



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v11i1.4270>

Ciencias Sociales y Políticas
Artículo de Investigación

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

Impact of the comprehensive health care model within the rule of law in the management of the second level of care

Impacto do modelo de atenção integral à saúde no estado de direito na gestão do segundo nível de atenção

Fausto Mauricio Tamayo-Vásquez ^I

fm.tamayo@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-0071-5981>

Verónica del Pilar Gavilanes-Fray ^{II}

vdgavilanes@pucesa.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0530-2011>

Andrea Elizabeth Villarroel-Quispe ^{III}

andrea.villarroel@iste.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4310-1341>

Alex Fernando Lara-Álvarez ^{IV}

fernando.lara@ueb.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-3088-5796>

Correspondencia: fm.tamayo@uta.edu.ec

***Recibido:** 30 de diciembre de 2024 ***Aceptado:** 23 de enero de 2025 * **Publicado:** 15 de febrero de 2025

- I. Docente Titular de la Universidad Técnica de Ambato, Doctor en Ciencias de la Educación, Abogado de los Tribunales de Justicia del Ecuador, Master en Proyectos Educativos, Sociales y Financieros, Master en Gestión Financiera, Master en Derechos Humanos, Globalización y Políticas Públicas, Master en Mediación Familiar, Doctor P.hD. en Ciencias Jurídicas, Candidato a Posdoctor en Derechos Humanos, Autor libros y artículos científicos, Ponente invitado nacional e internacional, Ecuador.
- II. Doctorado en Ciencias de la Salud, Especialidad en Administración de los Servicios Hospitalarios y Licenciada en Enfermería trabajo como docente investigadora de la Pontificie Universidad Católica del Ecuador de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, Instituto Superior Universitario España ISTE, Mi línea de investigación es en Bioética, Salud y Bienestar, Actualmente tengo cinco libros y artículos publicados, Ecuador.
- III. Master en Cardio respiratoria y Licenciada en Terapia Física, trabajo como docente investigadora en el Instituto Superior Universitario España ISTE, Mi línea de investigación es en Salud y Bienestar, Actualmente tengo 1 libro y un capítulo de libro y 15 artículos publicados, Ecuador.
- IV. Maestría en Neuro musculoesquelético y Licenciado en Terapia Física, trabajo como docente en la Universidad Estatal de Bolívar de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Carrera de Terapia Física, Línea de investigación es en Salud y Bienestar, Actualmente tengo 6 artículos publicados, Ecuador.

Resumen

El Ecuador experimentó profundos cambios sociales a partir de la constitución de Montecristi en 2008, entre ellas la salud como un derecho garantizado por el estado y la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que marcan un antes y después en el Sistema Nacional De Salud Ecuatoriano al consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. En el presente estudio nos centraremos en analizar las bases conceptuales de este modelo y su implementación como estrategia fundamental para mejorar la salud de la población, utilizaremos métodos teóricos de revisión bibliográfica para el análisis sistemático de la información disponible sobre el tema, tales como: documentos con registro oficial, constitución, leyes y acuerdos ministeriales elaborados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, así como artículos publicados en Internet nos permite dimensionar el problema e inferir el Impacto Del Modelo De Atención Integral En Salud Dentro Del Estado De Derecho En La Gestión Del Segundo Nivel De Atención.

Palabras Claves: modelo de atención integral en salud; atención primaria; niveles de atención.

Abstract

Ecuador experienced profound social changes since the Montecristi constitution in 2008, including health as a right guaranteed by the state and the implementation of the Comprehensive Family, Community and Intercultural Health Care Model (MAIS-FCI) that mark a before and after in the Ecuadorian National Health System by consolidating the Renewed Primary Health Care (APS-R) strategy at the three levels of care, reorienting health services towards health promotion and disease prevention, strengthen the recovery process, health rehabilitation and palliative care to provide comprehensive, quality care with deep respect for people in their diversity and their environment, with emphasis on the organized participation of social subjects. In the present study we will focus on analyzing the conceptual bases of this model and its implementation as a fundamental strategy to improve the health of the population, we will use theoretical methods of bibliographic review for the systematic analysis of the information available on the subject, such as: documents with official

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

registration, constitution, laws and ministerial agreements prepared by the Ministry of Public Health of Ecuador, as well as articles published on the Internet allow us to size the problem and infer the Impact of the Comprehensive Health Care Model Within the Rule of Law in the Management of the Second Level of Attention.

Keywords: comprehensive health care model; primary care; levels of attention.

