben proteger los derechos
10. Desafíos para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención	10.1 Politización de la salud
	10.2 Falta de financiamiento
	10.3 Desorganización del sistema de salud
	10.4 Aspectos epidemiológicos

Elaborado por: Larco, J. (2023)

Con base en esta tabla se elaboró el siguiente algoritmo final del análisis cualitativo, incluyendo todos los pensamientos y temas tratados en las entrevistas.

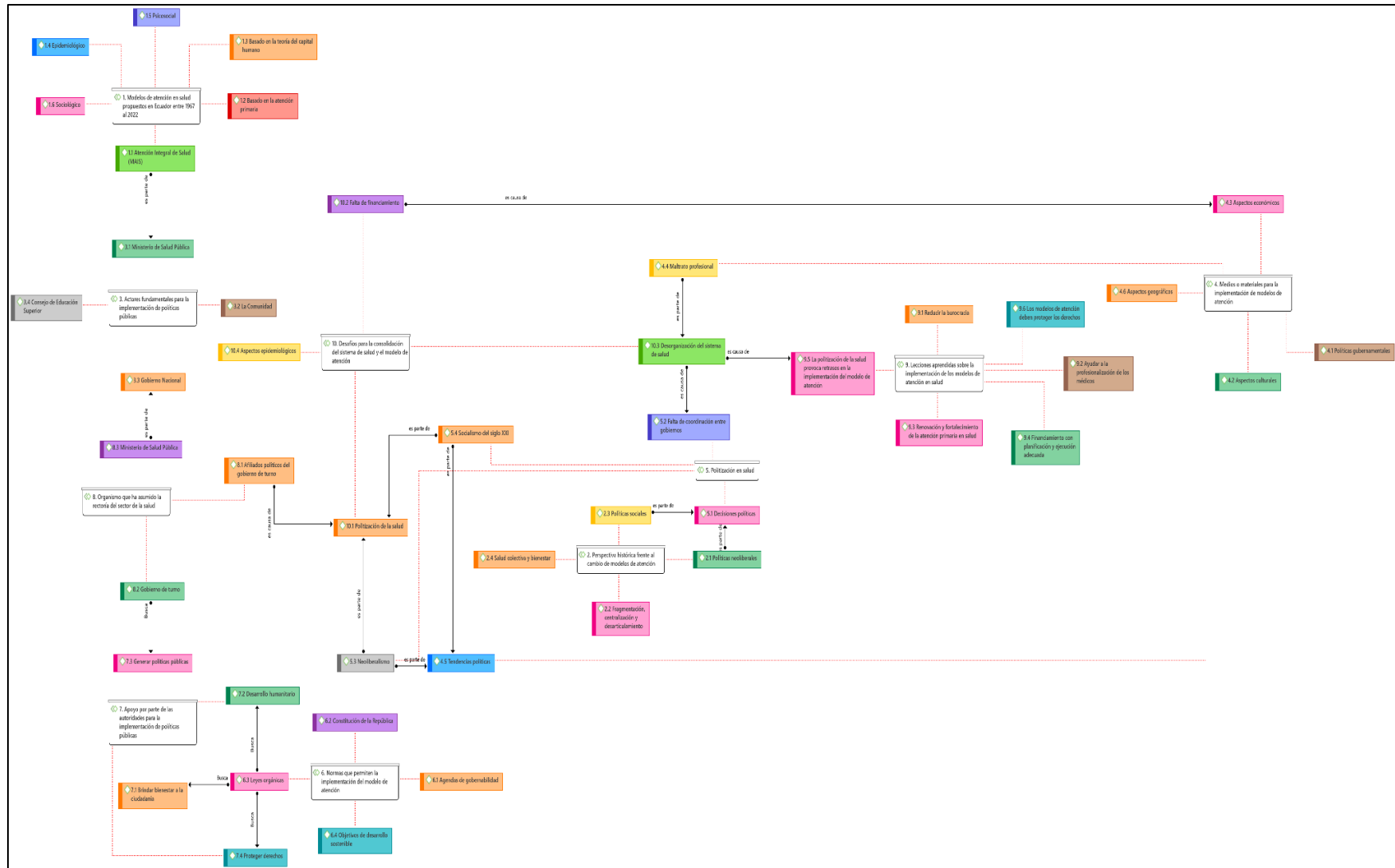


Figura 22. Algoritmo final del análisis cualitativo de las entrevistas a actores claves
 Elaborado por: Larco, J. (2023)

