

Guayaquil Noviembre 10 2015

Sr

Dr. Raúl Intriago López

DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

De mi consideración

Por medio de la presente me dirijo a Ud. para informar que revisada la tesis de Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi titulada DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO – ODONTOLÓGICO DEL COMANDO DE POLICÍA DEL CANTÓN DURAN. AÑO 2.015 presentada como requisito previo para optar por el grado académico de Magister en Gerencia y Administración en Salud, se ha realizado las correcciones correspondientes, por lo tanto se acepta el trabajo concluido para poder continuar con el proceso de sustentación salvo mejor criterio.

Sin otro particular

Atentamente


Obst. Carmen María Sorfa MSc.

Coord. De gestión académica y Revisora de tesis Escuela de Graduados

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

FECHA: 11/11/2015
HORA: 11:58
RECIBIDO POR: Sorfa

NOV. 12 2015
INFORMADA AL
INTERESADA
D. Intriago



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

Of. EG#103-2015/PROY

Junio 15 de 2015

Doctora
Rosa Serrano Pullutaxi
**MAESTRÍA EN GERENCIA Y
ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su **ANTEPROYECTO** de investigación titulado:

“DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO MEDICO ODONTOLOGICO DEL COMANDO DE POLICIA DEL CANTON DURAN PERIODO 2015-2016.”

Ha sido modificado:

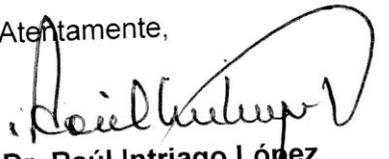
“DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO MEDICO ODONTOLOGICO DEL COMANDO DE POLICIA DEL CANTON DURAN. AÑO 2015.”

Tutor: Lcdo. Feliz Cueva Villarroel.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día **08 de junio del 2015**, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **BORRADOR FINAL**.

Revisor: Obst. Carmen Marín Soria, MSc.

Ateñtamente,


Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Sra. Daniela Ibarra R.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

Guayaquil, 26 de octubre de 2015

CERTIFICADO

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL PROGRAMA DE MAESTRIA DE GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD, NOMBRADO POR EL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE LA DOCTORA ROSA ELVIRA SERRANO PULLUTAXI CON C.I. 0914816152, CUYO TEMA ES DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO MEDICO-ODONTOLOGICO DEL COMANDO DE POLICIA DEL CANTÓN DURÁN. AÑO 2015, REVISADA Y CORREGIDA LA TESIS, SE APROBO EN SU TOTALIDAD ASI LO CERTIFICO.

LCDO. FELIX MIGUEL CUEVA VILLARROEL MSc.

C.I. 1800886358

TUTOR

Lcdo. Félix Cueva Villarroel MSc.
C.I. 1800886358

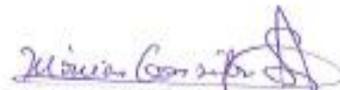


**POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
CENTRO DE SALUD URBANO DISTRITO DURAN.**

CERTIFICADO

Certifico que la Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi, con CI # 0914816152 desde el mes de Febrero a Septiembre del 2015, realizo la investigación y estadística de su Tesis *"DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO - ODONTOLÓGICO DEL COMANDO DE POLICIA DEL CANTÓN DURÁN. AÑO 2015."*




Ing. Mónica González Serrano.

JEFE DE TALENTO HUMANO DEL DISTRITO DURÁN Z8



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO

DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL
FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO –
ODONTOLÓGICO DEL COMANDO DE POLICÍA DEL CANTÓN
DURAN. AÑO 2.015

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO PARA
OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN
GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD.

AUTORA.

DRA. ROSA ELVIRA SERRANO PULLUTAXI

TUTOR

LCDO. FÉLIX MIGUEL CUEVA VILLARROEL. MSc.

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



Presidencia
de la República



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: Diseño de un Reglamento Interno para el Funcionamiento del Departamento Medico-Odontológico del Comando de Policía del Cantón Durán. Año 2015		
AUTOR/ES: ROSA ELVIRA SERRANO PULLUTAXI	TUTOR: FELIX MIGUEL CUEVA VILLARROEL REVISOR: CARMEN MARIN SORIA	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Maestría en Gerencia y Administración de Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 13-04-2016	No. DE PÁGS: 174	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: Proceso de funcionamiento, Mejoramiento, Calidad de atención en salud, Reglamento Interno.		
RESUMEN: El Comando de Policía Durán está ubicado en el Cantón Eloy Alfaro Durán, en la Parroquia el Recreo, el mismo que cuenta con un Centro de salud, con un profesional médico y un odontólogo, está ubicado en las instalaciones del Cuartel Centro de Durán, en las calles Riobamba y Manabí. Este centro de Salud no cuenta con un Reglamento Interno para el funcionamiento del Departamento Medico y Odontológico si bien es cierto a Nivel Nacional existe un Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional que determina las funciones y acciones a realizar por los profesionales de salud, en este caso no se cumple aún su totalidad porque no se adapta en función de la necesidad y realidad del Centro de Salud, debido a que los profesionales deben realizar funciones que les compete a otro personal o deben movilizarse según se disponga a otros sitios aun cuando están atendiendo, en otras ocasiones deben dar prioridad de atención sin ser emergencia solo por el nivel jerárquico; el objetivo de esta investigación fue determinar el proceso de funcionamiento del Centro de Salud de la Policía Nacional del Comando Sectorial del Cantón Durán y la metodología aplicada fue descriptiva , no experimental con una muestra de 150 miembros policiales, realizada en 6 meses obteniendo entre los resultados que el 67 % de los usuarios manifiestan que no se les respeta el turno de atención, el 97% indica que el tiempo de espera es mucho, el 93% manifiesta que no tiene ningún tipo de privacidad en el momento de la atención, lo que determino como conclusiones que no se cumple con el propósito establecido , existiendo insatisfacción del usuario atendido y como recomendación plantear una propuesta de Diseño de un Reglamento interno para el funcionamiento del departamento medico odontológico del Comando de Policía del Cantón Durán.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:0988166431	E-mail:rosaelvira1973@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia de mi eterno agradecimiento a JEHOVÁ el único Dios Vivo y Verdadero, Mi Hacedor y el Dador de toda sabiduría.

Gracias Padre Mío porque a lo largo que empecé a elaborar mi Tesis, se me presentaron grandes obstáculos y difíciles batallas, las cuales las peleé de rodillas en tu presencia por todo esto llegue a pensar por múltiples ocasiones ya no seguir, pero es ahí en mis debilidades y quebrantos es donde TU Mi Señor te mostrabas con gran fuerza y poder , tan solo me pedias que confíe , que te espere con paciencia y fe, que en tus tiempos perfectos actuarías y te creí Mi Señor y ahora puedo ver terminada mi Tesis convirtiéndose en un peldaño más en mi vida profesional.

Gracias Padre Mío por las cosas maravillosas que haces y hará en mi vida.

“Exaltado seas mi Dios eternamente”.

**“CUANDO TE LLAME, ME RESPONDISTES;
ME INFUNDISTES ANIMO Y RENOVASTES
MIS FUERZAS.” SALMO 138:3**

ROSA ELVIRA SERRANO PULLUTAXI

DEDICATORIA

Esta Tesis elaborada con esfuerzo, dedicación y amor es dedicada a:

DIOS TODOPODEROSO por ser la Luz que siempre guía mis pasos y por haberme permitido realizar mi tesis, previa a la obtención del Título de Magister en Gerencia Y Administración de Salud.

A mis PADRES:

Sr. Carlos Serrano Torres (+)

Sra. Carmen Pullutaxi Báez.

Por convertirse en el pilar fundamental de mi vida y que con su sacrificio, cariño y mucho esfuerzo siguen guiando mis pasos en la vida.

A toda mi familia y a cada una de las personas que con su estímulo, apoyo y colaboración me ayudaron a culminar este proyecto.

ROSA ELVIRA SERRANO PULLUTAXI

RESUMEN

El Comando de Policía Durán está ubicada en el cantón Eloy Alfaro Durán, en la Parroquia el Recreo, el mismo que cuenta con un Centro de Salud ,con un profesional médico y un odontólogo , está ubicado en las instalaciones del Cuartel centro de Durán, en las calles Riobamba y Manabí. Este centro de salud no cuenta con un Reglamento Interno para el funcionamiento del Departamento Médico y Odontológico, si bien es cierto a Nivel Nacional existe un Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional que determina las funciones y acciones a realizar por los profesionales de la salud, en este caso no se cumple en su totalidad porque no se adapta en función de la necesidad y realidad del Centro de Salud de la Policía de Durán, debido a que los profesionales deben realizar funciones que le compete a otro personal, o deben movilizarse según se disponga a otros sitios aun cuando están atendiendo en otras ocasiones deben dar prioridad de atención sin ser emergencia solo por el nivel jerárquico; el objetivo de esta investigación fue determinar el proceso de funcionamiento del Centro de Salud de la Policía Nacional del Comando Sectorial del Cantón Durán y la metodología aplicada fue descriptiva , no experimental con una muestra de 150 miembros policiales, realizada en 6 meses, obteniendo entre los resultados que el 67 % de los usuarios manifiestan que no se les respeta el turno de atención, el 97 % indica que el tiempo de espera es mucho , el 93% manifiesta que no tiene ningún tipo de privacidad en el momento de la atención, lo que determinó como conclusiones que no se cumple con el propósito establecido, existiendo insatisfacción del usuario atendido y como recomendación plantear una propuesta de Diseño de un Reglamento Interno para el Funcionamiento del Departamento Medico Odontológico del Comando de Policía del Cantón Durán.

PALABRAS CLAVES:

Proceso de funcionamiento, Mejoramiento, Calidad de atención en Salud.
Reglamento Interno.

SUMMARY

Duran Police Command is located in the canton Eloy Alfaro Duran, in the Parish Recreation, the same has a health center, with a medical professional and a dentist, it is located on the premises of the headquarters Duran center in Riobamba streets and Manabi. This health center does not have a Rules for the operation of the Medical and Dental Department, albeit there is a Nationwide Organic Functional Regulations of the National Health Directorate of the National Police determines the functions and actions to be taken by the health professionals, in this case is not satisfied in full because it does not suit depending on the need and reality of the Health Center Police Duran, because professionals must perform functions that it is up to other staff or must be mobilized as provided to other sites even if they are attending in the past should give priority without emergency care only for the hierarchical level; The objective of this research was to determine the operation process of the Health Center of the National Police of Sector Command Canton Duran and the methodology used was descriptive, not experimental with a sample of 150 police members held in six months and have obtained the results that 67% of users state that they are not respected the attention shift, 97% indicates that the waiting time is much, 93% say they do not have any privacy at the time of the attention, which it determined as conclusions that do not meet the stated purpose, existing user dissatisfaction and a recommendation attended a proposal for the design of Internal Regulations for the Operation of Dental Medicine Department of the Canton Police Command Duran.

KEYWORDS:

Operating process. Improvement of health care quality. Rules of Procedure

ÍNDICE

Agradecimiento	II
Dedicatoria	III
Resumen	IV
Summary	V
Índice.....	VI
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1 Determinación del Problema	3
1.1.2 Preguntas de Investigación	4
1.1.3 Justificación.....	5
1.1.4 Viabilidad	5
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo General	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
1.3 Hipótesis.....	6
1.4 Variables	7
1.4.1 Variable Dependiente:	7
1.4.2 Variable Independiente:	7
2. MARCO TEORICO	10
3. MATERIALES Y METODOS	118
3.1 Materiales	118
3.1.1 Lugar de la Investigación	118
3.1.2 Periodo de la Investigación	118
3.1.3 Recursos Empleados:	118

3.1.3.1	Recursos Humanos	118
3.1.3.2	Recursos Fisicos	118
3.1.4	Universo y Muestra	119
3.2	METODOS	119
3.2.1	Modalidad.....	119
3.2.2	Tipo de Investigación	119
3.2.3	Diseño de La Investigación	119
3.2.4	Tecnica de Investigación	119
3.2.5	Manejo de la Investigación.....	120
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	121
4.1	Resultados	121
4.2	Discusión.....	138
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	141
5.1	Conclusiones.	141
5.2	Recomendaciones.....	143
6.	PROPUESTA	145
6.1	Presentación	145
6.2	Antecedentes	146
6.3	Justificación.....	146
6.4	Objetivo General	147
6.5	Objetivos Especificos.....	147
6.6	Desarrollo.....	147
7.	BIBLIOGRAFÍA	161
	ANEXOS	164

1. INTRODUCCION

La Policía Nacional del Ecuador es la Institución encargada del Orden público y la Seguridad interna de la Sociedad Ecuatoriana, condición básica para lograr el desarrollo económico y social del país. Estas mismas responsabilidades la tiene la Policía Nacional, que labora en el Cantón Durán, provincia del Guayas.

Dentro de este contexto, como toda la sociedad: civil, militar y paramilitar, es que una de las condiciones para que la Policía Nacional pueda cumplir con su deber a cabalidad es de tener un continuo, adecuado y oportuno control médico y de salud, tanto al personal de oficiales como de tropas y para estos fines fueron creados los puestos de salud, consultorios, los sub centros, los centros y hospitales con el personal profesional capacitado en medicina, odontología y demás especialidades que existen, para obtener un máximo rendimientos en la salud mental y física de todos y cada uno de los miembros de la Institución policial, con ello conlleva un buen cumplimiento en sus funciones.

La Institución policial está formada, por personal Policial de línea (son los responsables y del orden nacional interno y encargado de dar seguridad a los ciudadanos en general en el País) y el personal Policial de servicios (encargada por área de acuerdo a su profesión) entre ellos están los profesionales de Sanidad que se encargan de los servicios médicos de toda la institución uniformada, es decir de la Promoción de Salud, Prevención de las enfermedades y su Tratamiento oportuno y eficaz.

Cabe mencionar que el personal policial de línea, tiene definido sus funciones, deberes y obligaciones que cumplir. En el caso del personal profesional médico, odontológico, las funciones no están definidas, realizando labores que no son de su competencia, o no están dentro del campo de la salud.

Se consideró el rendimiento de otros sub centros de salud donde tienen un reglamento interno que guía y establece las funciones de cada profesional, de los asistentes y de los pacientes en general, como es el caso del Centro de Salud de la Policía Nacional del Azuay que cubre el sector urbano de Cuenca el mismo que no se encuentra dentro de un Comando Policial sino más bien por su infraestructura está ubicado en el centro de Cuenca en la calle Remigio, en la parte posterior de la Facultad de Economía de la Universidad de Cuenca. La ubicación de este centro de salud es una de las condiciones por el cual en este centro de salud se cumple el Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional y por qué tiene como director del centro de salud al Sr. Dr. Oswaldo Castillo con grado jerárquico de Mayor de sanidad, el mismo que realiza labores gerenciales y vigila que se cumpla el reglamento interno el mismo que sirve de guía, orientación y fuente de información que defina sus derechos y deberes.

En el trabajo de investigación se ha considerado, estudiado, y analizado a los diferentes reglamentos internos de los centros de salud de las fuerzas armadas, tales como la Marina, el Ejército, la F. A. E., y a la C.T.E. porque son instituciones parecidas a la de la Policía Nacional como institución de control nacional, también los reglamentos del IESS, y del ministerios de salud. Los reglamentos internos tanto a nivel internacional como nacional son los factores o elementos que permiten un buen y adecuado funcionamiento con mejores rendimientos en el cuidado de la salud de los pacientes de las instituciones que lo poseen. Además de los aspectos mencionados también en el marco teórico se aborda otros campos en relación a la estructura organizacional de una unidad de salud, calidad de atención, calidad de salud, calidad de vida, sistemas sanitarios, atención primaria de salud en la demanda de servicios de salud, modelo de atención integral de salud y sistema de salud a cargo de la Policía Nacional del Ecuador.

Por las razones antes expuestas fue necesario realizar este trabajo de investigación ya que permitirá mejorar y fortalecer a la atención médica y

odontológica, y de esta manera obtener mejores rendimientos en la parte profesional con beneficio directo hacia los pacientes y por ende del sub centro de la policía del Cantón Durán, es decir estar a la par con los otros sub centros de la red de servicios del sistema de salud de la policía nacional, y de otras instituciones como Ministerios de salud pública u otros particulares y más aun a nivel internacional o con los mejores a nivel nacional.

En cuanto a la metodología que se utilizó en la investigación permitió desarrollar todo el proceso desde la obtención de la información a través de las encuestas hasta la investigación de campo y cuyo universo fueron los miembros de la policía del Comando

En relación a los resultados obtenidos estos demuestran que en cuanto a la atención por parte de los profesionales a los usuarios es muy buena, se cumplen con algunos aspectos técnicos del proceso de atención pero que en otros en cambio se incumplen, lo que se describe en las conclusiones. Finalmente entre las recomendaciones se propone una alternativa de solución como es la elaboración de un Reglamento interno para el Centro de Salud de la Policía.

En general el estudio se apoyó en una amplia revisión bibliográfica y de otros estudios similares que abordan la calidad de atención y los procesos administrativos en salud.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El Comando de Policía de Durán posee un Centro de salud en donde funcionan dos áreas con sus respectivos profesionales, un médico y un odontólogo. Los profesionales de la salud en la Institución policial se encuentran bajo la supervisión directa de la Dirección Nacional de Salud de la Policía

Nacional la misma que es un ente regulador de las actividades de los profesionales del área de sanitaria a nivel nacional.

Es la Dirección Nacional de la Policía a través de un Reglamento Orgánico funcional que establece normas técnico administrativas para estructurar y administrar el Sistema de Servicios de Salud de la Policía , además clarifica el rol de cada uno de los profesionales de la salud, lastimosamente esto no ocurre en el Centro de Salud de Durán ya que dependiendo de las disposiciones superior jerárquico, el profesional de salud no solamente cumple funciones sanitarias sino también otras actividades dispuestas por el escalón jerarquizado.

Es por esta razón que los dos profesionales, médico y odontólogo cumplen otras labores como la limpieza del consultorio y todos los implementos que se utiliza para el buen funcionamiento del área de salud, llevar los archivos y llenar las hojas de vida de los pacientes que se hacen atender, dar mantenimiento a los equipos médicos quirúrgicos, y demás implementos de trabajo, realizar labores de la Policía de línea en cumplimiento de orden superior como es el caso de realizar patrullaje y servicios de la Policía de línea, el orden de la atención médica - odontológica causa mucha malestar por que funciona por jerarquía y no por cita médica u orden de llegada.

Por lo tanto el problema es el incumplimiento de las normas técnico administrativas del Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional porque no existe un reglamento interno que regule las acciones a cumplir sino que se sujetan a disposiciones transitorias lo que distrae el verdadero rol de cumplimiento de las funciones disminuyendo el rendimiento, la calidad y excelencia técnica profesional de los que laboran en el centro médico –odontológico

1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿En qué medida se cumple las funciones de los profesionales, médica - odontológica?

- ¿Se cumplen las horas establecidas para la atención médica- odontológica?
- ¿Se cumplen las acciones de promover, prevenir, y precautelar las enfermedades?
- ¿Se está cumpliendo las metas establecidas para dar un buen servicio?
- ¿Existe un reglamento que dirija las labores y responsabilidades de los servidores?

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

El Departamento Médico y Odontológico del Comando de Policía Sectorial Durán trata de brindar cobertura de atención de Salud Primaria a la comunidad policial que son en número de 420 entre Señores Oficiales Superiores, Oficiales Subalternos, Clases, Policías y adicionalmente los familiares directos lo cual aumenta la demanda del servicio.

Dentro de los servicios sanitarios que el Centro de Salud Policial ubicado en el Cantón Durán, están los servicios Médicos y Odontológicos con dos consultorios individuales para cada atención, y en cada consultorio labora un profesional médico y un profesional odontólogo.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores y el numérico policial y familiar se ve la imperiosa necesidad de proponer un Reglamento Interno para la Organización y Funcionamiento del Departamento de Salud el mismo que servirá para elevar la calidad de atención, evaluar el cumplimiento de las funciones de los profesionales y optimizar los recursos con los que cuentan.

1.1.4 VIABILIDAD

Para el diseño y elaboración de este Reglamento Interno para la Organización y Funcionamiento del Departamento Médico y Odontológico, existió toda buena predisposición y ayuda de Alto Mando Institucional del

Comando Policial de Durán y en general por toda la comunidad policial para la realización de este trabajo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el proceso de funcionamiento del Centro de Salud de la Policía Nacional del Comando Sectorial del Cantón Durán, y la propuesta de un Reglamento interno que mejore la atención de los servicios de salud.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las funciones de cada uno de los profesionales que laboran en el Centro de Salud.
- Establecer el tipo de organización y funcionamiento del Departamento Medico – Odontológico.
- Determinar el nivel de cumplimiento de las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad en la Unidad Sanitaria.
- Proponer el diseño de un reglamento interno para el funcionamiento del Centro de salud y en especial que se constituya en un instrumento de guía, orientación y que defina derechos y deberes.

1.3 HIPÓTESIS

Las acciones de Promoción de salud y Prevención de la enfermedad se cumplen parcialmente en el Centro de Salud, médico - Odontológico del Comando sectorial de la Policía Nacional que labora en el Cantón Durán.

1.4 VARIABLES

1.4.1 Variable dependiente:

Atención de servicios de salud (Medico – Odontológico)

Promoción de salud.

Prevención de la enfermedad.

Edad

Sexo

Grado o nivel de instrucción.

1.4.2 Variable Independiente:

Funcionamiento del Centro de Salud de la Policía de Durán.

MATRIZ OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIONES	CATEGORIAS	INDICADORES	TIPO DE ESCALA
ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD (medico-odontológico)	Los servicios de salud son prestaciones que brindan asistencia sanitaria, con el objetivo de mejorar la salud así como el control y el tratamiento de las enfermedades.	Personal policial oficiales y tropa (Activo-Pasivo)	Desarrollo, formación.	Natural Numérica Unidad por Unidad
SERVICIOS ODONTOLOGICOS	Es el área de atención médica odontológica que se dedica a la atención de usuarios con afecciones de los dientes y las encías y al tratamiento de sus dolencias.	Profesional Odontólogo general.	Actividades de Promoción, Prevención Curación y tratamiento.	Natural Numérica Unidad por Unidad
PROMOCION DE SALUD	Estrategia encaminada al desarrollo de la salud individual y colectiva, con acciones de educación e información de salud dirigidas a lograr estilo de vida saludable.	Charlas, conferencias, folletos, propaganda Visitas a la comunidad	Nivel de cumplimiento Tipo de información	Natural Numérica Unidad por Unidad
SALUD	Es un derecho humano fundamental y en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.	Paciente	Sano Enfermo	Natural Numérica Unidad por Unidad
PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	Son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su	Prevenir, cuidar, y tratar oportunamente la	Sano Enfermo	Natural Numérica Unidad por Unidad

EDAD	avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Son los años cumplidos de una persona.	enfermedad Años cumplidos	Edades	Natural Numérica Unidad por unidad	
SEXO	En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos)	Hombre Mujer	Características físicas Masculino Femenino	Natural Numérica Unidad por Unidad	
GRADO O NIVEL DE INSTRUCCION	Es el grado más elevado de estudios realizados en institución educativa, en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Primaria Secundaria Superior.	Nivel básico Superior. Tercer nivel. Cuarto nivel	Natural Numérica Unidad por unidad	
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIONES		CATEGORIAS	INDICADORES	TIPO DE ESCALA
Funcionamiento del Centro de Salud	Funcionamiento Organizacional: Es el sitio o lugar donde funciona el área de salud, y en la cual laboran, los profesionales, médicos, odontólogos, enfermeras, asistentes y demás personal que tienen funciones específicas sanitarias. Funcionamiento Estructural: Se considera a toda la infraestructura del centro de salud constituido por oficinas, consultorios, salas de esperas, laboratorios, etc.		Equipo de profesionales y demás personal Servicio a el paciente	Calidad de atención	Natural Numérica

2. MARCO TEORICO

El Comando de Policía Durán está ubicada en el cantón Eloy Alfaro Durán, en la Parroquia el Recreo, el mismo que cuenta con un centro de salud con un profesional médico y un odontólogo , está ubicado en las instalaciones del Cuartel Distrito Durán Centro, en las calles Riobamba y Manabí y en todo su entorno comunitario. Constituyendo su área total a 1038,07 metros cuadrados y el área de construcción de la unidad policial de 580,092 metros cuadrados. Cabe destacar que el Comando del Distrito Durán Centro se encuentra localizada al este de la rivera del Rio Guayas sector enlazado con la ciudad de Guayaquil por el puente Rafael Mendoza Avilés; antes considerada como parroquia urbana de la ciudad de Guayaquil y ahora se constituye como el Cantón Eloy Alfaro de Durán

Para poder llegar hasta el Comando del Distrito Durán Centro se cuenta con vías de fácil acceso, que se encuentran en buen estado, como referencia de la ubicación podemos mencionar a pocos metros al sur se observa un coliseo de deportes y otros eventos, a 300metros se encuentran ubicada un mercado municipal de víveres.

La Policía Nacional del Ecuador tiene como Misión Institucional brindar servicios de seguridad ciudadana y orden público, con calidad y ética, en el marco de la legislación vigente, respetándola dignidad humana, paraqué todos los actores sociales puedan convivir en paz y ejercer con libertad sus derechos.

Su Visión Institucional de la Policía Nacional está enfocada es ser considerada como una Institución solida confiable efectiva y eficiente, de servicios a la ciudadanía, sustentada sobre principios morales, éticos y jurídicos, dotada de una educación permanente, tecnológica moderna y estructura adecuada; recurso humano calificado y comprometido con los intereses de la comunidad que contribuya a mejorar los niveles de competitividad para el desarrollo del país, a fin de enfrentar con éxito los retos futuros.

La Institución Policial mantiene un sistema jerárquico disciplinario centralizado, por lo que contamos con mandos superiores, que mantienen centrada la administración, esto permite que el personal sea obediente no deliberante, siendo nuestra máxima autoridad Ministro del Interior y en sucesión el corresponde al Comandante General de Policía y todas las direcciones de los diferentes servicios que se encuentran domiciliadas en la Ciudad Capital Quito.

La Policía Nacional cuenta con una Ley de personal que es la que regula la profesión policial, garantizar la estabilidad, establecer los deberes y obligaciones, propender a su perfeccionamiento y especialización y asegurar la selección sobre un sistema de evaluación de sus miembros.

La Institución policial está formada, por personal Policial de línea (son los responsables del orden nacional interno y encargado de dar seguridad a los ciudadanos en general en el País) y el personal Policial de servicios (encargada por área de acuerdo a su profesión) entre ellos están los profesionales de Sanidad que se encargan de los servicios médicos de toda la institución uniformada, es decir de la Promoción de Salud, Prevención de las enfermedades y su tratamiento oportuno y eficaz.

El personal sanitario operativo que cuenta el Centro de Salud del Comando de Policía de Durán dependerá orgánicamente de la Dirección Nacional de Salud de la Policía y disciplinariamente por el Comandante J1 del Comando Policial del Cantón Duran.

LOS SISTEMAS SANITARIOS

Un sistema sanitario es el conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios sanitarios. Se denomina sanitaria a aquellos servicios cuyo objetivo directo es la mejora o protección de la salud. Ellos no impiden que los servicios sanitarios tengan otros objetivos como es la consecuencia del beneficio empresarial en las entidades privada, objetivos

políticos y públicos cuya consecuencia podría entrar en conflicto con el objetivo directo. (1)

Concepto de Salud

Salud es definida por la Constitución de 1996 de la Organización Mundial de la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). (2)

En el 1956, René Dubos (citado en Castañeda, 2003) expresó lo que para él significaba salud: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental. (3)

En el 1959, Herbert L. Duna (citado en Castañeda, 2003) describió a la salud como un método encauzado a maximizar el potencial del individuo y que requiere un balance mantenido y con propósito. Se toma en cuenta tres dimensiones la Orgánica o Física, Psicológica y Social: en donde el ser humano ocupa una máxima posición para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar. (4)

Se refiere a buena salud como un estado pasivo, en el que el individuo de adapta al ambiente, y a bienestar como un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de cada uno.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al

(1966) (citados en Castañeda, 2003) también incluyen el componente social al concepto de salud: " Un continuo con graduaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte". Manifiesta que la salud es dinámica y que puede variar con el tiempo.

Igualmente, Milton Terris (1975) leído en publicación de Castañeda (2010), enfatizó en la dimensión social de la definición de salud. Éste define salud como: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". (5)

Además según Terris la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades, sino que va más allá de lo físico. Ésta definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, que describe a la salud como la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente). Finalmente, Alessandro Seppilli (1971) (citado en castañeda, 2003), define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social".