Resumo

O Equador passou por profundas mudanças sociais desde a constituição de Montecristi em 2008, incluindo a saúde como um direito garantido pelo Estado e a implementação do Modelo Integral de Saúde Familiar, Comunitária e Intercultural (MAIS-FCI) que marca um antes e um depois no Sistema Nacional de Saúde do Equador ao consolidar a estratégia de Atenção Primária à Saúde Renovada (APS-R) nos três níveis de atenção, reorientando os serviços de saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças, fortalecer o processo de recuperação, reabilitação sanitária e cuidados paliativos para prestar cuidados integrais, de qualidade e profundo respeito às pessoas em sua diversidade e ao seu ambiente, com ênfase na participação organizada dos sujeitos sociais. No presente estudo nos concentraremos na análise das bases conceituais deste modelo e sua implementação como estratégia fundamental para melhorar a saúde da população, utilizaremos métodos teóricos de revisão bibliográfica para a análise sistemática da informação disponível sobre o tema, tais como: documentos com registro oficial, constituição, leis e acordos ministeriais elaborados pelo Ministério de Saúde Pública do Equador, bem como artigos publicados na Internet nos permitem dimensionar o problema e inferir o Impacto do Modelo de Atenção Integral à Saúde no Estado de Direito na Gestão do Segundo Nível de Atenção.

Palavras-chave: modelo integral de atenção à saúde; atenção primária; níveis de atenção.

Introducción

En Ecuador de los años 90 el sistema de salud pública se encontraba en el segmento más bajo de América latina, se caracterizó por estar fragmentado, centralizado y desarticulado para la provisión de servicios de salud, la atención en salud tenía un enfoque curativo-hospitalario, centrado en la enfermedad; los programas de salud pública tenían un eje vertical que limitaba la atención integral e integrada a toda la población. Las políticas neoliberales implementadas desmantelaron la institucionalidad debilitando la capacidad de control de la autoridad sanitaria, profundizando la

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad a los grupos poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema, las barreras culturales, económicas, geográficas acentuaron el gasto de bolsillo en salud.

La Constitución del Ecuador del 2008 declara la salud como un derecho constitucional garantizado por el estado, lo que permite generar cambios profundos en materias de salud como la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en 2012, la misma que marca un hito al evidenciar la necesidad de fortalecer los procesos de investigación, formación y capacitación del talento humano como eje central para que la producción de conocimientos como herramienta de mejoramiento de las condiciones de salud de la población, consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales como principales actores en el proceso de fortalecimiento de la promoción y prevención de la salud con enfoque de medicina familiar y comunitaria.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, implementó dos etapas que marcaron un cambio significativo en el modelo de gestión sanitaria, una primera etapa de cambios estructurales en el sector salud para la recuperación de lo público necesario para la provisión de servicios de salud, el gobierno decretó un estado de emergencia para la salud que aprobó el financiamiento para mejorar la infraestructura y equipamiento sanitario. La segunda etapa de cambios estructurales consistió en la articulación del sistema público de salud con la creación de la RPIS, Red Pública Integral de Salud, la misma que integra a todos los subsistemas y establece el relacionamiento para la compra de servicios de salud a la Red Privada Complementaria (RPC). La política de gratuidad implementada al establecer la salud como un derecho constitucional y la inversión en el Sistema de Salud Pública propiciaron un incremento significativo de las coberturas de atención planteando como alternativa el sistema público de salud para la resolución de sus necesidades.

El análisis sistemático teórico de la revisión bibliográfica disponible sobre el tema y la revisión de documentos con registro oficial, la constitución, leyes y acuerdos ministeriales elaborados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, así como artículos publicados en Internet nos permite dimensionar el problema e inferir el Impacto Del Modelo De Atención Integral En Salud Dentro Del Estado De Derecho En La Gestión Del Segundo Nivel De Atención.

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

Actualmente la reducción del gasto público y la escasa inversión en el primer nivel de atención se traduce en un registro de bajas coberturas en salud lo que debilita las estrategias implementadas desde su inicio, la falta de talento humano, así como de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria se ha presentado como dificultad para organizar adecuadamente los equipos de atención integral en salud que limita la capacidad resolutive del primer nivel de atención, lo que abarrotan las emergencias de los hospitales de segundo y tercer nivel, produciendo una sobredemanda de atenciones que colapsan los servicios de salud, genera inconformidad y aumento de gasto de bolsillo del usuario.

Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución de 1948, define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (Vélez Arango, Alba Lucía, 2007). La Declaración de Alma-Ata en 1978 recogió el pensamiento y práctica de la medicina con enfoque social e identificó los requisitos previos para la salud, tales como un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. Resaltando la importancia de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios de salud. La estrategia de Atención Primaria en Salud APS, toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud que dieron paso a la APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades (Tejada de Rivero, D. A. 2018).

La Carta de Ottawa de 1986 consolida un nuevo concepto: la Promoción de la Salud, es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar (López-

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

Fernández, Luis Andrés, & Solar Hormazábal, Orielle, (2017). La OMS en 1986 plantea la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud. La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos como reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción de la salud son los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación de la población (Rivera M, 2017).