CAPÍTULO V

Discusión

En los últimos 55 años (1967-2022) el Sistema de Salud del Ecuador ha pasado por una serie de cambios que guardan relación con la coyuntura política de cada momento y con las tendencias internacionales en la salud pública. También han estado influenciados por las políticas públicas generales dictadas por el gobierno de turno y por el desarrollo continuo de la medicina y las ciencias de la salud. Con base en la recopilación bibliográfica se pueden identificar tres momentos fundamentales en el desarrollo del Sistema de Salud durante el período bajo estudio: el primero cuando se instauró un modelo de atención de Estado de Protección, el segundo cuando se introdujeron las reformas neoliberales y el tercero cuando asumió el poder el socialismo del siglo XXI. (34)

Para Castillo, los hitos claves de la historia del Sistema Nacional de Salud guardan estrecha relación con la elaboración y aplicación de ciertas políticas públicas, entre las que cabe destacar la creación del Ministerio de Salud en el año de 1967, durante la presidencia de Otto Arosemena Gómez. Ecuador fue último país del continente americano en contar con esta institución, que permitió contar al menos con una organización básica del sistema y un modelo de atención en salud que estuviera acorde a las necesidades y los pedidos de la ciudadanía. Otro momento importante fue cuando se crea el Consejo Nacional de Salud a finales de los años 70. Según Castillo, el Plan de Salud elaborado en los años 90 fue muy importante para el desarrollo de la salud pública, aun cuando en ese momento imperaban las políticas neoliberales, y el último hito relevante fue la Constitución de la República promulgada en el año 2008. (48)

Dentro de este contexto histórico, Bonilla y colaboradores mencionan que el primer modelo de atención que existió en territorio ecuatoriano fue de tipo preventivo – curativo, instaurado y desarrollado después de la Revolución Liberal. Este fue ideado principalmente para evitar la propagación de pestes y enfermedades, en especial de las personas que trabajaban en los puertos. Esta salubridad fue propuesta para evitar contratiempos en la exportación de ciertos productos agrícolas como el cacao y el banano, anteponiendo los intereses del capital por sobre los del ser humano. (36) Es decir, en concordancia con el pensamiento político

imperante, la salud no era vista como un derecho y consecuentemente, una responsabilidad del Estado; este se limitaba a intervenir cuando los problemas afectaban a las élites, lo demás era dejado a las instituciones de beneficencia.

En la década de los años 60 y 70, de acuerdo con Hermida, se desarrolla y fortalece una institución centralizada correspondiente al “Modelo Bismarkiano” de atención de la salud, un modelo alemán en el cual el Seguro Social toma las riendas de la salud y autofinancia su infraestructura, personal médico e insumos como medicinas, e instrumentación médica mediante los recursos provistos por sus aportantes. Sin embargo, si bien existía esta institución centralizada, en la práctica la atención estaba muy fragmentada, pues el Seguro Social solo atendía a sus aportantes, no a sus conyugues ni a sus hijos; y menos aún a la población excluida del mismo. (36)

A finales de la década de 1960 se crea el Ministerio de Salud Pública, lo que indica el comienzo de una época en que la atención de la salud empieza a ser reconocida como derecho y no solo como una estrategia para mantener la producción. Bravo & Pérez y Pérez afirman que entre los años de 1972 y 1982 existió un modelo de atención que corresponde al de un Estado de Protección, con la particularidad de que en Ecuador, este fue instaurado durante la dictadura militar de los años 70. El gobierno de Guillermo Rodríguez Lara apoyó, en la práctica, la implementación de los principios keynesianos en las diferentes carteras del Estado; en salud se empeñó en la construcción masiva de infraestructura y creó el Plan de Salud Rural Obligatorio. (40,41)

El Modelo de Atención Primaria en Salud propuesto en la conferencia internacional de Alma Ata en el año 1978, comenzó a ser implementado en Ecuador en la década de 1980, contando con el apoyo de la OPS/OMS. Esta estrategia de atención en salud se encuentra vigente hasta el momento, obviamente con diferentes cambios que se han ido produciendo en relación con el desarrollo de los sistemas de salud y las tendencias y políticas nacionales e internacionales en salud. El actual modelo de atención denominado “Modelo de Atención Integral de la Salud”, se basa en una APS renovada, pero que sigue proponiendo que gran parte de los problemas de salud se solucionen en el primer nivel de atención, lo que permite que el sistema sea más efectivo, y, sobre todo, más equitativo. (9,43)

El regreso de un modelo de atención preventivo – curativo, en concordancia con las políticas nacionales e internacionales de corte neoliberal, debilitó enormemente al sistema público de salud durante la década de los 90 y los primeros años del nuevo milenio. La rectoría del Ministerio de Salud falló totalmente, y proliferaron los hospitales privados sin regulación ni supervisión estatal. La situación fue tan crítica, que de acuerdo con Bonilla et al. y Minteguiaga, en 1999 aproximadamente el 72% de la población no accedía a atención médica incluso cuando sus dolencias les impedían trabajar. (34,49) Es posible entonces afirmar que durante ese período el derecho a la salud, aunque consagrado en la Constitución vigente en ese momento, no estaba garantizado.