Concepto de Enfermedad y sus implicaciones

Históricamente se ha tenido diferentes tipos de explicación acerca del porqué de las enfermedades. Los primitivos creyeron en una patología sobrenatural y en consecuencia la trataron por medio de una "medicina" mágica. Veían la enfermedad como producto de la acción de demonios, un castigo de los dioses, o la pérdida del alma. La trataban los hechiceros, de manera intuitiva, en base a ideas que carecían muchas veces de fundamento ni relación con la realidad.

En el Corpus Hippocraticum (2,500 años atrás) las causas o determinantes de enfermar serían: internas (raza, temperatura, sexo y edad), lo que hoy se denomina marcadores de riesgo y se incluyen en los determinantes genético-biológicos, y externas (mala alimentación, aire corrompido, traumatismos, parásitos, animales, intemperancias térmicas, venenos, etc.) también factores de

riesgo y formarían parte de los determinantes medioambientales y de los estilos de vida.

Galeno (400 años después), dividía las causas productoras de enfermedad en: externas o mediatas, (trastornos alimentarios, sexuales o emocionales, exceso de trabajo, calor, frío, veneno etc.) Internas o dispositivos (edad, sexo, constitución etc.), y conjuntas o inmediatas, que serían el resultado de la acción de la primera sobre la segunda.

A finales del siglo XVIII, en su obra Política Sanitaria, Joan Peter Frank, realiza un aporte importante describiendo los factores que pueden causar o prevenir enfermedades y posteriormente al afirma que la miseria del pueblo es la causa de la enfermedad, destacando el papel de la pobreza como causa primordial de enfermar. En 1969 (300 años después) Abrahán Horwitz, describe el círculo de pobreza enfermedad en la Asamblea de la OMS, señalando que la incultura y la pobreza son las principales causas de enfermedad.

Se dice entonces que existen básicamente 2 tipos de enfermedades; aquellas cuya explicación es evidente, siendo su origen o causa son identificables, y aquellas enfermedades cuyas causas aún son desconocidas o su explicación es confusa o compleja.

El desarrollo de la medicina ha ido más por el camino de las primeras, es en las que el tratamiento es más expedito, en términos de una reparación, de un reemplazo, de la eliminación de la obstrucción o del microorganismo culpable.

La enfermedad puede ser encarada desde muchos puntos de vista. En un sentido personal, cada uno de nosotros la conoce, por haber tenido en algún momento una experiencia directa de ella. El profesional la mirará de otro modo, su fin es prevenir su aparición y cuando ya ha ocurrido, buscará restaurar la salud, manteniendo luego ese resultado. Desde el punto de vista social, es de gran interés

la preservación del estado de salud, impidiendo o limitando la enfermedad en todos y cada uno de los integrantes de una colectividad, en beneficio general.

Descripción del Concepto de Salud Pública Salud pública:

Definición clásica (Dr. Winstow-1920, citado en Lopategui, 2000)

- Ciencia y arte que pretende: o Prevenir la enfermedad. Prolongar la vida. Promover la salud física y mental. (6)
- Mediante esfuerzos organizados de la comunidad para: El saneamiento del ambiente. El control de las enfermedades transmisibles. La educación para la salud. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad. La salud pública requiere un esfuerzo mayor por parte del ciudadano y el gobierno. Se trata de la prevención de condiciones enfermizas, de manera que se pueda prolongar las expectativas de vida. Esto requiere esfuerzos sociales/gubernamentales para poder controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas, un sistema administrativo médico/hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir, diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, y la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud a nuestro pueblo. La muerte es parte de la vida, se puede aplazar pero no evitar. Las dos categorías Salud-Enfermedad constituyen un binomio inseparable de la propia vida. Es bueno prolongar la vida, pero una vida con calidad.

Concepto de calidad de vida

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea

comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud física, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979 (citados en Gómez-V María; Sabeh, E, n.d), contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Históricamente han existido dos aproximaciones básicas en cuanto a la definición del concepto de calidad de vida, aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios. Todavía en 1995, Felce y Perry (citados en Gómez-V María; Sabeh, E, n.d) encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992 (citados en Gómez-V María; Sabeh, E, n.d), añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como (a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, (b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, (c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, (d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (7)

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993) (citados en Gómez-V María; Sabeh, E, n.d), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se

refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

El concepto calidad de vida puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad. Las tradicionales medidas mortalidad / morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a problemas sanitarios mundiales.

Es de vital importancia para este trabajo de investigación conocer que la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948 cuyo objetivo es alcanzar, para todos los

pueblos, el mayor grado de salud. En su Constitución, la Salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Los expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias, y ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La OMS también apoya y promueve las investigaciones sanitarias. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales.

La OMS presta una atención particular a la lucha contra los problemas sanitarios más importantes, muy particularmente en los países en desarrollo y actúa en contextos de crisis. Entre sus prioridades pueden citarse, entre otros, el reforzamiento de los sistemas de salud, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas en materia sanitaria como la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la lucha contra la tuberculosis y la malaria, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna. En materia normativa, ha desarrollado el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en su seno también se ha negociado el Convenio Marco para el Control del Tabaco. La OMS, desde hace años, ha incrementado su labor en el campo de las enfermedades crónicas.

La OMS está integrada por 192 Estados Miembros y dos Miembros Asociados, que se reúnen cada año en Ginebra en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de establecer la política general de la Organización, aprobar su presupuesto y, cada cinco años, nombrar al Director General. Su labor está respaldada por los 34 miembros del Consejo Ejecutivo, elegido por la Asamblea de la Salud. Seis comités regionales se centran en las cuestiones sanitarias de carácter regional.

La OMS cuenta con seis Oficinas Regionales en Brazaville, Washington, El Cairo,, Copenhague, Nueva Delhi y Manila. España trabaja estrechamente en el marco europeo con la oficina regional de Copenhague y mantiene especiales relaciones con la Oficina Panamericana de la Salud, España es parte de la OMS

desde el 28 de mayo de 1951 y trabaja en estrecha colaboración con la máxima autoridad sanitaria mundial. A través de la Misión Permanente de España en Ginebra, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y se realizan, entre otras, las siguientes funciones:

- Participación activa en las reuniones y negociaciones que se celebran en el seno de la OMS.
- Transmisión a las autoridades españolas de la información relevante en materia sanitaria.
- Seguimiento y coordinación de los asuntos sanitarios de relevancia tanto nacional como internacional.
- Desarrollo, seguimiento y coordinación de actividades de cooperación técnica en materia sanitaria financiadas por las autoridades españolas.

El papel de la OMS como organismo intergubernamental es crucial frente a los problemas sanitarios mundiales. España apoya el proceso de reforma emprendido por la OMS para convertirse en una organización más eficiente y eficaz y un reforzado sistema de rendición de cuentas. En materia de financiación, junto con la Unión Europea, España es partidaria de incrementar la proporción de recursos altamente flexibles para la OMS en detrimento de la financiación dirigida a objetivos o áreas geográficas muy específicas.

España apoya la inclusión de objetivos e indicadores relacionados con la salud en la agenda post-2015 y en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

Cabe destacar la colaboración de España con la OMS en el ámbito de la donación y trasplantes de órganos. España y su modelo organizativo de donación y trasplantes son en la actualidad un referente a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta

definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

El doctor Floreal Ferrara tomó la definición de la OMS e intentó complementarla, circunscribiendo la salud a tres áreas distintas:

- La **salud física**, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
- La **salud mental**, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
- La **salud social**, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos

genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen).

Otro aspecto en el que se centra la caracterización de la OMS (que pertenece a la ONU) es la organización de la salud pública. Con esto se hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el Estado para la prevención de dolencias y discapacidades, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a la higiene personal. Afirma la OMS que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”. En este sentido es mucho lo que se puede hacer, incluyendo la mejora de los hospitales públicos, el fomento a la iniciativa privada (que contemple que la salud es un derecho de todos los individuos) y la protección del medio ambiente.

En el ámbito laboral, la OMS también se pronuncia al hacer referencia a la salud ocupacional. Con este término se entiende a la actividad que promueve la salud de las personas en sus ámbitos laborales. Tiene que ver con las condiciones físicas del trabajador, pero también con lo psicológico. A la hora de ingresar a un trabajo, las personas se ven sometidas a un examen de salud, pero los accidentes laborales, los movimientos repetitivos asociados a determinadas tareas, la exposición a condiciones perjudiciales o el estrés y la presión por parte de superiores pueden deteriorar sus condiciones. Para evitar esto es necesario que quienes contratan trabajadores lo hagan asegurándoles condiciones de trabajo adecuadas, enmarcadas en normas de seguridad, y también es necesario que el Estado, mediante sus organismos de control, propenda al cumplimiento de las leyes en este sentido. Hoy en día existen muchos planes (de medicina preventiva, de seguridad, de higiene) que tienen como objetivo preservar la salud de los empleados en su ambiente laboral.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de

política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y Unicef, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000».

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria llegó a la declaración el 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China.(8)

Antecedentes

En los años 1970 existía un panorama económico y político crítico pues el mundo estaba en plena Guerra Fría, además de democracias poco estables y dictaduras militares, encontrándose la salud con una orientación centralista y deficiente. A pesar de esto existían esfuerzos gubernamentales para permitir un mayor acceso a la salud, teniéndose como antecedente directo de la Conferencia de Alma-Ata a la III Reunión Especial de Ministros de Salud convocada en Chile en el año 1972, en donde se comprende las deficiencias e inequidades de los servicios de salud. A partir de 1972, nace la idea de lo que sería la Atención Primaria de Salud como estrategia para permitir el mayor acceso posible a toda la población.

LA DECLARACIÓN DEL ALMA- ATA

La Declaración de Alma-Ata posee un total de diez puntos no vinculantes para los estados miembros, en los cuales se busca dar la base para la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Los diez puntos de la declaración son:

Definición de salud

- I. La Conferencia reafirma tajantemente la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud.

Igualdad

- II. La existencia de una gran desigualdad en la calidad de la salud de las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados así como a lo interno de los mismos países, es política, social y económicamente inaceptable y es, por lo tanto, una preocupación común de todos los países y no solamente de los países en vía de desarrollo.

Salud como un asunto socioeconómico

- III. El desarrollo social y económico, basado en el Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia básica para el logro cabal del libre acceso a la salud y de la reducción de la brecha existente entre el nivel de salud de los países en vías de desarrollo y de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud es esencial para un desarrollo económico y social sustentable, contribuyendo además a mejorar la calidad de vida, la reducción de la violencia y la obtención de la paz mundial.

El acercamiento al derecho de la salud

- IV. Los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades.

Responsabilidad gubernamental

- V. Los entes gubernamentales tienen una responsabilidad para garantizar el cuidado de la salud de sus individuos, la cual sólo puede ser obtenida mediante la disposición de medidas sociales y salud adecuada a las necesidades de los pueblos. El objetivo principal de los distintos gobiernos, las organizaciones internacionales y la comunidad internacional en las décadas posteriores a la declaración debió ser alcanzar para el año 2000 un estado de salud que permitiera a las personas tener una vida económica y socialmente productiva, siendo la APS, la clave para conseguir esta meta de desarrollo dentro del espíritu de la justicia social.

Definición de atención primaria de salud

- VI. La atención primaria de Salud (APS), según Alma Ata, es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.

Componentes de la atención primaria de salud

- VII. Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y por consiguiente:

Incluye:

- La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.
- La promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada.

- El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica.
- El cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar
- La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas.
- La prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Proporcionar los medicamentos esenciales.

Implica, en adición al sector salud, todos los sectores relacionados a los aspectos del desarrollo de los países y las comunidades, en particular los sectores de agricultura, cría, alimentación, industria, educación, vivienda, trabajos públicos, comunicaciones y otros; demandando los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

Requiere y promueve el máximo de autoestima social e individual, y la participación en la planeación, organización, operación y control de la atención primaria de salud, haciendo un uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles; para este fin se promocionará la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana.

Confía en los niveles locales y los trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, parteros, médicos auxiliares y trabajadores comunitarios, unidos en un equipo bien entrenado técnica y socialmente para responder a las necesidades de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para iniciar y sostener la atención primaria de salud como parte de un amplio sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores. Para esto será necesario un ejercicio político que movilice los recursos del país y use los recursos externos de forma racional.

- IX. Todos los países deberían colaborar en el espíritu de sociedad y servicio para asegurar la atención primaria de salud para todas las personas del mundo tomando en cuenta que el logro de la salud por persona en algún país directamente beneficiará a todos los demás países. En este contexto la junta OMS/UNICEF informó que la atención primaria constituye una base sólida para el desarrollo futuro alrededor del mundo.
- X. Un aceptable nivel de salud para todas las personas del mundo podía lograrse para el año 2000 si se extendía y mejoraba el uso de recursos a nivel mundial para la salud, en vez de ser utilizada en la adquisición de armamentos y en los conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarme podía y debía liberar recursos adicionales que bien podían ser utilizados en la aceleración del desarrollo económico y social.

La Conferencia pidió por acciones nacionales e internacionales urgentes para el desarrollo e implementación de la atención primaria de salud. Ella urgió a los gobiernos, OMS y UNICEF, y otras organizaciones internacionales tanto agencias multilaterales como bilaterales, organizaciones no gubernamentales agencias de financiamiento, todos los trabajadores de la salud y la comunidad internacional para apoyar a comités nacionales e internacionales de atención primaria mediante la apertura de canales para el soporte técnico y financiero que fuera necesario, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia pidió a todos los antes mencionados, colaborar en la introducción, desarrollo y mantenimiento de la atención primaria de salud en concordancia con el espíritu y contenido de la Declaración.

Consecuencia

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata no consiguió cumplir la meta de "Salud para todos" necesaria para el año 2000 por, según los críticos, falta de voluntad médica, política e ideológica,

generándose en ese plazo una brecha sanitaria aún mayor de la existente en 1978, y creándose sistemas de salud mixtos, para las clases bajas el subsidio estatal, muchas veces deficiente, y para las clases beneficiadas económicamente, la alternativa privada.

MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector de salud que se enmarca en el proceso de revolución ciudadana del gobierno nacional viene impulsando desde el año 2007.

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que recogen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía.

Desde esta perspectiva la salud es reconocida como un Derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del buen vivir.

La Constitución dispone el cumplimiento del Derecho de la Salud a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional del Plan Nacional del Buen Vivir 2009- 2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador es la máxima autoridad sanitaria de salud cuya misión es ejercer la rectoría del sistema nacional de salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria de la salud ambiental y del acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

El modelo de atención integral de salud es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al contemplarse, organiza el sistema nacional de salud para responder necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integridad en los tres niveles de atención de la red.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO DEL SECTOR SALUD ECUATORIANO (MAIS)

El País cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado al derecho de la salud, la estructuración del sistema nacional de salud y la protección de grupos poblacionales, y lo constituyen:

- Constitución Nacional de la República del Ecuador
- Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009- 2013
- Agenda Social de Desarrollo Social
- Objetivos de Desarrollo del Milenio

PROPOSITO: Orientar el accionar integrado de los actores del sistema nacional de salud hacia la garantía de los derechos de salud y cumplimiento de las metas del plan nacional del desarrollo para el buen vivir, al mejorar la implementación del modelo atención integral de salud bajo los principios de estrategia de atención primaria de salud renovada y transformar el enfoque medio biológico hacia un enfoque integral centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual familiar comunitaria como un derecho humano.

OBJETIVOS: Integrar y consolidar la estrategia de atención primaria de salud en los tres niveles de atención. Reorientando los servicios de salud hacia la promoción de salud y prevención de la enfermedad fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y en su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS:

Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.

Fortalecer la calidad de atención por el talento humano.

Optimizar las prestaciones de los servicios en los tres niveles de atención.

Organizar el sistema único de información en salud.

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR:

El cuidado de la Salud constituye un eje estratégico del desarrollo del país y el logro del buen vivir.

La Salud es un Derecho que garantiza el Estado Ecuatoriano

Prestación de servicios con principio de equidad, universalidad, solidaridad interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética.

Establece la creación, principios componentes y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la Salud de toda la población a través del Sistema Nacional de Salud (Modelo Integral de Salud y la Red Pública de Salud) (9)

PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009- 2013

OBJETIVOS:

Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad.

Mejorar las capacidades y potencialidades de la población en que la salud y la nutrición constituyen la clave para lograr este objetivo.

Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población.

Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.

POLITICAS:

Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades en especial salud, educación, alimentación, agua y vivienda.

Promover prácticas de vida saludable en la población

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad.

Garantizar la atención integral de salud, oportuna, gratuito con calidad calidez y equidad.

Brindar atención a mujeres y grupos de atención prioritaria.

Reconocer, respetar y promover las prácticas de la medicación ancestral y alternativa.

LEY ORGANICA DE SALUD

Art 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad de las personas.

Art.10.- Quienes formen el Sistema Nacional de Salud, aplicaran políticas, programas y normas de atención integral y de calidad.

Art. 69.- La atención integral y control de enfermedades no transmisibles crónicas, degenerativas, congénitas, hereditarias y problemas prioritarios se realizara mediante la acción coordinada de todos los integrantes del SNS.

LA AGENCIA SOCIAL 2009- 2011

EJES PRIORITARIOS:

Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud.

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica.

Fomentar entornos saludables promoviendo prácticas de vida saludable y manteniendo estricta vigilancia de productos de consumo humano.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Reducir la mortalidad en los menores de 5 años la meta es la reducción en dos las terceras partes entre 1990-2015

Mejorar la salud materna, la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990-2015

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las metas de reducir la propagación del VIH/SIDA, para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA. (10)

COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes y micro redes a nivel territorial. El componente de organización comprende:

Niveles de Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país. Tomado Del Acuerdo Ministerial 1203 Tipología De Establecimientos.

El Ministerio de Salud Pública realiza la organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para

garantizar la capacidad resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud. (11)

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia y contrarreferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema. El Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia emitida por el Ministerio de Salud Pública. Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología.

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de

corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo No. 1203) El I Nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. (12)

El Primer Nivel de Atención contempla los siguientes tipos de establecimientos de salud:

Puesto de Salud

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; su población asignada o adscrita es de menos 2.000 habitantes; cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública, cuenta con botiquín e informa mensualmente de sus actividades al Nivel correspondiente. Es la Unidad de máxima desconcentración, atendida por un/a auxiliar de enfermería o técnico/a superior en enfermería; está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional. El cálculo de población rige para el sector público.

Consultorio General

Es un establecimiento de salud que presta atenciones de diagnóstico y /o tratamiento en medicina familiar o general, obstetricia, odontología general y psicología, cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública.

Centro de Salud-A

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, presta servicios de prevención, promoción, recuperación de salud, cuidados paliativos, atención

médica, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria; tiene farmacia/botiquín institucional; cumple con las normas de atención del Ministerio de salud Pública. El cálculo de población rige para el sector público.

Centro de Salud – B

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.00 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general, odontología, psicología y enfermería; puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imageneología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrarreferencia. El cálculo de población rige para el sector público.

Centro de salud – C

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría) odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínica, imageneología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social, cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrarreferencia. El cálculo de población rige para el sector público.

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el

escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes El IV nivel de Atención

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El nivel de Atención Pre hospitalaria Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

Organización de los equipos de atención integral de salud

Los Equipos de atención Integral de Salud constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, constituyen el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas. Un equipo es definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública 90 Ministerio de Salud Pública de los resultados.

Factores que influyen en la conformación del equipo:

Se deberá tener en cuenta:

- La normativa de la Autoridad Sanitaria - estándares de licenciamiento - tipología de la unidad.
- La realidad territorial de acuerdo a: - el número de habitantes, - ubicación rural o urbana - concentración y dispersión de la población - condiciones de acceso geográfico (tipo de vías de acceso-trocha, fluvial, aérea- tiempo de acceso a la unidad), cultural y funcional.

En el primer nivel de atención, la composición de los equipos de atención integral de salud debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAIS en la prestación de los servicios de salud.

Es así que para el sistema de salud ecuatoriano se ha definido los siguientes estándares:

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 4000 habitantes
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2000 habitantes. Cada equipo tiene la responsabilidad de garantizar la atención integral de las familias asignadas y de cada uno de sus integrantes a través de la aplicación de la ficha familiar, la identificación de riesgos y necesidades de salud, la implementación y seguimiento de planes de intervención, garantizar la continuidad de la atención a través de la referencia y contrarreferencia.

El equipo de atención integral de salud ampliado está constituido por los profesionales establecidos de acuerdo a la tipología de unidades y la cartera de servicios.

Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria

Las redes integradas de salud implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS)

El Ministerio de Salud Pública funciona con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud deben cumplir los siguientes atributos esenciales:

- La cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado.
- Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios. La organización de redes de salud comprende la articulación de las unidades y servicios de salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y se orienta a acercar los servicios de salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social. Para la articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria es necesario considerar los siguientes aspectos

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS (Seguro General de Salud Individual y Familiar, Seguro Social Campesino, Seguro de Riesgos del Trabajo), Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública 94 Ministerio de Salud Pública Fuerzas Armadas-ISSFA y Policía Nacional-ISSPOL, como lo dispone el artículo 36028 de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la

Dirección de Rehabilitación Social. Esta liderada por la Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público. Los proveedores privados con o sin fines de lucro conformarán la red complementaria. La red implica una lógica de interconexión que con sus potencialidades y debilidades se articulan en torno a objetivos comunes y acuerdos (cita IESS) La estructuración y funcionamiento de la RPIS se orienta a superar la fragmentación y segmentación actual del sistema de salud, ampliar la cobertura, organizar y homogenizar el acceso a servicios de salud de calidad a partir del establecimiento de normas y procedimientos para su funcionamiento. La estrategia de articulación de la red se basa en el desarrollo y fortalecimiento de sistemas integrales e integrados de servicios de salud basados en la APS-R que implementan el MAIS fortaleciendo la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de los diferentes niveles de complejidad a través de la referencia-contrarreferencia y garantizando la continuidad y calidad de la atención.

Para la articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud como núcleo estratégico del SNS y como apoyo la red complementaria, se considera los siguientes aspectos:

- Conformación y funcionamiento permanente de la Comisión Técnica Interinstitucional integrada por delegados oficiales del MSP, IESS, FFAA y Policía Nacional. La gestión de la Red Pública Integral de Salud estará liderada por el MSP como Autoridad Sanitaria Nacional y la Comisión Interinstitucional en el nivel nacional. Se conformará comisiones interinstitucionales desconcentradas a nivel zonal y distrital.
- Población y territorio a cargo definidos: definir la zona/territorio con población adscrita, a través de la sectorización y adscripción de la población a la unidad de salud de la red pública integral más cercana.
- Adecuación de la oferta y demanda: para ello la oferta de servicios a nivel territorial debe responder a las necesidades de la población para

lo cual es necesario contar con información actualizada sobre las condiciones de salud y sobre las características de la oferta de las instituciones de la red pública y complementaria de salud y atención.

COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El MSP ha desarrollado un sistema geo referenciado de la oferta de servicios a nivel nacional – Geo - Salud cuyos componentes son:

- Homologación de la Tipología de los establecimientos de salud del SNS: la Comisión Interinstitucional de la RPIS con la Dirección Nacional de Normatización del MSP consensuaron los estándares y tipología de las unidades para cada nivel de atención de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutoria. (Acuerdo Ministerial No.1203)
- Implementar el proceso de licenciamiento de las unidades de la RPIS y Red Complementaria de acuerdo a la normativa de la ASN.
- Conjunto de prestaciones: el conjunto de prestaciones es una relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, garantizando su acceso independientemente de su capacidad financiera y situación laboral. El MSP en coordinación con la Comisión Interinstitucional de la RPIS, considerando criterios como el perfil epidemiológico, pertinencia y evitabilidad, ha definido un conjunto de condiciones de salud y servicios integrales e integrados (promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación) que responden a la demanda de la población y que se orientan a garantizar los derechos de atención y cuidado de la salud. Las prestaciones corresponden a condiciones de salud y están codificadas con el CIE10, y el CIAP. Incorporan prestaciones individuales, acciones de salud pública y acciones intersectoriales. La prestación de servicios de

salud debe enmarcarse en los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud, centrada en la persona, la familia y la comunidad e incorporar el enfoque de derechos, de género, intercultural e intergeneracional.

- Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada obligatoria al sistema, para lo cual se ha implementado el proceso de adscripción. El primer nivel debe contar con una base de datos con el registro de usuarios a nivel individual y familiar.

El primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario, abarca a toda la población y se articula en el territorio a los otros sectores con el fin de intervenir sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral del territorio y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Fortalecimiento de la Red de referencia-contrareferencia que permita la continuidad en las prestaciones, para su implementación y funcionamiento el MSP ha desarrollado el Sistema de Referencia – Contrareferencia.

- Organización e implementación del Sistema de Atención Pre hospitalario: es un nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza a la salud, en cualquier lugar donde esto ocurra, hasta que los pacientes sean admitidos en la unidad de evolutiva sea la adecuada.
- Definición e implementación de protocolos terapéuticos y guías de manejo emergencia, u otro establecimiento de salud de la red pública integral, cuya capacidad res clínico: la ASN ha definido los protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la RPIS y complementaria. Se clasifican por ciclos de vida y niveles de atención y han sido validados por la Comisión de la RPIS y sociedades científicas del país. El control de su cumplimiento lo realizara la Autoridad Sanitaria.
- Implementación del Tarifario para el sistema nacional de salud
El Tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales,

como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud pública y privada en el marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud. El tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario que permite establecer el monto de pago por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud. Constituye el instrumento para compra y venta de servicios a nivel de instituciones públicas y entre éstas y las privadas y registra el techo máximo para la compra de servicios. El tarifario sustituye al que se ha venido aplicando en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Para el pago entre las instituciones del sector público se realizará a través de cruce de cuentas para lo cual se requiere la implementación del planillaje/facturación.

COMPARACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LA REGION ANDINA Y EL CARIBE

Las reformas y los cambios realizados durante los últimos quince años a los sistemas de salud de América Latina, no han logrado los objetivos con los cuales fueron implantados en términos de disminución de inequidades, uso eficiente de recursos, y aumento de la calidad de los servicios. Algunos de estos cambios y reformas siguieron los lineamientos internacionales propuestos por el Banco Mundial, a través de los documentos “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform” de 1987 y el “Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud”. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1), ha reconocido que estas transformaciones no han producido un efecto global positivo sobre el sector salud. Bajo este panorama, actualmente los países latinoamericanos reconocen la necesidad de diseñar y realizar nuevas reformas en sus sistemas. Es aquí, donde la generación de información comparada de las diferentes experiencias nacionales en la región, puede generar importantes elementos de análisis. El hecho de realizar comparaciones implica reconocer similitudes y diferencias, que es la esencia misma del método, con otros sistemas

diferentes, lo que facilita, desde un panorama más amplio, un mejor entendimiento de la experiencia propia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un sistema de salud como el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria, lo que involucra a los servicios de salud personales, los servicios de salud pública o el desempeño de una actividad intersectorial. En el desarrollo de este trabajo, los sistemas de salud se entenderán en un sentido más estrecho, que involucra sólo a los servicios de salud.

Estos se utilizaron tanto para la descripción como para la comparación de unidades. Para la descripción se usaron las siguientes categorías con sus correspondientes conceptos: a) El contexto (político, económico, epidemiológico, demográfico y social) y b) La organización de los sistemas, que incluyó: las reformas y los cambios realizados durante la década de los años noventa y la organización actual (el financiamiento, la prestación, el gasto en salud, el aseguramiento y la cobertura). Para la comparación entre unidades se utilizó únicamente la organización de los sistemas, lo que abarca los conceptos anteriormente mencionados. Selección de países: Una de las herramientas del método comparado para la selección es la definición de unidades similares y diferentes. Con la clasificación de entidades similares se pretende mantener constantes el mayor número de variables como sea posible, como el nivel de desarrollo, la cultura y el modelo político. Se consideraron entidades similares los países Andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y República Dominicana. Como entidad diferente se consideró a Cuba. Esta caracterización se basa en la naturaleza de su sistema político y por ende económico. Se utilizó información de fuentes secundarias como la generada por los organismos de cooperación técnica como la OPS, OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Population Reference Bureau (PRB), información institucional de fuentes nacionales, artículos académicos, leyes y decretos nacionales

A pesar de las similitudes entre los países, con excepción de Cuba, se presentan diferencias nacionales que impactan en su situación de salud, como son: los contextos demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, así como la organización de los sistemas de salud particulares de cada país. Con respecto a la comparación de los sistemas se tocarán puntos relevantes, como son: las reformas de la última década, la organización actual, la relación del gasto de salud con ciertos indicadores de salud y las convergencias y divergencias en cuanto a las tendencias de los diseños organizacionales de los sistemas.