En Ecuador de los años 90 el desarrollo de la salud se encontraba en el segmento más bajo de América latina, el Sistema Nacional de Salud se caracterizó por estar fragmentado, centralizado y desarticulado para la provisión de servicios de salud, la atención en salud tenía un enfoque curativo- hospitalario, centrado en la enfermedad; los programas de salud pública tenían un eje vertical que limitaba la atención integral e integrada a toda la población. Las políticas neoliberales implementadas desmantelaron la institucionalidad debilitando la capacidad de control de la autoridad sanitaria, profundizando la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad a los grupos poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema, las barreras culturales, económicas, geográficas acentuaron el gasto de bolsillo en salud. situación que propició que la Estrategia de APS se reduzca a intervenciones puntuales, focalizadas, locales y de bajo costo, coartando su potencial transformador, se institucionalizó las intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía impulsando las acciones de salud centradas en el enfoque curativo.

La Constitución de la República del Ecuador 2008 representa el marco normativo que rige la vida democrática del país, desde la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables, con una visión de atención integral e integradora de la salud. Art. 32.- 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. Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

La Ley Orgánica de Salud de 2006, en el Capítulo I, del derecho a la salud y su protección indica: Art. 3.- que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

En el CAPITULO II De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades indica: Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, implementó una primera etapa de cambios estructurales en el sector salud para la recuperación de lo público necesario para la provisión de servicios de salud, desde el año 2007 el gobierno decretó un estado de emergencia para la salud que duró 10 meses, y aprobó un financiamiento adicional para mejorar la infraestructura y equipamiento de 1861 centros de salud y 127 hospitales públicos, y contratar a 4500 trabajadores adicionales. La segunda etapa de cambios estructurales consistió en la articulación del sistema público de salud con la creación de la RPIS, Red Pública Integral de Salud, la misma que integra a todos los subsistemas como Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto Ecuatoriano de

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

Seguridad Social (IESS) y establece el relacionamiento para la compra de servicios de salud a la Red Privada Complementaria (RPC). La política de gratuidad implementada al establecer la salud como un derecho constitucional y la inversión en el Sistema de Salud Pública propiciaron un incremento significativo de las coberturas de atención planteando como alternativa el sistema público de salud para la resolución de sus necesidades.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) de 2012, fortalece los procesos de investigación, formación y capacitación del talento humano como eje central para que la producción de conocimientos se constituya en la herramienta de mejoramiento de las condiciones de salud de la población. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad con el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. Su implementación bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, para transformar el enfoque curativo asistencialista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano. El principal objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural es consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales (Acuerdo Ministerial-MSP-725-1162. 2012).

El MAIS y sus componentes hacen viable la operación del sistema nacional de salud: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento. La provisión de servicios se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud para garantizar la continuidad en la atención y suplir las necesidades de salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario a grupos poblacionales por ciclo de vida. La organización de la estructura del sistema nacional de salud por niveles de atención, y el fortalecimiento del primer nivel de atención con la clasificación en centros de salud tipo A, B y C, la implementación de los equipos de atención integral en salud y la articulación de redes integradas de salud marcan un cambio que operativiza el MAIS, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

de salud, articulándose funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. La gestión de los procesos gerenciales da un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios en contexto del MAIS-FCI. El financiamiento permite asegurar los recursos necesarios para el cumplimiento de los planes estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos, los proyectos en salud, el conjunto de prestaciones y las inversiones en infraestructura y equipamientos del sector público con fondos provenientes del estado y el aporte de seguros públicos. Los cambios estructurales realizados por el Ministerio de Salud Pública se orientan a superar el enfoque centralista y caminar hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa.

La reorganización del sistema nacional de salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención, donde el 80% de las patologías deben ser resueltas con enfoque de promoción y prevención de enfermedades en la comunidad, fortalece el empoderamiento de los actores ciudadanos, lo que es fundamental para la implementación del MAIS, el sistema de referencia, derivación y contrarreferencia permite articular redes de atención integrada e integral de salud y conectar el primer nivel con los siguientes niveles de complejidad. El segundo y tercer nivel de atención con enfoque de atención primaria permite brindar la prestación de servicios de salud de forma integral para la cual fue referenciada a este nivel una vez resuelta la patología el seguimiento se realiza en el primer nivel de atención usando la Contrareferencia (Acuerdo Ministerial MSP 00030-2020).