A partir del año 2007, con el gobierno auto declarado como “socialismo del siglo XXI”, se impulsan cambios estructurales en la salud: se buscan medios jurídicos que permitan contemplar a la salud como un derecho fundamental de la población y en el año 2011 se establece el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Integral. Con este modelo, orientado específicamente a la prevención de las enfermedades, la promoción de los servicios de salud y a mantener una cobertura generalizada e intercultural, se definen claramente los tres niveles de atención. (9)

En los últimos años, Ecuador ha vivido el regreso del neoliberalismo, con sus políticas privatizadoras y de austeridad del Estado, lo que, junto con la crisis sanitaria, económica y social producida por la pandemia, ha afectado al Sistema Nacional de Salud y consecuentemente la salud de los ciudadanos. (9)

En cuanto a las entrevistas realizadas a actores claves y tomadores de decisión de alto nivel que participaron en los cambios del sistema de salud y del modelo de atención, llama la atención el bajo nivel de conocimientos, que, en forma general, tienen estos sobre el devenir histórico de la salud pública en el país. Muchos mencionan solo el modelo de atención actualmente vigente, el MAIS; en algunos casos lo asocian con el basado en la APS: esto podría indicar que los profesionales dan poca importancia a los procesos sociales y se apegan sólo a la normativa vigente.

Otro indicio de esto es que al ser preguntados sobre quién o qué organismo *realmente* ejerce rectoría en salud, la gran mayoría menciona al Ministerio de Salud Pública, desconociendo

así los poderes fácticos que moldean las políticas de salud, con excepción de los grupos políticos que acompañan a los gobiernos de turno. Esto en general es señalado como una “politización de la salud” y visto como algo muy negativo que detiene el desarrollo de la salud en el país, más aún cuando se lo asocia a la corrupción. También se invisibilizan la gran influencia que ejercen las demás políticas públicas nacionales y las tendencias ideológicas y socioeconómicas internacionales en los cambios que se producen en el modelo de gestión y atención del sistema de salud ecuatoriano, tal como queda evidenciado en la línea de tiempo de triple entrada presentada en los resultados (figura 2).

Fortalezas y debilidades del estudio

La principal fortaleza de este proyecto de investigación es ser el primer estudio en que se realiza un análisis histórico de los Modelos de Atención instaurados o propuestos en Ecuador desde la creación del Ministerio de Salud Pública. Además, este estudio incluye una revisión documental de la extensa bibliografía especializada en la administración pública de salud y en documentos oficiales que establecieron las políticas públicas del Estado en lo referido a la salud en determinados periodos de tiempo. El análisis de las entrevistas que se hicieron a profesionales de la salud que han estado o están inmersos en la gestión pública de este sector, aporta una visión cualitativa sobre el proceso real y sus determinantes.

La principal limitación de este proyecto de investigación es el gran periodo de tiempo que se tomó en cuenta, pues un análisis pormenorizado década uno de los modelos de atención sería posible solo si se lo realiza en intervalos de tiempo de máximo 10 años. Además, la producción nacional de estudios sobre la evolución del sistema de salud ecuatoriano y sus modelos de atención, es insuficiente.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

La descripción de los modelos a lo largo de la historia en Ecuador, unida con la opinión de los diversos actores de alto nivel involucrados, permitieron conocer los cambios que han presentado los modelos de atención y su relación con el contexto sociopolítico del país y del mundo. Desde el saneamiento de los puertos únicamente pensando en las mercancías y no en el ser humano, pasando por un modelo de atención preventivo – curativo propio de las tendencias neoliberales hasta el actual modelo integral familiar, comunitario e intercultural que intenta que exista una universalización de la atención. Todo esto se dio en el contexto de las diversas políticas públicas que se han ido desarrollando, con avances y tropiezos, durante los últimos 55 años en el país.

A modo de síntesis, los modelos de atención implementados en mayor o menor medida en Ecuador desde el año de 1967 al 2022 fueron los siguientes:

- modelo de atención preventivo – curativo de corte liberal, entre los años de 1905 y 1971
- estado de protección, entre los años 1972 y 1982 (basado en el modelo Keynesiano de un Estado protector)
- modelo de Atención Primaria en Salud, entre el año 1978 y 1988 (instaurado como estrategia internacional después de la conferencia de Alma Ata)
- modelo de atención preventivo – curativo de corte neoliberal, entre los años 1990 y 2005 (promovido por la tendencia internacional que veía a la salud como un bien de mercado y parte de un gobierno global)
- modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, dispuesto por Acuerdo Ministerial desde el año 2012 hasta la actualidad.