Con excepción de Cuba, el período de reformas sanitarias y cambios en estos países durante la década de los años noventa, estuvo inmerso dentro de un contexto marcado por una crisis económica, seguida por políticas de ajuste estructural y transformación del papel del Estado, donde la banca multilateral tuvo grandes influencias, así como los intereses específicos de los grupos dominantes en cada país.

Los cambios en Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela no han sido cortos en el tiempo a la vez que no se ha dado una transformación verdaderamente estructural de los sistemas de salud, sino que se han hecho arreglos institucionales con la instauración de nuevos elementos. Es así, como se han introducido seguros públicos, dirigidos a poblaciones vulnerables y de alto riesgo epidemiológico como en Bolivia, Ecuador y Perú. En Perú se permitió y promovió la participación del sector privado en la afiliación y prestación de servicios de salud dirigidos a los usuarios del seguro social. Comparativamente, de los países mencionados, es Ecuador la nación que normativamente ha introducido mayores cambios que obedecen a las tendencias internacionales. Este sistema se orienta hacia el aseguramiento universal de la población mediante la cobertura de un plan de salud que contiene un paquete básico de prestaciones individuales. Se estipula la rectoría pública y la participación en la prestación de servicios del sector público y del privado. Aun así, en este país no se tiene reglamentada la operación de aseguradores, ni la clara separación de funciones, como tampoco un fondo de financiamiento único. En Venezuela, en 1998, se aprobaron las leyes de la

Seguridad Social donde se introducía la competencia en la administración de los servicios sanitarios bajo una concepción de mercado de estos servicios, sin embargo estas leyes fueron derogadas en el marco de los cambios políticos ocurridos en este mismo año y en 1999 con la aprobación de la nueva constitución Bolivariana. De esta manera se retomó la prioridad de la propiedad pública, el subsidio a la oferta, el financiamiento y la prestación de servicios a cargo de una misma institución; lo que deja al sistema de salud bajo el mismo diseño organizacional que antes de la década de los años noventa.

En República Dominicana y Colombia, la reforma en el sistema de salud, fue rápida en el tiempo a la vez que involucró serias modificaciones en la estructura, su organización y por tanto en el financiamiento y la prestación de los servicios. Los procesos de cambio en Cuba estuvieron dirigidos a mejorar la eficiencia, la calidad y a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Estos cambios no se presentaron como una oleada influida por la banca multilateral, ni por la forma en que se inserta la economía de este país, en la economía del mundo; sino como un proceso continuo en el tiempo, bajo la misma lógica con la que fue creado el Sistema Nacional de Salud cubano. (13)

Se encontraron diferentes diseños organizacionales de los sistemas: un Sistema Nacional de Salud (SNS), sistemas segmentados y sistemas basados en el aseguramiento. En casi todos los sistemas la tendencia de las reformas de los años noventa y de las propuestas actuales se dirige hacia la adopción del aseguramiento de un paquete básico de servicios y el fortalecimiento de la competencia en la prestación con la participación de la mezcla pública y privada.

La organización y la estructura de la mayoría de los sistemas estudiados introdujeron y siguen introduciendo cambios de acuerdo con lineamientos internacionales. La generalidad de estas estructuras debe procurar aún por diseños que las fortalezcan como instrumentos que mejoren la calidad de vida de las poblaciones. El método comparado es una herramienta que permite acercarse al estudio de los sistemas de salud y genera información que puede alimentar el

debate en los actuales procesos de reforma sectorial. Este trabajo se configura en la primera aproximación al estudio comparativo de los sistemas de salud de la Región Andina y El Caribe.

ATENCIÓN DE CALIDAD A NIVEL DE LOS USUARIOS DE SALUD

La atención con calidad define desde el punto en donde se entrelazan la satisfacción del paciente/cliente (usuario de salud), el deber ser de la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos.

Esta atención en salud a los usuarios debe estar relacionada siempre:

- **Con la Eficacia:** En ella deben seleccionarse la tecnología: los medios y las prácticas que hayan probado tener la mayor capacidad de obtener resultados, en estudios controlados y suficientemente representativos, distinguiendo siempre el “Beneficio Máximo Concebible”, pero que no puede ser alcanzado por limitaciones de la tecnología y el conocimiento existente, para poder delimitar con claridad los estándares de desempeño posibles en términos del “beneficio máximo alcanzable”.
- **Con la efectividad:** el desempeño observado debe compararse contra el máximo alcanzable, con el propósito de analizar los factores que lo afectan negativamente, generalmente ligados a deficiencias en la utilización de los recursos, en el diseño de los procesos o en el desempeño del recurso humano, con el propósito de desatar las acciones de mejoramiento adecuadas. Los estándares deben ser fijados por encima del desempeño observado pero por debajo o igual a los que definen el “máximo beneficio alcanzable”
- **Con la eficiencia:** los resultados deben alcanzarse con el mínimo costo, y el mínimo de afectación de la efectividad.

CULTURA DE CALIDAD DE SALUD

Para Humberto Cantú define la cultura de la calidad: “Tratando de llegar a una definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad, Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización. Valores y hábitos son aquellas impresiones profundas que se tiene sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera correcto o incorrecto”. (14)

Modelo Propuesto

Ahora bien sabemos que la cultura de calidad no es un hecho espontáneo que sucede solo porque nosotros queremos que suceda. Es más bien un proceso por medio del cual la organización eleva su nivel de eficiencia y productividad en el trabajo.

Enseñanza

Como cualquier metodología o idea que sea de reciente introducción se hace imperativo el hecho de transmitir o enseñar el cómo se debe de llevar a cabo dicho cambio. Por medio de seminarios, talleres y juntas la metodología del cambio será trasladado de manera apropiada.

También hay que tomar en cuenta a las personas responsables de ceder el conocimiento. Éstas deben de contar con el entrenamiento previo adecuado, así como mostrar una actitud positiva y enérgica dirigida al cambio en la organización. El gasto en el que se incurre al momento de entrenar a los empleados es una inversión que rendirá frutos en un lapso de tiempo variable, dependiendo del tamaño de la organización sobre la cual se desea trabajar.

No solamente deben enseñarse metodologías, se debe transmitir ciertas herramientas de calidad así como la pertinente explicación de su uso, también ciertos hábitos a seguir con el fin de modificar la conducta del individuo en el trabajo.

Los hábitos principales sobre los cuales la enseñanza se debe de enfocar son: la mejora continua, la responsabilidad en el trabajo, prevención de errores, hacer bien el trabajo en el primer intento, la planeación de actividades y consistencia en el cumplimiento de compromisos.

Interacción

Una vez llevada a cabo la enseñanza de la metodología sobre la cual se va a trabajar, se lleva a cabo la interacción, es decir la constante comunicación con el personal y el reforzamiento de los conocimientos aprendidos previamente. Durante esta etapa se debe tener muy en cuenta que la interacción debe de ser continua y supervisada de tal suerte que cuente con el personal apropiado para transmitir el mensaje.

Delegación

La delegación no es más que un proceso mediante el cual se le asigna tareas al empleado que puede hacer por sí mismo sin necesidad de que otra persona esté involucrada o vigilando el proceso. Las principales bases de la delegación son la comunicación, confianza y la capacitación efectiva de las labores que se van a realizar. En este punto se está seguro que la persona tiene la suficiente capacitación para llevar a cabo lo que se le encargó. No significa pérdida de poder sino más bien, confiar en el empleado para que su proceso de la cultura de calidad tenga poder de decisión. En esta fase es necesario tener cuidado para no cometer el error de creer que las personas se encuentran preparadas para tener poder absoluto sobre sus decisiones y comportamientos siempre encaminados a mejorar el nivel de calidad de la empresa. Mediante

círculos de calidad y reuniones semanales o mensuales es posible constatar que los empleados han entendido el concepto de delegación

Ultimas consideraciones

Es difícil poner en práctica en su esplendor la cultura de calidad en las organizaciones. Es un proceso de mucha duración en el cual no se tiene una fecha en la que se diga: “listo, terminé”. Más bien el proceso continúa indefinidamente, ya que como se expuso anteriormente, la capacidad del ser humano de cambiar su cultura está basada en una decisión, la que se apega a sus forma de advertir del medio ambiente en el que se desenvuelve (14).

EVOLUCION DEL CONCEPO DE CALIDAD

A través del tiempo se menciona que la historia de la humanidad está directamente ligada con la **calidad** desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

La práctica de la verificación de la **calidad** se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la **calidad** en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla # 229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado". Los fenicios también utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objeto de eliminar la repetición de errores. Los inspectores simplemente cortaban la mano de la persona responsable de la calidad insatisfactoria.

En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, ejemplo de ello son las pirámides Egipcias, los frisos de los templos

griegos, etc. Sin embargo, la Calidad Total, como concepto, tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción.

La era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia de la alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es producción. Con las aportaciones de Taylor la función de inspección se separa de la producción; los productos se caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en

forma masiva. Dichos procedimientos han ido evolucionando, sobre todo durante los últimos tiempos.

El control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania.

El término Calidad ha tomado últimamente un especial protagonismo, sin embargo no siempre se utiliza adecuadamente, ya que se piensa que hace referencia exclusivamente a procesos de tipo industrial, por lo que su aplicación se limitaría, por tanto, a ese ámbito. Sin embargo, la Calidad envuelve crecientemente a otras actividades no exclusivas de la industria manufacturera, como son la distribución o el servicio.

Igualmente, la aplicación del término Calidad se ha hecho extensivo a organizaciones de titularidad pública, e incluso a la Administración Pública misma, en contraposición a la que tuvo en sus orígenes, centrada fundamentalmente en empresas privadas. De este modo, el objeto de la Calidad ha sufrido una evolución desde las industrias básicamente productivas hasta las organizaciones de servicios. Desde este punto de vista la calidad es el grado con que un producto concreto satisface los deseos de un consumidor concreto. Lógicamente, a una más alta conformidad acompañará un menor número de reproceso y desechos, con lo que el coste del producto se reducirá, lo que puede traducirse en mayor margen comercial o en un precio menor, con el consiguiente aumento de competitividad.

SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

De una forma concertada, la reforma del sector de la Salud, en la mayoría de los países, se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando valores como: salud como derechos de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención (algunos citan solidaridad) sumados a efectividad, eficacia y eficiencia, a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social.

A pesar de la similitud del proceso de globalización en los países, hay grandes diferencias en el desarrollo de los procesos políticos de la reforma del sector de la salud. Éstos, buscando disminuir la inequidad que viene acentuándose a consecuencia del deterioro de la propia calidad de vida de la población, debido a los efectos negativos del proceso de globalización de la economía - aumento de la concentración de ingresos, desempleo, coexistencia de perfiles epidemiológicos entrecruzados y superpuestos, en los que enfermedades milenarias conviven con enfermedades modernas, y padecimientos del subdesarrollo coexisten con daños producidos por el mundo desarrollado – han desarrollado, en realidad, programas "dirigidos", "paquetes de atención mínima" para la población indigente y una oferta de servicios conforme a las leyes del mercado, lo que viene acentuando las desigualdades de acceso de la población. Sin embargo, una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la busca de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la motivación del usuario interno (trabajador del sector salud).

También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y la equidad.

LA ATENCIÓN PRIMARIA REDUCIRÁ LA DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La directora de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), Nèlsida Marmolejos, consideró: “Que la creación del Primer Nivel de Atención en salud reducirá en un 75 por ciento las demandas de la población y contribuirá a la calidad de las atenciones a los usuarios del Sistema. Sostuvo que el SDSS debe también garantizar la entrega de pensiones oportunas, eliminando las exclusiones que existen actualmente, fortalecer la protección a la niñez y los programas de prevención y promoción de accidentes y enfermedades profesionales; implementar el modelo de salud preventivo y fortalecer el financiamiento de las instancias del sistema”.(15)

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MÁS NECESARIA QUE NUNCA.

A medida que ha ido aumentando la oferta general de servicios de salud, ha quedado cada vez más patente que los obstáculos al acceso constituyen un importante factor de inequidad: en particular, los honorarios cobrados a los usuarios son una importante causa de exclusión de la atención requerida. Además, cuando las personas tienen que comprar atención sanitaria a un precio por encima de sus posibilidades, los problemas de salud pueden desembocar rápidamente en una situación de pobreza o bancarrota. Por ese motivo, la ampliación de la oferta de servicios debe correr pareja con la protección social en salud, que se consigue estableciendo sistemas de mancomunación de fondos y de prepago en sustitución del pago directo de honorarios por parte de los usuarios. Las reformas destinadas a garantizar la cobertura universal – esto es, el acceso universal unido a la protección social en salud – constituyen una condición indispensable para mejorar la equidad sanitaria. Como se observa en los sistemas que han logrado una cobertura casi universal, esas reformas se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los

que los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social.

Muchas personas de esos grupos dependen de redes de atención que se encargan de la salud de comunidades enteras. Aquí es donde entra en juego el segundo conjunto de reformas: las reformas de la prestación de servicios.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios de salud – los sistemas de salud locales, las redes de atención sanitaria y los distritos sanitarios – a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de «poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas». Estas reformas no son sino un subconjunto de las reformas de la APS, pero tienen tal importancia que a menudo han ocultado la agenda más amplia de la APS. A la consiguiente confusión se ha añadido la simplificación excesiva de lo que la atención primaria entraña y de lo que la distingue de la atención sanitaria convencional.

Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas. Pese a las diferencias en la terminología empleada, sus características principales están bien definidas (atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades). Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias. El reciente crecimiento económico ha traído consigo recursos adicionales para la salud, lo cual, unido a la creciente demanda de resultados mejores, crea excelentes oportunidades para reorientar los servicios de salud

existentes hacia la atención primaria, no sólo en los lugares que cuentan con recursos, sino también en aquellos donde los fondos son escasos y las necesidades, muchas. En los numerosos países de ingresos bajos y medios en que la oferta de servicios está en una fase de expansión acelerada, existe ahora la posibilidad de tomar un rumbo que quizá evite algunos de los errores cometidos en el pasado en los países de ingresos altos. (16)

¿POR QUÉ LA CALIDAD AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD?

La producción como sistema

- La preocupación por la calidad abarca a toda la línea de producción. Desde los insumos de los proveedores hasta el consumidor.
- El proveedor de los insumos es un aliado. Hay que trabajar con él para mejorar continuamente los materiales y equipos del aprovisionamiento.
- Los ensayos son parte importante para la mejora continua. Deben estar presentes en la recepción, los procesos de producción y la entrega para la distribución.
- El consumidor constituye el elemento más importante. Hay que orientar la producción hacia sus necesidades, actuales y futuras. De ahí la labor de investigación sobre el consumo. Tal investigación es básica para el diseño y los continuos ajustes del mismo.

El Círculo de Deming

- El llamado Círculo de Deming constituye una herramienta valiosa para llevar adelante la mejora del total del proceso de producción o de alguna de sus partes. Constituye al mismo tiempo, un símbolo de la mejora continúa.
- El círculo está representado por las siguientes partes o acciones.

- Planear lo que se pretende alcanzar, incluyendo con ello la incorporación de las observaciones a lo que se viene realizando. Hacer o llevar adelante lo planeado.
- Chequear o verificar que se haya actuado de acuerdo a lo planeado así como los efectos del plan.
- Actuar a partir de los resultados a fin de incorporar lo aprendido, lo cual es expresado en observaciones y recomendaciones.

El círculo representa en cuadrantes estas acciones, las cuales se deben aplicar indefinidamente (17).

Los Principios de Deming

Lo que así denominamos corresponden a 14 puntos expresados por Deming como base para la transformación hacia la calidad. Se deben adoptar y actuar sobre estos catorce puntos como una demostración del interés de los directivos por enrumbar la empresa hacia la calidad. Se trata de lograr los siguientes propósitos: permanecer en el negocio, proteger la inversión así como los puestos de trabajo. Son los siguientes.

Ser constante en el propósito de mejorar el producto y el servicio.

Hay ser constantes para enfrentar los problemas del presente y del futuro. Ahora hay que mantener la calidad del producto. Para el futuro, hay que ser igualmente constante en el propósito y la dedicación. Hay que innovar para el futuro. Investigar. Mejorar el diseño.

Adoptar la filosofía de la calidad.

Aquí Deming se refiere al cambio del mercado internacional provocado por el auge de la producción japonesa. Invita a los norteamericanos, o a productores de cualquier otro país, a abandonar la política de producción basada

en los errores, defectos, materiales no apropiados, trabajadores temerosos, gerentes no identificados con la empresa, suciedad y vandalismo.

Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base de sólo el precio.

Comprar sólo en base al precio termina en una baja calidad e incremento de los costos. Al evaluar a los proveedores, será un error hacer sólo en función del precio. No se puede desligar el precio con la calidad. De esta manera la relación con el proveedor será de largo plazo, pidiéndole la mejora continua.

Mejorar constante y continuamente el sistema de producción y servicios.

Cada producto debe ser trabajado y tratado como si fuese único. La calidad comienza con la idea y se mantendrá en todas y cada una de las actividades del proceso de producción, y de ahí hasta el consumidor, buscando entender el propósito, la forma y el uso del consumo. Los ensayos ayudarán a la mejora continua del producto.

Implantar la formación de operarios y gerentes.

Los directivos deben aprender todo lo relacionado con la empresa. Desde los insumos hasta la forma cómo el cliente acepta el producto. Se debe entrenar trabajando en todos los procesos de producción.

Igualmente los operarios deben tener oportunidades constantes de formación buscando aprovechar sus habilidades en la forma más adecuada en cada caso.

Adoptar e implantar el liderazgo.

Deming hace una distinción clara entre supervisor y líder. La dirección no consiste en supervisar, sino en liderar. El líder debe conocer el trabajo a su cargo. Eliminar las barreras para que el operario esté orgulloso de su trabajo.

Desechar el miedo.

Para brindar lo mejor de sí no hay que tener miedo. Hay que sentirse seguro. Ello permite introducir conocimientos nuevos. Preguntar por lo que no se sabe. Perder el miedo a equivocarse. A proponer ideas de mejora.

Derribar las barreras entre las áreas de la empresa.

Hay que optimizar el trabajo total, por encima del trabajo de las áreas individuales. Desde el diseño hasta las ventas. Ello incluye el conocimiento del interés de los clientes.

Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas para el trabajo.

Con éstos lo que se consigue es que los trabajadores piensen que las mejoras sólo dependen de cada uno y no del conjunto. Pueden generar frustraciones y resentimientos.

Eliminar las metas numéricas para los trabajadores.

Se trata de los cupos de rendimientos por hora. Generalmente se establecen a partir de los promedios. Puede evitar la mejora de la calidad y la productividad. Ahoga la satisfacción por el trabajo bien hecho.

Eliminar las barreras que limitan a la gente de su derecho a estar orgullosa de su trabajo.

Esto es válido tanto para los directivos como para los operarios. El trabajador debe conocer que su trabajo está bien hecho, y sentirse orgulloso del mismo.

Estimular la educación y el auto mejora de todos.

Cada día debemos preguntarnos sobre lo que hemos aprendido. Deben estar abiertas las oportunidades de educación y aprender por sí mismo.

Actuar para lograr la transformación.

Los directivos deben conocer el significado y alcances de los trece puntos anterior, y actuar en consecuencia para conseguir el cambio

El triángulo de la Calidad

Deming aborda el tema de la calidad preguntándose qué es, quién la define, quién decide comprar o no. Aclara distintas situaciones. De una parte, reconoce que el cliente no siempre se encuentra en condiciones de expresar su interés por un producto (esto es particularmente claro en el caso de artículos nuevos: ¿quién hubiera pedido una computadora personal hace cincuenta años?). Ello permite reconocer también que la calidad de un producto no es estática, que cambia con el tiempo. A su vez, el operario mira la calidad a partir de sentirse satisfecho y orgulloso de su trabajo. Para el gerente, la calidad está en el cumplimiento de las especificaciones (18).

Finalmente, en lo que a calidad en salud respecta, una definición que ha ido ganando adeptos es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refirió a calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual". Sin embargo, es muy poco probable que una sola definición de calidad en salud sea aplicable en todas las situaciones.

En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos 2 conceptos que son: 1. La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y 2. Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (19).

LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-PACIENTE-FAMILIAR

Se destaca la notable significación de los principios sistémicos, de objetividad, multifactorialidad, historicismo y de la práctica social transformadora, en su aplicación a la gestión asistencial y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico paciente se ha expandido a relación equipo de salud-paciente-familiar. Se comentan brevemente algunos factores determinantes de las modificaciones de la relación médico paciente (RMP) originalmente limitada al facultativo y al enfermo. Se discuten los resultados de un estudio preliminar donde se exploraron en un centro asistencial, las apreciaciones de pacientes y estudiantes sobre el significado del desempeño interpersonal y cumplimiento idóneo de sus funciones, de los miembros del equipo de salud en sus niveles, profesional, técnico, administrativo y auxiliar. Invita a la reflexión sobre los efectos nocivos que pueden derivarse del trato inadecuado de los diferentes integrantes del equipo y se propone que el médico, como responsable básico de este se preocupe por sensibilizar a sus compañeros en relación con el significado de sus actitudes y comportamientos ante los enfermos y sus familiares.

Los avances de las ciencias médicas, al ampliar la primitiva gestión diagnóstica terapéutica y determinar el actual espectro de acciones promocionales, protectoras, preventivas, epidemiológico-sanitaristas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, docentes, investigativas, periciales, gerenciales y editoriales, determinaron la necesaria proyección multidisciplinaria y desde entonces, la figura única del prestador de ayuda devino en equipo de salud, integrado ahora no sólo por profesionales, técnicos y tecnólogos, sino también por personal administrativo y auxiliar que cumplen funciones nada desestimables según su perfil laboral e interactúa necesariamente en el plano interpersonal con el otro componente de la relación otrora limitado al paciente, pero ampliado en nuestros días a los familiares, vecinos allegados, compañeros de trabajo y representantes de organizaciones sindicales políticas y de masas, -todos y cuanto más, mejor-

interesados por la situación de un enfermo o por el mantenimiento de la salud en quien la disfruta .

EL ENFOQUE DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud:

La dimensión técnico científica con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo beneficio, **La dimensión administrativa** referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis a **La dimensión humana** tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

ACCESIBILIDAD

Facilidad con que el paciente puede obtener un servicio o la asistencia que necesita

Indicadores

- Satisfacción con la comunidad
- Acceso para capacitados y ancianos
- Patologías respiratorias

COMPETENCIA PROFESIONAL

Capacidad del equipo de salud para utilizar lo más avanzados conocimientos, tecnologías y recursos disponibles para resolver los problemas de

salud de los pacientes y producir su máxima satisfacción y seguridad de la atención. Tiene dos componentes:

Calidad Técnica

Calidad de diagnóstico.

- Calidad de tratamiento.
- Calidad de control y seguimiento.
- Calidad de información.
- Calidad de educación.

Relaciones interpersonales

Indicadores

- Cumplimiento de normas protocolos y guías clínicas.
- Número de personal capacitado.
- Satisfacción con la atención.

EFECTIVIDAD

Es el grado en que la asistencia se proporciona del modo correcto según el conocimiento y los recursos disponibles “mejor resultado con los recursos disponibles

EFICIENCIA

Es conseguir el más alto nivel de calidad al menor costo razonable

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Grado con que la atención brindada satisface las necesidades y expectativas del paciente y su familia

OPORTUNIDAD

Grado en que se proporciona la atención cuando el paciente lo necesite

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y EN SU FAMILIA

Significa organizar la atención de salud pensando en los pacientes más que en los prestadores de salud

SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES

Atención de salud libre de daños evitables. La Dra. Beatriz Zurita en relación a las bases conceptuales de la calidad total menciona lo siguiente: “Las tomo de mis maestros, Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la Calidad de la Atención en Salud, quién en los tres tomos de su obra señala el camino a seguir; y en Calidad de Servicios del Dr. Enrique Ruelas Colepa, profesor y amigo. ¿Por qué ahora necesitamos de la calidad total o garantía de la calidad en salud? Por un lado los costos son elevados, esto es un problema principal hasta de los países desarrollados como EE.UU. y los de Europa, que nos han llevado a la guerra de la garantía de la calidad; por el otro lado, en nuestros países tenemos necesidad de incrementar la cobertura con recursos limitados, y esto quiere decir que con los recursos que tenemos, logremos mejorar la salud de nuestras poblaciones, dentro de una crisis económica y una pérdida de la legitimidad, y que ya no hay mucha diseminación del concepto y los métodos más que en algunos países como en Portugal y no tanto en los nuestros, las demandas hacia los médicos sobre la atención a la salud y que tengan que presentarse ante abogados y juicios, con tal de demostrar que si realmente estuvieron haciendo lo mejor.

Los pacientes son las diferentes presiones que han llevado a que se vuelva de moda la garantía de la calidad o mejoramiento continuo de la calidad”. (20)

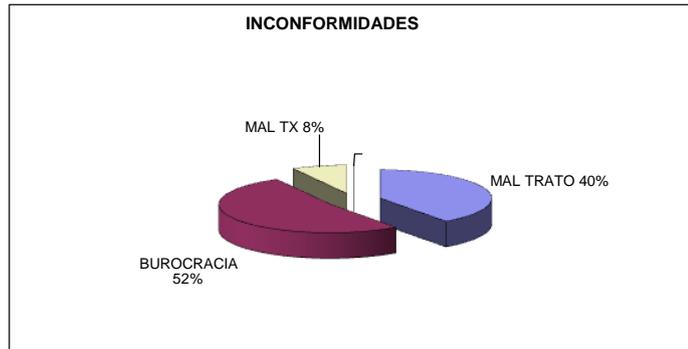
OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas, establecer la política y objetivos de la calidad de la organización,
- Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad,
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad,
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso,
- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas,
- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Este enfoque también puede aplicarse para mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad ya existente.

La mala calidad de los servicios de salud en el país, posicionó a México en el lugar 55 de 64 países, según una comparación de la calidad de los servicios de salud de la OMS Esta posición se debió, no solo a la mala infraestructura y a la falta de insumos que también representan un serio problema, sino a problemas con el personal y los sistemas administrativos.

Según otra encuesta realizada por el Banco Mundial (2010), la insatisfacción de los pacientes de los servicios de salud es mayor al 50 %. La encuesta reveló que el 40% de los pacientes sentía que no se les trataba adecuadamente, 52% consideraba que había demasiada burocracia y 8% que no había recibido el tratamiento médico cuando lo había necesitado.



Por otro lado la Encuesta nacional de Satisfacción con los Servicios de salud 2000, muestra que la principal insatisfacción en la población en ese entonces, era mala calidad de los servicios que recibe, que hacen que los servicios de salud se perciban como los peores servicios públicos, solo superando a los servicios policíacos.

Lo más preocupante es que la calidad no solo es mala sino que parece empeorar a lo largo de los años.

Estudios realizados en la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud 2011 en México por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

En la Encuesta nacional de satisfacción con los Servicios de salud 2011, 67% de los entrevistados afirman que se sienten medianamente satisfechos con respecto al trato y confianza en los servicios de salud en sus comunidades, en comparación con los que tenían en 2001. Cuatro de cada diez mexicanos pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. De hecho, uno de los motivos de 3 quejas más frecuentes, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es la falta de información del médico al paciente.

Solo el 66.7 por ciento de los pacientes afirman que los médicos, enfermeras y personal de salud, les proporcionan información adecuada y con claridad siempre que reciben atención en las unidades del sistema.

Dada la creciente demanda de servicios de salud, la calidad se vuelve pieza clave en la capacidad de proveer buena salud para los mexicanos de mayor edad y a los nuevos pacientes de enfermedades crónicas que requieren más y mejores tratamientos. Es por ello muy importante el contar con estándares de calidad y una atención oportuna para prevenir mayores complicaciones en enfermedades como Diabetes, Hipertensión, etc. Pese a esto, el porcentaje de unidades médicas que no cumple con la norma mexicana para el tratamiento y control de estas enfermedades es muy elevado.

De acuerdo a las estadísticas antes señaladas, nos damos cuenta que la calidad en la salud conforme avanzan los años se vuelve más deficiente, es importante recuperar niveles adecuados en cuanto a esta se refiere, mediante programas, normas y estándares que permitan disminuir los efectos adversos de la atención a la salud, y evaluando de forma continua las instituciones que brindan estos servicios. Ofreciéndole nuevas expectativas y una mejor calidad de vida al paciente.

En Bolivia actualmente no se cuenta con servicios de salud exclusivos para adolescentes, motivo por el cual esta población debe asistir a centros de salud generales donde son atendidos de igual forma que las personas adultas, lo que afecta una atención con calidad y calidez. El personal de salud no cuenta con capacitación acerca de la diversidad de características de esta población, factor que dificulta su nivel de relaciones, la labor de orientación y disminuye la asistencia de adolescentes a los centros de salud.