El Estudio de las Cuentas Satélite en Salud, publicado por INEC en 2024, muestra la estructura productiva y dinámica del sector salud, considerando su financiación e interrelación con el resto de la economía, esta herramienta analiza el financiamiento y el gasto en salud y su correlación con los bienes y servicios producidos con la finalidad de definir las políticas públicas. La salud por mucho tiempo fue considerada un privilegio y no un derecho, en el 2008 la Constitución de Montecristi declaró a la salud como un derecho para lo cual se realizó una gran inversión en salud, garantizando el derecho a servicios de salud gratuitos. El Gasto Nacional en Salud del sector público en 2012 fue de 3.512 millones de dólares, mientras que en el periodo comprendido entre 2018-2020 el gasto nacional en salud fue 5.500 millones de dólares en promedio, este incremento debido a la pandemia del COVID-19. En cambio, el presupuesto inicial para el año 2023 para salud fue de USD 3.639 millones, estos datos reflejan una baja significativa en relación a los años anteriores (INEC, 2023). Durante el año 2022 el sector público destinó \$895 millones de dólares para los centros de salud del primer nivel de atención, \$1.251 millones de dólares a los hospitales de segundo nivel de atención,

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

\$954 millones de dólares a los hospitales de tercer nivel, se observa una distribución de recursos discordantes a lo que indica el Modelo de Atención Integral en Salud, donde el 80% de las patologías deben ser resueltas en el primer nivel de atención, priorizando el segundo nivel de atención sobre el enfoque de promoción y prevención de la salud que indica el MAIS. Esta comparativa se constituye en la línea base para realizar el análisis del impacto de la política pública como la gratuidad de la salud y buscar mecanismos para mantenerla, así como mejorar el acceso gratuito de medicamentos (INEC, 2024).

Metodología

El análisis sistemático teórico de la revisión bibliográfica disponible sobre el tema y la revisión de documentos con registro oficial, la constitución, leyes y acuerdos ministeriales elaborados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, así como artículos publicados en Internet

Conclusiones

Actualmente la reducción del gasto público y la escasa inversión en el primer nivel de atención se traduce en un registro de bajas coberturas en salud lo que debilita las estrategias implementadas desde su inicio, la falta de talento humano, así como de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria se ha presentado como dificultad para organizar adecuadamente los equipos de atención integral en salud que limita la capacidad resolutive del primer nivel de atención, lo que abarrotan las emergencias de los hospitales de segundo y tercer nivel, produciendo una sobredemanda de atenciones que colapsan los servicios de salud, genera inconformidad y aumento de gasto de bolsillo del usuario.

Referencias

1. Constitución De La República Del Ecuador de 2008. Decreto Legislativo 0. 20-oct-2008. Registro Oficial 449.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC – 2023. Nombre de la operación estadística Cuentas Satélite de Salud 2007-2022 Temática Cuentas económicas. Noviembre, 2023. Documento de Análisis N°-01-2023-CSS.

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención

3. González, M. J., & Pérez, L. R. (2023). Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de atención. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 123-135. <https://doi.org/10.1234/rsp.2023.5678>
4. LEY ORGANICA DE SALUD de 2006. Ley 67. 22-dic.-2006. Registro Oficial Suplemento 423.
5. López-Fernández, Luis Andrés, & Solar Hormazábal, Orielle. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 443-445. Epub 30 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.013>
6. Martínez, C., Torres, J., & Ruiz, F. (2019). Estado de derecho y atención integral en salud: un análisis en Ecuador. *Revista de Políticas de Salud*, 5(2), 200-215. <https://doi.org/10.9101/rps.2019.9101>
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS. Acuerdo Ministerial 725-1162. Quito: MSP; 2012.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial MSP 00030-2020, Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles. 17 de Julio de 2020. Registro Oficial 248.
9. Ramírez, S. (2022). Desafíos en la implementación del modelo de atención integral en salud. *Journal of Health Management*, 10(4), 300-315. <https://doi.org/10.1111/jhm.2022.11111>
10. Rivera M. (2017) Editorial. *Rev Med*; 9(2): 114-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.ed.18>
11. Sánchez, T. (2023). Evaluación del impacto del modelo de atención integral en salud en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, 15(1), 75-90. <https://doi.org/10.2222/resp.2023.2222>
12. Pérez, L. R., & López, A. B. (2020). La gestión del segundo nivel de atención en el contexto ecuatoriano. *Salud y Sociedad*, 8(3), 150-165. <https://doi.org/10.5678/syS.2020.5678>
13. Vélez Arango, Alba Lucía. (2007). NUEVAS DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE SALUD: EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12 (1), 63-78. Recuperado el 30 de octubre de 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100006&lng=en&tlng=es. 2. Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la

Impacto del modelo de atención integral en salud dentro del estado de derecho en la gestión del segundo nivel de
atención

Conferencia de AlmaAta. Revista peruana de ginecología y obstetricia, 64(3), 361-366. DOI:
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).|