Las principales documentos de políticas públicas que se establecieron durante ese período fueron: la creación del Ministerio de Salud Pública en el año de 1967, la Constitución de la República del 1979, la creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA) en 1980, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del 1994, la Constitución de la República

del Ecuador del 1998, la Ley de Seguridad Social en el año 2001, la Ley Orgánica de Salud en el 2006, la Constitución de la República del 2008, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009 – 2013, el Plan Nacional de Desarrollo de 2017 – 2021 Toda una Vida, el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 en el 2021 y el Plan Decenal de Salud en ese mismo año. Todos estos modelos y políticas instauradas en el Ecuador han sido fuertemente influenciadas por las tendencias internacionales; es decir, por las directrices dadas por la OMS y la OPS, entre las que destaca el Modelo de Atención Primaria en Salud de 1978. A partir de la década de 1990, las recomendaciones sobre cómo mejorar el sistema de salud provenían fundamentalmente de los bancos, específicamente el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo. Estos propiciaban la mercantilización de la salud y la reducción del tamaño del Estado, también en lo relativo a la provisión de servicios de salud. En la primera década del nuevo milenio se vieron los resultados de este modelo neoliberal, por lo que se instauraron políticas sociales que vayan en concordancia con el desarrollo del ser humano y no del capital.

La opinión de los expertos en salud permitió establecer el grado de conocimiento que estos tienen sobre los diferentes modelos de atención en salud que han sido propuestos en Ecuador, y su opinión acerca de los actores claves para la implementación de las políticas públicas, los medios y materiales necesarios, y las políticas públicas que realmente se instauraron. Se mostró que en general, existe poco reconocimiento del contexto histórico en que se dan estos fenómenos y un fuerte apego a la normativa.

Recomendaciones

Luego de realizar este estudio se evidencia la necesidad de realizar diferentes proyectos de investigación a fin de obtener información pormenorizada sobre cada uno de los modelos de atención instaurados. Para esto deberán considerarse períodos de tiempo más cortos a fin de describir en detalle los hitos, las políticas públicas, los actores fundamentales, las barreras y las tendencias internacionales que se relacionan con cada modelo.

Se propone la difusión de los resultados de esta investigación, tanto de la revisión documental como de las entrevistas con actores claves, a la comunidad científica universitaria a fin de propagar el conocimiento y la valoración del devenir histórico de la salud pública en el

Ecuador. También es necesario ponerlo en consideración de las autoridades pertinentes, para que estas conozcan los aportes y desaciertos de las políticas públicas que se hicieron en cada momento de la historia de la salud pública del país.

También se propone crear espacios académicos de discusión, en donde participen expertos, docentes y estudiantes, que aborden de manera crítica y constructiva este tipo de temas, que son muy importantes para la formación, capacitación y reflexión de los profesionales de la salud y otras disciplinas afines. Esto es especialmente importante dadas las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud, que plantea la urgente necesidad de encontrar soluciones innovativas y aceptables para todos los involucrados.

Para estudios posteriores es fundamental que se realice un análisis cualitativo con mayor diversidad de informantes, donde se podrían incluir a docentes de otras universidades diferentes a la UCE y PUCE, médicos especializados inmersos en las políticas públicas y expertos que provengan de provincias de la Costa y el Oriente ecuatoriano, así como quienes trabajan para organismos internacionales.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud; 2019.
2. Jiménez W, Granda M, Ávila D, Cruz L, Flórez J, Mejía L, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad y Salud*. 2017;19(1).
3. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008.
4. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. 2012.
5. Ruiz D, Cadenas C. ¿Qué es una política pública? *Revista Jurídica*. 2021;
6. Lahera E. Política y políticas públicas. 2013. CEPAL Serie Políticas Sociales No. 95
7. Gutiérrez J, Restrepo R, Zapata J. Formulación, implementación y evaluación de políticas públicas desde los enfoques, fines y funciones del Estado. *Revista CES Derecho*. 2017;8(2):333–51.
8. Salas W, Ríos L, Gómez R, Álvarez X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Rev. Panam Salud Publica*. 2012;32(1):77–81.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. 2017.
10. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2006.
11. Presidencia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo No. 1577. 2009;
12. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Agenda para el Desarrollo Social. 2017;
13. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2018.
14. Organización Panamericana de Salud. Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la reforma sectorial en salud. 2000.