Por considerarse que la dinámica del entorno del trabajo conjunto y ético puede influir poderosamente en la capacidad de hacer frente a las dificultades en la atención que merecen los adolescentes en las instituciones de salud, se elaboró un programa de capacitación basado en la ejecución de talleres teórico-prácticos sobre el abordaje y atención diferenciada de adolescentes dirigido a médicos y enfermeras, con el fin de lograr una atención eficiente y eficaz para esta población”. (21)

¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD?

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.

En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan.

Los doctores Otero de Perú en una publicación sobre qué es calidad en salud menciona los siguientes conceptos y consideraciones: “Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”. (22)

Hablar sobre la condición técnica de la calidad en salud, sería innecesario ya que toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado.

Respecto a la identificación de la calidad funcional en salud, las cosas son un poco difusas por qué no se conocen que hayan sido definidos los parámetros en los que se podría fundamentar para calificar si determinado servicio profesional ha guardado adecuados estándares de calidad funcional o subjetiva.

La Dra. María Cristina Ferrari y colaborador en un valioso trabajo publicado menciona que: “Las organizaciones de Salud son diferentes al resto de las empresas y comprender su particularidad es la clave para lograr una gestión exitosa en resultados. Entre algunos factores diferenciales podemos mencionar:

- El manejo de la relación interpersonal con el cliente-paciente es infinitamente más compleja que el intercambio cliente-proveedor de cualquier tipo de empresa, ya que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy íntimos, sensibles e importantes de la vida (permanente contacto con el sufrimiento, el dolor, la enfermedad).
- El concepto de calidad de servicio aplicado a las organizaciones de salud es más amplio e integral que aquel aplicado en el resto de las empresas. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión del cuidado emocional; de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia primero y después la optimización de los recursos; de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar del grupo familiar (paciente/ familia/ amigos); de una calidad periférica a una calidad integral.
- Los costos de no calidad en las organizaciones de salud implican consecuencias diferentes que en el resto de las empresas: la no calidad en las instituciones sanitarias puede afectar y acabar con la vida del paciente”.

(23)

EL CONCEPTO DE CALIDAD Y SU APLICACIÓN EN EL AREA DE SALUD.

Roberto E García Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. En una publicación realizada sobre el concepto de calidad y su aplicación en Medicina manifiesta: “Dar una definición de calidad no es fácil, dada la perspectiva multidimensional que este concepto tiene. Así, sólo en el ámbito lingüístico, la Real Academia Española, en el Diccionario de la Lengua Española de 1984, Tomo I, página 242, define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie". En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. Sin embargo, aun dentro de este particular ámbito del concepto, no existe una sola definición para la calidad”. (24)

COMPONENTES DE LA CALIDAD DE SERVICIO

1º.-Carácter tangible: es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la profesional, etc.)

2º.-Fiabilidad: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiende un paciente mal o no le prestó la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que él va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

3º.-Rapidez: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.

4°.-Competencia: del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitir las claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios. Por ej. ¿Cuáles son los pasos a seguir para autorizar una orden de práctica?

5°.-Cortesía: expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

6°.-Credibilidad: es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

7°.-Seguridad: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio

8°.-Accesibilidad: que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

9°.-Comunicación: se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

10°.-Conocimiento del paciente: se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.

- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejora continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los Centros de Salud o puestos de atención primaria.

Ética médica, privacidad y confidencia en la atención:

- Derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes postulados:
- Derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con la atención, aun personas que podrían estar oficialmente relacionadas con la institución, pero no involucradas directamente en su examen y tratamiento, por ejemplo estudiantes de medicina.
- Derecho a esperar que toda atención o mención de su caso se realice discretamente, que sin su consentimiento no haya gente presente sino está directamente involucrada en su atención.
- Derecho a usar el vestido personal apropiado, objetos religiosos y simbólicos, sino interfieren con los procedimientos, pruebas diagnósticas o el tratamiento.

- Derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Incluye el derecho a pedir la presencia de una persona del mismo sexo, durante el examen, tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a permanecer desnudo solo el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento.
- Derecho a que su expediente sea leído solo por aquellos directamente involucrados en su atención, o de supervisar la calidad de ésta. Otras personas podrán utilizarlo solo con su autorización por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- Derecho a que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo facturas de pago, sean tratados confidencialmente.
- Derecho al acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacional.
- Derecho a rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado, se dará por concluida la relación con el paciente previo acuerdo.

CALIDAD + CALIDEZ: FÓRMULA DE ÉXITO DE LA ORGANIZACIONES DE SALUD

La calidez interactiva es aplicada en la relación usuario-profesional siendo el atributo de la relación terapéutica, de dimensión afectiva, que, junto a la empatía y a la autenticidad del terapeuta, constituye una de las pautas del estilo interactivo de un entrevistador que más directamente contribuyen al éxito del tratamiento. Se identifica con la aceptación incondicional del paciente -constancia de los sentimientos de respeto y apoyo del entrevistador con independencia de las actitudes, sentimientos o acciones concretas del paciente, en un momento dado-, y con la consiguiente actitud de permisividad hacia él.

En el Ecuador los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud están relacionados con la reforma del sector salud, es esencialmente una propuesta de financiamiento del sector. Las preocupaciones fundamentales de la propuesta son la financiación, el mantenimiento y la sustentabilidad. La gran ausente de la propuesta es la población.

El sistema de aseguramiento universal y salud debe prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento.

Sistemas

Descentralizados de Salud y Modelos de Autonomía de Gestión de Servicio.

Impacto negativo:

- a) Los avances registrados no reportan grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios;
- b) El acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por el desgobierno de los últimos años.

El impacto negativo del fenómeno de "El niño" y la caída del precio del petróleo en el mercado internacional trajeron como consecuencia en 1999 el déficit de cuentas corrientes, las altas tasas de interés, el aceleramiento del proceso inflacionario, un severo déficit fiscal que en salud representó la disminución del presupuesto, la elevación de los precios de los medicamentos a insumos, paros y huelgas que desestabilizaron el sector. (25)

FALTA DE CALIDEZ EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL PAÍS: JULIO FRENK

Entender que la medicina y la salud son parte integral de la cultura es también parte del quehacer público. La medicina, subrayó, ofrece marcos explicativos para estructurar la vida cotidiana, los cuales, además, tienen una base científica y son alternativos a los conceptos morales o religiosos.

En México Ángeles Cruz Martínez manifiesta que: “En todas las instituciones de salud hay una imperante necesidad de calidez en la atención médica en México, aseguró Julio Frenk Mora, y a partir de la experiencia de Julio Derbez, sobreviviente de cáncer, enfatizó en la importancia que adquiere la relación médico-paciente en el proceso de la enfermedad y su tratamiento”. (26)

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN MÉDICA

La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la encuesta nacional de satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 80 % de la población se encontraba satisfecha con los servicios de salud en cuanto a las relaciones interpersonales entre los prestadores

de salud y los usuarios, y un 100 % de la población de la Habana manifiesta que se les respeta la creencias en cuanto a las enfermedades y curación (Cuba, Ministerio de Salud Pública.2011)

Para ello se estableció el objetivo de describir el resultado de la atención en los PPU mediante la satisfacción del paciente y la solución a los problemas motivo de la solicitud del servicio. A tal efecto se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los PPU Santos Suárez y 30 de Noviembre del municipio 10 de Octubre, en Ciudad de La Habana. El universo de estudio se estimó en aproximadamente 5 874 pacientes que se consultan como promedio en los PPU en 21 días (tiempo en que se realizó la investigación).

El tamaño muestral se calculó en 328 pacientes de los PPU, para lo cual se tuvo en cuenta que el parámetro a estimar es la satisfacción de la población y que aproximadamente el 80 % de ella está satisfecha (Cuba, Ministerio de Salud Pública.

Para el cumplimiento del objetivo se trabajó con un grupo de expertos para determinar aquellos elementos que presumiblemente influyen en la satisfacción del paciente, en este caso se tuvo en cuenta su percepción sobre los elementos descritos en la literatura a los que se les brinda mayor atención: satisfacción con la higiene, el orden y el confort (estructura), satisfacción con el trato recibido (proceso) y satisfacción con la atención (resultado). Se procedió además a explorar acerca de la solución del problema motivo de solicitud del servicio como criterio del resultado.

En el cuestionario aplicado se consideraron los 3 elementos, que se seleccionaron como resultado de la discusión para explorar la satisfacción. El tipo de cuestionario que se les aplicó a los pacientes seleccionados fue autoadministrado y las preguntas se formularon al final de la consulta y nunca delante del personal médico (27).

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÁREA DE SALUD (VENEZUELA).

Los profesionales de la salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población. Por ello, es responsabilidad de los establecimientos de salud establecer estrategias que permitan la evaluación continua de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica a los usuarios, ya que el usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, la cual es proporcionada por personas que pueden emplear la misma aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claro y conveniente.

En este sentido, la institución de salud es responsable ante el público por la atención proporcionada; por ello éste tiene derecho a esperar que el personal de salud se responsabilice de la misma. El personal debe ser capaz de responder a las preguntas del usuario acerca de las acciones y decisiones sobre su estado de salud, ya que el usuario tiene derecho a saber al respecto. Por esta razón, Salinas C, Laguna J y Mendoza M. (1994) refieren que los usuarios esperan cortesía, un ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficiente.

Por estos motivos, es importante que en las instituciones de salud se realicen evaluaciones de la calidad del servicio, considerando las expectativas del usuario y del personal de salud, a través de instrumentos de valoración que permitan establecer un diagnóstico situacional que facilite la identificación de los problemas o las deficiencias del mismo.

Caligiore Corrales I. realizó un estudio a los usuarios en una unidad sanitaria en Mérida-Venezuela (2012): “En esta investigación se valoró la satisfacción del usuario externo de los servicios de primer nivel. Se consideró que la opinión de los usuarios es esencial para evaluar la calidad del cuidado de salud. La muestra fue de 210 personas, en esta área, realizándose un estudio descriptivo, de campo y prospectivo. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario

diseñado por García (1993) el cual fue adaptado para esta población. Los resultados evidencian que el 82 % considera que el trato del personal de sanitario es bueno y un 78 % opina que cuando requirieron la atención fueron atendidos satisfactoriamente. El 54 % respondió que fue atendido oportunamente, no así 46 % por la alta demanda de usuarios. El 85 % de los usuarios expresan que el cuidado de Enfermería es bueno y que se les informaba sobre los medicamentos administrados. Se sugiere incentivar al personal de salud a continuar gestionando la calidad del servicio”. (28)

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Es notoria la ausencia o escasas evaluaciones que se realizan en la medición de la calidad y calidez de la atención, es posible que sea por la falta de metodologías que puedan aplicarse en todas las instituciones de salud, hay un creciente interés en estas por establecer sistemas de evaluación continua.

La competitividad entre los servicios públicos y privados en lo relacionado a su infraestructura y equipamiento, exigen que los profesionales prestadores de servicios, se esfuercen con responsabilidad, capacitación permanente, trabajar con ética, para el mejoramiento de la atención, para lograr como objetivo final la satisfacción del usuario.

Realizar una evaluación en una unidad del primer nivel que realiza atención primaria en salud, representa la única forma en que se puede analizar el papel que se está desempeñando actualmente para el logro de sus objetivos con el propósito de mejorar los servicios existentes. A través de la evaluación permitirá conocer la fortaleza y debilidades de la institución y el equipo de salud, evidenciar además lo que es efectivo y positivo, como también las eficiencias y falencias en la atención. Con los resultados obtenidos a través de una evaluación permite además la implementación de nuevas políticas y toma de decisiones por parte de las autoridades de salud. Como también funciona como una autoevaluación de los

integrantes de la unidad para fortalecer los aspectos que presenten fallas y debilidades, aportando en el mejoramiento creciente de la calidad en la atención. Son pocos los estudios donde se analizan evaluaciones de atención con calidad y calidez en las unidades de salud de primer nivel en los diferentes continentes y en nuestro país. Los trabajos encontrados a través de esta investigación están orientados a determinados servicios, los que he logrado revisar con el objeto de establecer comparaciones de sistemas de evaluación en otros países y los incluyo como referente al trabajo a realizar (29).

Según la ISO 9000, 2000, se considera como calidad, al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora.

Según Donabedian "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

Como definen B. Zas y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se

encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad.

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario."

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud.

En consecuencia, al evaluar la satisfacción, antes del intento de conocer y medir el peso específico o la magnitud que determinados factores tienen en este proceso, habrá que tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que brinda la institución.
2. Identificar cuáles elementos de la atención determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios.
3. Evaluar el grado de satisfacción de los proveedores de los servicios de salud con su trabajo.
4. Identificar cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral.

SEGÚN EL RESULTADO DE ENCUESTAS DE SATISFACCION EN UNA AREA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA (ECUADOR)

En el Ecuador en un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2012, en hospitales, centros y sub centros de salud dio como resultado un nivel de satisfacción por una atención con calidez y amabilidad de 78,42%, cuyo parámetro de calificación MSP es estado de alerta del (61-90%), y con un nivel de satisfacción en el tiempo de espera por más de una hora, de 60,08% cuyo parámetro MSP, indica que debe tomar medidas correctivas de manera urgente cuando va de 40 a100%.

El nivel de satisfacción de, si está conforme con las tarifas establecidas en el centro de salud, es de 70,86%, con un 27,73% de insatisfacción; lo que resulta lógico, tomando en cuenta que el usuario se queja con respecto a cualquier costo y que el MSP brinda atención 100% gratuita y entrega medicinas sin ningún costo.

En la variable: instalaciones, el ambiente físico y la limpieza del centro, el 85,4% UE está satisfecho, por lo que de acuerdo a la valoración del MSP indica un estado de alerta (61-90%), variable que se debe tomar en cuenta dentro de la mejora continua, como estrategia de la gestión de calidad.

De todas las variables analizadas, son estadísticamente significativas sexo, días y horario de los servicios, instalaciones, ambiente físico y limpieza; y las tarifas del servicio, en relación con el trato recibido.

El MSP realiza un investigación en el 2012 en donde a través de una encuesta a los usuarios externos de los Centro de salud a nivel Provincia del Guayas manifiesta un 80% de la población encuetada conoce a medias sus derechos y deberes , en cuanto a que los profesionales se encuentran laborando en su área dentro de su horario de trabajo manifiesta un 97% que el profesional si se encuentra laborando , todo esto es controlado a nivel Nacional por la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud del MSP del Ecuador.

En general, los altos valores de satisfacción de los usuarios externos que acuden a los servicios de salud d son importantes para la institución, ya que se convierten en un estímulo para que continuar con los procesos de mejora continua en Gestión de Calidad y por ende para la acreditación de la Norma ISO 9001-2008, cuyo principal objetivo es “Enfoque al Cliente”, siendo las encuestas de satisfacción al usuario una herramienta importante para sentar una línea de base para la mejora continua.

Sin embargo, también es importante considerar aquellas variables que deben ser tomadas en cuenta y que están directamente relacionadas con el nivel de satisfacción, como son horario de atención y días, infraestructura, equipamiento y limpieza de las unidades de salud, así como con las indicaciones al momento de dar el tratamiento.

SATISFACCION DE USUARIOS

Los resultados de este estudio (2013) similar de satisfacción ha realizado en 499 usuarios externos en el centro de salud del Patronato Provincial de Pichincha Cantón Quito, muestran lo siguiente:

La edad promedio es de 39 años, el sexo predominante en este estudio es el femenino, con un valor de 68,34%. Otro resultado interesante es que el mayor porcentaje de usuarios externos que acuden a los servicios de salud del Patronato tienen como nivel de instrucción secundaria; cifra considerable, considerando el tipo de servicio que brinda el Patronato. Un gran porcentaje de usuarios provienen del cantón Quito, esto se debe a que el centro de salud se encuentra en este cantón.

Al realizar el análisis estadístico, las variables:

”En general se siente satisfecho con la forma en cómo le resolvieron el problema, motivo por el que asistió al centro de salud” y “En general se siente satisfecho con la atención recibida en el servicio”, dieron resultados de nivel de satisfacción de 99% y 98% respectivamente, por lo que, al realizar el análisis estadístico estas variables fueron absolutas y por lo tanto constantes.

Por lo expuesto, se utilizó como variable dependiente para el estudio: **“Conforme con el trato recibido”** cuyo nivel de satisfacción fue del 92,2%, valor que se encuentra en el parámetro de satisfacción Normal (91-100%) de la tabla del Ministerio de Salud Pública.

Aunque el tipo de centro de salud no resultó estadísticamente significativa, a diferencia de lo que se observó con el usuario interno.

Las variables: confianza brindada, el respeto brindado a sus creencias y privacidad la forma en cómo le resolvieron el problema y la satisfacción por la atención recibida no presentaron insatisfacción. (30)

Con estos antecedentes se puede observar que la percepción del nivel de satisfacción en general del usuario externo que acude a los servicios de salud que brinda el Patronato Provincial de Pichincha es muy alto, con un porcentaje aproximado del 98%. Este resultado presenta similitud al ser comparados con

otros estudios que han evaluado la satisfacción del usuario en unidades de atención primaria en otros países. ”.Los autores de un estudio realizado en Canterbury (López 2000) reportaron 95% de usuarios satisfechos, en comparación con 62% en Moscú (89), en México otro autor encontró niveles de satisfacción entre el 76 al 88% dependiendo de la variable medida (López, 2000), otro estudio realizado en Arabia Saudita reportó 60% de satisfacción (Elizabeth Iglesias, 2009).

SISTEMA DE SALUD A CARGO DE LA POLICIA NACIONAL

La Policía Nacional bajo la Dirección Nacional de Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud del Ecuador teniendo como rectoría al Ministerio de Salud del Ecuador integra parte de la Red Publica Integral de Salud, del Sistema de referencia –Contrarreferencia las mismas que garantizan las prestaciones.

La Dirección Nacional De la Policía Nacional forma un Sistema Nacional conformado por dos Hospitales y 65 establecimientos de salud de Nivel Primario , los mismos que tienen como misión ofrecer servicios de salud integral que comprende fomento, promoción y prevención, recuperación y rehabilitación de los servidores policiales y familiares beneficiarios del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL.

Los establecimientos de salud de Nivel Primario de la Policía Nacional cumplen con el proceso obligatorio de Licenciamiento para garantizar el cumplimiento de estándares básicos de acuerdo a su complejidad y capacidad resolutive.

Durante el Proceso de Licenciamiento el Establecimiento de Salud ubicado en el Comando de Policía de Durán , de acuerdo a su infraestructura física, ambientales, equipamiento de instrumental , mobiliario general y específico, recursos humanos como profesionales de salud , personal técnico- administrativo , normas generales y específicas emitida por la autoridad sanitaria, obtiene el

certificado de licenciamiento como establecimiento de salud categoría Centro de Salud – A el mismo que presta servicios de promoción , prevención recuperación de la salud cuidados paliativos, atención médica, atención odontológica ; tiene farmacia institucional cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y posee un cálculo de poblacional que rige para el sector público.

La Dirección Nacional de Salud para su funcionamiento posee lo siguientes bases legales:

BASE LEGAL DEL REGLAMENTO INTERNO

1. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR: ASAMBLEA CONSTITUYENTE (Aprobada en Referéndum por el Pueblo Ecuatoriano)

Art.3.- Son deberes primordiales del Estado:

- 1) “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación ,la seguridad social y el agua para sus habitantes”.

Art.32.- Derechos de Salud. “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, los ambientes sano y otros que sustente el buen vivir”.

Art.34.- “El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad. Universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

El Estado garantiza y hará efectivo ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividad para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo”.

Art.66.- Se reconoce y garantiza a las personas:

- 2) “El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.

Art.160.- Los miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacionales estarán sujetos a leyes específicas que regulen sus derechos y obligaciones...”

Art. 370.- (Inciso segundo). “la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formaran parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social”

2. LEY ORGANICA DE LA POLICIA NACIONAL

Sección 2. De las Direcciones Nacionales De servicios.

Art. 61.- “La Dirección Nacional de Salud, es la encargada de administrar el servicio de Sanidad de la Policía Nacional, con el propósito de mantener en más alto nivel de salud de los miembros de la Policía Nacional, en servicio activo y en situación de retiro, de sus familiares y de los contratos civiles de la conformidad con la ley y los reglamentos respectivos.

3. LEY DE PERSONAL DE LA POLICIA NACIONAL

TITULO VI: DE LA SEGURIDAD Y BIENESTAR SOCIAL

Art. 123: “...El servicio hospitalario se regirá por las disposiciones contempladas en la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional y sus reglamentos.”

4. REGLAMENTO DE REGIMEN INTERNO DE LAS UNIDADES POLICIALES

TITULO V DE LOS SERVICIOS DEL CUARTEL: CAPITULO I. DE LOS SERVICIOS INTERNOS:

b) Del servicio de Sanidad:

Art. 121.- (Dirección).- El servicio de Sanidad del Comando, estará dirigido por un profesional, graduado en medicina o cirugía, con suficiente, practica y probada solvencia profesional y moral, con grado que determine el Orgánico respectivo.

5. LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSPOL

Art. 4.- LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSPOL

Art. 46.- “La prestación del Seguro de Enfermedad y Maternidad se concederá en las unidades de salud policial y en las determinadas y contratadas por el ISSPOL, donde no existieren o fueren insuficientes tales instituciones”

Art. 49. “La pensión de discapacidad es la renta vitalicia que se otorga al asegurado en servicio activo calificado con incapacidad permanente, de conformidad con la Tabla Valorativa de Incapacidades. Esta pensión tiene una cuantía equivalente al ciento por ciento (100%) del sueldo total vigente a la fecha de la baja del asegurado siniestrado.

La incapacidad total permanente da lugar a la separación del servicio activo”.

6. REGLAMENTO DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL ISSPOL

Art. 36. “El Seguro de Enfermedad y Maternidad contempla las prestaciones en especie que se concede al asegurado, sus dependientes y derechohabientes con el especie con el objetivo de preservar. Mantener y rehabilitar su salud. Esta

prestación se concede en los hospitales, dispensarios y policlínicos de la policía nacional y en los determinados y contratados por el ISSPOL, donde no existieren o fueran insuficientes los institucionales”.

7. REGLAMENTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD ISSPOL

Art.- “El Seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación en especie que otorga el instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional con el objeto de proteger al asegurado, sus dependientes y derechohabientes de los riesgos de enfermedad y accidentes y brindar atención por maternidad”.

Art. 31.- “El Seguro de Enfermedad es la prestación en especie que se concede al asegurado con el objeto de prevenir, curar y restituir la salud del paciente y comprende bienes y servicios no pecuniarios que otorga el ISSPOL y la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional”.

Art. 32.- “El Seguro de Enfermedad comprende la asistencia de Salud Integral desde en que comienza la enfermedad u ocurre el accidente hasta la total recuperación, más los servicios de Órtesis, Prótesis, Rehabilitación y Medicina Preventiva”.

Art. 33 “Están aprobados por el Seguro de Enfermedad

- a) El asegurado en Servicio Activo
- b) El asegurado en Servicio Pasivo
- c) El Aspirante a Oficiales y Aspirante a Policía
- d) El cónyuge o persona que mantiene unión libre, estable y monogamia
- e) Los hijos menores de edad del asegurado en Servicio Activo o Servicio Pasivo.
- f) Los Hijos mayores de edad del asegurado incapacitado en forma total o permanente.

- g) Los padres dependiente del asegurado y
- h) Los beneficiarios de Pensión de Montepío.

8. REGLAMENTO ORGANICO FUNCIONAL DE LA DIRECCION NACIONAL DE SALUD Y UNIDADES OPERATIVAS (Acuerdo Ministerial No 104 del 8 de mayo del 2006).

CAPITULO 1 DE LA DIRECCION NACIONAL DE SALUD

SECCIÓN 1 DE SU NATURALEZA Y OBJETIVOS

Art. 1.- “ La Dirección Nacional de Salud (DNS), es el Órgano Técnico Administrativo de la Policía Nacional, dependiente de la Jefatura de Estado Mayor, Responsable de administrar el Sistema de Salud de la Policía Nacional del Ecuador, se encuentra bajo su mando todos los profesionales de salud en sus diferentes disciplinas, con grado policial, contratos o a nombramiento a saber: médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstétricas, bioquímicos, químico farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos y todo el personal de apoyo”.

Art. 2.- De los Objetivos.

- a) Mantener el mejor nivel de salud a sus miembros, familiares y derechohabientes, mediante la oferta de servicios de salud integrales, que comprenden programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y atención del medio ambiente físico y social.
- b) Desarrollar las actividades del Sistema de Salud de la policía Nacional sobre la Base del Plan Estratégico Institucional, el Plan Estratégico de Salud, los Planes Operativos Anuales y Disposiciones Administrativas del Escalón Superior.

- c) Diseñar y administrar eficientemente los servicios de salud de la Policía Nacional, en forma integrada por niveles de atención, a fin de garantizar prestaciones de calidad a todos los usuarios.
- d) Impulsar el proceso de desconcentración de la gestión y operación del Sistema de Salud de la Policía Nacional.
- e) Fortalecer la capacidad gerencial, administrativa y financiera del Sistema de Salud, con el fin de lograr eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos.
- f) Promover e impulsar el desarrollo integral de los Recursos Humanos, mediante la capacitación y formación continua.
- g) Promover, desarrollar y difundir procesos de investigación que contribuyan a mejorar el Sistema de Salud de la Policía Nacional.

SECCION 2

DE LA ESTRUCTURA ORGANICA

La Estructura Orgánica de la Dirección Nacional de Salud, contempla los siguientes niveles de gestión:

Art. 234.- Para el cumplimiento de sus funciones, se establece la siguiente estructura Orgánica: Nivel Directivo, Nivel Técnico, Nivel de Apoyo y Servicios Generales.

PARAGRAFO 1

NIVEL DIRECTIVO

Art. 235.- El Nivel Directivo de la Dirección Nacional de Salud, está constituido por el Director Nacional de Salud, que es la máxima autoridad administrativa y ejecutiva del Sistema de Salud de la Policía Nacional.

PARAGRAFO 2

NIVEL TECNICO

Art. 236.- El nivel Técnico está constituido por los siguientes servicios:

- a) Medicina Familiar
- b) Odontología Familiar
- c) Psicólogo Familiar
- d) Enfermería Familiar

PARAGRAFO 3

NIVEL DE APOYO

Art. 237.- El nivel de Apoyo se halla constituido por los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento confirmado por:

- a) Laboratorio Clínico
- b) Farmacia
- c) Rehabilitación
- d) Trabajo Social

PAFAGRAFO 4

SERVICIOS GENERALES

Art. 238.- Los Servicios Generales están constituidos por:

- a) Secretaria y Archivo
- b) Ambulancia
- c) Limpieza

UNIDADES OPÉRATIVAS DE PRIMER NIVEL

CAPITULO 1 DE LOS SUBCENTROS DE SALUD

SECCION 1 NATURALEZAS Y FINALIDADES

Art. 232.- Los Centro de Salud Urbano, son Unidades Operativas de Salud de la Dirección Nacional de Salud, integrantes del Primer Nivel del Sistema de Policía Nacional, que se ubican a Nivel Nacional. Dependen administrativa y financieramente de la Dirección Nacional de Salud.

Su propósitos, mediante el trabajo en equipo, desarrollar acciones de Promoción de Salud, Prevención de la Enfermedad, Recuperación de la Salud y Rehabilitación Física y Mental, teniendo como herramienta el Plan Local de Salud. Son servicios ambulatorios que atienden y resuelven todos los problemas de escasa complejidad y refieren los problemas de mediana y alta complejidad a los Centro de Salud y Hospitales Policiales. Son la puerta de entrada para la utilización de los Servicios del Sistema de Salud.

Dependiendo de la densidad de la población policial, en determinadas plazas, se procederá a abrir Sub centro de Salud Familiares, ubicados estratégicamente, por aéreas de influencia, que privilegien el acceso de los usuarios con derecho, conforme lo establece la Ley y Reglamento del ISSPOL, estos sub centros se regirán por el mismo Reglamento priorizando las funciones y la estructura orgánica dirigida a la familia.