15. Giovanella L, Ruiz G. Sistemas de salud en América del Sur. En: Giovanella L, Feo O, et al. Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. 2012.
16. Abadía C, Oviedo D. ¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud? Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2015;14(28):10–5.
17. Tobar F. Sistema de salud. DELS. 2017.
18. Molina A. Funcionamiento y gobernanza del sistema nacional de salud del Ecuador. Revista de Ciencias Sociales. 2018; 63:185–205.
19. Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. 1992. Salud Pública de México;34(1):36-49
20. Ministerio de Salud Pública. Instructivo para la Implementación del Programa de prevención integral del uso y consumo de Alcohol, Tabaco u otras Drogas en los espacios laborales públicos y privados. 2020
21. Bascolo E, Houghton N, del Riego A, Fitzgerald J. A renewed framework for the essential public health functions in the Americas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020 Oct 20; 44:1.
22. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. 2017.
23. Robles L. Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. Anales de la Facultad de Medicina. 2013;74(1):25–32.
24. Velasco S, Ruiz M, Álvarez C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80:317–33.
25. Almeida L, Almeida L. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. MEDISAN. 2014;

26. OMS. Diversidad Cultural y Salud. 2022.
27. Achig D. Interculturalidad y enfoque ecosistémico en Ecuador. Maestría en Investigación en Salud, Universidad de Cuenca, 2014.
28. Gafas C, Roque Y, Bonilla G. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Educación Médica. 2019 Mar; 20:136–42.
29. MIES. Población adulta mayor. 2021.
30. Banco Mundial. Tasa de fertilidad, total. 2021.
31. INEC. Boletín Técnico de Defunciones Generales. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2021.
32. Naranjo J, Delgado A, Rodríguez R, Sánchez Y. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014;30(3).
33. Chang C. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005 - 2014. Anales de la Facultad de Medicina. 2017;78(4).
34. Bonilla A, Luna M, Astorga A, Espinosa B, Solórzano G, Carvajal F, et al. Estado del País. 2011.
35. Sasso J. La seguridad social en el Ecuador, historia y cifras. 2020. Boletín de Análisis de Políticas Públicas, Quito: FLACSO sede Ecuador, (no.6, enero 2011): pp. 19-21.
36. Hermida C. La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. 2017.
37. Rodas G. El Pensamiento Higienista Público en el Periodo Liberal - Alfarista y Juliano y el Pensamiento de Salud Pública en el Periodo Juliano - Ayorista. 2013; Informe de Investigación, Universidad Andina Simón Bolívar.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3823>

38. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador de 1946. 1946.
39. Asamblea Nacional del Ecuador. Decreto Legislativo No. 149. 1967.
40. Bravo K, Pérez D. El Gobierno Revolucionario Nacionalista Ecuatoriano del General Guillermo Rodríguez Lara (1972 - 1976) Liderazgo, Transformaciones y Claves sobre el Sistema Político Ecuatoriano. Revista PUCE. 2020;(110):161–82.
41. Pérez D. Liderazgo Político y transformaciones institucionales: relaciones Ejecutivo - Partidos Políticos - Fuerzas Armadas en Ecuador, 1996 - 2006. Instituto de Altos Estudios Nacionales, 2018.
42. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador de 1979. 1979
43. Organización Panamericana de Salud. Declaración de Alma - ATA. 1978.
44. Presidencia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo No. 56. 1980;
45. Ugalde A. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. 2015. 46. Guerra Procel, F. J., & Duque Suárez, G. V. (2018). Política industrial neoliberal y posneoliberal ecuatoriana y sus consecuencias actuales, 1982-2016. Estado & Comunes, Revista De políticas Y Problemas Públicos, 2(7). https://doi.org/10.37228/estado_comunes.v2.n7.2018.85
47. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 1994;
48. Castillo S. Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador. 2015. Proyecto de Investigación, Universidad de Murcia. <http://hdl.handle.net/10201/46021>

49. Minteguiaga A. Política y Políticas Sociales en el Ecuador reciente: dificultades asociadas a la salida del ciclo neoliberal. *Revista de Ciencias Sociales*. 2012;2(136):45–58.
50. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 1998; Available from: https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1998.pdf
51. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley de Seguridad Social. 2001;
52. Domínguez E, Flores C, Pacherras S. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dom Cien*. 2017;3(2):921–35.
53. Vilaca Mendes, E; “Las redes de atención de salud”; Capítulo 5. “Una experiencia exitosa de red de atención de salud en el SUS: el programa madre curitibana (pmc)” OPS. Brasilia, 2011.
54. Guarderas M, Raza D, González P. Gasto público en salud en Ecuador: ¿cumplimos con los compromisos internacionales? *Estudios de la Gestión Revista Internacional de Administración*. 2021 feb 10;
55. Rosero J. El regreso de Ecuador al neoliberalismo: entre la ortodoxia y heterodoxia de su relación financiera con el Fondo Monetario Internacional. *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*. 2020; 137:41–62.
56. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Resolución No.003-2017-CNP. 2018;
57. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 00003-2021. 2021;
58. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 00082-2022. 2022;
59. Rodríguez J, Rodríguez B. Epidemiología: El cambio de paradigmas. *Medicentro Electrónica*. 2014;18(3).

60. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*. 2017 May 1;19(3):393–5.
61. Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud*. 2021.
62. Espinosa V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017 May 15; 41:1.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO OBSERVACIONAL CON USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y/O EN EL QUE SE INVOLUCRE A POBLACIÓN VULNERABLE¹

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

PARTE I. INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, un abordaje histórico de 1967 al 2022”.

Versión Final Protocolo 20 de septiembre de 2022

Investigador principal: Dr. Jesús Nicolás Larco Coloma

Nombre del patrocinador: No aplica.

Nombre del centro o establecimiento en el que se realizará la investigación: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción: El modelo de atención es un conjunto de lineamientos que se fundamentan en principios que ayudan a orientar la forma en como el Ministerio de Salud Pública se organiza, para de esta manera implementar acciones para promocionar a la salud, prevenir

¹ Tomado y modificado del Anexo 4. Consideraciones mínimas que debe cumplir el documento de consentimiento informado. De los requisitos de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud- CGDES-MSP.

enfermedades, brindar una atención dirigida a la recuperación y vigilar el medio ambiente, con pertinencia intercultural mediante una gestión adecuada de los recursos.

Propósito del estudio: Analizar los cambios en los modelos de atención de salud en el marco de las políticas públicas de salud propuestas o implementadas en el Ecuador entre el año 1967 y el 2022.

Procedimientos: Se realizará una entrevista a los participantes de esta investigación, donde se realizarán 6 preguntas sobre los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, un abordaje histórico de 1967 al 2022.

Riesgos y beneficios: Los participantes no estarán expuestos a ningún tipo de riesgo o molestia. La información obtenida de las entrevistas se manejará de tal forma que permita resguardar el anonimato. Al finalizar este estudio se hará conocer los resultados a los participantes en forma de tesis. Esto puede ayudar a determinar buenas prácticas e implantarlas en el sistema de salud, así como conocer las lecciones aprendidas a lo largo de la historia, las innovaciones y los desafíos para la consolidación del sistema de salud.

Costos y compensación: Ninguno de los análisis que se realicen en esta investigación tendrá costo para el participante ni recibirá ningún tipo de compensación.

Confidencialidad de datos: El investigador garantiza la confidencialidad de la información, porque no se requiere en la investigación datos como número de cédula o nombre del participante. Además, los datos obtenidos serán empleados únicamente para realizar esta investigación.

Derechos y opciones del participante: La participación es completamente voluntaria, por lo que el participante puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Si el participante decide retirarse, los datos obtenidos del participante deberán ser eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin. Esto no causará ninguna penalidad al participante, la negativa de participar no tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde.

Información de contacto:

Md. Jesús Nicolás Larco Coloma

Correo electrónico: jarco077@puce.edu.ec

Celular: 0980945842

PARTE II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, declaro que he leído este consentimiento informado y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: **“Los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, un abordaje histórico de 1967 al 2022”**.

Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que si requiero retirarme lo puedo hacer sin que exista ninguna repercusión.

Por otro lado, me han informado de manera clara que mi información no será divulgada bajo ningún concepto y que se guardada con absoluta confidencialidad, solo será empleado para fines académicos e investigativos. Por lo cual doy, mi consentimiento para utilizar la información necesaria para la investigación de la que se me ha instruido y para que sea utilizada exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder esta, en todo o en parte a otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta.

Confirmando que he hecho preguntas y me han sido respondidas. Además, en caso de tener dudas me puedo comunicar con *el Dr. Jesús Larco Coloma*. Estoy de acuerdo con que se tome la información que yo provea en la encuesta aplicada para el análisis correspondiente. Por lo tanto, acepto participar en esta investigación.

(Nombre del participante)	(Firma o huella del participante)	Fecha
Dr. Jesús Larco Coloma	(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)	Fecha

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ informo que, a pesar de haber aceptado participar en esta investigación y, apelando al derecho que tengo a retirarme en el momento en que considere necesario, revoco mi consentimiento y solicito que la información recopilada a través de la encuesta no sea utilizada para ningún fin.

(Nombre del participante)	(Firma o huella del participante)	Fecha
Dr. Jesús Larco Coloma	(Firma del investigador que aplica el Consentimiento informado)	Fecha

Anexo 2. Cuestionario de las preguntas realizadas en la entrevista

**PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA SOBRE LOS MODELOS DE ATENCIÓN
PROPUESTOS EN ECUADOR DESDE 1967 AL 2022**

1.- ¿Cuáles han sido los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador entre 1967 al 2022?

2.- ¿Cuál es su perspectiva histórica frente al cambio de los modelos de atención en el marco de las políticas públicas de salud del Ecuador, desde el año de 1967 al 2022?

3.- ¿Cuáles han sido los actores fundamentales para la implementación de políticas públicas en los modelos de atención en Ecuador?

4.- ¿Qué medios o materiales facilitaron u obstaculizaron la implementación de modelos de atención?

5.- ¿Ha existido politización en la salud del país?