SECCION 2

FUNCIONES

Art. 233.- Las funciones que se desarrollan en los Centros de Salud Urbana son:

- a) Elaborar anualmente el Plan Local de Salud, enmarcado en las políticas institucionales y de la Dirección Nacional de Salud que incluya las definiciones de necesidades de recursos humanos, materiales y financieros para un adecuado cumplimiento del Plan.
- b) Elaborar y ejecutar los programas de Promoción de la Salud conforme las prioridades establecidas para el primer nivel de atención.
- c) Elaborar y ejecutar el programa de Medicina Preventiva Pasando de un enfoque individual a lo colectivo que permitan prevenir y detectar precozmente a la enfermedad que sirva de base para la calificación anual del miembro de la Institución y la coordinación con las pruebas físicas.
- d) Participar de estudios o procesos de investigación para el establecimiento de los riesgos de trabajo, para promover la salud ocupacional.
- e) Vigilar el cumplimiento de las normas para mantener condiciones favorables de saneamiento ambiental de su comando o unidad policial.
- f) Someterse a las supervisiones, auditorias de controles propios del Centro de Salud y las dispuestas por el escalafón superior e implementar las acciones correctivas sugeridas con el carácter obligatorio.
- g) Preparar planes de contingencia frente al riesgo de catástrofes naturales o provocadas por el hombre, en la zona geográfica aledaña donde el centro de Salud desarrolla las acciones.
- h) Realizar informes mensuales, semestrales y anuales de las actividades cumplidas que contengan los parámetros de eficiencia, productividad, tendencia, cumplimiento de metas y objetivos establecidos.
- i) Fortalecer el trabajo en equipo y mantener un liderazgo colectivo que contribuya al cumplimiento de los objetivos de la unidad de salud.

CONDICIONES BASICAS DE LOS CENTRO DE SALUD URBANA

La Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional tiene la misión de organizar, dirigir, administrar y gestionar el Sistema Nacional de Salud de la Policía Nacional y asegurar su funcionamiento de manera eficaz y con calidad,

garantizando adecuadas condiciones de salud a titulares, beneficiarios y derechohabientes, a través de prestaciones de salud integrales.

Los intermediarios entre el Seguro de enfermedad y Maternidad del ISSPOL y los usuarios, son los profesionales de la salud que laboran en 3 niveles de atención del Sistema de Salud.

En el Primer Nivel de Atención se encuentran los Consultorios Generales (2do nivel de complejidad categoría 1-2), y el Centro de Salud Urbano (4to nivel de complejidad categoría 1-4).

Los consultorios generales, están ubicados en los grupos especiales de la Policía Nacional y en las Unidades de Policías Retirados (Art. 33 del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL).

El Centro de Salud Urbano, es la puerta de entrada al Sistema de Salud Institucional, pues se trata del primer contacto con el usuario del Sistema, donde se espera se resuelvan la mayoría de los problemas mórbidos. Para cumplir con esta misión el personal del Centro de Salud Urbano está organizado en un equipo multi profesional, que le permite abordar a la persona y al colectivo del personal, solicitar interconsultas de especialidad y realizar referencias a unidades hospitalarias policiales, públicas o privadas.

El trabajo de los Centro de Salud Urbano es de tipo ambulatorio, atiende pequeñas urgencias y emergencia, refiere o avoca conocimientos de emergencias o traumas que afectan al personal activo, pasivo y derecho habientes y dedica la mayor parte de su tiempo a mantener actualizados de manera semestral todos los datos clínicos de todos y cada uno de los miembros policiales de su unidad operativa.

Es efectivo que el equipo de salud se concentre al cumplimiento de sus funciones profesionales específicas, a que distraiga su tiempo en otro tipo de

disposiciones, pues resulta más productivo y útil para la institución, el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad del conjunto del beneficiario del Seguro de la Enfermedad y Maternidad del ISSPOL.

NIVEL DIRECTIVO

DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD

Art. 239.- Es la autoridad del Centro de Salud Urbano responsable de la administración de los diferentes procesos técnicos y de apoyo que se desprenden del Plan Local de Salud, encaminado a alcanzar una amplia cobertura de los usuarios del sistema de salud.

Art. 240.- Está a cargo de un Oficial de sanidad, Médico especialista con experiencia o formación en Administración de Salud. Al titular le corresponde el ejercicio de las siguientes funciones:

- a) Presidir la elaboración y ejecución del Plan Local de Salud del Centro de Salud, su revisión, monitoreo y evaluación, en función de las políticas, estrategias y acciones establecidas por la Dirección Nacional de Salud.
- b) Convocar reuniones mensuales de evaluación de las acciones con todos los miembros del Centro de Salud Urbana.
- c) Mantener en pleno funcionamiento todos los servicios de salud que presta el Centro de salud Urbana, gestionando la dotación de los recursos necesarios y coordinando las acciones pertinentes para evitar que los profesionales sean distraídos de sus funciones específicas.
- d) Elaborar y prestar informes mensuales, semestrales y anuales, que contengan parámetros de productividad, eficiencia y eficacia, de tendencia en el cumplimiento de las metas y objetivos y presentarlos a la Subdirección Nacional de Salud de la Dirección Nacional de salud.
- e) Apoyar a la capacitación y actualización de los conocimientos científicos del personal del Centro de Salud Urbano.

- f) Velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos técnicos, administrativos, disciplinarios y por el bienestar del personal del Centro de Salud.
- g) Cumplir y hacer cumplir el Órgano Funcional del Centro de Salud Urbana
- h) Evaluar las acciones profesionales y personales del personal del Centro de Salud, tomando los correctivos oportunos e informando a la Subdirección Nacional de Salud.
- i) Las demás que le asigne la ley, los reglamentos, disposiciones, directivas y las autoridades competentes.

NIVEL TECNICO

Art. 241.- Es la instancia responsable de la operación del Centro de Salud, a través de los diferentes servicios constantes en el Orgánico Funcional. Las funciones como equipo son las siguientes:

- a) Participar en la elaboración del Plan Local de Salud y Plan de Contingencia del Centro de Salud Urbana.
- b) Asumir la responsabilidad por todos y cada uno de los programas de prevención y prevención.
- c) Mantener una oferta permanente de los servicios de recuperación y rehabilitación, en los horarios establecidos por el escalafón superior y de acuerdo a las leyes vigentes.

LAS FUNCIONES POR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD:

FUNCION DEL PERSONAL EN CADA SERVICIO DEL CENTRO DE SALUD:

SECCION 1

MEDICINA FAMILIAR

Art. 242.- El servicio de Medicina Familiar tiene por objetivo brindar servicios promocionales, preventivos y recuperación al policia activo y pasivo y su entorno familiar.

Para la recuperación de la salud utiliza una apropiada evaluación clínica de procesos menores, con una visión integral, complementa sus impresiones diagnósticas con exámenes de laboratorio y procede a instaurar la terapéutica resolutoria de elección. Identifica aquellos casos que exceden su capacitación resolutoria y los refiere a los Centro de Salud u hospitales institucionales o contratados de su referencia.

Art. 243.- El Servicio Médico Familiar es atendido por un MEDICO con la especialidad en Medicina Familiar, con grado policial de sanidad, empleado civil o contrato o nombramiento. Sus funciones son las siguientes:

- a) Participar en la aplicación de la Ficha Familiar previa la elaboración del Plan Local de Salud.
- b) Mantener en ejecución los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.
- c) Brindar la atención médica en horario establecido.
- d) Prestar la atención medica con oportunidad, eficiencia y eficacia.
- e) Abrir la respectiva historia clínica privilegiando a los pacientes de riesgo, hasta contar con el expediente individual de todo el personal.
- f) Manejar los procedimientos clínicos de diagnóstico más actualizados, que tienen la tendencia a la estandarización de los procedimientos, permitiendo la evaluación.
- g) Emplear los procedimientos terapéuticos más actualizados, sujetos a criterios descritos de primera, segunda o tercer elección, los mismos que guardan perfecto equilibrio con el Cuadro Básico de Medicamentos de Atención Primaria en salud.
- h) Manejar correctamente el Sistema de Referencia y Contra referencia, teniendo como hospitales de referencia local para la Plaza Quito y los Distrito I y II, al Hospital de Quito No 1 (HQ1), y para la Plaza Guayaquil y los Distritos III y IV al Hospital de Guayaquil No (HG2). Los hospitales HQ1 y HG2 además, cumplen funciones de hospitales de referencia nacional para los problemas de alta complejidad.

- i) Para los casos de emergencia se utilizan las clínicas contratadas, procedimiento que se ejecuta por su propia Directiva.
- j) Ejecutar evaluaciones, diagnóstico provisional, solicitud de exámenes complementarios y / o referencia del paciente al hospital, en casos de patología aguda o crónica que requiera de resolución con internación y evaluación integral por otras especialidades o realización de otros exámenes de imagen.
- k) Otorgar responsabilizarse por los certificados médicos emitidos para justificaciones institucionales.
- l) Responsabilizarse por el buen funcionamiento de equipos y materiales a su cargo.
- m) Participar con el equipo del Centro de Salud en acciones de Salud Comunitaria.
- n) Emitir informes mensuales, semestrales y anuales de las actividades cumplidas, conforme a sus funciones. Elaborar informes especiales a la subdirección Nacional de Salud, conforme lo establezcan las Autoridades Superiores.

SECCION 2

ODONTOLOGIA FAMILIAR

Art. 244.- El servicio de Odontología Familiar tiene por objetivo prestar los servicios promocionales y preventivos en salud oral y atender la demanda por atención dental.

Art. 245.- Es atendido por un Odontólogo Especialista en Salud Familiar, con grado policial o en calidad de empleado civil o contrato o nombramiento. Sus funciones son las siguientes:

- a) Participar en la aplicación de la Ficha Familiar previa a la elaboración del Plan Local de Salud.

- b) Aplicar métodos y técnicas adecuadas para desarrollar el Programa de Prevención Primaria de Salud Oral, orientado a lograr actitudes positivas en el cuidado de la salud oral.
- c) Abrir fichas odontológicas, con el respectivo odontograma privilegiando los pacientes en riesgo, hasta alcanzar una cobertura a todo el personal.
- d) Atender la demanda por atención odontológica en horario establecido.
- e) Es responsable del funcionamiento óptimo y mantenimiento de equipos, y por la dotación oportuna de insumos y materiales al Servicio de Odontología.
- f) Aplicar normas de asepsia y antisepsia dentro del consultorio dental.
- g) Participar con el equipo del Centro de Salud en acciones de Salud Comunitaria.
- h) Aplicar el Sistema de referencia y contra referencia en los pacientes que requieren atención de mayor complejidad.

Así como se analizado e investigado el Sistema Nacional de salud también a nivel nacional también está establecido la salud a nivel de la Policía Nacional amparado con una base legal que es la Constitución de la República y la Ley Orgánica de Salud, es necesario también enfocar y conocer los elementos jurídicos que nos permite crear o diseñar un Reglamento de Funcionamiento, por lo tanto es necesario conocer que es un Reglamento.

CONCEPTO DE REGLAMENTO INTERNO

El Reglamento Interno constituye un medio en el cual el empleador regula las obligaciones y prohibiciones a la que deben sujetarse los trabajadores con relación a sus labores, permanencia y vida de la institución. Cascante Castillo (2010)

El Reglamento Interno Constituye un conjunto de normas que determinan las condiciones a que deben sujetarse el empleador y los trabajadores en relación a su jornada laboral.

En aquellas disposiciones del reglamento de trabajo que afecten directamente a los trabajadores, como son las escalas de sanciones y faltas y el procedimiento para formular quejas, el empleador debe escuchar a los trabajadores y abrir el escenario propio para hacer efectiva su participación.

La autoridad encargada deberá solicitar a los trabajadores su criterio en relación con la aprobación de dicho reglamento en materia que se pueda afectar sus derechos. Así mismo, para los efectos de realizar las objeción, la autoridad de trabajo debe tener en cuenta la ley, la Constitución y los convenios de ser consagrando los derechos y deberes de los trabajadores.(32)

Un Reglamento interior de trabajo no fija las condiciones de trabajo, sino que su objetivo es fijar en disposiciones obligatorias para las partes, el desarrollo físico o material de los trabajos en un establecimiento al quedar excluidas las normas de orden técnico y administrativos que podrán ser fijadas unilateralmente para la ejecución de trabajos.

En un Reglamento interno se debe de contener a lo menos, las horas en que empiece y termine la jornada de trabajo y las de cada turno, los descansos, los diversos tipo de remuneración, el día , el lugar y la hora de pago, las personas a quienes los trabajadores deben dirigir sus reclamos ,consultas, sugerencias ,la forma de comprobación del cumplimiento de las normas provisionales y laborales, las normas e instrucciones de prevención, higiene y seguridad, las sanciones que se puedan aplicar a los trabajadores con indicaciones de las infracciones y procedimientos a seguir en estos casos.

Hacemos presente que las sanciones que señale el Reglamento Interno solo pueden consistir en amonestación verbal o escrita y multa de acuerdo a la remuneración diaria. El trabajador puede reclamar la aplicación de la multa ante la inspección de trabajo respectivo.

Un Reglamento constituye por lo tanto un conjunto de normas que determinen las condiciones a que deben sujetarse el empleador y los trabajadores en relación de trabajo. En aquellas disposiciones del reglamento de trabajo que afecten directamente trabajadores, como son las escalas de sanciones y faltas, y el procedimiento para formular quejas, el empleador debe escuchar a los trabajadores y abrir el escenario propio para hacer efectiva su participación.(33)

La obligación de confeccionar un reglamento interno de trabajo no la tiene todo el empleador sino solo las instituciones o empresas, estableciendo faenas o unidades económicas industriales o comerciales que ocupan normalmente tres o más trabajadores permanentes contando todos los que prestan servicio en distintas secciones y aunque estén situadas en calidades diferentes. La confección del Reglamento interno depende exclusivamente del empleador y su contenido lo determina libremente.

En caso de que una empresa está obligada a tener un Reglamento interno y carezca de él, puede ser sancionada con multa administrativa por el inspector de trabajo.

Asimismo se debe entregar en forma gratuita a cada trabajador un ejemplar que contenga el texto del reglamento interno. Como medida de publicar el empleador debe fijar el documento de los mismos en sitios visibles del lugar de las faenas con anticipación de treinta días, también debe entregar una copia del reglamento a los sindicatos y a los delegados de los trabajadores. Si bien señalamos que era privativa del empleador la determinación del contenido del Reglamento interno, para efecto de controlar su legalidad debe remitirse una copia del reglamento al ministerio de salud y otro a la inspección de trabajo, estas entidades pueden formular reparos a dicho reglamento.

También es posible que el delegado del personal, cualquier trabajador o los sindicatos pueda impugnar las disposiciones del reglamento que estimen ilegales, ya sea ante la autoridad de salud o ante la inspección del trabajo que corresponda

según se trate de una infracción o normas de higiene o bien sobre normas laborales.

Debemos tener en cuenta que el reglamento es un documento normativo administrativo que contiene un conjunto de normas, que permite a la administración regular la relación laboral colaborador – empleador, dichas normas se sujetan a la legislación vigente, requiriendo ser aprobada por el ministerio de trabajo para su implementación legal. El reglamento interno como instrumento de decisiones en los asuntos laborales internos de una institución, requiere ser actualizado y/o modificado, cada vez que promulgue decisiones laborales que exigen su modificación. (34)

Teniendo en cuenta que puede ser modificado por el empleador en el momento que lo estimule conveniente para el buen funcionamiento de la institución, debiendo en tal caso poner en conocimiento a los trabajadores dichas modificaciones con treinta días de anticipación a la fecha que comenzara a regir entregando un ejemplar del mismo y fijarse a lo menos en dos sitios visibles en el lugar de las faenas con la misma anticipación y entregando copias del nuevo reglamento modificado.

OBLIGACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO

La obligación de confeccionar Reglamento Interno no la tiene todo empleador, sino solo las empresas, establecimientos, faenas o unidades económicas industriales o comerciales que ocupen normalmente diez o más trabajadores permanente, contados todos los que prestan servicios en las distintas fábricas o secciones, aunque estén situadas en localidades diferentes.

En el caso de que una empresa este obligada a tener Reglamento Interno y carezca de él, puede ser sancionada con multa administrativa. La confección del Reglamento Interno depende exclusivamente del empleador y su con tenido lo determina libremente.

Si bien el empleador es soberano para establecer las obligaciones, prohibiciones y en general, toda medida de control a los trabajadores, solo puede efectuarse por medios idóneos y concordante con la naturaleza de la relación laboral, y en todo caso, su aplicación debe ser general, garantizando de esta manera la impersonalidad de la medida para respetar la dignidad del trabajador.

Asimismo, el empleador debe mantener reserva de toda información y datos privados del trabajador que tenga acceso con ocasión de la relación laboral.

El Reglamento Interno y sus modificaciones el empleador debe ponerlo en conocimiento de los trabajadores treinta días antes de la fecha en que comience a regir, de acuerdo como lo diga el propio Reglamento.

Con medida de publicidad, el empleador debe de fijar el documento a lo menos en dos sitios visibles del lugar que laboran. Asimismo debe de entregarse en forma gratuita a cada trabajador un ejemplar que contenga el texto del Reglamento Interno y el Reglamento de Seguridad E higiene referido en la ley de Accidentes del trabajo y Enfermedades Profesionales. Normalmente, ambos reglamentos se fusionan en uno solo.

¿Puede el empleador modificar el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad?

De acuerdo a lo consignado en el artículo 156 del Código del Trabajo, el reglamento interno de orden, higiene y seguridad puede ser modificado por el empleador en el momento que lo estime conveniente para el buen funcionamiento de la empresa, debiendo en tal caso poner en conocimiento a los trabajadores las modificaciones con 30 días de anticipación a la fecha en que comenzara a regir , entregando un ejemplar del mismo y fijarse, a ello mismo, en sitios visibles en el lugar de las faenas con las misma anticipación, entregándose copia. Una vez que ha empezado a regir, dentro de los cinco días siguiente debe remitirse copia de las modificaciones a la Dirección de Trabajo.

“Es el documento normativo administrativo interno, que contiene un conjunto de normas, que permite a la administración regular la relación labor Colaborador – Empleador, dichas normas se sujetan a la legislación laboral vigente, requiriendo ser aprobado por el ministerio de trabajo para su implementación legal.(35)

El Reglamento Interno de Trabajo como instrumento de decisiones en los asuntos laborales interno de una institución, requiere ser actualizado o modificado cada vez que promulguen disposiciones laborales que exijan su modificación.

PROCEDIMIENTO DE APROBACIÓN DEL REGLAMENTO

Los empleados presentaran a la Autoridad Administrativa de trabajo tres ejemplares, los que quedaran automáticamente aprobados a su sola presentación. La empresa está obligada a hacer entregada a los colaboradores de un ejemplar del reglamento interno, presentado a la Autoridad Administrativa de Trabajo, dentro de los 5 días naturales de realizado el mismo.

Los colaboradores o la organización sindical podrán impugna el Reglamento Interno de Trabajo, si es que este viola disposiciones legales o convencionales vigentes en el centro de labores, en la vía judicial.(36)

OBJETIVO DE UN REGLAMENTO INTERNO

El Reglamento Interno contiene las disposiciones internas, las mismas que regulan las relaciones laborales entre la empresa y el personal, estableciendo sus derechos y obligaciones.

El presente Reglamento Interno de Trabajo podrá ser modificado cuando así lo exige el desarrollo institucional y o las disposiciones legales vigentes que le sean aplicables. Todas las modificaciones del Reglamento interno de trabajo serán puestas a conocimiento de los colaboradores.

Los casos no contemplados en el presente Reglamento, se regirán por las disposiciones que en cada caso dicte la empresa en el ejercicio del derecho que establece las leyes y normas laborales vigentes.

FINALIDAD

Establecer normas genéricas de comportamiento laboral, que debe de observar todos los colaboradores sobre deberes, derechos, incentivos, sanciones, permanencia y puntualidad con la finalidad de mantener y fomentar la armonía en las relaciones laborales entre la empresa y los colaboradores.

BASE LEGAL

- Constitución Política del Ecuador
- Estatuto de la Empresa
- Ley de Productividad y Competitividad Laboral
- Ley de Jornada Laboral y Remuneraciones del Trabajador
- Descanso Remunerado de los Trabajadores sujetos a la Actividad Privada

EL REGLAMENTO INTERNO EN RELACIÓN CON EL DERECHO LABORAL

ANTECEDENTES

La Revolución Industrial dio origen a nuevas relaciones de trabajo, pues los trabajadores pasaron a desempeñarse en los establecimientos de propiedad de sus empleadores en lugar de hacerlo en sus domicilios, sometidos a exigencias de orden y coordinación con las máquinas y con sus compañeros de labor hasta el momento desconocidas. A esto se agregaba que la introducción de la máquina hacía posible el trabajo de niños y mujeres que ingresaban al mercado de trabajo en competencia con los adultos varones, lo que sumado a la mayor productividad alcanzada por las máquinas ocasionaba la existencia de enormes contingentes de

trabajadores desocupados cuya condición era aún más mísera, y que podían sustituir a cualquier asalariado que protestara por sus condiciones de trabajo. Esta nueva organización del trabajo los sometía a condiciones de esfuerzo, horario, riesgos de accidentes, enfermedades profesionales, falta de descanso y remuneración ínfima.

Fueron surgiendo en forma espontánea y esporádica diversos tipos de protestas, como las manifestaciones, la huelga, la ocupación de fábricas y el sabotaje, que precedieron a la formación de organizaciones de trabajadores (los sindicatos).

El ejercicio del poder político por representantes de los sectores sociales beneficiarios de esta situación aseguraba su mantenimiento. En nombre de la libertad individual se sostenía que los Estados no debían legislar interfiriendo en la "libre contratación" entre empleadores y trabajadores. La intervención del Estado en los conflictos laborales se limitó durante mucho tiempo a la represión de las protestas, consideradas ilícitas, mediante la acción policial o militar.

SURGIMIENTO

Durante el siglo XIX fueron naciendo diversas corrientes que desde ángulos distintos exigieron la intervención del Estado en defensa de los trabajadores, como las escuelas intervencionistas y las escuelas socialistas. Las escuelas intervencionistas quieren que el Estado proteja, por medio de una política adecuada, a las clases sociales y culturales perjudicadas con la libre distribución de la riqueza.

El socialismo, particularmente en su desarrollo formulado por Karl Marx, procuraba sustituir la estructura capitalista por un régimen en que no existiera la propiedad privada de los medios de producción ni la explotación por unos seres humanos de la fuerza de trabajo de otros. El objeto del socialismo es la

emancipación de los proletarios por obra revolucionaria de los mismos proletarios.

La Iglesia católica adoptó inicialmente, durante mucho tiempo, una actitud de condena sistemática de todas las tendencias que pretendían imponer límites a la libre explotación del trabajo. Su evolución solo comenzó a fines del siglo XIX. Lo que hoy se conoce como "doctrina social de la Iglesia" tuvo sus principales jalones son las Encíclicas Rerum Novarum (1891), Quadragesimo Anno (1931), Mater et Magistra (1961) y Laborem exercens (1981). La Rerum Novarum abogó por la reglamentación de las horas de trabajo, del trabajo femenino y de menores. Asimismo condenó la fijación de un salario insuficiente, declarando un deber de estricta justicia del patrón pagar al asalariado una remuneración que le permita vivir en condiciones humanas. Las otras encíclicas complementaron y ampliaron la primera.

La Revolución Industrial determinó el nacimiento de distintas corrientes que desde ángulos distintos exigieron la intervención del Estado en defensa de los trabajadores, como las escuelas intervencionistas y las escuelas socialistas. Las escuelas intervencionistas quieren que el Estado proteja, por medio de una política adecuada a las clases sociales perjudicadas con la libre distribución de la riqueza y defiende por medio de una legislación protectora los intereses de la economía nacional.

El socialista Marx pretende sustituir la estructura capitalista por un régimen en que no exista la propiedad privada, ni la desigualdad fundada en razones económicas. El objetivo del socialismo es la emancipación de los proletarios por obras de los mismos proletarios y demás trabajadores, para llegar a un forma de repartición en que se de cada uno según su trabajo.

La doctrina social de la Iglesia tiene su base fundamental en las Encíclicas: Rerum Novarum (1891), Quadragesimo Anno (1931) y Mater et Magistra (1961). La Rerum Novarum abogó por la reglamentación de las horas de trabajo, del

trabajo femenino y de menores. Asimismo condeno la fijación de un salario insuficiente, sin un deber de estricta justicia para el patrón pagar al asalariado una remuneración que le permita vivir en condiciones humanas. Las otras encíclicas complementaron y ampliaron la primera.

El trabajador que presta sus servicios subordinadamente ha pasado de ser un esclavo en la Edad Antigua, un siervo de la Edad Media (conocido también como el siervo de la gleba) a un sujeto con derechos y libertades en la actualidad. El derecho ha venido a regular condiciones mínimas necesarias para una estabilidad social. Las Revoluciones Rusa y Mexicana de 1917 comenzaron una tendencia mundial a que los trabajadores reivindican sus derechos.

El surgimiento de las primeras leyes laborales data desde la segunda mitad del siglo XIX, pero no hasta el año del 1919 donde esta nueva rama del derecho adquiere su acta de nacimiento con el Trabajo de Versalles que pone fin a la primera guerra mundial, donde nace el derecho del trabajo como una rama autónoma con reglas, instituciones y técnicas propias.

Hay definiciones filosóficas, económicas y físicas del trabajo. No obstante, para el derecho Laboral la que importa es la que rige el trabajo subordinado. La actividad del médico independientemente, está fuera del interés del Derecho laboral. Donde cese la subordinación, cesa la aplicación del derecho laboral. (37)

DIVERSAS DEFINICIONES DE REGLAMENTO INTERNO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL DERECHO LABORAL.

El Reglamento Interno es el instrumento jurídico por el patrono, por el cual se regulan las relaciones Obrero Patronales en los centros de trabajo y que cuando entren en vigencia su acatamiento es de carácter obligatorio de las partes de la relación laboral.

Guillermo Cabanellas – Tratadista de derecho laboral lo define de la siguiente manera:

Conjunto de disposiciones de orden interno de una empresa, de carácter disciplinario y técnico que se dirige esencialmente al posible desarrollo de la prestación efectiva de los servicios por parte de los trabajadores y que integran el contrato de trabajo como condición puesta al cumplimiento del mismo pero no con carácter consensual.

El Reglamento Interno estipula las condiciones de trabajo en una empresa u organización en particular.

Adicionalmente, constituye una limitante para el arbitrio disciplinario del empleador, pues en él se contiene las condiciones bajo las cuales se aplicara sanciones disciplinarias. Es de carácter unilateral, donde el empleador fija las condiciones disciplinarias, las relativas a higiene y salud y, en ocasiones establece principios generales de remuneración.

El Reglamento se entiende como consentido por el trabajador, pues al ser promulgado, su decisión de no romper el contrato de trabajo se considera consentimiento tácito.

Pero el trabajador que ingrese posterior a la promulgación del reglamento, debe consentir como parte de su contrato laboral (Teoría del Reglamento como Contrato consensual).

En algunos ordenamientos se exigen que el reglamento interno de trabajo sea sometido a la aprobación de una dependencia administrativa estatal, para que sean revisados y verificar así que no vulnere los derechos de los trabajadores.(38)

PRINCIPIOS GENERALES DEL DERECHO LABORAL Y GERENCIAL

Los principios generales del Derecho Laboral y Gerencial tienen, por lo general, dos funciones fundamentales:

- Fuente Supletoria: Cuando la ley deja vacíos o lagunas, y no existe jurisprudencia, uso o costumbre aplicable, los principios de derecho del trabajo entran como suplemento.
- Fuente Interpretadora: Sirven también para interpretar la normativa vigente, cuando esta sea confusa o haya diversas interpretaciones posibles.

A continuación se señalan algunos principios básicos del Derecho Laboral:

PRINCIPIO PROTECTOR

El principio protector es el principio más importante del Derecho Laboral. Es el que lo diferencia del Derecho Civil. Parte de una desigualdad por lo que el derecho laboral trata de proteger a una de las partes del contrato de trabajo para equipararla con la otra, a diferencia del principio de igualdad jurídica del Derecho Privado.

El Principio protector contiene tres reglas:

- Regla más favorable.- Cuando existe concurrencia de normas, debe aplicarse aquella que es más favorable para el trabajador.
- Regla de la condición más beneficiosa.- Una nueva norma no puede desmejorar las condiciones que ya tiene un trabajador.
- Regla in dubio pro operario.- Entre interpretaciones que pueden tener una norma, se debe seleccionar la que más favorezca al trabajador.

PRINCIPIO DE IRRENUNCIABILIDAD DE DERECHOS

El trabajador está imposibilitado de privarse, voluntariamente, de los derechos garantías que le otorga la legislación laboral, aunque sea por beneficio propio. Lo que sea renunciado está viciado de nulidad absoluta. La autonomía de la voluntad no tiene ámbito de acción para los derechos irrenunciables. Esto

evidencia que el principio de la autonomía de la voluntad de Derecho privado se ve severamente limitado en el Derecho Laboral.

Así, un trabajador está imposibilitado no puede renunciar a su salario, o aceptar uno que sea menor al mínimo establecido por el ordenamiento; sin la jornada de trabajo diaria máxima es de 12 horas, un trabajador no puede pedirle a su empleador que le deje trabajar 18 horas.

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD LABORAL

Le da la más larga duración posible al contrato, por el hecho de estar principal (o única) fuente de ingreso del Trabajador.

PRINCIPIO DE LA PRIMACIA DE LA REALIDAD

No importa la autonomía de la voluntad, sino la demostración de la realidad que reina sobre la relación entre trabajador y empleador. Así ambos pueden contratar una cosa, pero si la realidad contratar una cosa, pero si la realidad es otra, es esta última la que tiene efecto jurídico.

PRINCIPIO DE RAZONABILIDAD

Tanto el trabajador como el empleador deben ejercer sus derechos y obligaciones de acuerdo a razonamientos lógicos de sentido común, sin concurrir con conductas abusivas del derecho de cada uno.

PRINCIPIO DE BUENA FE

El principio de buena fe es una presunción; se presume que las relaciones y conductas entre trabajadores y empleadores se efectúan de buena fe. Por el contrario, aquel que invoque la mala fe, debe demostrarla.

SUJETOS DE LA RELACIÓN LABORAL

Los sujetos de la relación laboral son los trabajadores, considerados individual colectivamente y el empleador.

Actualmente se han excluido de su empleo en el léxico jurídico-laboral términos anacrónicos referidos a “obreros” o “patrones”, que marcan líneas ideológicas. Por otro lado, no resulta del todo adecuado denominar empresario al empleador. Se reserva esta última expresión a quienes han montado una empresa, y que puede o no tener trabajadores en relación de dependencia, por lo que resulta equívoca para hacerla un elemento determinante de la relación de trabajo.(39)

REGLAMENTO INTERNO PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA ÁREA DE SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA GERENCIAL

El Reglamento Interno de salud es un manual de funciones, articulados y concadenados para la organización y funcionamiento adecuado del personal médico en las diferentes especialidades entre ellas el médico, odontólogo y licenciada de enfermería con la finalidad de fomentar la Red de servicios del Sistema de Salud.

Este Reglamento es la biblia para el funcionamiento adecuado de los centros de salud; para un mejor rendimiento y aprovechamiento de todo el personal que trabaje y haga uso del mismo; establece las funciones, las normas, los deberes, obligaciones y derechos de toda y cada persona o funcionario de las áreas de Salud.

Este Reglamento establece las funciones legales, administrativas, económicas, estructurales y el organigrama del Dispensario de Salud. Cuando se lleva a cabo una reglamentación se utiliza la Constitución de la República, las

diferentes Leyes, Códigos y Procedimientos vigentes para que no existan contradicciones legales.

Es obligatorio de todo el personal, conocer y dominar el Reglamento y su uso, para no violar ningún procedimiento reglamentario, y que le traiga algún tipo de sanción que pueda ser: llamada de atención verbal o escrita, amonestación, sanción económica, administrativo o despido.

La información relativa al Reglamento debe de ser de libre acceso de todos para tener un mayor rendimiento en las funciones establecidas para el desarrollo de la institución. Cada Reglamento tiene una función específica establecida para el desarrollo de la institución.

Así mismo cada Reglamento Interno tiene una función específica dependiendo de lo que se quiere establecer o reglamentar y tiene que ser Funcional, ejecutivo y operativo. Donde se cubra todos los niveles legales, administrativos, económicos, financieros, laborales y sociales es decir un documento que refleje y cubra todos los aspectos que va a regular. Este Reglamento nos permitirá realizar prospecciones y proyectos para planificar el crecimiento y la actividad en el futuro.

Actualmente el concepto de salud ha evolucionado considerándose como fin y medio del desarrollo humano: es sin lugar a dudas, junto con la educación, el mejor instrumento para abatir la pobreza y reducir las desigualdades sociales, promoverlas e incrementarlas es inversión para el desarrollo con oportunidades, por ello, la salud es la condición invaluable que contribuye al bienestar individual y familiar, permitiendo al individuo potencializar sus habilidades físicas y mentales para proveerse de satisfactorias y mejorar sus niveles de vida.

Así mismo la salud no es por sí misma una cualidad, sino que está determinada por diversos factores que inciden en ella de diferente forma, por lo

tanto es altamente sensible al desarrollo económico y social, que requiere para su mantenimiento de diversos recursos tanto humanos, como físicos y materiales.

Las profundas transformaciones políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país ejercen una presión sin precedente sobre el sistema de salud. El envejecimiento de la población, la transición epidemiológica, la rápida urbanización que se acompaña de una persistente dispersión y atomización rural, los cambios en la condición de las mujeres y su participación, la transformación económica, el avance político y las innovaciones tecnológicas, definen un entorno de creciente complejidad para los servicios de salud.

Por una parte el avance epidemiológico y sus respuesta con formas específicas de trabajo y por otra la incorporación de tecnologías innovadoras, constituyen los retos de la modernidad de los servicios de salud, en el cual capacitación del personal de salud constituye un instrumento indispensable para adaptar al personal a las crecientes y diversas demandas de servicios que manifiesta la población para lograr eficiencia en la utilización de los recursos y sobre todo brindar servicios de calidad dentro de un ambiente institucional de actualización constante que dé respuesta al problema epidemiológico del país.

La búsqueda para mejorar los servicios de salud se sustenta en una correcta organización y funcionamiento del equipo de salud el mismo que busca acciones innovadoras factibles de aplicar sobre todo en el servicio de atención primaria el mismo que constituye un instrumento que permite favorecer a cambios estructurales, mediante acciones sistemáticas orientadas a la transmisión de conocimientos, destrezas y habilidades que favorezcan al logro de los objetivos institucionales. (40)

¿Qué es ley?

El concepto de ley proviene del latín *lex* y dentro del ámbito jurídico puede ser definido como aquellas normas generales y de carácter obligatorio que

han sido dictaminadas por el poder correspondiente con el objetivo de establecer órganos que permitan alcanzar determinadas metas o para la regulación de las conductas humanas. En caso de que las leyes no sean cumplidas, la fuerza pública tiene el deber y obligación de sancionar a la persona o institución correspondiente.

Las leyes pueden ser de tres clases: prescriptivas, que son aquellas que tienen como objetivo la regulación de determinadas conductas. Por otro lado están las leyes orgánicas, que son las creadas por instituciones de derecho. Por último se habla de las leyes constitucionales, que son aquellas que detallan o explayan algún precepto de carácter constitucional.

Algunas características propias del término ley, dentro del derecho, son su obligatoriedad, impersonalidad, abstracción, permanencia y generalidad. Con respecto a su obligatoriedad, esto implica que todas y cada una de las personas deben respetar y cumplir las leyes, incluso cuando éstas estén en contra de su propia voluntad. Son impersonales por el simple hecho de que las leyes no son creadas para aplicarse a una determinada persona, sino a un número indeterminado de estas. Se dice que las leyes son abstractas porque se aplican a todos aquellos casos que recaigan sobre los supuestos determinados en las normas, lo que implica un número de casos no establecidos ni particularizados. La permanencia, es otra cualidad de las leyes, lo cual alude a que estas son formuladas con carácter indefinido y permanente. Sólo dejan de tener vigencia cuando son subrogadas, abrogadas o derogadas a partir de leyes posteriores. Por último, otra característica de las leyes son su generalidad, esto implica que son aplicables a todos aquellos individuos que presenten las condiciones determinadas en ellas mismas.

Además, hay que tener en cuenta dos aspectos a la hora de hablar de leyes. Por un lado se ubica el aspecto formal, que alude a aquella norma que ha sido formulada por el propio poder legislativo. Por otro lado, el aspecto material, que implica la norma obligatoria, abstracta y general que tiene como objetivo la regulación de las conductas del hombre.

Las leyes son entonces una manera de controlar la conducta de los seres humanos a fin de limitar el libre albedrío y permitir una mejor convivencia entre los miembros de una determinada sociedad. En caso de incumplir con las leyes, las personas son sancionadas, por lo que muchas veces deben someterse a las mismas a pesar de que no coincidan con sus propias convicciones.

La ley (del latín *lex*, *legis*) es una norma jurídica dictada por el legislador, es decir, un precepto establecido por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia cuyo incumplimiento conlleva a una sanción.¹ Según el jurista panameño César Quintero, en su libro *Derecho Constitucional*, la ley es una «norma dictada por una autoridad pública que a todos ordena, prohíbe o permite, y a la cual todos deben obediencia». Por otro lado, el jurista venezolano Andrés Bello definió a la ley, en el artículo 1º del Código Civil de Chile como «Una declaración de la voluntad soberana, que manifestada en la forma prescrita por la Constitución, manda, prohíbe o permite».

Las leyes son delimitadoras del libre albedrío, de las personas dentro de la sociedad. Se puede decir que la ley es el control externo que existe para la conducta humana, en pocas palabras, las normas que rigen nuestra conducta social. Constituye una de las fuentes del Derecho, actualmente considerada como la principal, que para ser expedida, requiere de autoridad competente, es decir, el órgano legislador. (41)

Gayo: Es lo que el pueblo manda y establece.

Aftalion: Es la norma general, establecida mediante la palabra por el órgano competente (legislador).

Planiol: Regla social obligatoria establecida con carácter permanente por la autoridad pública y sancionada por la fuerza.

Santo Tomás: Ordenación de la razón dirigida al bien común y promulgada solemnemente por quien cuida a la comunidad.

Díaz, M (2002) la define como procedimientos normativos (conjunto de pasos, operaciones o habilidades) que una institución emplea en forma consciente, controlada como instrumentos flexibles para un funcionamiento operativo y ordenado, para resolver y solucionar problemas.

De igual forma, **Díaz y otros (2002)** defienden los reglamentos internos como un conjunto de procedimientos de normas institucionales que emplea de forma ordenada con el objetivo de solucionar problemas atendiendo a las demandas internas.

Según Koontz(1991:65) los reglamentos internos son programas generales de acción de normas legales que llevan consigo compromisos de énfasis y recursos para poner en práctica una misión básica. Son patrones de objetivos, los cuales se han concebido e iniciado de tal manera, con el propósito de darle a la organización una dirección unificada.

Asimismo, **Ronda (2002:2)** explica que es una herramienta de dirección que facilita procedimientos y técnicas con un basamento científico legal, que empleadas de manera correctal, contribuyen a lograr una interacción proactiva de la organización con su entorno, coadyunvando a lograr efectividad en la satisfacción de las necesidades del público objetivo a quien está dirigida la actividad de la misma.

Ahora, bien partiendo del objeto de estudio de la problemática presentada, ésta se ocupa conscientemente organizada y orientada a un fin. (41)

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Departamento Medico Odontológico del Comando de Policía del Cantón Durán.

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El tiempo de la investigación fue desde Febrero del 2.015 a Septiembre 2.015

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS:

3.1.3.1 RECURSOS HUMANOS

El tutor

Los encuestados

3.1.3.2 RECURSOS FISICOS

Computadora.

Encuesta

Impresora LX-300

Hojas de papel bond

Cinta de impresora

Bolígrafos

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo estuvo conformado por todos los uniformados que laboran en el Comando de Policía del Cantón Durán.

La Muestra es la población de atención frecuente es decir de 150 miembros policiales que se atienden en el establecimiento de salud.

3.2 METODOS

3.2.1 MODALIDAD

De Campo, Descriptivo y No Experimental

3.2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratorio.- Porque se investiga el nivel de funcionamiento del Centro de salud.

Descriptivo.- Porque se va a describir cada una de los procesos que se cumplen en el Centro de salud.

3.2.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Transversal.- Porque se realizaran encuestas

3.2.4 TECNICA DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente proyecto se realizó un recorrido operacional que condujo al logro de los objetivos planteados en la investigación.

Como técnicas de investigación se utilizó la entrevista, consultas bibliográficas y acceso a internet a través de la Web.

A continuación indicare las técnicas de investigación que se utilizó y el porqué de su uso:

Encuesta: Se realizó una encuesta a 150 miembros policiales usuarios del Centro de salud, entre personal de oficiales y tropa con la finalidad de conocer la calidad de atención recibida, lo que nos permitió conocer las insatisfacciones existentes y así encontrar las posibles situaciones a la problemática.

Revisión Bibliografía: Para el estudio de la propuesta fue necesario recabar información en relación funcionamiento de las unidades de salud desde el conocimiento organizacional así como la calidad de atención en libros, enciclopedias, publicaciones por internet, y de esta manera poder elaborar una propuesta basada y sustentada en estudios similares y que han tenido el éxito deseado.

3.2.5 MANEJO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se inició desde febrero hasta septiembre del presente año, aplicando una encuesta (Anexo1) a 150 miembros policiales. Los resultados que se recolectaron a través de la encuesta específica se los presenta en tablas y gráficos con el análisis y discusión respectiva lo que permitió elaborar las conclusiones y recomendaciones.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

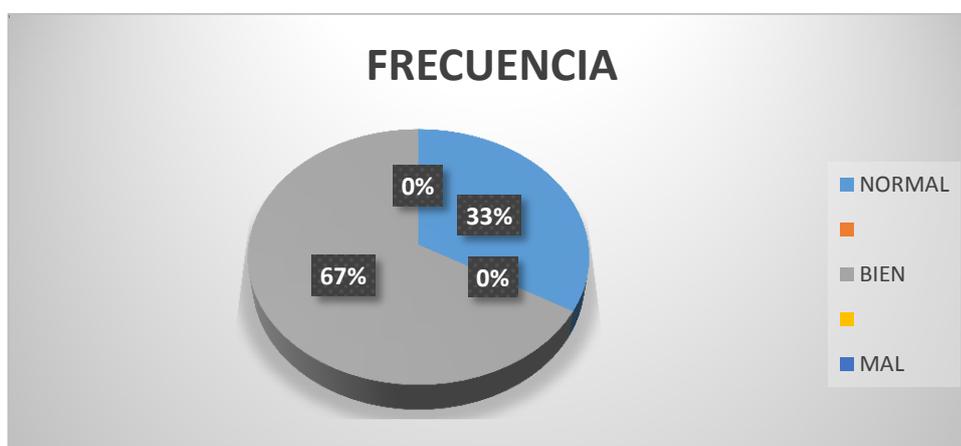
1. En relación al trato de los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía del Cantón Durán 2015.

CUADRO # 1

TRATO	FRECUENCIA	%
Bien	100	67%
Mal	0	67%
Indiferente	50	33%
TOTAL	150	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 1



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De los 150 pacientes encuestados el 67% manifiestan que se los trató bien, es decir que están muy conformes con la atención recibida, el 33% consideran que para ellos el trato que recibieron le es indiferente es decir para ellos no consideran importante el trato que reciben en el Centro de Salud.

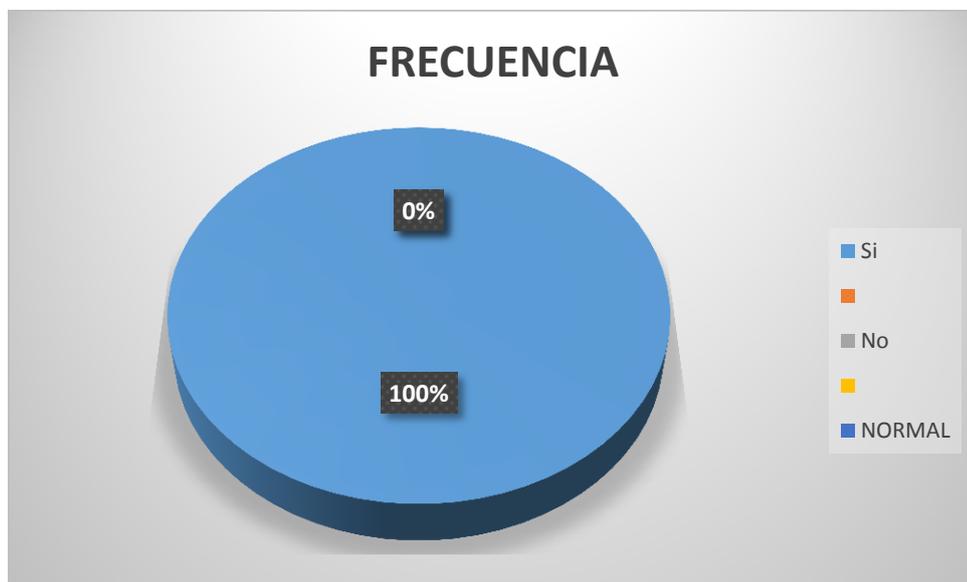
2. De acuerdo a la confianza que se les brindó a los usuarios policiales atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán 2015

CUADRO # 2

CONFIANZA	FRECUENCIA	%
Si	150	100%
No	0	0%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 2



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

Para la totalidad de los pacientes encuestados es decir el 100% manifiestan que si se les brinda mucha confianza en el momento de expresar su problema de salud.

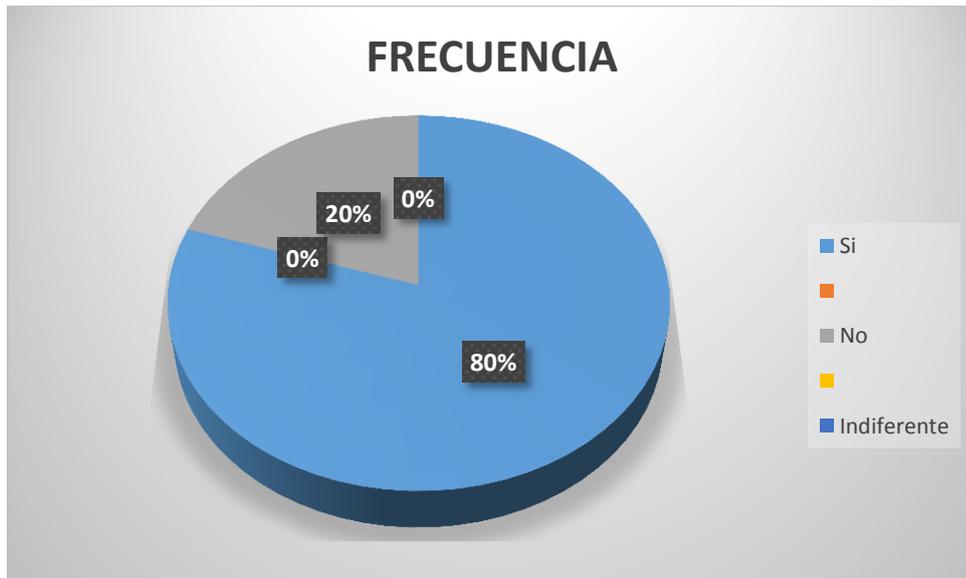
3. Según la explicación de los exámenes a realizarse a los pacientes tratados en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 3

EXPLICACION DE EXAMENES	DE	FRECUENCIA	%
Si		120	80%
No		30	20%
A veces		0	0%
TOTAL		150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 3



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De los 150 pacientes encuestados, el 80% manifiestan que si le explicaron claramente sobre los exámenes a realizarse es decir, para qué es y cuál es la finalidad de dichos exámenes. El 20% en cambio manifiestan que no se les explico detalladamente a cerca de los exámenes

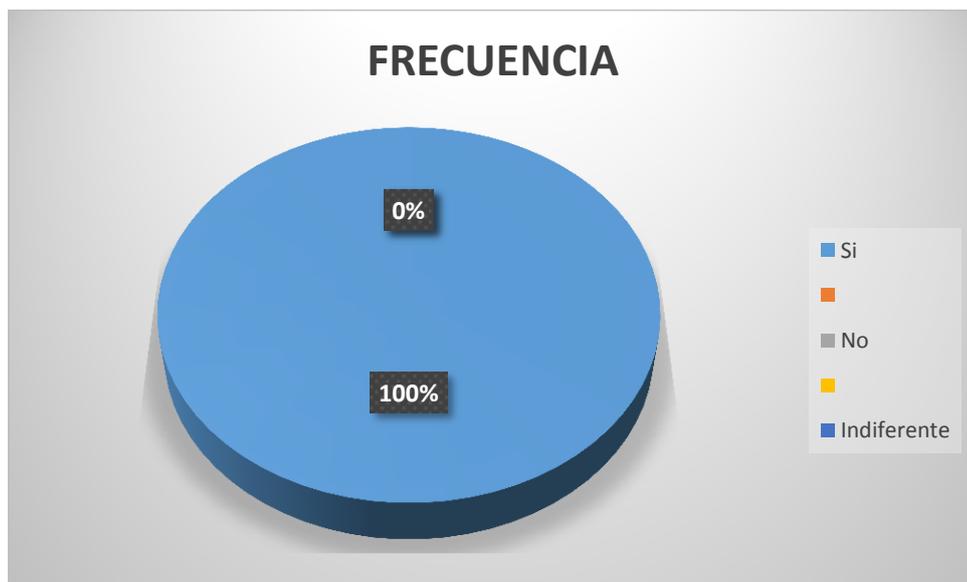
4. En relación a la explicación detallada y comprensible del problema de salud y tratamiento a los usuarios atendidos en el Centro de Salud. 2015.

CUADRO # 4

EXPLICACION DEL PROBLEMA DE SALUD	DEL DE	FRECUENCIA	%
Si		150	100%
No		0	0%
A veces		0	0%
TOTAL		150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 4



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

Para la totalidad de los pacientes encuestados es decir el 100% manifiestan que si se les ha dado la explicación necesaria con palabras fáciles de entender sobre el problema de salud presente y el tratamiento que deben seguir.

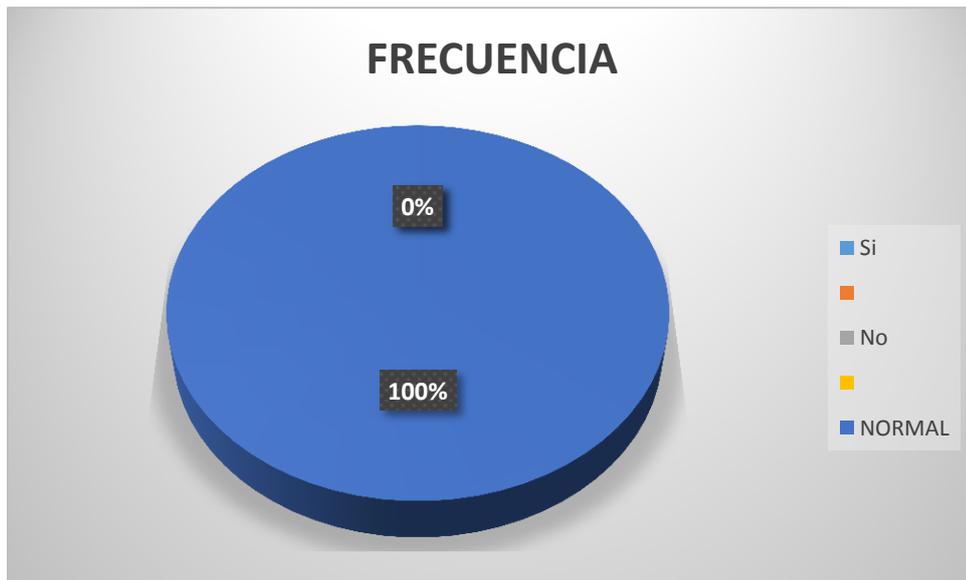
5. En relación a las indicaciones de la receta que recibieron los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 5

INDICACIONES EN RECETAS	FRECUENCIA	%
Si	150	100%
No	0	0%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 5



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

Para la totalidad de los pacientes encuestados es decir el 100% manifiestan que se les ha dado las recetas con letra legible, clara y fácil de entender.

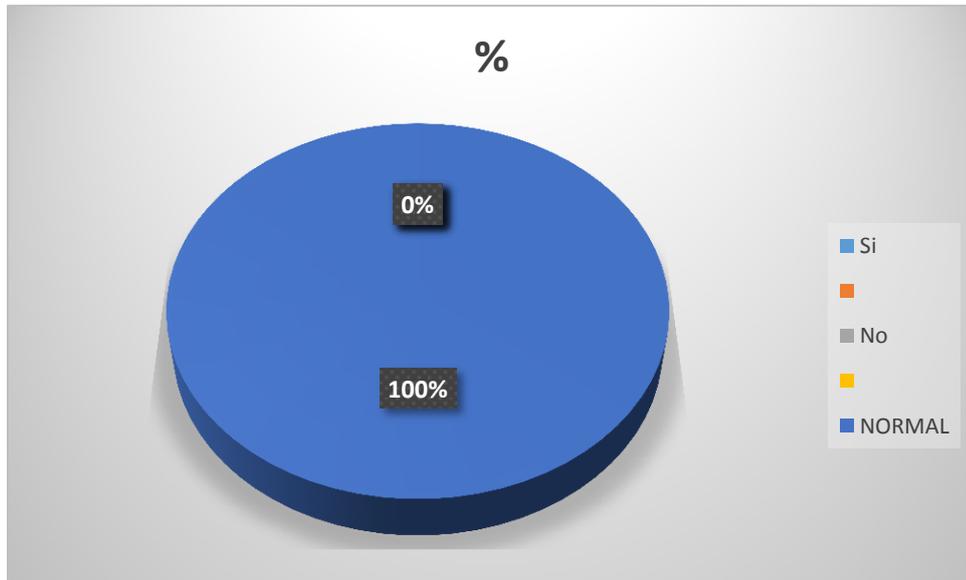
6. De acuerdo a la explicación de los cuidados en casa a los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 6

EXPLICACIÓN DE CUIDADOS	FRECUENCIA	%
Si	150	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 6



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

En su totalidad los 150 pacientes encuestados es decir el 100% manifiestan que si se les ha dado las explicaciones necesarias para su cuidado en sus domicilios.

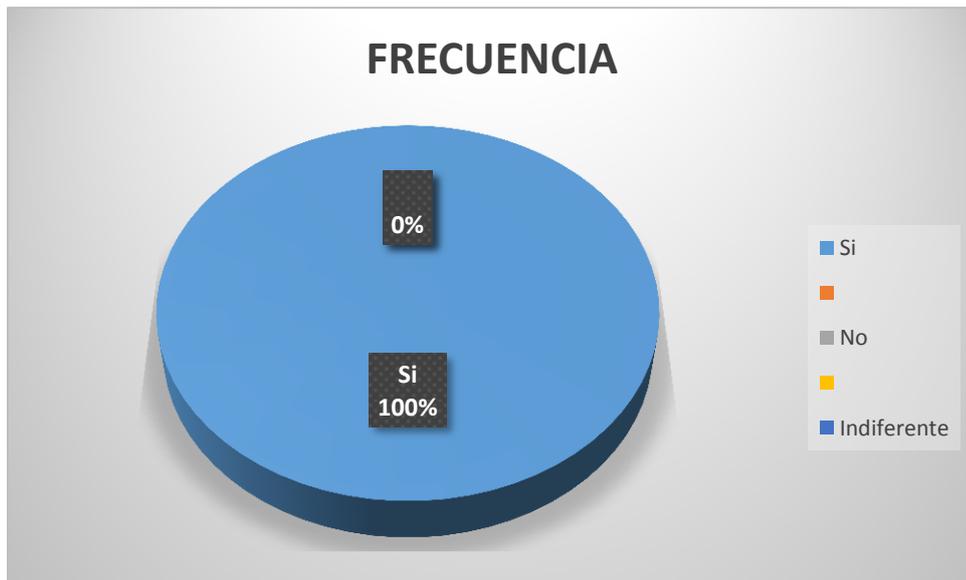
7. En relación a la importancia de las charlas de salud brindada a los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 7

IMPORTANCIA DE CHARLAS	FRECUENCIA	%
Si	150	100%
No	0	0%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 7



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

En su totalidad los 150 pacientes encuestados es decir el 100% manifiestan que si es importante recibir charlas de promoción de salud y prevención de las enfermedades.

8. En relación con al respeto de las creencias en cuanto a la enfermedad y curación de los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

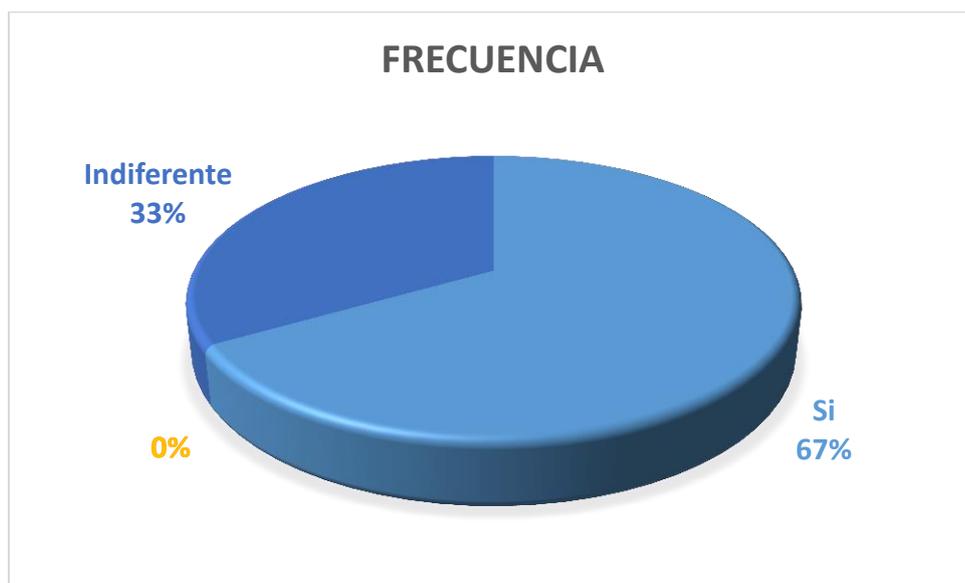
CUADRO # 8

RESPETO A CREENCIAS	FRECUENCIA	%
Si	100	67%
No	0	0%
Indiferente	50	33%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.

Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 8



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.

Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De los 150 pacientes encuestados el 67 % indicaron que si se les respetó sus creencias en relación a sus enfermedades y curaciones, mientras que para el 33% de encuestados manifiestan que les es indiferente.

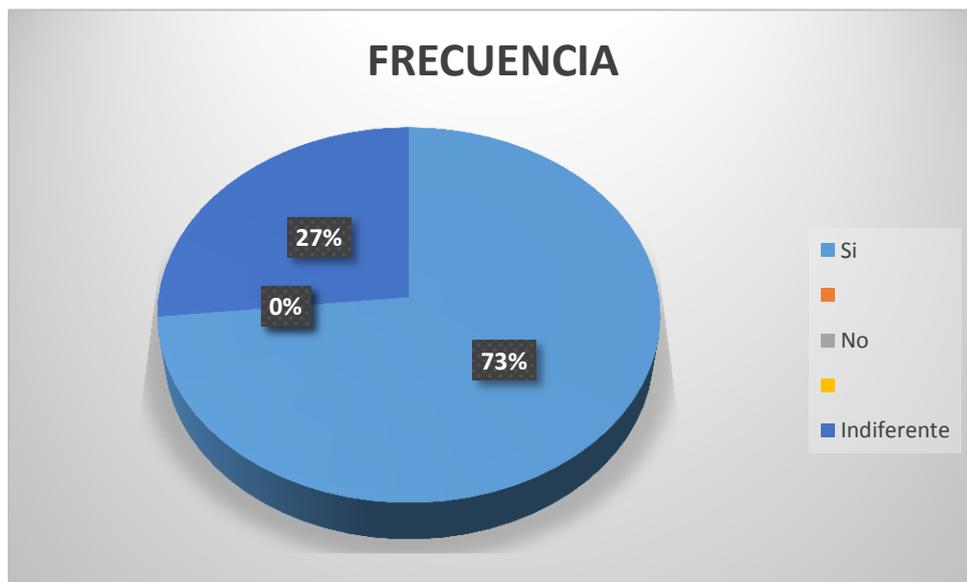
9. Según la conveniencia del horario de atención que reciben los usuarios atendidos en el Centro de Salud de Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 9

HORARIO DE ATENCION CONVENIENTE	FRECUENCIA	%
Si	110	73%
No	0	0%
Indiferente	40	27%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 9



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

Al 73% de los policías encuestados están de acuerdo con el horario de atención establecido y para el 33% les es indiferente el horario de atención de los servicios profesionales del centro de salud.

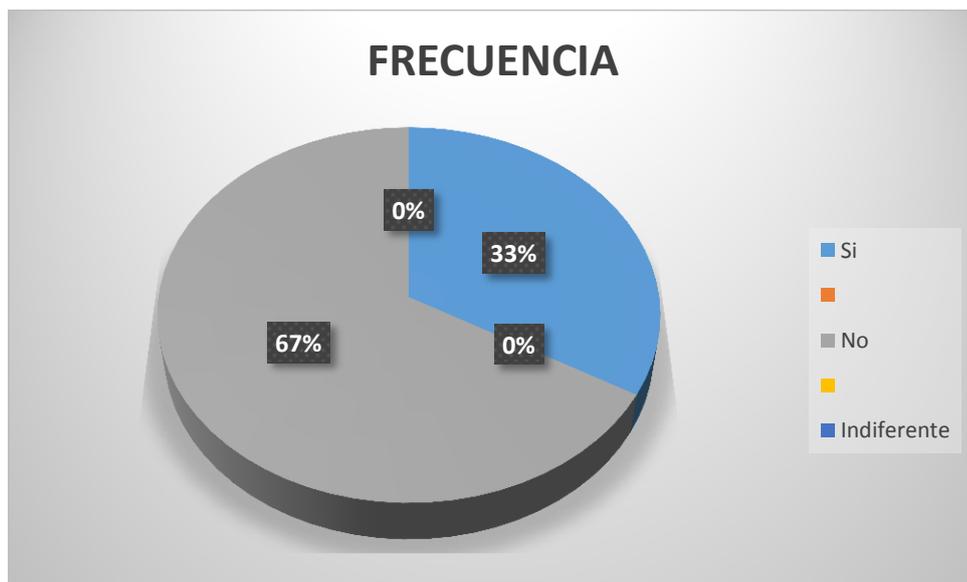
10. En relación al respeto del turno asignado a los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán.2015.

CUADRO # 10

RESPETO POR TURNOS ASIGNADOS	FRECUENCIA	%
Si	50	33%
No	100	67%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 10



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De los 150 pacientes encuestados, el 67% manifiestan que no se le respeta el turno de atención, y el 33% en cambio manifiestan dicen que si se les respeta el turno asignado con anterioridad o anticipación.

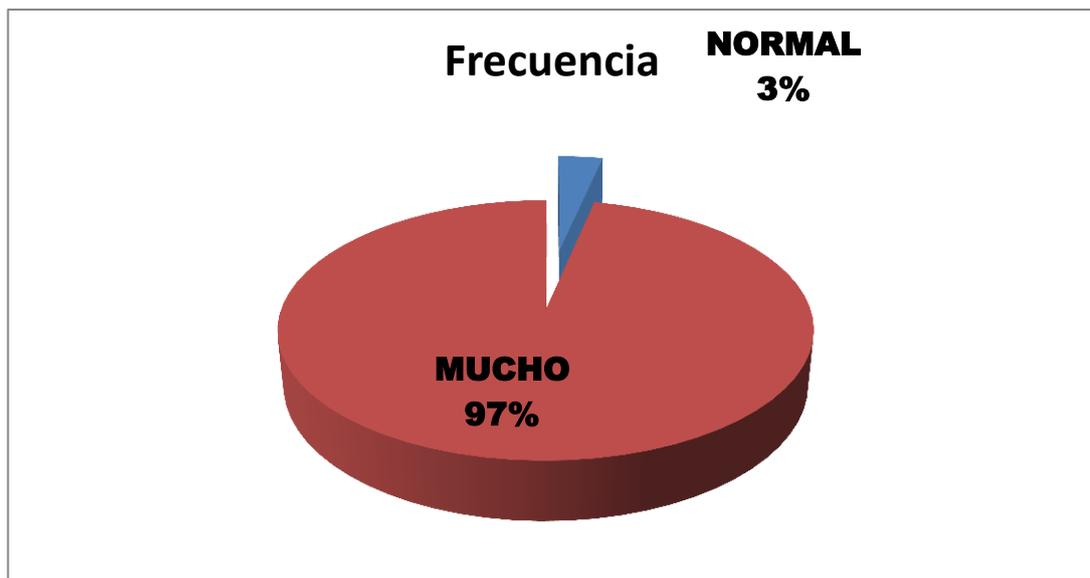
11. Según el tiempo de espera de los pacientes atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 11

TIEMPO DE ESPERA	FRECUENCIA	%
Adecuado	5	3%
Mucho	145	97%
Poco	0	0%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 11



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De los 150 policías encuestados, el 97% indicó que el tiempo de espera es mucho, y tan solo el 3% señala que el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido fue el adecuado.

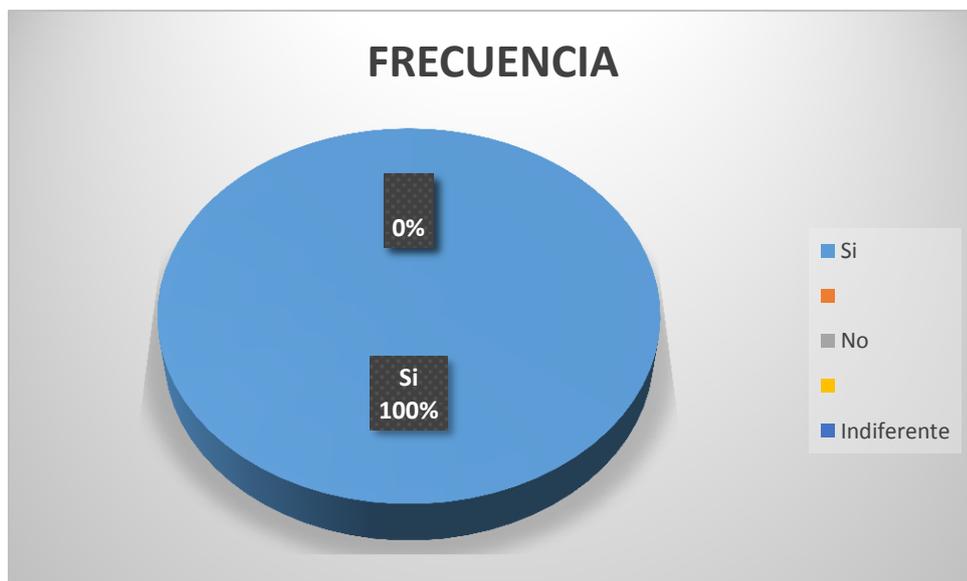
12. En relación a la limpieza del establecimiento en donde los usuarios son atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán. 2015.

CUADRO # 12

LIMPIEZA DEL CENTRO DE SALUD	FRECUENCIA	%
Si	150	100%
No	0	0%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 12



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

En su totalidad los 150 pacientes encuestados es decir el 100% manifiestan que todo el Centro de Salud con sus respectivas áreas permanecen limpias.

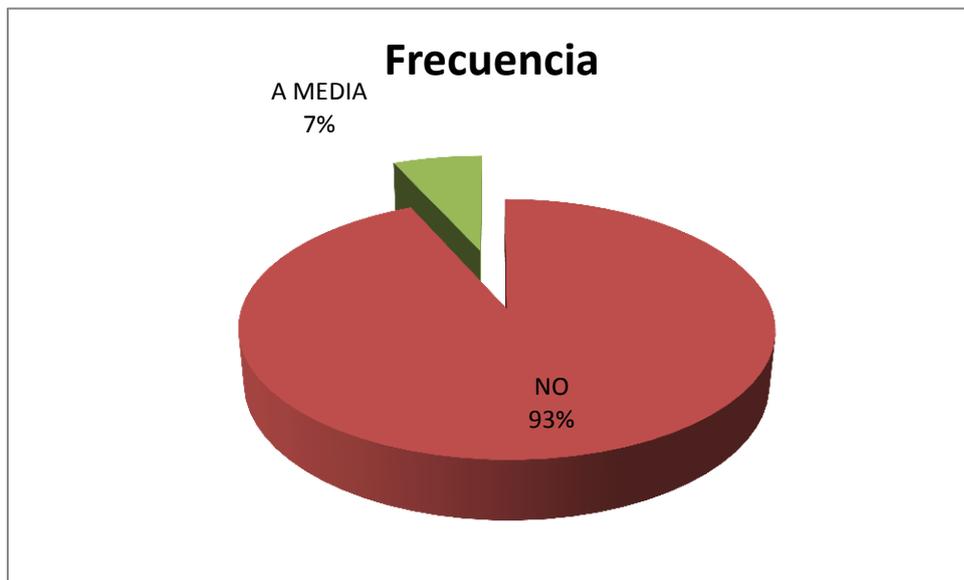
13. De acuerdo a la privacidad de los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán.2015.

CUADRO # 13

PRIVACIDAD	FRECUENCIA	%
Si	0	0,00 %
No	140	93.33%
A medias	10	6,67%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 13



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De los 150 policías pacientes encuestados, el 93% manifiestan que no tienen ningún tipo de privacidad en el momento que están siendo atendidos por el profesional de salud, y el 7% manifiestan que a medias se le respeta la privacidad en el momento de la consulta.

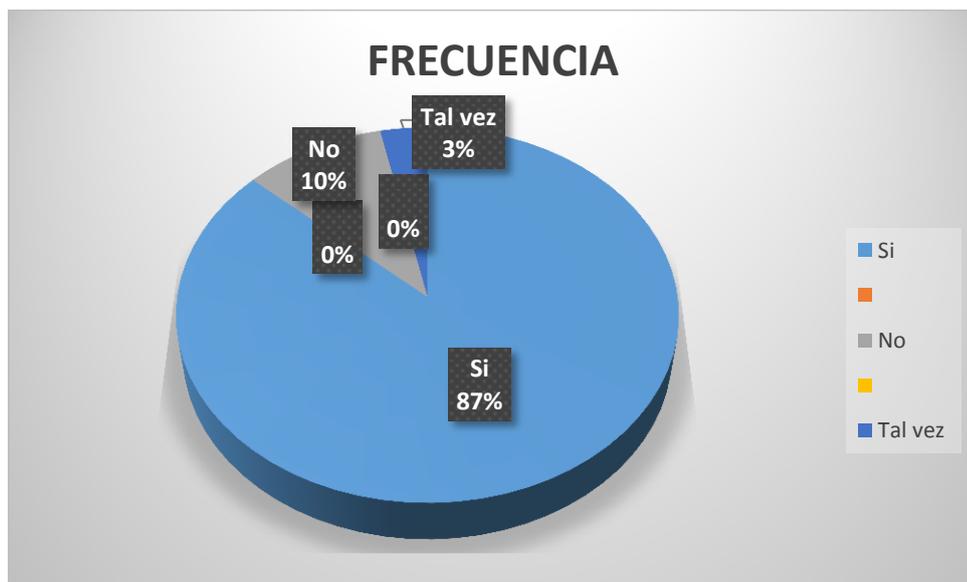
14. En relación a que si le resolvieron el problema de salud de los usuarios del centro de Salud de la policía de Durán.2015.

CUADRO # 14

RESOLUCION DEL PROBLEMA DE SALUD	DEL DE	FRECUENCIA	%
Si		130	87%
No		15	10%
A veces		5	3%
TOTAL		150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 14



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

Para el 87% de los encuestados policías pacientes, dicen que si le resolvieron el problema de salud, al 10% manifiestan que no se les ha resuelto el problema de salud y al 3% a veces.

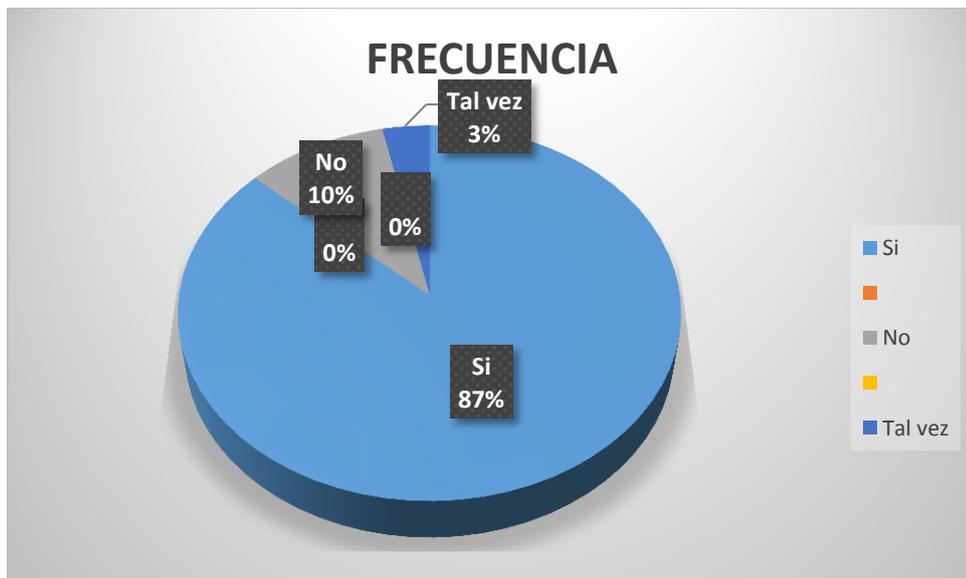
15. En relación de la satisfacción de la atención recibida de los policías usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán.2015.

CUADRO # 15

SATISFACCION DE LA ATENCION	FRECUENCIA	%
Si	130	87%
No	15	10%
A medias	5	3%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 15



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
 Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

Para el 87% de los policías encuestados dicen que sí están satisfecho con la atención de los servicios prestados, el 10% dice que no están satisfechos con los servicios profesionales. El 3% le es indiferente.

16. En relación al conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios atendidos en el Centro de Salud de la Policía de Durán.2015,

CUADRO # 16

CONOCIMIENTO DE DERECHOS DEBERES	DE Y	FRECUENCIA	%
Si		0	0%
No		150	100%
Total		150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 16



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De acuerdo a las repuestas dadas por los 150 policías pacientes encuestados, manifiestan en su totalidad que no conocen de sus deberes y derechos.

17. En relación a la ausencia de los profesionales de salud durante sus horas laborables en el Centro de Salud de la Policía de Durán.2015.

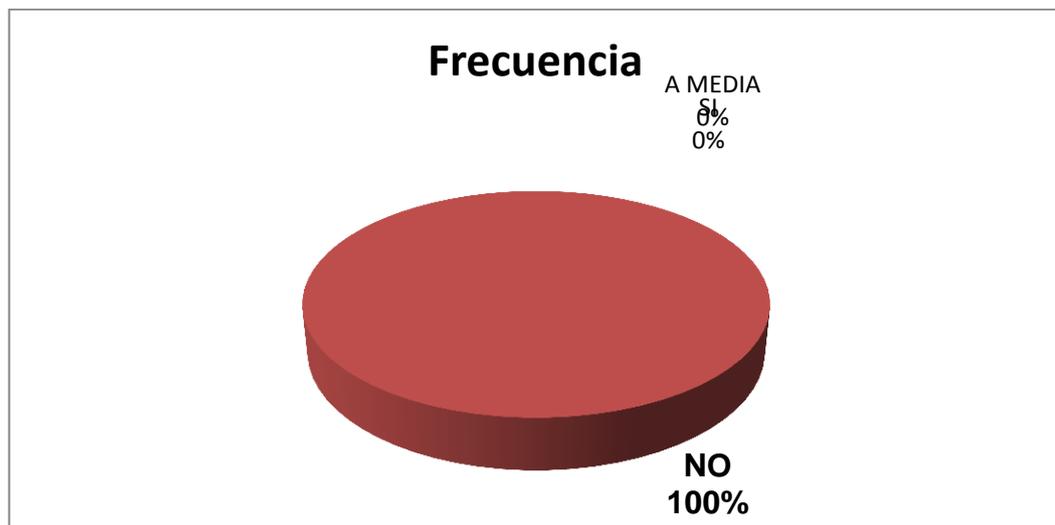
CUADRO # 17

AUSENCIA DE LOS PROFESIONALES	FRECUENCIA	%
Si	0	0,%
No	150	100%
Indiferente	0	0,%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.

Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

GRÁFICO # 17



Fuente: Encuesta aplicada a los policías usuarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.

Responsable: Dra. Rosa Elvira Serrano Pullutaxi.

ANÁLISIS

De acuerdo a las repuestas dadas por los policías pacientes encuestados, manifiestan en su totalidad es decir el 100% que no están de acuerdo que los profesionales de la salud no estén en su sitio de trabajo.

4.2 DISCUSIÓN

La investigación tuvo como propósito determinar la calidad de atención que presta el personal médico odontológico y su relación con el nivel de satisfacción del usuario en un grupo encuestado de 150 pacientes policiales de 23 a 56 años que acudieron al Centro de Salud de la Policía del Cantón Durán.

En relación al trato y a la confianza de los usuarios se pudo evidenciar que el 67% manifiesta que se los trato bien y el 100% refiere que reciben mucha confianza en el momento de expresar su problema de salud, en comparación con un estudio similar realizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2011, en una encuesta de satisfacción en los servicios de atención primaria de salud en México en donde el 67 % afirman que se siente medianamente satisfecha con respecto al trato y confianza en los Servicios de Salud.

Con respecto a la explicación de los exámenes médicos a realizarse se pudo evidenciar que un 80% refieren que si se les explico detalladamente, en comparación con un estudio similar realizado en Cuba a través de los resultados obtenidos en la encuesta nacional de satisfacción 2012 en donde el 80% manifiesta que se sienten satisfechos cuando se le explica detalladamente para qué es y cuál es la finalidad de dichos exámenes.

En lo que se refiere a la explicación del problema de salud, indicaciones de recetas, cuidados a seguir en sus domicilios y la importancia de brindar charlas promocionales se pudo evidenciar que un 100% manifiesta satisfacción completa, en comparación con un estudio similar realizado en Mérida Venezuela por Caligiore Corrales I. 2012 a nivel de centro de salud primario 82 % refiere satisfacción en estas áreas.

En relación al tiempo de espera , el respeto de turnos asignados y la privacidad de la consulta se pudo evidenciar que un 97% refiere que el tiempo de espera es mucho y que el 67% manifiesta que no se le respeta el turno asignado, el 94% no tiene ningún tipo de privacidad en el momento que está haciendo

atendido, provocando todo esto insatisfacción al usuario en el Centro de salud de la Policía de Durán, en comparación con un estudio similar realizado en Ecuador en Ibarra por Cañarejo Andrango Andrea y Pabón Paola en el subcentro de salud San Pablo en el año 2012. El tiempo de espera, el respeto de los turnos y la privacidad de la consulta es de un 100% de satisfacción ya que el los centro de salud se encuentra agendado el tiempo de atención de cada usuario el mismo que es supervisado por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico de Salud del Ecuador (MSP).

En lo que se refiere al respeto de las creencias en cuanto a la enfermedad y curación se pudo observar 67 % manifiesta que si se respetó sus creencias en relación a sus enfermedades y curaciones en relación con un estudio similar en la Habana Cuba 2011 en donde el 100 % de los usuario de atención primaria se siente muy satisfecho porque se le respeta sus creencias en cuanto a las enfermedades y curación.

En lo que corresponde a la limpieza del establecimiento de salud, el 100% considera que el el Centro de Salud se encuentra limpio en comparación con un estudio similar realizado en el Centro de Salud del Patronato Provincial del Pichincha 2013 en la cual el 85,4 % refiere satisfacción con las instalaciones, ambiente físico y limpieza de dicho establecimiento este porcentaje esta entre la escala de valoración del MSP (61 – 90 %) satisfacción.

En lo que respecta a la satisfacción del usuario y la resolución del problema de salud en el presente estudio el 87% % de los usuarios manifiestan sentirse muy satisfechos con la atención brindada y así mismo el 87% refieren que si se les resolvió el problema de salud en el Centro de Salud de la Policía de Durán, en comparación con una investigación similar realizada en la Escuela de Salud Pública en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina en el año 2009. En la provincia de Córdoba, el 81,1% de los encuestados refirió que se encuentra totalmente satisfecho y el 82,7% así mismo

se encuentra satisfecho porque se le resolvió el problema de salud por cual busco la atención sanitaria.

En cuanto a la Satisfacción del Usuario y la resolución del problema de salud en el Centro de Salud de la Policía es mayor la satisfacción a diferencia de los Centro de Salud en la provincia de Córdoba en donde la población encuestada se encuentra medianamente satisfecha con los Servicios de Salud.

En lo que se refiere al conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios y la ausencia del profesional de salud en sus horas laborales el 100 % manifiesta no conocer sus deberes y derechos al igual que el 100 % de los encuestados indican que no están de acuerdo que los profesionales de salud no estén en su sitio de trabajo, en comparación con una investigación similar en el Ecuador (2012) a través de una encuesta de usuarios externos de los centro de salud a nivel de la Provincia de Guayas en donde la población encuestada en un 85 % conoce a medias sus deberes y derechos , el 97 % manifiesta que siempre permanecen los profesionales en sus consultorios y el 15% refiere que si no se encontrasen los profesionales se les comunica antes de asignar los turnos , todo esto es controlado por la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud del MSP del Ecuador.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

Una vez realizada la investigación se concluyó lo siguiente:

- En cuanto al análisis de las funciones de los dos profesionales que laboran, los usuarios que acuden al Centro de Salud de la Policía de Durán en un alto porcentaje se sienten satisfecho con el trato recibido, así mismo sucede con la calidad de atención recibida en el Centro de Salud por parte de los profesionales es muy satisfactoria, aunque existe poco personal tan solo un médico y un odontólogo y diversas actividades por cumplir, en las encuestas se proyecta un resultado muy satisfactorio del trato y la atención que reciben en esta unidad de salud.
- De la misma manera sucede con las relaciones interpersonales entre los que prestan los servicios de salud y los usuarios, manifestando los usuarios completa satisfacción en relación a la explicación de los exámenes médicos a realizarse, a la explicación de los problemas de salud, indicaciones de recetas y cuidados a seguir en su domicilio.
- En esta investigación se pudo conocer que en relación a la organización y funcionamiento del Centro de Salud de la Policía de Durán, un alto porcentaje de usuarios manifiestan inconformidad en cuanto el tiempo de espera, la privacidad de la consultas, el respeto por las asignación de turnos y a la ausencia del profesional de salud durante su horario de trabajo, este porcentaje difiere completamente con los estudios anteriores relacionados. Generalmente este porcentaje es muy diferente con los estudios comparados, porque las encuestas efectuadas en esta investigación se realizaron en una Institución uniformada como lo es la

Policía Nacional cuyo personal es jerarquizado, disciplinado y no deliberante. En donde la jerarquía policial es predominante.

- En relación al cumplimiento de las acciones de promoción y prevención un alto porcentaje de usuarios se encuentran satisfechos y manifiestan la importancia de recibir charlas programadas con respecto a promoción de salud y prevención de la enfermedad. Estos resultados de satisfacción en relación a la hipótesis planteada difiere ya que los usuarios si están satisfechos con las acciones de Promoción de salud y Prevención de la enfermedad recibida por los profesionales que laboran en el Centro de Salud de la Policía de Durán.
- Además hemos llegado a la conclusión que la calidad de atención hacia el usuario no se basa simplemente en la mejora de la infraestructura o servicios que brinda el Centro de Salud sino en la atención humanizada, con calidad- calidez y sobre todo con la igualdad y respeto a los usuarios internos y externos.

5.2 RECOMENDACIONES.

Culminada la investigación y en base de los objetivos planteados, el análisis de los resultados y la determinación de conclusiones, se propone las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere que los resultados obtenidos en esta investigación deben ser conocidos no solo por los usuarios externos e internos sino también por el Alto Mando Institucional ya que esta información proporcionara, cambios oportunos y así optimizar los servicios sanitarios del Centro de Salud de la Policía de Durán.
- Una vez obtenido los resultados de la investigación se sugiere que se acoja la propuesta gerencial que consiste en el Diseño de un Reglamento Interno para mejorar la organización y funcionamiento del Centro médico – odontológico de la Policía Nacional acantonada en el Cantón Durán, por haberse evidenciado la inconformidad de los usuarios.
- Promocionar la elaboración y difusión de un Manual con el Reglamento Interno de Organización y Funcionamiento del Centro de Salud.
- Que se cumplan con las normas y reglas contenidas en el Manual de Organización y Funcionamiento del establecimiento de salud.
- Realizar evaluaciones de satisfacción de los usuarios de manera periódica con el propósito de realizar una comparación de resultados.
- Vincular la participación del usuario a través de opiniones para el mejoramiento de la calidad de atención.
- Aplicar sistema de referencia - contra referencias eficaz y estructurar un sistema de citas subsecuentes.

- Disponer de un sistema permanente de diagnóstico de dificultades y su corrección para aquellos casos en que no se logren los resultados esperados.
- Promover la cultura de mejoramiento continuo garantizado, con un equipo humano altamente comprometido y con espíritu de servicio.
- Se realicen las gestiones respectivas para que se incremente el personal profesional en áreas de enfermería, psicología y estadística.

6. PROPUESTA

PROPUESTA DEL DISEÑO DE UN REGLAMENTO INTERNO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD DE LA POLICIA DE DURAN.

6.1 PRESENTACIÓN

La Policía Nacional del Ecuador es una Institución de Carácter Civil, Armada, Técnica, Jerarquizada, Disciplinada, Profesional y altamente Especializada encargada de la seguridad ciudadana y el orden público, proteger el libre ejercicio de los derechos y la seguridad de las personas dentro del Territorio Nacional.

Dentro de este contexto una de las condiciones para que el Policía pueda cumplir con su deber es la de mantenerse en las buenas condiciones de salud, para ello es importante y necesario que lleve y mantenga un adecuado y oportuno control médico.

Es por este motivo que para fortalecer la Red de servicios del Sistema de Salud de la Policía Nacional, el Comando de Policía del Cantón Durán cuenta con un Centro de Salud con los servicios médicos y odontológicos a cargo de un médico y un odontólogo.

El Centro de Salud del Comando de Policía de Durán, no cuenta con un Reglamento Interno para el funcionamiento del Departamento Médico y Odontológico, si bien es cierto a Nivel Nacional existe un Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional que no se adapta en función de la necesidad y realidad del Centro de Salud de la Policía de Durán, es por esta razón se ve la necesidad de elaborar y proponer el Diseño de un Reglamento Interno para el Funcionamiento de la Unidad de Salud.

Este Reglamento contribuirá a clarificar el rol de cada uno de los profesionales; objetivo del departamento Médico: niveles de responsabilidad; funciones; actividades y normas de tipo administrativo; será revisado y reformado periódicamente acorde a los cambios que experimente la salud en el País y en relación a los requerimientos de la población policial y sus familias. Además dicho reglamento permitirá responsabilizar y evaluar el cumplimiento de las funciones y actividades que realicen los profesionales de la salud.

6.2 ANTECEDENTES

El Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional, entra en vigencia desde el 7 de agosto de 1998; sin embargo hasta el momento no existen un Reglamento Interno de Funcionamiento que establezcan las actividades que deben desempeñar las diferentes unidades operativas de salud que conforman el Primer Nivel de atención de Salud de la Policía Nacional.

El disponer de este Reglamento nos permitirá establecer, actualizar y difundir normas técnico administrativas para los Centro de Salud y de esta forma cumplir con uno de los objetivos de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional, que es el de “Estructurar y administrar el Sistema de Servicios de Salud, a fin de brindar un servicio eficiente eficaz y oportuno a los miembros de la entidad policial y derechohabientes”

6.3 JUSTIFICACIÓN

Actualmente el Departamento Médico y Odontológico no cuenta con un modelo de atención integral y de calidad, no están organizados ni son eficientes, provocado insatisfacción de los usuarios; por lo cual se ve la necesidad de

elaborar normas que guíen el cumplimiento de los objetivos de la Unidad de Salud y del personal.

El diseño de este Reglamento Interno y proponerlo a la Superioridad Institucional nos permitirá evaluar la calidad de atención, evaluar el cumplimiento de las funciones de los profesionales y optimizar los recursos con los que se cuenta.

6.4 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y atención de los usuarios internos y externos que acuden al Centro de salud de la policía del Cantón Durán.

6.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las funciones de cada uno de los profesionales y las normas administrativas generales del Centro de Salud de la Policía de Durán.
- Proporcionar a los profesionales de la Salud que laboran en el Centro Médico, un instrumento que sirva de guía orientación y fuente de información que defina sus derechos y deberes.
- Facilitar la aplicación de los lineamientos básicos para la organización y funcionamiento del Centro de salud.

6.6 DESARROLLO

Conceptos básicos:

Atención Primaria de Salud:

La Atención Primaria de Salud (APS), se ha identificado en el País como: “Las acciones que buscan una satisfacción integral de las necesidades de salud más frecuentes y prioritarios de la población y promueven su desarrollo integral

mediante la participación conjunta y coordinada del equipo de salud institucional, del de otras instituciones de desarrollo y de la comunidad organizada y capacitada.” (Acuerdo Ministerial 10230, 01-09-84)

Nivel Primario de Atención:

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (KROECGER Y LUNA; 1992 Atención Primaria de Salud, 2da edición, Editorial Pax México)

Funcionamiento - Organización del Centro de Salud Médico y Odontológico de la Policía de Durán:

Visión:

Con el apoyo técnico y administrativo de la Dirección Nacional de Salud, el Centro de Salud de la Policía de Durán brindará una atención integral, eficiente, oportuna y con equidad, garantizando las mejores condiciones de salud del personal policial en servicio activo, pasivo, familiares con personal calificado y comprometido con el bienestar de la familia policial.

Misión:

Brindar atención integral en promoción de salud, prevención de la enfermedad, así como también de morbilidad de la población asignada y que corresponda a la delimitación geográfica respectiva. Además, brinda un seguimiento especial, de conformidad con el modelo definido por el País, a los grupos, familias e individuos de mayor riesgo.

Objetivos:

1. Interpretar la Misión y Visión del Centro de Salud de la Policía de Durán, y fomentar el cumplimiento de todas las normas y reglamentos de la misma.

2. Organizar los recursos humanos y físicos, para la optimización del primer nivel de atención del Centro de Salud.
3. Brindar atención oportuna en promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

Definición:

Departamento de salud: Es una unidad operativa básica del sistema de salud de la Policía Nacional, se encargara de realizar acciones como: educación sanitaria, promoción de una adecuada nutrición, saneamiento básico, atención materno infantil, salud sexual y reproductiva, prevención y control de enfermedades endémicas, promoción de salud oral, tratamiento y rehabilitación estomatológica, y transferencias de los problema de salud que no sean posible resolver a este nivel.

Funciona dentro de las circunscripciones geográficas poblacionales definidas, poseerá una capacidad resolutive técnica administrativa. Tomando en cuenta las prioridades de la Policía Nacional y los perfiles epidemiológicos locales se ha definido que el Centro de Salud tenga capacidad resolutive técnica en:

1. Actividades de promoción de salud en un aspecto amplio, para conseguir conductas saludables y auto cuidado.
2. Fomento, protección y prevención específicas de salud al personal en servicio activo, pasivo.
3. Atención al medio ambiente.
4. Atención de la morbilidad no complicada y que pueda resolverse con atención ambulatoria.
5. Detección temprana de los casos de enfermedades crónicas grave: hipertensión arterial, diabetes, tuberculosis, cáncer de cérvix y mamario, entre otras.
6. Clasificación de riesgos en el embarazo.

7. Cirugía menor (que solo requiera de anestesia local y equipo mínimo)
8. Atención odontológica preventiva, curativa y de rehabilitación.
9. Primeros auxilios de patologías graves y referencias normalizadas.
10. Acceso a medicamentos básicos de acuerdo al cuadro básico de medicamentos de la policía Nacional.
11. Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.

Normatización:

El Centro de Salud de la Policía de Durán se regirá para su trabajo, a lo estipulado en los siguientes documentos:

- a) Ley y Reglamento del Seguro de Enfermedad y de Maternidad del ISSPOL.
- b) Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de salud.
- c) Reglamento Interno de funcionamiento del Centro de Salud de la Policía del Cantón Durán.

Los aspectos técnicos de logística, formatos, informes, requerimientos y otros, observaran una conducta uniforme para el primer nivel y estos son:

- a) Cuadro Básico de Medicamentos.
- b) Equipamiento y mobiliario básico.
- c) Cuadro Básico de insumos médicos.
- d) Cuadro Básico de material Odontológico.
- e) Cuadro Básico de útiles de oficina.
- f) Cuadro Básico de material de aseo.
- g) Cuadro Básico de lencería.
- h) Formulario para informes estadísticos (Consulta externa de medicina general, Odontología, Medicamentos, Insumos y otros que se incrementen).

Funciones del Personal que labora en el Centro de Salud de la Policía del Cantón Durán.

SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD.

Servicio de Medicina General.

MEDICO

Descripción del Puesto:

Define las actividades profesionales de medicina general, en los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación, como también planifica y ejecuta las actividades que apoya el funcionamiento de la unidad de salud, Trabajara 8 horas diarias de lunes a viernes, en horario matutino o vespertino de acuerdo a la demanda del Centro de Salud.

Niveles de Responsabilidad:

- Es responsable ante el Jefe de la Unidad, de la calidad de atención que reciben los usuarios de su servicio.
- Debe conocer y aplicar correctamente las técnicas y procedimientos establecidos para su servicio.

Requisitos:

- Poseer título de Especialista en Salud Familiar o Medico General, otorgado por una de las Universidades acreditadas en el País o del exterior, registradas en el SENESCYT.
- Salud compatible en el cargo.
- Haber ganado el concurso de merecimiento y oposición.

- Tener un grado Policial o ser empleado civil con nombramiento o de contrato.

Funciones:

1. Conocer los objetivos del Centro de Salud.
2. Conocer, interpretar y cumplir los reglamentos y normas de la unidad de salud.
3. Participar activamente en la elaboración de planes, programas y proyecto de su servicio.
4. Participar en la elaboración de los pedidos de los medicamentos, insumos, equipos y mobiliario para el buen funcionamiento del servicio.
5. Llenar diariamente los registros de atención médica.
6. Llenar mensualmente los concentrados de las atenciones médicas realizadas y patologías encontradas.
7. Dar atención oportuna, eficaz y eficiente al usuario que ingresa a su servicio.
8. Orientar al usuario sobre las normas del Centro de Salud.
9. Retirar conjuntamente con la enfermera medicamentos, insumos médicos, lencería, útiles de oficina, material de limpieza, formatos y material odontológico.
10. Abrir las Historias Clínicas de todo el personal activo, pasivo, familiares del área de influencia.
11. Abrir la ficha familiar del personal Policial del área de influencia.
12. Controlar que el personal bajo su responsabilidad realice correctamente el trabajo designado.
13. Prescribir la medicación en nombre genérico y emitir la receta de acuerdo a norma establecida.
14. Realizar el examen médico anual a todo el personal en servicio activo del área de influencia.

15. Realizar el seguimiento con los pacientes de VIH y con enfermedades crónicas degenerativas a fin de que continúen recibiendo el tratamiento específico.

SERVICIO DE ODONTOLOGIA.

ODONTOLOGO

Descripción del Puesto:

Define las actividades profesionales del odontólogo, en el aspecto de promoción, prevención, curación y rehabilitación a fin de elevar los niveles de salud oral y disminuir el índice de enfermedades estomatológicas, como también planifica y ejecuta las actividades a fin de lograr una cobertura real programada para la población asignada, y también para el buen funcionamiento de la unidad de salud.

Trabjará ocho horas diarias de lunes a viernes en horario matutino y vespertino de acuerdo a la demanda de la unidad de salud.

Niveles de Responsabilidad:

- Es responsable ante el Jefe de la Unidad, de la atención que reciben los usuarios de su servicio.
- Debe conocer y aplicar correctamente las técnicas y procedimientos establecidos para su servicio.

Requisitos:

- Poseer Título de Especialista en Odontología familiar u odontología general otorgado por una Universidad acreditada en el país o del exterior, registrado por el SENESCYT.

- Salud compatible con su cargo.
- Haber ganado el concurso de merecimiento y oposición.
- Tener un grado Policial o ser empleado civil con nombramiento o contrato.

Funciones:

1. Conocer lo objetivos del Centro de Salud.
2. Conocer y cumplir los reglamentos y normas de la Unidad de Salud.
3. Participar activamente en la elaboración de planes, programas y proyectos de su servicio.
4. Participar en las reuniones técnico-administrativas del Centro de Salud.
5. Participar en la elaboración de los pedidos de insumos odontológicos, equipos e instrumental y mobiliario para el buen funcionamiento del servicio.
6. Llenar diariamente los registros de atención odontológica.
7. Llenar mensualmente los concentrados de las atenciones odontológicas realizadas.
8. Notificar al Jefe de la Unidad sobre situaciones de accidentes, fugas y pérdidas de pertenencia del área.
9. Dar atención oportuna, eficaz y eficiente al usuario que ingresa al servicio.
10. Orientar al usuario sobre las normas del Centro de salud y de su servicio.
11. Retirar conjuntamente con la enfermería medicamentos, insumo, instrumental odontológico, lencería útiles de oficina, material de limpieza y formatos odontológicos.
12. Abrir las Fichas odontológicas de todo el personal en servicio activo, pasivo, familiares de su área de influencia.
13. Abrir la Ficha Odontológica Familiar del personal policial del área de influencia.
14. Prescribir la medicación en nombre genérico y emitir las recta de acuerdo a normas establecidas.
15. Realizar el examen odontológico anual a todo el personal en servicio activo del área de influencia.

16. Velar por la buena marcha del servicio responsabilizándose del equipo y material existente en el mismo.
17. Elaborar programa de educación continua sobre su especialidad.
18. Dar educación al usuario y su familia sobre condiciones de la salud oral.
19. Colaborar en los programas de saneamiento ambiental.

SERVICIO DE ENFERMERIA

Enfermería

Descripción del Puesto:

Define las actividades profesionales que conllevan la programación, ejecución, supervisión y evaluación del trabajo del personal de enfermería, en la elaboración y ejecución de planes de atención en el Centro de Salud en lo referente a prevención, promoción en coordinación con todo el equipo de salud, trabaja ocho horas de lunes a viernes, en horario matutino o vespertino de acuerdo a demanda de la Unidad de Salud.

Nivel de responsabilidad:

- Ante el Jefe de la Unidad de la calidad de atención de enfermería proporcionada al usuario, del cumplimiento de las normas técnico administrativo del servicio.
- Debe conocer y aplicar correctamente las técnicas y procedimientos establecidos para su servicio.

Requisitos:

- Poseer título de Licenciado en Enfermería especialista en Salud Familiar o Licenciado en Enfermería, otorgado por una Universidad a acreditada en el País o del Exterior, registrada por el SENESCYT.

- Salud compatible con su cargo.
- Haber ganado concurso de merecimientos y oposición.
- Tener grado policial o se empleado civil con nombramiento o a contrato.

Funciones:

1. Conocer los objetivos y filosofía del Centro de Salud.
2. Conocer, interpretar y cumplir los reglamentos y normas del Departamento Medico.
3. Participar activamente en la elaboración de planes, programas y proyectos de su servicio.
4. Participar en las reuniones técnico- administrativas de la unidad de salud.
5. Colaborar directamente con el jefe/médico del centro de Salud.
6. Asegurar que el área de su responsabilidad cuente con el equipo y material de acuerdo a los recursos disponibles.
7. Programar, organizar, dirigir y evaluar el trabajo de enfermería en el Centro de Salud.
8. Participar en la elaboración del pedido de medicina e insumos, lencería, materiales y equipos para el buen funcionamiento del Departamento Medico y odontológico.
9. Controlar mensualmente el inventario y funcionamiento de equipos y mobiliario del Departamento Medico y Odontológico y reportar de las perdidas y daños de los mismos al Jefe Del centro de Salud.
10. Controlar el expediente clínico de cada paciente tenga los formatos correspondientes y se mantengan en el orden establecido.
11. Coordinar actividades del área con todo el servicio del Departamento Medico y Odontológico. Recibir los registros de la atención diaria a los pacientes a fin de archivar y enviar el concentrado mensual a la Dirección Nacional de Salud siguiendo el respectivo Órgano regular.
12. Recibir al paciente que acude al Centro de Salud tomar signos vitales y registrar en hojas respectivas de la Historia Clínica y pasar al servicio correspondiente.

13. Colaborar con el Medico en la realización de exámenes, tratamiento y otras medidas terapéuticas necesarias.
14. Llevar correctamente el expediente clínico.
15. Determinar las medidas necesarias de asilamiento en caso de requerirlo algún paciente.
16. Practicar los principios de la técnica aséptica, médica y quirúrgica.
17. Despachar medicación de acuerdo a receta prescrita por el médico y realizar el respectivo descargo de acuerdo a Directivas entregadas por la (DNS).
18. Reportar oportunamente la gravedad del paciente al médico responsable para su atención o transferencia a los hospitales policiales.
19. Reportar en las hojas de notas de enfermería la atención realizada por el personal de enfermería.
20. Llevar registro de curaciones inyecciones tratamiento y preparación del paciente.
21. Preparar material y realizar la limpieza, desinfección y esterilización de todos los equipo del Departamento Medico y Odontológico.
22. Colaborar como docente en cursos de primeros auxilios dirigido al personal policial.

TODO PACIENTE DEBE:

- a) Colaborar con el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en el establecimiento sanitario.
- b) Mantener el respeto a la dignidad personal y profesional de todo el personal que preste sus servicios.
- c) Contribuir a la buena convivencia en el centro de Salud, tanto el paciente, como sus familiares.
- d) Respetar la dignidad de otros pacientes, usuarios y familiares y el derecho de ellos a recibir una adecuada asistencia.

- e) Cuidar su propia salud, responsabilizándose de ella, practicando el auto cuidado, especialmente cuando de no hacerlo se pueden derivar riesgos y perjuicios para la salud de otras personas.
- f) Facilitar en forma leal y veraz los datos sobre el estado físico, que sean necesarios para su proceso asistencial o por razones de interés general debidamente motivado, siempre con el respeto debido al derecho de intimidad y confidencialidad e igualdad efectivas.
- g) Hacer buen uso de los recursos, prestaciones y derechos, de acuerdo con sus necesidades de salud y en fusión de las disponibilidades del sistema sanitario, afín de facilitar el acceso a todos los ciudadanos a la atención sanitaria en condiciones de igualdad efectivas.
- h) Utilizar las instalaciones y servicios sanitarios de manera responsables con el fin de garantizar su conservación y correcto funcionamiento.
- i) Cumplir rigurosamente las prescripciones sanitarias comunes y específicas.
- j) Dejar constancia por escrito y firmado en caso de que se niegue a recibir las opciones terapéuticas o diagnósticas.
- k) Respetar las actuaciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- l) Respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas por las administraciones competentes, para la prevención de riesgos, protección a la salud y lucha contra las amenazas de salud pública.
- m) Dejar constancia escrita y firmada en la historia clínica, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, como intervenciones quirúrgicas, medicamentos de uso delicado, procesos diagnósticos evasivos o actuaciones de notorio riesgo.
- n) Firmar el documento de alta voluntaria cuando no desee continuar con la asistencia que se le dispensa. Se dejara constancia de la negativa a la propuesta de alta en la historia clínica.
- o) Cumplir con exactitud las prescripciones médicas y en caso de duda acudir para su aclaración.
- p) No manipular la dosis de los medicamentos ni auto medicarse.

- q) Presentar su tarjeta de identificación que le acredite como individuo con derecho a la atención en un centro sanitario.
- r) El usuario tiene el deber de exigir que se cumplan con sus derechos.

TODO PACIENTE TIENE DERECHO:

- a) Si presenta una emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier institución de salud, pública o privada, sin necesidad de pago previo.
- b) Ser atendido oportunamente, con respeto, esmero y cortesía.
- c) No ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión, condiciones sociales y /o económicas.
- d) Recibir información sobre los servicios y prestaciones a las que se pueda, acceder, los requisitos necesarios para su uso y el costo económico del mismo.
- e) Recibir servicios asistenciales aceptables en habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- f) En caso de estar hospitalizado tiene derecho a recibir visitas, acceso a los medios de comunicación, cultura y actividades que fomenten las relaciones sociales y de entretenimiento.
- g) Recibir información en las diversas etapas de atención; diagnóstico, pronóstico, tratamiento, riesgos a los que medicamento está expuesto, duración probable de su incapacidad y alternativas para el cuidado y tratamientos existenciales, en términos que razonablemente pueda entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse, excepto en situaciones de emergencia.
- h) Que no se realicen en una persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos, sin una información sobre métodos, riesgos y afines, sin autorización por escrito. Las actividades docentes requieren así mismo, consentimiento expresado del paciente.
- i) Confidencialidad de toda información relacionada con su proceso.
- j) Que se extienda certificado acreditativo de su estado de salud.

- k) Recibir su información de alta, cuando termine su estancia en un centro sanitario.
- l) Acceso a su historia clínica.
- m) Libre elección de médico, u a otros profesionales de salud.
- n) Que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer.
- o) Libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del paciente para la realización de cualquier intervención sanitaria.
- p) Disponer de una segunda opción facultativa sobre su proceso, en caso que lo desee.
- q) Negarse el tratamiento, en cuyo caso debe dejar constancia escrita y firmada.
- r) Participación en los servicios y actividades sanitarias.
- s) Utilización de las vías de reclamo y de propuesta de sugerencias.
- t) Agotar las posibilidades razonables de superación de su enfermedad.
- u) El hospital proporcionara la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Duplessis Petal. (2010) Public Health and Industrialized. Quebec. Canadá.
2. Organización Mundial de la Salud (1996). aprobado en la Conferencia Internacional de la Salud.
3. René Dubos (2003) Publicaciones Castañeda.
4. Herbert. L, (2010) Editorial Díaz-Madrid
5. Hilton Terris (2010) Publicaciones Castañedas.
6. Dr. Winston 1920 Publicaciones Lopategui(2005)
7. Borthwick-Duffy (2010) Publicaciones Gómez-V Maria
8. Promoción de la Salud (1986) Primera Conferencia Anual, Carta de Ottawa.
9. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2005)
10. Modelo de Atención Integral de Salud (2010) Lineamientos Operativos de Implementación (MAIS)
11. Ministerio de Salud Pública (2012) Manual de Referencia Y Contrareferencia Editorial Komunkarte, Quito-Ecuador.
12. Kroeger y Luna (2011) Atención Primaria de Salud 2da Edición, Editorial Pax México.
13. Organización Panamericana de Salud (2010) Desafíos para el Sistema Sanitario en América Latina y Caribe.
14. Cantu Humberto Cultura de Calidad “El Mundo de la Calidad”
<http://elmundodelacalidadwordpress.com/cultura-de-la-calidad/>
15. Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social. La Atención Primaria reducirá la demanda en los Servicios de Salud. Última revisión 22/07/2011.
16. OMS Informe sobre la Salud en el Mundo (2008) (2008) Atención Primaria en Salud más necesaria que nunca.
http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos_documentos/OMS-Salud_en_el_mundo.pdf
17. Gestión de la Calidad y BPA, Los Principios de Deming
http://bpa_peru-v.com/Deming.htm

18. Deming E, Gestión de Calidad y BPA, (2010) Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid
19. García Roberto E. (2010) El concepto de Calidad y su aplicación en Medicina Revista Médica de Chile Versión impresa ISSN 0034-9887.
20. Zurita Garza Beatriz Dra. Calidad de la Atención de la Salud (2011) <http://es.scribd.com/doc/62539957/Calidad-de-la-Atencion-de-la-Salud>
21. Gómez Días Héctor Eduardo Calidad de la Atención trabajo de investigación iv [Doc] calidad de la atención www.aiu.edu/.../HECTOR%20GONZALES%20DIA...
22. Otero M Jaime Dr.-Dr. Jaime I. Otero I. (Perú) ¿Que es la calidad en salud? Dirección de los autores: jaimeotero@terra.com.pe PUBLICADO (2012)
23. Ferrari María Cristina, Eduardo Alberto Díaz CALIDAD+CALIDEZ: FORMULA DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD. Publicado en el tomo III de Auditoria Medica de la Fundación Universitaria Dr. René Favalaro 1994
24. Guix Oliver Joan Calidad en Salud Publica Gac Sanit v.19 n 4 Barcelona jul-ago. 2015 http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-911120005000040000&script=sci_arttext
25. Ferrari Maria Cristina, Eduardo (2009) CALIDAD CON CALIDEZ EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD. Publicado en la Auditoria Medica de la Fundación Universitaria Dr. René Favalaro
26. Cruz Martinez Angeles (2007) Hace falta calidez en la atención medica en el país: Julio Frenk jueves 15 de febrero de 2007 <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/15/index.php?section=sociedad&article=045n2soc>
27. Chang de la Rosa Martha, María del Carmen Alemán Lage, Mayilee Cañizares Pérez y Ana María Ibarra (2010) Satisfacción de los Paciente con la atención Medica. Rev. Cubana Med Gen Intergr 2010.
28. Caligiore Corrales I. y Diaz Sosa J.A. (2011) Satisfacción del Usuario de primer nivel Mérida Venezuela ISSN 1695-6141, N°. 2, 2011

29. Organización Panamericana de la Salud (2011) Federación Panamericana de Enfermería (Feppen) Calidad de los servicios de Salud En América Latina y Caribe
<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>
30. Patronato Provincial del Pichincha (2012) Archivo Estadísticos Satisfacción de los Usuarios.
31. Registro Oficial n°368 (1998) Ley Orgánica de la Policía Nacional del Ecuador 1998.
32. Jované Burgos, Jaime Javier (2010). Estudios Contemporáneos sobre Derecho Laboral: Reflexiones y consideraciones sobre la problemática laboral en la actualidad. Ciudad: Editorial Cultural Portobelo. ISBN 978-9962-52-601-8.
33. Jované Burgos, Jaime Javier (2011). Manual de Derecho del Trabajo Panameño. Tomo I (Sección Individual). Ciudad de Panamá: Editorial Cultural Portobelo. ISBN 978-9962-52-620-9.
34. Raso, Juan (marzo de 2012). Derecho del Trabajo. Tomo I (1° edición). Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria. ISBN 978-9974-2-0829-2.
35. Manuel Alonso Olea, María Emilia Casas Baamonde: Derecho del Trabajo, ed. Thomson Civitas (Aranzadi), 2006, ISBN 84-470-2514-4
36. Ramiro GRAU MORANCHO: Escritos Laborales. Editorial TRIVIUM, MADRID, 1997. ISBN 84-7855-709-1
37. Ramiro GRAU MORANCHO: Procedimientos Laborales Administrativos. Editorial JALÓN, Zaragoza, 1992. ISBN 84-87939-02-3.
38. Valverde. M: DERECHO DEL TRABAJO. Tecnos 2012, págs. 960.
39. Américo PLÁ RODRÍGUEZ: Los principios del derecho del trabajo. Editorial Depalma, Argentina
40. José Martin Moreno Pujol (2013) Editorial Mizrachi- Pujol, S.A.
41. Enciclopedia Jurídica (2015)

ANEXOS

**ANEXO 1: ENCUESTA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS
SERVICIOS DE SALUD**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

Nº DE ENCUESTA: _____ FECHA: _____

PARTE 1.- ASPECTOS GENERALES

¿EDAD? SEXO F M

¿SECTOR DONDE VIVE?

¿GRADO DE INSTRUCCIÓN?

PRIMARIA _____

SECUNDARIA _____

TECNICA _____

UNIVERSITARIA _____

**PARTE 2.- PERCEPCIÓN DEL USUARIO, RESPECTO A LA ATENCIÓN
RECIBIDA**

1. ¿Durante su permanencia en el establecimiento de salud como lo trataron?

Bien _____ Mal _____ Indiferente _____

2. ¿El profesional le brindo la confianza para expresar su problema?

Si _____ No _____

3. ¿El profesional que le atendió le explico sobre el examen que le realizó?

Si _____ No _____ A veces _____

4. ¿El profesional que le atendió le explico con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud y el tratamiento que va a recibir?

Si _____ No _____ A veces _____

5. ¿Si le dieron indicaciones en una receta. ¿Están escritas en forma clara para Ud.?

Si _____ No _____

6. ¿El profesional que le atendió le explico los cuidados a seguir en su casa?

Si _____ No _____ A veces _____

7. ¿Ud. considera que es de su importancia las charlas de salud brindada por los profesionales de salud?

Si _____ No _____ Indiferente _____

Si es NO diga porque:

8. ¿El profesional del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?

Si _____ No _____ Indiferente _____

9. ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?

Si _____ No _____ Indiferente _____

Si es NO, ¿Qué horario sugiere?

Mañana _____ Tarde _____

10. ¿Se le respeta su turno asignado para ser atendido?

Si _____ No _____

11. ¿El tiempo que Ud. esperó para ser atendido fue?

Mucho _____ Adecuado _____ Poco _____

12. ¿El establecimiento en general se encuentra limpio?

Si _____ No _____

Si es No ¿señale que área?

Sala de espera _____ Consultorios _____ Baños _____

13. ¿Durante la consulta se respetó su privacidad?

Si _____ No _____ A medias _____

14. En términos generales. ¿Ud. siente que le resolvieron el problema de salud que buscaba atención?

Si _____ No _____ A veces _____

15. En términos generales. ¿Ud. se siente satisfecho/a con la atención recibida?

Si _____ No _____

16. ¿Ud. Como usuario del Centro médico-odontológico de la Policía acantonada en Durán, conoce sus derechos y deberes?

Si _____ No _____

17. ¿Ud. Esta de acuerdo que el personal médico-odontológico del Centro de Salud de la Policía del Cantón Durán, durante sus horas laborables se encuentre ausente de su sitio o lugar de trabajo, por cumplir disposiciones jerárquicas en otros servicios que no es el suyo?

Si _____ No _____ Indiferente _____