6.- ¿La constitución, leyes orgánicas y normativas históricamente han favorecido a la adecuada implementación del modelo de atención en la salud pública?

7.- ¿Ha existido apoyo por parte de las autoridades para que en Ecuador se implementen políticas públicas para el mejoramiento de los modelos de atención?

8.- ¿Quién o qué organismo realmente ha asumido la rectoría del sector de la salud?

9.- ¿A lo largo de los años, ¿cuáles han sido las lecciones aprendidas en cuanto a los modelos de atención en salud propuestos en Ecuador?

10.- ¿Cuáles son los desafíos para la consolidación del sistema de salud y el modelo de atención?

Anexo 3. Trazabilidad de la bibliografía incluida

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Asamblea Nacional del Ecuador.	1946	Constitución de la República del Ecuador de 1946.	Normativa	https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1946.pdf
Asamblea Nacional del Ecuador.	1967	Decreto Legislativo No. 149. Creación Ministerio Salud Pública	Normativa	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/2014_08_13_12_01_19.pdf
Organización Panamericana de Salud.	1978	Declaración de Alma Ata	Documento Internacional	https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf
Asamblea Nacional del Ecuador.	1979	Constitución de la República del Ecuador de 1979.	Normativa	https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1978.pdf
Presidencia de la República.	1980	Decreto Ejecutivo No. 56	Normativa	https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55555.pdf
Asamblea Nacional del Ecuador.	1998	Constitución de la República del Ecuador de 1998.	Normativa	https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1998.pdf
Organización Panamericana de Salud.	2000	Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la reforma sectorial en salud.	Documento internacional	https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/19-Lineamientos_Realizacion_Analisis_Estrategicos_Actores_RSS.pdf
Asamblea Nacional del Ecuador.	2006	Ley Orgánica de salud.	Normativa	from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Velasco S, Ruiz M, Álvarez C.	2006	Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres.	Artículo Científico	https://scielosp.org/pdf/resp/2006.v80n4/317-333/es
Asamblea Nacional del Ecuador.	2008	Constitución de la República del Ecuador del 2008.	Normativa	https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
Presidencia de la República de Ecuador.	2009	Decreto Ejecutivo No. 1577. Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013.	Normativa	https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_(version_resumida_en_espanol).pdf
Organización Mundial de la Salud.	2011	Diversidad Cultural y Salud	Documento internacional	https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es
Bonilla A, Luna M, Astorga A, Espinosa B, Solórzano G, Carvajal F, et al.	2011	Estado del País. Informe cero. Ecuador 1950-2010	Libro	https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/39607.pdf
Vilaca E.	2011	Las redes de atención.	Documento Internacional	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Lucio R, Villacrés N, Henríquez R.	2012	Sistema de salud de Ecuador.	Artículo Científico	https://www.scielo.org/pdf/spm/v53s2/13.pdf
Giovanella L, Ruiz G.	2012	Sistemas de salud en Suramérica	Libro	https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf
Minteguiaga A.	2012	Política y Políticas Sociales en el Ecuador reciente: dificultades asociadas a la salida del ciclo neoliberal.	Artículo Científico	https://www.redalyc.org/pdf/153/15324015004.pdf
Robles L.	2013	Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud.	Artículo Científico	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009
Rodas G.	2013	El Pensamiento Higienista Público en el Periodo Liberal - Alfarista y Juliano y el Pensamiento de Salud Pública en el Periodo Juliano - Ayorista.	Artículo Científico	https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3823/1/PI-2013-01-Rodas-El-pensamiento.pdf
Almeida L, Almeida L.	2014	Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud.	Artículo Científico	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019
Achig D.	2014	Interculturalidad y enfoque ecosistémico en Ecuador	Artículo Científico	https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/download/72/78/
Naranjo J, Delgado A, Rodríguez R, Sánchez Y.	2014	Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador.	Artículo Científico	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Chang C.	2014	Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005 - 2014.	Artículo Científico	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400015
Rodríguez J, Rodríguez B.	2014	Epidemiología: El cambio de paradigmas.	Artículo Científico	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300002
Abadía C, Oviedo D.	2015	¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud?	Artículo Científico	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272015000100001
Arredondo A, Meléndez V.	2015	Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis.	Artículo Científico	https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5803
Ugalde, A & Homedes, N.	2015	Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina.	Artículo Científico	https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n3/202-209
Castillo S.	2015	Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador.	Tesis	https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=100205
Jiménez W, Granda M, Ávila D, Cruz L, Flórez J, Mejía L, et al.	2017	Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano.	Artículo Científico	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000100126
Gutiérrez J, Restrepo R, Zapata J.	2017	Formulación, implementación y evaluación de políticas públicas desde los enfoques, fines y funciones del Estado.	Artículo Científico	http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v8n2/v8n2a08.pdf

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	2017	Acuerdo Ministerial No. 1162 Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.	Normativa	https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.	2017	Agenda Social 2017.	Normativa	http://www2.competencias.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/06PPP2015-AGENDA.pdf
Tobar, F.	2017	Sistema de salud.	Artículo científico	https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud
Organización Panamericana de Salud.	2017	Rectoría y gobernanza hacia la salud universal.	Documento Internacional	https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html
Hermida C.	2017	La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.	Libro	https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55555.pdf
Domínguez E, Flores C, Pacherras S.	2017	Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural.	Artículo Científico	https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6325896.pdf
Hernández LJ, Ocampo J, Ríos D, Calderón C.	2017	El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales.	Artículo Científico	https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/68470
Espinosa V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G.	2017	La reforma en salud del Ecuador.	Artículo Científico	http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34061
Organización Mundial de la Salud.	2018	Objetivos de desarrollo del milenio.	Documento internacional	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Molina A.	2018	Funcionamiento y gobernanza del sistema nacional de salud del Ecuador.	Tesis	https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070
Pérez D.	2018	Liderazgo Político y transformaciones institucionales: relaciones Ejecutivo - Partidos Políticos - Fuerzas Armadas en Ecuador, 1996 - 2006.	Libro	https://editorial.iaen.edu.ec/wp-content/uploads/sites/12/2022/08/Liderazgo-político-y-transformaciones-institucionales-Relaciones-Ejecutivo-partidos-políticos-Fuerzas-Armadas-en-Ecuador-1996-2006-Tesis-Diego-Pérez-2.pdf
Guerra J.	2018	Política industrial neoliberal y posneoliberal ecuatoriana y sus consecuencias actuales, 1982-2016.	Artículo Científico	https://revistas.iaen.edu.ec/index.php/estado_comunes/article/view/85/287
Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.	2018	Resolución No. 003-2017-CNP. Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021	Normativa	https://vlex.ec/vid/701274465
Organización Panamericana de Salud.	2019	Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.	Documento internacional	https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125
Gafas C, Roque Y, Bonilla G.	2019	Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017.	Artículo Científico	https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181318300214

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Ministerio de Salud Pública.	2020	Instructivo para la Implementación del Programa de prevención integral del uso y consumo de Alcohol, Tabaco u otras Drogas en los espacios laborales públicos y privados.	Normativa	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/instructivo_para_implementation_programa_prevention_drogas_en_el_ambito_laboral_06.04.2020-1.pdf
Bascolo E, Houghton N, del Riego A, Fitzgerald J.	2020	A renewed framework for the essential public health functions in the Americas.	Artículo Científico	https://iris.paho.org/handle/10665.2/52801
Sasso J.	2020	La seguridad social en el Ecuador, historia y cifras.	Artículo Científico	https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2881/1/BFLACSO-AMP6-07-Sasso.pdf
Bravo K, Pérez D.	2020	El Gobierno Revolucionario Nacionalista Ecuatoriano del General Guillermo Rodríguez Lara (1972 - 1976) Liderazgo, Transformaciones y Claves sobre el Sistema Político Ecuatoriano.	Artículo Científico	http://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/273/306
Rosero J.	2020	El regreso de Ecuador al neoliberalismo: entre la ortodoxia y heterodoxia de su relación financiera con el Fondo Monetario Internacional.	Artículo Científico	https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/%25f/ agora/files/FA-AGORA-2020-Rosero.pdf
Ministerio de Inclusión Económica y Social.	2021	Población adulta mayor.	Normativa	https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/#:~:text=En nuestro país existen%3A 1.049,%25 de la población total).

Autor (es)	Año	Título	Tipo de documento	URL
Banco Mundial.	2021	Tasa de fertilidad.	Datos estadísticos	https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=EC
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.	2021	Boletín Técnico de Defunciones Generales.	Datos estadísticos	https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Bolet%C3%ADn_EDG_v1.pdf
Guarderas M, Raza D, González P.	2021	Gasto público en salud en Ecuador: ¿cumplimos con los compromisos internacionales?	Artículo Científico	https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/eg/article/view/2585
Ministerio de Salud Pública.	2021	Acuerdo Ministerial 00003-2021. Plan Nacional de vacunación contra el COVID 19	Normativa	https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Plan-Nacional-de-Vacunacion-plan-9-100.pdf
Organización Mundial de la Salud.	2021	Atención Primaria de Salud.	Documento Internacional	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
Ministerio de Salud Pública.	2022	Acuerdo Ministerial 00082-2022. Tarifa máxima para pruebas RT-PCR.	Normativa	https://vlex.ec/vid/00082-2022-establecese-tarifa-907405944
Asamblea Nacional del Ecuador.	2001. Última modificación 2011	Ley de Seguridad Social.	Normativa	https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_seg.pdf
Asamblea Nacional del Ecuador.	2006. Última modificación 2011	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Normativa	https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf