



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

CENTRO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE HOSPITALES

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE HOSPITALES

TEMA: ANÁLISIS Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL
EN EL CANTÓN QUITO.

AUTORES:

JARAMILLO OCHOA, DARWIN SANTIAGO

VALENCIA CAPELO, YULY PAOLA

DIRECTOR: DRA. ANDRADE ARIAS, CECILIA NATALIA

SANGOLQUÍ

2019



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA
DE TECNOLOGÍA**

CENTRO DE POSGRADOS

CERTIFICACIÓN

Certifico que el trabajo de titulación, "ANÁLISIS Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL CANTÓN QUITO." fue realizado por los señores Jaramillo Ochoa Darwin Santiago y Valencia Capelo Yuly Paola, el mismo que ha sido revisado en su totalidad, analizado por la herramienta de verificación de similitud de contenido; por lo tanto cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, razón por la cual me permito acreditar y autorizar para que lo sustente públicamente.

Firma: 

DRA. ANDRADE ARIAS CECILIA NATALIA

C.C.: 110348485-1

Sangolquí 27 de noviembre, 2018.



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA
DE TECNOLOGÍA**

CENTRO DE POSGRADOS

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Jaramillo Ochoa Darwin Santiago con cédula de ciudadanía N°1311464620 y Valencia Capelo Yuly Paola con cédula de ciudadanía N°1004029474, declaramos que el contenido, ideas y criterios del trabajo de titulación: "ANÁLISIS Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL CANTÓN QUITO", Título que es de nuestra autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas. Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Sangolquí 27 de noviembre, 2018.

Firma.....
Jaramillo Ochoa Darwin Santiago

Firma.....
Valencia Capelo Yuly Paola

C.C.: 1311464620

C.C.:1004029474



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA
DE TECNOLOGÍA**

CENTRO DE POSGRADOS

AUTORIZACIÓN

Jaramillo Ochoa Darwin Santiago y Valencia Capelo Yuly Paola autorizamos a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar el trabajo de titulación: Título: ANÁLISIS Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL CANTÓN QUITO" en el Repositorio Institucional, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra responsabilidad.

Sangolquí 27 de Noviembre, 2018.

Firma.....

Jaramillo Ochoa Darwin Santiago

C.C.: 1311464620

Firma.....

Valencia Capelo Yuly Paola

C.C.:1004029474

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICADO DEL DIRECTOR.....	iv
AUTORIA DE RESPONSABILIDAD.....	iv
AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE DE CONTENIDO.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	iv
INDICE DE FIGURAS.....	iv
INDICE DE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE FIGURA.....	viii
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPITULO I.....	1
ANTECEDENTES.....	1
1.1.Planteamiento del problema.....	2
1.2.Objetivo general.....	3
1.3.Objetivos específicos.....	3
1.4.Interrogante(s).....	3
CAPITULO II.....	4
MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.Marco legal.....	4
2.1.1.Constitución Política del Ecuador de 2008.....	5
2.1.2.Plan Nacional del Buen Vivir.....	6
2.1.3.Ley orgánica de la salud.....	7
2.1.4.La Agenda Social 2009-2011.....	7
2.1.5.Otras leyes y normativas del Ecuador.....	7

Red pública integral de salud.....	13
2.2.Marco epistemológico.....	13
2.2.1.Evolución histórica de la salud en el Ecuador.....	13
2.2.2.Descripción del Sistema de Salud Ecuatoriano.....	16
2.2.3.Ministerio de salud pública (MPS).....	18
2.2.4.Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	19
2.3.Marco conceptual.....	21
2.4.Estado del arte.....	24
2.4.1.Calidad de la atención medica.....	24
2.4.2.Satisfacción del paciente.....	28
2.4.3.Servicios de salud primarios estandarizados desde el enfoque de la asistencia.....	31
2.4.4.Gestión por procesos.....	34
CAPITULO III.....	41
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.1.Enfoque de investigación.....	41
3.2.Método de investigación.....	41
3.3.Población	41
3.4.Técnicas de investigación	42
3.5.Estrategias de investigación	42
CAPITULO IV.....	43
DIAGNOSTICO SITUACIONAL D.....	43
4.1.Información General.....	43
4.2.Beneficiarios.....	46
4.3.Aspectos físicos y geográficos	46
4.4.Cartera de servicios	47
4.5.Servicios de apoyo	47
4.6. Descripción física de las unidades de salud policía nacional.....	48
4.7. Modalidades de atención.....	48
4.8. Talento humano	48
4.9. Cadena de valor	49

4.10. Mapa de procesos	50
4.11. Inventario de procesos	50
4.12. Análisis interno – externo de las instituciones de salud de primer nivel.....	52
CAPITULO V	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
5.1. Conclusiones.....	55
5.2. Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud</i>	9
Tabla 2. <i>Población de la investigación</i>	41
Tabla 3. <i>Aspectos físicos y geográficos</i>	46
Tabla 4. <i>Componentes ambiente interno</i>	53
Tabla 5. <i>Componentes ambiente externo</i>	54

INDICE DE FIGURA

Figura 1. Organización del Sistema Nacional de Salud.....	17
Figura 2. Cadena de Valor.....	49
Figura 3. Mapa de procesos.....	50
Figura 4. Inventario de procesos.....	52

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado principalmente A DIOS, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso y permitirme obtener uno de los sueños más anhelados.

A mi mayor inspiración MIS PADRES por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, por estar siempre presentes en cada etapa de mi formación profesional y personal apoyándome incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Por ustedes y para ustedes.

Con cariño

YULY

Este trabajo es fruto de la dedicación, esfuerzo de los autores y de las personas que han apoyado de sobremanera este estudio en función de la estandarización de las unidades de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional D.M.Q de atención sanitaria, dedico este proyecto de investigación a mi esposa quien me brindo el regalo más bello de la vida, mi hijo. Ambos son mi inspiración para seguir adelante, así mismo a mis padres y hermanas por ser un gran apoyo en mi vida.

SANTIAGO

AGRADECIMIENTO

A la UNIVERSIDAD DE FUERZAS ARMADAS – ESPE por la acogida durante estos años de formación académica, en especial a la ECONOMISTA ROSA LÓPEZ por el tiempo y los conocimientos compartidos.

A nuestra TUTORA de tesis la distinguida DRA. CECILIA ANDRADE por su apoyo incondicional a través de su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración que nos permitió el desarrollo y la culminación de este trabajo de investigación.

YULY - SANTIAGO

RESUMEN

En el presente estudio de titulación consta el análisis de la situación actual de las unidades de salud de primer atención de policía nacional, el cual nos permite evidenciar los problemas existentes para así establecer una propuesta de mejora que permita fortalecer la calidad de atención brindada, toma de decisiones acertadas y optimización del trabajo a través de la identificación de los procesos técnico-administrativos que se ejecutan en las unidades de salud los cuales que permitirán el diseño del manual de procesos que garantice el mejoramiento permanente y la excelencia en cada servicio brindado en las unidades de salud debido a que solo través de la gestión es posible controlar cada recurso, estrategia y objetivo institucional a su vez el manual contendrá información básica y relevante de las actividades indispensables que deben ejecutarse para la realización y cumplimiento de las funciones asignadas en las unidades de salud La metodología utilizada para esta investigación será observacional-descriptiva y deductiva debido a que se partirá de lo general a lo particular es decir desde los servicios que prestan las unidades de salud hasta las actividades realizadas por sus profesionales, la población son las nueve Unidades de salud de primer nivel de complejidad que pertenecen a la ciudad de Quito.

PALABRAS CLAVE:

- **PROCESOS**
- **GESTIÓN**
- **ADMINISTRACIÓN**
- **GERENCIA**

ABSTRACT

This dissertation project aims to develop a plan of quality improvement for processes at National Police first level care units. Decision making and the optimization of work standards through the identification of the technical-administrative processes will allow us to highlight the existing problems and establish the starting work point. As a consequence, this will strengthen the health care quality service. As a result this will allow the design an intervention plan. The same that guarantees the continuous improvement and excellence in the service in health units. The objective of implementing this manual is to assure the correct management of each resource, establish strategic and institutional objectives and standardize procedures. Finally, the manual will display basic and relevant information on the essential activities that must be carried out to fulfill the assigned tasks. The methodology used for this research will be descriptive and deductive observation. It will start from the general to specific aspects. This information will be taken by the service provided by the health units to the activities carried out by their professionals. The study population will be the nine first care level units in Quito.

KEY WORDS:

- **PROCESSES**
- **MANAGEMENT**
- **ADMINISTRATION**

CAPITULO I

ANTECEDENTES

La capacidad gerencial se considera como un recurso indispensable para el avance de cualquier sociedad, al punto que las diferencias en su disponibilidad constituyen parte fundamental de las distancias tecnológicas entre los distintos países. Al mismo tiempo la capacidad gerencial se reconoce como un recurso escaso a escala internacional.

En la actualidad son evidentes las limitaciones para cubrir la demanda de servicios de salud en los países del sur y los grupos de población desposeídos del norte, dada la escasez de voluntad política, recursos financieros, barreras tecnológicas, la baja capacidad de conducción, y el detrimento de los valores, principios y vocación de servicio del personal, en función de sus condiciones de vida, lo que ha generado un alto grado de insatisfacción de la población, de los propios trabajadores y por ende, el aumento de conflictividad laboral y social, vinculado a las inequidades en salud (Pérez, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha preocupado por fortalecer la atención primaria de salud (APS) desde antes de 1978, dando como resultado la adopción como enfoque central la meta de Salud Para Todos en el año 2000. Desde entonces, el mundo ha cambiado extraordinariamente. Ahora, la finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una

estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros.

1.1. Planteamiento del problema

Los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención son la puerta de entrada a los servicios de salud en nuestro país fueron creados con el objetivo para actividades de prevención y promoción de la salud una manera rápida y eficiente; sin embargo existen diferentes problemáticas que se han venido suscitado como: falta de procesos técnico administrativos estandarizados y actualizados, dificultad en la toma de decisiones, interrupción, pérdida de continuidad en las actividades ejecutadas, disminución en el control de resultados y cumplimiento, lo que ha generado insatisfacción tanto del cliente interno y externo.

La atención primaria de salud en actualidad se interpretó erróneamente como la prestación de servicios de salud de mala calidad por lo tanto enfrentan retomar el valor de equidad y son comunes los desafíos como dotar a los sistemas de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación/segmentación de los sistemas, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, ampliar coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico y aumentar la capacidad resolutive del sistema público de salud.

1.2. Objetivo general

- Analizar y estandarizar los servicios de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional de la ciudad de Quito

1.3. Objetivos específicos

- Identificar los procesos técnico-administrativos que se ejecutan en las unidades de salud de primer nivel de atención
- Diseñar el manual de procesos de las unidades de salud de primer nivel de atención.
- Contribuir al mejoramiento de los procesos técnico-administrativos de las unidades de salud de primer nivel de atención.

1.4. Interrogante(s)

- ¿Qué características debe presentar la administración en base a procesos para el mejoramiento de la calidad de atención que brindan actualmente las unidades de salud de primer nivel de la Policía Nacional de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los procesos técnico – administrativos que se ejecutan en las unidades de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los problemas que dificultan a la administración en base a procesos?
- ¿Qué elementos deben ser considerados para la elaboración y diseño de una propuesta que garantice la estandarización efectiva de procesos en las unidades

de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional de la ciudad de Quito?

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco legal

La evolución política del Ecuador en la última década se ha diferenciado por generar mayor inversión en el sector social sostenida en el concepto del Buen Vivir, constituyéndose en el horizonte fundamental del trabajo del estado plasmado en la nueva Constitución Política del 2008 y en su Plan Nacional del Buen Vivir.

La política social se introduce en la recuperación del rol del estado, la solidaridad universal y la gratuidad en el abastecimiento de los servicios considerados como bienes públicos, asegurando derechos que permita la edificación segura de la ciudadanía, tales como la educación, la salud, protección y seguridad social, certificando el acceso y desarrollo de espacios sostenibles del Buen Vivir sostenidos dentro de la Carta Magna , el marco jurídico legal para el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en la cual se incluye la salud.

En cuanto al marco constitucional legal, existen dos leyes primordiales que se encuentran vigentes en el ámbito de la salud, los cuales preceden de la Constitución Política del Ecuador (2008), La Ley Orgánica de la Salud (2006) y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de la Salud (2002).

La Ley Orgánica de la Salud (2006) hace referencia a la acción dentro de los servicios de salud, el control sanitario y demás temas similares, mientras que la Ley Orgánica del Sistema Nacional de la Salud (2002), es la encargada de regular la organización e institucionalidad administrativa, además del funcionamiento del Sistema de Salud.

2.1.1. Constitución Política del Ecuador de 2008

En el artículo 32 se reconoce que la salud es un derecho que deberá garantizar el estado para todas las personas, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos básicos tales como el acceso al agua, alimentación, educación, trabajo seguridad social entre otros ambientes sanos que sustenten el buen vivir (Constitución Política del Ecuador , 2008).

El texto constitucional determina el rol que tiene el Estado y su responsabilidad en el ámbito de la salud principalmente en la proporción de los servicios de salud pública, destacando la universalidad y la gratuidad, cuyo acceso es una consecuencia del mandato constitucional, según el cual se establece la gratuidad universal de los servicios en todos los niveles de atención que comprenden los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesaria.

De acuerdo con el (Art. 362). [...] el Estado será responsable [...] Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. (art. 363) “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, [...] El seguro universal obligatorio

se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral [...]” (art. 369) (Constitución Política del Ecuador , 2008).

El derecho de la salud comprende del acceso universal y gratuito a los servicios públicos estatales de salud, la disponibilidad de los medicamentos seguros y eficaces, la atención prioritaria en todos los niveles para todas las personas que lo necesiten de acuerdo a su condición de salud, a recibir atención emergente en cualquier centro de salud ya sea este público o privado, a más de la no discriminación por ningún motivo de salud.

El derecho que se relaciona con la salud es de directa aplicación y exigible, lo que quiere decir que se podrá recurrir a los órganos jurisdiccionales a fin de demandar su cumplimiento, de forma concreta en el caso de grupos determinados y personas sustentado bajo el principio general de atención prioritaria y especializada.

Por otra parte, el régimen del Buen vivir, a partir de los artículos 358 que corresponden a la salud, determinan las características del Sistema Nacional de Salud, sus objetivos, principios y conformación que garantizan la atención integral con base a la atención primaria sostenido por el Sistema Nacional de Inclusión Social dentro de la red pública y complementaria.

2.1.2. Plan Nacional del Buen Vivir

Entre los principales objetivos que tiene el plan nación del buen vivir se centra en auspiciar la igualdad integración social, incrementar la esperanza y calidad de vida de las personas, a más de garantizar los derechos de la naturaleza, a fin de proponer y

promover un ambiente sano para toda la ciudadanía (Ministerio de Salud Pública , 2012, págs. 24-39).

2.1.3. Ley orgánica de la salud

Su principal objetivo es precisar que el Ministerio de Salud Pública diseñe e implemente todas y cada uno de los programas de atención integral orientadas a todas las etapas de vida, así como también el control de enfermedades crónicas no transmisibles, a fin de promover la vigilancia epidemiológica, además de promover estilos de vida saludables priorizando los grupos más vulnerables (Dirección Nacional de Articulación de la red pública y complementaria, 2014, pág. 24).

2.1.4. La Agenda Social 2009-2011

Esta agenda establece para el sector tres ejes prioritarios de intervención, tales como garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna, fortalecer la prevención de enfermedades epidemiológicas, controlar y vigilar las enfermedades crónicas con el fin de proporcionar un ambiente de vida saludables para todos los ciudadanos (Dirección Nacional de Articulación de la red pública y complementaria, 2014)

2.1.5. Otras leyes y normativas del Ecuador

Existen otros reglamentos, acuerdos ministeriales que conforman el marco legal de la organización del sistema nacional de salud, entre las cuales están las siguientes:

- La ley de derechos del paciente.
- La ley orgánica de discapacidades.

- La ley de seguridad social de la policía nacional.
- La ley de estadísticas.
- El reglamento o ley orgánica del sistema nacional de salud.
- Reglamento del seguro de enfermedad y maternidad (ISSPOL).
- Norma técnica de la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas.

Según el Acuerdo Ministerial No 0.01203, 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 contrareferencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

De igual forma se establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población, además 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 (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos:

Tabla 1.*Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud*

NIVELES DE ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1ª NIVEL	1-1	Puesto de salud
	2ª NIVEL	1-2	Consultorio general
	3º NIVEL	1-3	Centro de salud – A
	4º NIVEL	1-4	Centro de salud – B
	5º NIVEL	1-4	Centro de salud – C

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Puesto de Salud

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que se encuentra ubicado en una zona rural de amplia dispersión poblacional, presta servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud,

rehabilitación y cuidados paliativos por ciclos de vida, brindando atención permanente a través de un/a auxiliar de enfermería o técnico/a de atención primaria en salud (TAPS). De manera itinerante, para aquellos lugares de difícil acceso, la atención es brindada por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS); y, de ser necesario, se integran un/a odontólogo/a y un/a obstetra.

Además fomenta actividades de participación comunitaria y primeros auxilios, cuenta con botiquín. (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 3)

Consultorio General

Se trata de “un establecimiento de salud que presta atención de diagnóstico y/o tratamiento en medicina general, obstetricia, odontología general y psicología. Cumple con las normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional” (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 3).

Centro de Salud A

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que puede estar ubicado tanto en el sector urbano como en el sector rural. Atiende a una población de hasta 10.000 habitantes, asignados o adscritos, presta servicios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos por ciclos de vida, brindan atención a través de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), en medicina familiar, medicina general, enfermería, odontología general y obstetricia, promueve acciones de salud pública y participación social; cuenta con botiquín y/o farmacia institucional. El cálculo de población rige para el sector público. (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 3 - 4).

Centro de Salud B

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) ubicado tanto en el sector urbano como en el sector rural; atiende a una población de 10.001 a 50.000 habitantes asignados o adscritos y presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y cuidados paliativos por ciclos de vida, brindando atención en medicina familiar, medicina general, enfermería, odontología general, psicología, nutrición, obstetricia, rehabilitación y dispone de farmacia institucional. Puede contar con Unidad de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPR), odontopediatría, servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, radiología e imagen de baja complejidad. Promueve acciones de salud pública y participación social. El cálculo de población rige para el sector público. (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 4).

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, medicina familiar y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología 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 contra referencia. (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 5).

Las unidades de salud de primer nivel “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” (Naranjo, Delgado, Rodríguez, & Sánchez, 2014).

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. (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 89)

La normativa de la Autoridad Sanitaria, los estándares de licenciamiento, la tipología de la unidad, la realidad territorial de acuerdo al 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, funcional. (Naranjo, Delgado, Rodríguez, & Sánchez, 2014)

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. 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. (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 90)

Red pública integral de salud

Es un desafío la construcción de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que se complementa con el sector privado con y sin fines de lucro, de forma complementaria y que en conjunto, en forma progresiva, estructura una red integrada de servicios de salud. La estructura de la red se construye conjugando la perspectiva y necesidades de la demanda y como un proceso desde el ámbito local hacia lo nacional; para hacer efectiva la garantía de la atención a las necesidades de las personas, la familia y la comunidad, incorporando al usuario como actor en este proceso de cambio.

2.2. Marco epistemológico

2.2.1. Evolución histórica de la salud en el Ecuador

En el Ecuador se reconoció como un derecho la salud de los ecuatorianos desde hace 40 años, donde tras 7 años de dictadura Ecuador inició un periodo democrático, luego paso por un referéndum y la aprobación de la Constitución Política del año 1979, que en el numeral 13 artículo 19 sección 1 título 2 se definió que “los ciudadanos ecuatoriano gozarían del derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y lo servicios sociales necesarios” (Constitución Política del Ecuador , 1979).

Con el paso del tiempo, a finales del año 1996 el Ecuador vivió un periodo de inestabilidad política que permaneció durante 10 años, generando diversos problemas en el área de la salud, principalmente en la reducción del presupuesto estatal para financiar los servicios de salud, deterioro de la infra estructura de los hospitales y demás centros de salud, debido a la falta de inversión por parte de los gobiernos de turno, de igual forma se presentó una disputa por la rectoría de , ocasionando un mala calidad de los servicios que afecto directamente a la población más pobre, debido a que se implementó un cobro directo a los usuarios.

En el año 1998 tras promulgarse el decreto legislativo N°000 se redacta una nueva constitución donde se involucra al estado como garante de los derechos de la salud, la promoción y protección teniendo en cuenta el desarrollo de la seguridad alimentaria y la provisión de los servicios básico como agua y demás elementos básicos que generen un ambiente familiar saludable, conjuntamente con la posibilidad de el acceso permanente e interrumpido de los servicios de la salud para toda la población y en especial para las más vulnerables.

Para dar cumplimiento a esta nueva carta magna se crea diversa regulaciones y reglamentos que garantizarán el cumplimiento de los derechos de la salud, siendo las más importantes la Ley de Seguridad Social publicada en el año 2001, por medio del registro oficial 465, contenida por 308 artículos y 23 disposiciones transitorias, describiéndose también las instituciones que hacen parte del Sistema Nacional de Salud, como el IESS, el ISSFA, el ISSPOL y las unidades médicas prestadoras de salud(UMPS).

Para el año 2005 el Ecuador crea la Secretaria Nacional de los Objetivos del Milenio quien se centra como objetivo principal en contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población más vulnerable del país, sin embargo este objetivo no se consolidó de la manera más efectiva, ya que para el año 2006 las encuestas acerca de las condiciones de vida, no fueron alentadoras en cuanto a la situación de salud y enfermedades, generados por la inestabilidad política y económica que trajo consigo la dolarización de la economía, afectando las condiciones de vida de diversas familias ecuatorianas.

Por tal motivo para diciembre del 2006 el Ecuador expide la Ley Orgánica de la Salud en su artículo 3 define que la salud “Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado (Ley Organica de la Salud, 2006); para el año 2007 se implementa un programa de cobertura para enfermedades catastróficas, el cual financiado por medio de un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo, bajo la dirección del Proyecto de Aseguramiento Universal de la Salud.

Para el año 2007 se promueve la redacción de una nueva Constitución Política, la cual fue aprobada en el año 2008 mediante consulta popular, donde se promulga la actual constitución que se enfoca en el marco político y de forma particular el desarrollo de los derechos sociales y ambientales, en cuanto a la salud los cambios se concentran en el artículo 32 donde se establece que la salud no solo se limita al buen estado físico y mental sino que también vincula otras áreas prioritarias relacionadas con la protección social como el acceso a los servicios públicos y demás elementos

esenciales que garanticen el entorno familiar saludable, mejorando la calidad de vida de los ciudadanos.

Bajo este contexto la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SEMPLADES) en el año 2009 formuló el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir el mismo que fue presentado por el Presidente Constitucional y aprobado por el Congreso Nacional, donde se destacan cuatro objetivos estrechamente relacionados con el derecho a la salud.

- Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad.
- Mejorar las capacidades y potencialidades de la población.
- Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población.
- Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable (SENPLADES, 2015).

Es así que el Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir junto con la agenda social y los objetivos del milenio se transformaron en los documentos guías para la construcción de un modelo de atención integral familiar, comunitario e inter cultural de la salud.

2.2.2. Descripción del Sistema de Salud Ecuatoriano

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador está conformado por dos sectores, el público y el sector privado, el sector público está representado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los

diferentes servicios de salud de las municipalidades, y las instituciones de seguridad social como el IESS, ISSFA y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional ISSPOL.

Toda la población está incluida por los establecimientos de salud del MPS y el MIES, además las municipalidades cuentan con diversos programas de atención y varios establecimientos de salud donde se proporciona atención médica a la población no asegurada, cuya estructura se presenta en la siguiente figura.

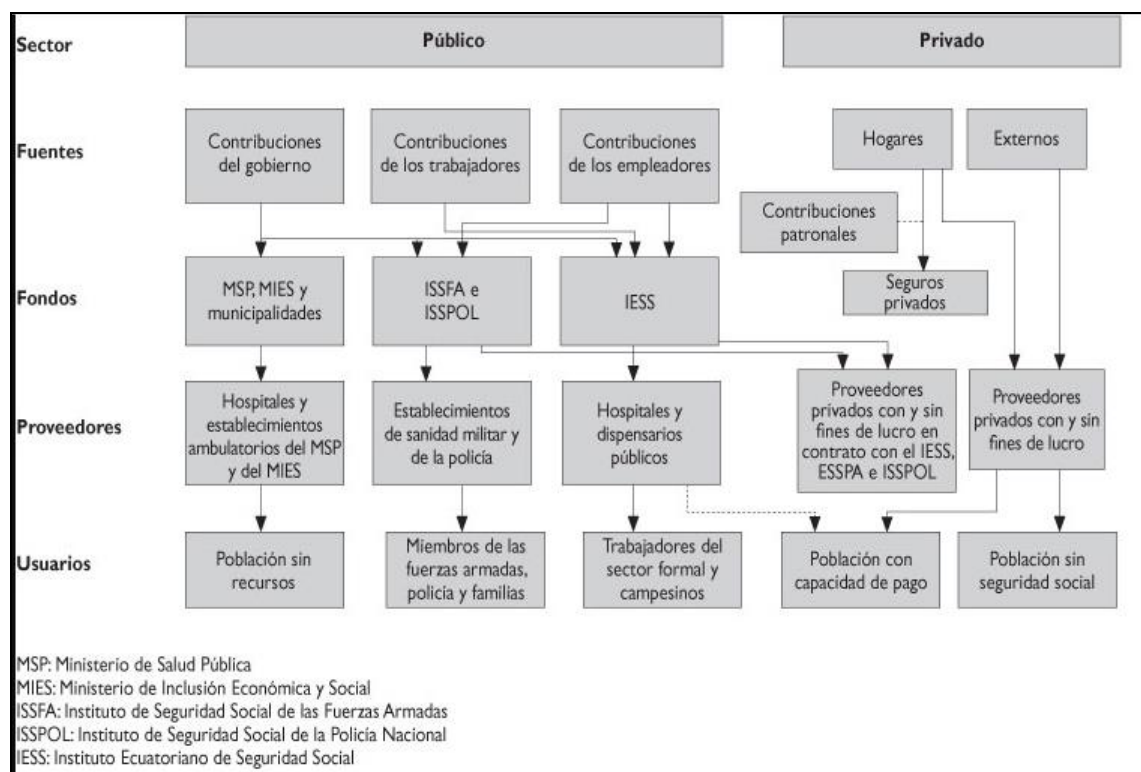


Figura 1. Organización del Sistema Nacional de Salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública , 2012)

Las instituciones de seguridad social brindan atención a la población que cuenta con un seguro médico o afiliación social, mientras que el sector privado se encarga de

proporcionar servicios de atención médica por medio de hospitales, clínicas, dispensarios, farmacias y demás empresas de medicina prepagada.

Para comprender de mejor manera la estructura del Sistema de Salud ecuatoriano a continuación se describen cada una de las instituciones que lo conforman

2.2.3. Ministerio de salud pública (MPS)

El ministerio de salud pública está conformado por varias entidades, según la Ley Orgánica se establece al Ministerio de Salud Pública, como la autoridad sanitaria, facultado como el ente rector del sistema de salud, así como también el garante del derecho a la salud, el cual es el responsable de proveer servicios de atención en salud, a más de investigar y articular los actores del sistema, contexto que se encuentra reflejado en la misión de la institución.

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud (Ministerio de Salud Pública., 2014)

Lo anterior se encuentra sustentado en el artículo 363 de la Constitución Política de Ecuador del 2008 donde se describen entre las funciones del MPS está la formulación

de políticas públicas, la universalización de la atención en salud, el fortalecimiento de los servicios estatales en salud etc.

2.2.4. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Esta entidad se fundamenta en los principios de solidaridad obligatoriedad universalidad equidad eficiencia subsidiariedad y suficiencia, está encargada de emplear el sistema de seguro general obligatorio, fue creada por medio del Decretos Supremo N° 40 el 25 de Julio de 1970 según el registro oficial N°15 del mismo año.

De acuerdo con la constitución del 2008 se plasma en el artículo 369, el seguro universal obligatorio de la siguiente manera:

El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la Ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud (Constitución Política del Ecuador , 2008).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad autónoma responsables de la administración de las prestaciones de contingencias del seguro social obligatorio a todos los afiliados, según los datos estadísticos el IESS atiende al 28% de los trabajadores formales, así como también al sector rural por medio del seguro social campesino.

Seguro Social Campesino

De acuerdo con la Constitución Política del 2008 el Seguro Social Campesino acoge a la población rural, entrega prestaciones de salud y económicas. Las prestaciones de salud consisten en atención médica, ginecológica y odontológica; y las económicas en el pago mensual de jubilaciones por vejez e invalidez; y también el pago auxilio de funerales.

Instituto de seguridad social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA Y ISSPOL)

Dentro del Sistema de Salud Ecuatoriano existe regímenes dependientes del Instituto de Seguridad Social de las respectivas instancias las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional cuentan con servicios ambulatorios y hospitalización para sus miembros y sus familiares cuyo funcionamiento obedece a la modalidad del seguro de salud.

Artículo 370. "...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 formarán parte de la Red Pública Integral de Salud y del Sistema de Seguridad Social" (Constitución Política del Ecuador , 2008)

En el año de 1992 según la Ley de Seguridad Social se establece que los organismos de las Fuerzas Armadas serán una entidad autónoma con finalidad social, personería jurídica y patrimonio propio el cual no está sujeta a la intervención de la Contraloría General del Estado.

2.3. Marco conceptual

La Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El hecho de gozar del mejor estado de salud que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sea cual sea su raza, religión, opiniones políticas, condición económica o social. Los Gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo; sólo pueden cumplir esa obligación tomando las medidas sanitarias y sociales adecuadas (Giroux, 2011).

Los Sistemas de Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se establece que estos se definen como un sistema de salud que abarca todas las actividades, con el objetivo principal de promover, restablecer o mantener la salud de todas las personas en conjunto (OMS, 2013)

La Atención Primaria de Salud

A lo largo de varios años los Sistemas de Salud se basaron en la atención dispensada a los enfermos en las estructuras médicas, mencionando que la arquitectura de los sistemas de salud debía privilegiar los servicios de salud esenciales, incluidos los servicios de prevención y los destinados a promover la salud, y garantizar que fueran accesibles a todos. Actualmente, esa orientación estratégica sigue siendo la base principal en la que se apoya la construcción de los sistemas de salud. En la

Declaración de Alma-Ata en Septiembre de 1978, se recalca que debe garantizarse a todos el acceso a los servicios de salud esenciales, más allá del contexto político. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.(OMS, 2013).

La Estrategia de Atención Primaria de la Salud

Esta sigue siendo pertinente, pero debe adaptarse a los problemas de salud, a la evolución demográfica, al cambio de las políticas nacionales de salud que, cada vez más, tienden a apoyarse en el sector privado, entre otras (OMS, 2014).

Las acciones médico sanitario de urgencia

Las acciones médico sanitarias de urgencia permiten prestar atención, en jornadas laborales de 8 horas, servicios de salud primarios esenciales.

Los servicios de salud

Un servicio de salud tiene por finalidad la realización concreta de actividades, con la ayuda de recursos materiales, humana y logística. Los servicios de salud cumplen con

actividades específicas tales como las campañas de vacunación, la educación para la salud, las consultas médicas (Hospital Universitario del Valle, 2010).

Los niveles primario y secundario de los servicios de salud

El nivel primario corresponde al primer contacto de la población con los servicios de salud. Estos servicios se prestan directamente dentro de la población o en un perímetro de proximidad aceptable. El nivel secundario corresponde a todos los servicios de salud que se prestan en el marco hospitalario. Esta distinción no es absoluta (Acevedo & Conde , 2013).

El marco lógico dentro de la salud

El marco lógico permite reunir en una matriz los elementos que se describen a continuación de manera sucinta:

1. La lógica de la acción:

- Objetivos globales que describen la perspectiva con la cual se ejecutará la acción;
- Objetivo específico que se pretende alcanzar con la acción;
- Resultados: producto de las actividades emprendidas que, en su conjunto, permitirán alcanzar el objetivo específico;
- Actividades: trabajos necesarios para alcanzar los resultados.

2. Los indicadores que permiten establecer en qué medida se han alcanzado los objetivos y en qué medida las actividades se han realizado según criterios de calidad reconocidos previamente;

3. Los métodos utilizados para medir los indicadores;
4. Las hipótesis en las que se basa el éxito del proyecto; son factores externos que escapan a la influencia directa de la intervención, pero que son importantes para alcanzar los resultados y los objetivos (Ordoñez & Vásquez, 2017).

2.4. Estado del arte

2.4.1. Calidad de la atención medica

Actualmente, los servicios de salud deben ser otorgados y asignados a los usuarios con mínimos estándares de calidad, por consiguiente, debe tener basta prestancia y atención en todas las etapas del proceso de la gestión, toda vez que se persigue la búsqueda de la salud de personas con la esperanza de verla recuperada para retomar sus actividades cotidianas y aportar al campo de acción social. De esta manera el propósito de la calidad debe estar orientado a la satisfacción de los usuarios en todos sus servicios, sólo así se configura que no sólo responde a la aspiración por la mejora de las capacidades institucionales, sino también se encuentra por sobre todo los derechos fundamentales de la persona, la vida (Contraloría General de la República, 2018).

Existen multitud de definiciones sobre la calidad de asistencia médica, destacando la propuesta de la Organización Mundial de Salud (OMS), por tener un carácter sistémico: La calidad de asistencia médica se produce cuando el establecimiento de salud le otorga al paciente desde la etapa diagnóstica, los procedimientos terapéuticos necesarios, considerando los conocimientos y aquellos factores que pueden estar debilitando la salud, redimensionar la concepción empírica, servicios que deben ser

otorgado de manera integrada para asegurar y conseguir una atención sanitaria óptima y la satisfacción plena del paciente en relación paciente – médico y del propio servicio médico y así poder lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (OMS, 2014).

En tal sentido, es de vital importancia, que el establecimiento de salud no sólo debe estar centrado su atención en el paciente sino también en la familia y la sociedad, sino que se debe controlar muy bien cada uno de los componentes requeridos para asegurar que los servicios ofrecidos sean catalogados de calidad en la entrada, proceso y salida, la responsabilidad es mayor en un servicio de atención médica y tiene que quedar comprendido en tal magnitud por todo el cuerpo médico del establecimiento, dándole un carácter necesariamente sistémico.

De igual manera se menciona sobre la calidad de la atención médica, que esta es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. La obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes”. Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría (d'Empaire, 2010).

Por ello, Gonzales y Gallardo (2012), mencionan que la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el

primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente.

Aportando por otra parte que los establecimientos de salud deben reorientar sus políticas de salud donde la ganancia se concentre en el paciente y no como viene ocurriendo en la actualidad que la deshumanización de los actores de salud lo cual impide el acceso a un servicio digno, una atención en salud oportuna y de calidad. La rentabilidad del establecimiento de salud debe ser determinada por los grados de satisfacción emitidos por el paciente respecto a la atención prestada en el ámbito médico, pero, también, económico, con tarifas planas, tiempos cortos y plausibles, reducción del engorroso trámite administrativo de manera que satisfagan la actividad dinámica del paciente y sobre todo debe evidenciarse una acción razonable de interacción entre la ciencia, tecnología y la interacción paciente médico a fin de humanizar cada vez mejor los servicios de la salud pública y privada (González & Gallardo , 2012).

De igual manera se menciona que la atención médica de calidad, se enfoca a otorgar atención al usuario con oportunidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, así como, los prestadores de dichos servicios y de la Institución, reduciéndose de tal forma a procedimientos engorrosos de carácter administrativo, los cuales hace del profesional médico una actividad urgente e importante, desarrollando

un conjunto de cualidades que demuestran poseer un sólido marco axiológico, alta cultura científica y revaloración permanente del ejercicio profesional.

La calidad debe ser visible y sentida en los pasillos del propio establecimiento donde la comunicación boca a boca debe ser una expresión que sintetiza el nivel de servicio que se está ofreciendo, por tanto, debe ser canalizada mediante estrategias que recojan tan valiosa información, posteriormente pueda ser acompañada y monitoreada permanentemente. Además, la calidad, debe ser expresada en un conjunto de evidencias, existencia de un registro donde se demuestre acciones, sucesos, de cada uno de los procedimientos realizados y que son avalados por los propios usuarios beneficiarios de la atención médica (Martín, Chávez, Conill, & García, 2018).

Conforme lo expuesto anteriormente se menciona que el servicio de salud de calidad, está centrado básicamente en la percepción favorable del paciente y la familia, satisfacción plena, protegiendo la dignidad humana y salvaguardando en todo momento el derecho de la persona.

Sumando a ello que, los conceptos mencionados reflejan ideas concisas sobre la calidad de la atención médica misma que incluye muchas cualidades. Por ello, el aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias, este depende de

la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.

2.4.2. Satisfacción del paciente

En compendio de ello, el mejoramiento continuo de la calidad permitirá generar un mayor nivel de satisfacción del usuario, implicando una experiencia racional o cognitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Dichos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud (Díaz, 2012).

Por lo tanto el Ministerio de Salud hace su aporte abordando las inquietudes del usuario externo que son aspectos tan esencial para la atención de buena calidad Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobretodo, de que obtenga el servicio que procura (Parra, y otros, 2012).

Mencionando de tal manera que cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los

estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.

La satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes (López, Luque, Gómez, Cuesta, & Crespo, 2016).

Finalmente, se menciona dentro de este campo que los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Asumiendo de tal manera que los establecimientos de salud deben contar con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias. La voz, opinión y sugerencias del usuario pasa a ser el foco de la atención en el marco del desarrollo de deberes y derechos en salud tanto de proveedores de servicios como de usuarios externos.

Lo cual da paso a los niveles de satisfacción del usuarios, estableciendo de tal forma que para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total, señalando que el mejoramiento de la calidad depende exclusivamente de:

- a. comunicación, es importante hacer uso adecuado del lenguaje verbal, sin tecnicismos que puedan provocar la angustia del paciente. También hacer uso adecuado del lenguaje extra verbal. El paciente requiere explicaciones cuidadosas de lo que se le va a practicar, desea que se le informe con oportunidad de los procedimientos a los que se verá sometido y dar su consentimiento para que se realicen,
- b. conocimiento del paciente, el médico será cauteloso para conocer la situación que atraviesa su paciente y muy respetuoso en cuanto a la manera de ayudarlo a buscar una solución, sin hacer juicios ni críticas de su comportamiento
- c. involucramiento, “la empatía puede ayudar al profesional de la salud a imaginar y finalmente comprender, lo que el usuario está sintiendo, sin convertirse él en paciente y de esta forma sentir mejor todo aquello que nos es común a los seres humanos” de poder ser significativamente un buen apoyo al paciente,
- d. Confianza, que inspira el médico que atiende al paciente es un buen indicador de su grado de satisfacción
- e. Trato, el usuario es tratado como persona en toda la extensión de la palabra con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información (León, 2017).

Es de tal manera que las dimensiones de la calidad de la atención médica mencionadas anteriormente se definen como un conjunto de indicadores que miden el

grado de satisfacción, en la percepción que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por los profesionales de la salud cuando requiere el usuario.

2.4.3. Servicios de salud primarios estandarizados desde el enfoque de la asistencia

De esta manera es imperante que se referencie el servicio de salud como tal, de manera que se genere el vínculo existente entre la misma y el análisis de la atención que se brinda en los servicios de salud primarios. Ciertamente los servicios de salud primarios deben estar vinculados al sector hospitalario, por lo cual la decisión de trabajar o no en el nivel hospitalario deriva del análisis de todo el sistema de salud de forma previa (Acosta & Vega, 2016).

En torno a ello, se genera un vínculo con un enfoque integrado de la asistencia en el cual se menciona:

- Un análisis de las nuevas situaciones efectuado conjuntamente en el ámbito de la asistencia.
- Un plan de acción que tome en consideración la necesidad de una coherencia entre los servicios prestados por las unidades de salud.
- Seguimiento integrado de las acciones médicas.

Servicios de salud primarios

Dicho seguimiento integrado de las acciones medicas conlleva a una estandarización de los servicios de salud primario para que el proceso sea más factible y efectivo, en dicho contexto, se genera la necesidad de mantener un seguimiento de

los servicios a través del establecimiento de los indicadores que deben utilizarse para el seguimiento de cada servicio de salud primario, en los cuales se menciona que los factores principales de análisis son:

- La calidad del servicio prestado (seguimiento de las herramientas que sirven para mejorar la calidad del servicio);
- La cobertura del servicio (León, 2017).

Conforme dichos factores de análisis, es esencial también análisis las estrategias para que estas también se estandaricen dentro de los servicios de salud primarios mencionando que:

- Evolución de las prioridades sanitarias a medida que avanza la acción médica.
 - ✓ Políticas de salud;
 - ✓ Mayor compromiso de las autoridades, o responsabilidades no asumidas;
 - ✓ Cambios de personal en el sistema de salud (León, 2017).
- Condiciones de participación de la población
 - ✓ De orden técnico, como la evolución de las morbilidades específicas que ya se han identificado en el marco del seguimiento de los servicios básicos de salud;
 - ✓ De orden político, como la actitud de las autoridades de salud, que podrá seguirse gracias a los responsables de salud;
 - ✓ De orden sociológico, como la actitud de la población hacia los servicios de salud (León, 2017).

Mediante dichas condiciones se logra realizar un seguimiento de los servicios de salud primarios, estandarizados a través de las actividades en el ámbito de la salud se inscriben en una estrategia global que se apoya en los modos de acción establecidos dentro de las instituciones de salud. Es así que en dicho sentido los cambios de estrategia dependen del análisis de los indicadores mencionados más arriba. Así, el paso de la sustitución al apoyo depende, entre otros factores, de:

- El análisis de la manera que evoluciona en relación a la urgencia de las necesidades en materia de salud;
- El análisis de la voluntad y la capacidad de las autoridades de asumir la responsabilidad de los servicios (León, 2017).

Es así, como el seguimiento puede considerarse como un factor de estandarización entre los diversos ámbitos de actividad relacionados con la salud, así como en las relaciones de esos ámbitos con las acciones relativas a la seguridad física y comunitaria. Estableciendo en dicho sentido que, el análisis integrado de todos esos indicadores permite no sólo seguir de cerca la prestación de los servicios de salud primarios, sino también su estandarización en la acción de asistencia, y más generalmente en el conjunto de la acción.

Mencionando en dicho sentido que a través de esta estandarización los servicios de salud primarios tendrán la capacidad de afrontar la mayor parte de los problemas de salud de la población, siendo técnicamente, el resultado de múltiples experiencias en el campo, combinadas con la investigación que les otorga verdadera credibilidad; sin

embargo, sus modalidades de puesta en práctica son muy complejas y exigen un análisis específico de cada situación (Forrellat, 2014).

La participación que desempeña el personal de salud en los procesos de análisis y estandarización de los servicios primarios de salud contribuyen a la toma de decisiones en todos los niveles y es esencial, considerando que si se desea aplicar una estrategia de salud coherente y confiable, es necesario mantener un contacto directo y privilegiado con la población, lo cual se puede aprovechar para sus actividades de protección. No es éste un efecto secundario de la acción de los servicios de salud primarios, sino una responsabilidad plena del personal de salud.

2.4.4. Gestión por procesos

La norma ISO 9001 define a un proceso como el uso de todos los recursos posibles enfocada a la satisfacción del cliente, mediante la realización de una actividad o la entrega de un producto. Por lo tanto, cuando se habla de proceso existe una relación implícita que debe ser comprendida, esta relación se conoce como “Relación Proveedor-Productor-Usuario” (ISO, 2015).

En torno a ello la gestión por procesos permite que, a partir del desarrollo de acciones de evaluación, vigilancia, seguimiento y comprobación se pueda optimizar y conducir otros procesos que se llevan a cabo, mediante la obtención de datos que faciliten la toma de decisiones centradas en la prevención, antes que, en la corrección, para de esta forma generar planes centrados en la mejora permanente y efectividad. Por esta razón, su forma de funcionamiento se centra en recopilar información respecto

a otros procesos y usarla de tal manera que se convierta en una herramienta fundamental por parte de los clientes internos, al momento de utilizar dichos conocimientos que pueden influir sobre las decisiones tomadas (Arboleda, 2015).

En dicho sentido, esta gestión se encarga de llevar a cabo procesos de forma óptima, los cuales deben ser corregidos y mejorados si no funcionan de manera adecuada, conteniendo los siguientes elementos para su correcto desarrollo:

Planificación.- Esta actividad permite el establecimiento de objetivos y actividades a partir de un conjunto de políticas y requerimientos, para lo cual es fundamental tomar en cuenta lo que se desea lograr para de esta manera, recolectar información que permita entender un proceso, y analizar las problemáticas generadas, así como las causas de las mismas (Gobierno de Canarias, 2011).

Realización.- Se trata de una actividad mediante la cual se llevan a cabo los procesos, y de esta manera se ponga en práctica el plan desarrollado, registrando cada una de las acciones que se llevan a cabo, además que debe ser conocido por las personas que forman parte de la organización (Hernández & Estrada, 2012).

Verificación.- Se establece como una actividad mediante la cual se vigila y evalúa los procesos que se llevan a cabo, a fin de obtener resultados respecto a los cambios producidos, que con el paso del tiempo pueden variar dando paso a nuevos datos, que deben ser analizados tomando en cuenta el contexto en el cual se generan (Hernández & Estrada, 2012).

Actuación.- Actividad que permite formular acciones mediante las cuales se busca mejorar el desempeño de cada proceso, para lo cual es fundamental medir los resultados que se obtienen en el tiempo, documentar las transformaciones desarrolladas, e informar al personal respecto a los cambios que se van a generar dentro de la organización (Gobierno de Canarias, 2011).

- En resumen, los pasos para llevar una gestión por proceso son:
- Identificar el segmento del mercado
- Representar el mapa del proceso
- Determinar la estructura del costo por proceso
- Mejorar continuamente y por siempre los procesos

Beneficios de la Gestión por Procesos

Al establecer un riguroso diseño de cada proceso, el rendimiento aumenta porque no se malgastan recursos ni tiempo en esfuerzos inútiles. La gestión por procesos también aporta beneficios mediante la alineación para alcanzar un objetivo común orientado al cliente, brindando un marco para el rediseño del trabajo (reingeniería).

Así el éxito de una empresa en definitiva, dependerá de la correcta ejecución de sus procesos bien diseñados.

Los sistemas de gestión tradicionales, generalmente no priorizan a los procesos y fueron diseñados y aplicados para estructuras organizadas por funciones, pero a medida que este esquema orientado a la gestión de procesos empieza a arraigarse, todos los sistemas de la organización se reenfojan para dar soporte a los procesos.

Los empleados trabajan en equipos, no en departamentos, su remuneración está vinculada a los resultados, no a las actividades que realizan ni a su antigüedad en la empresa, los gerentes en lugar de supervisar, brindan asistencia a sus subordinados, los sistemas informáticos se integran para dar apoyo a los procesos en todas sus etapas, no a departamentos específicos y la cultura de la organización alienta tanto la responsabilidad individual como la colectiva.

Además de contribuir a un mejor rendimiento, la gestión basada en procesos aporta un marco para integrar iniciativas de mejoras, con una orientación mucho más estratégica.

Procesos: La palabra Proceso proviene del latín processus que significa: avance, progreso.

Un proceso es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas, que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs: productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y actividades específicas que implican agregar valor, para obtener ciertos resultados (outputs).

Se define al proceso como: "una unidad en sí que cumple un objetivo completo, un ciclo de actividades que se inicia y termina con un cliente o un usuario interno" [Carrasco, B., 2001, pg.11] . La familia de normas ISO 9000 corresponde a un conjunto de índices de referencia de las mejores prácticas de gestión con respecto a la calidad, que se encuentran definidos por la ISO (Organización Internacional de Normalización). La versión 2008 de la norma ISO 9001, que es parte de la familia ISO 9000, se

concentra principalmente en los procesos usados para producir un servicio o producto, con el propósito de agregar valor para un tercero en esta transformación .

Así, en procesos industriales, la idea anterior se concreta en la entrada de materiales (materia prima), que finaliza en un producto terminado de más valor, utilizando máquinas, energía, recursos y mano de obra. En los procesos de tipo administrativo, también existen actividades y se utilizan recursos (insumos), en particular el tiempo de las personas, que se transforman, agregándoles valor y generando básicamente un servicio.

Elementos del proceso

Los elementos que conforman un proceso son:

1. Inputs: recursos a transformar, materiales a procesar, personas a formar, informaciones a procesar, conocimientos a elaborar y sistematizar, etc.

2. Recursos o factores que transforman: actúan sobre los inputs a transformar. Aquí se distinguen dos tipos básicos:

a) Factores dispositivos humanos: planifican, organizan, dirigen y controlan las operaciones.

b) Factores de apoyo: infraestructura tecnológica como hardware, programas de software, computadoras, etc.

3. Flujo real de procesamiento o transformación: La transformación puede ser física (mecanizado, montaje etc.), de lugar (el output del transportista, el del correo, etc.), pero también puede modificarse una estructura jurídica de propiedad (en una transacción,

escrituración,

etc.).

Si el input es información, puede tratarse de reconfigurarla (como en servicios financieros), o posibilitar su difusión (comunicaciones).

4. Outputs: son básicamente de dos tipos:

a. Bienes: tangibles, almacenables, transportables. La producción se puede diferenciar de su consumo. Es posible además una evaluación de su grado de calidad de forma objetiva y referida al producto.

b. Servicios: intangibles, acción sobre el cliente. La producción y el consumo son simultáneos. Su calidad depende básicamente de la percepción del cliente. No todas las actividades que se realizan en las organizaciones son procesos. Para determinar si una actividad es un proceso tiene que cumplir con los siguientes aspectos:

- La actividad debe tener una misión o propósito claro.
- Contiene entradas y salidas.
- Se pueden identificar los clientes, proveedores y el producto final.
- Debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- Puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempos, recursos, costos).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

Un proceso comprende obviamente, una serie de actividades realizadas en diferentes áreas de la organización, que deberán agregar valor, proporcionando así un servicio a su cliente. Este cliente podrá ser un cliente interno o un cliente externo. Así la

gestión por procesos es una forma de organización, en la cual debe prevalecer la visión del cliente por sobre las actividades de la organización.

Se definen los procesos y se gestionan de modo estructurado, y sobre la mejora de cada uno de ellos se basa la mejora de toda la organización.

Considerar los procesos aporta una visión integral que permite entender la globalidad de una actividad. Así tendremos una idea de que se está construyendo un edificio con una visión mucho mayor que el solo hecho de considerar la actividad de pegar ladrillos.

El enfoque hacia el proceso ofrece una visión horizontal de la organización y da respuesta a un ciclo completo, desde que se realiza el primer contacto con el cliente, hasta el momento en que éste recibe satisfactoriamente el producto o servicio, e incluso la atención posterior.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque de investigación

El presente estudio es cualitativo debido que el ambiente natural y el contexto que se da el problema es la fuente directa y primaria y la labor del investigador constituye ser el instrumento clave en la investigación donde se analizará la administración en base a procesos de las unidades de salud de primer nivel de la Policía Nacional.

3.2. Método de investigación

El método utilizado en esta investigación, tomando en cuenta los objetivos es el método deductivo debido a que se partirá de lo general a lo particular utilizando, matrices proporcionadas durante el aprendizaje ya que con el análisis y estandarización de procesos se promoverá a la mejora de la atención brindada por las unidades de salud de primer nivel de la Policía Nacional.

3.3. Población

La población de esta investigación serán las Unidades de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional de la ciudad de Quito.

Tabla 2.

Población de la investigación

N.	INSTITUCION	TIPOLOGIA
1	CENTRO DE SALUD CARCELÉN	TIPO A
2	CENTRO DE SALUD LA DELICIA	TIPO B
3	CENTRO DE SALUD CENTRO HISTÓRICO	TIPO A
4	CENTRO DE SALUD EUGENIO ESPEJO	TIPO B

CONTINÚA



5	CENTRO DE SALUD MANUELITA SAENZ	TIPO A
6	CENTRO DE SALUD ELOY ALFARO	TIPO B
7	CENTRO DE SALUD LA ARMENIA	TIPO B
8	CENTRO DE SALUD CARAPUNGO	TIPO B
9	CENTRO DE SALUD QUITUMBE	TIPO A

3.4. Técnicas de investigación

En la investigación se desarrollaron las siguientes técnicas:

- Observación.
- Entrevista.

3.5. Estrategias de investigación

En la investigación se utilizaron las siguientes estrategias:

- Fichas de registro.
- Fichas de levantamiento de información.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE LA POLICIA NACIONAL

4.1. Información General

El 4 de enero de 1938, el Sr. General Alberto Enríquez Gallo, Jefe Supremo de la República, organizó militarmente a la Institución en su estructura y jerarquía y le asignó el nombre de Fuerzas de Policía, en cuyo marco el 22 de febrero 1938 se expidió la primera ley de personal bajo el título de Ley de Situación Militar y Ascensos de la Fuerzas de Policía, y pocos días después se decretó la creación de la Escuela Militar de Carabineros, como establecimiento para la formación de oficiales.

En 1938, en la Escuela de Formación de Oficiales se inició una enfermería siendo el primer enfermero el Sr. Carlos Mosquera Sánchez, estudiante de medicina, quién debía cumplir con la función de curar y auxiliar a los cadetes de la Escuela Militar de Carabineros.

Por decreto ejecutivo No 1882, publicado en el Registro Oficial No 707 del 5 de enero de 1959, el Dr. Camilo Ponce Enríquez, Presidente Constitucional de la República, en uso de la facultad que le concede el Art. 92 numeral 2do. de la Constitución de la República decreta el Reglamento General de Sanidad de la Policía Nacional del Ecuador, que en el marco de la Ley Orgánica de la Policía Nacional, Capítulo III, Sección Segunda, párrafo Segundo de las Direcciones Generales, señala que:

Art. 32: El Departamento de Sanidad, subordinado a la Dirección General de Personal, es el encargado de dirigir y administrar el Servicio de Sanidad de la Policía Nacional, con el propósito de mantener el más alto nivel de salud de los miembros de la Policía en servicio activo, y situación de retiro, de sus familiares, gozarán de asistencia en los establecimientos hospitalarios y sociales de la Policía Nacional, de acuerdo a los reglamentos pertinentes. (Policia Nacional del Ecuador, 2006, p. 15)

Desde 1995, la Dirección Nacional de Salud, en ese entonces Dirección General de Salud, adopta como política institucional la organización y funcionamiento como un Sistema de Salud e inicia un trabajo de reordenamiento de los servicios creados hasta ese entonces en los 3 niveles de atención que se describe en el ordenamiento por sistemas.

El Sr. Comandante General de la Policía Nacional, mediante oficio No. 98-1745-CG-PN, del 27 de julio de 1998, solicita la aprobación del Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional del Ecuador, atento al pedido constante en resolución No. 98-163-CG-PN de fecha 26 de mayo de 1998 se aprueba dicho Reglamento. Según Acuerdo Ministerial No. 1068 del Ministerio de Gobierno y Policía y en Orden General No. 171 del 4 de septiembre de 1998, se publica el Primer Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud, con una visión de sistema de salud y la denominación de las enfermerías como sub centros de salud.

Con la vigencia de la nueva Ley Orgánica de la Policía Nacional a partir del 24 de Julio de 1998, se crea la Dirección Nacional de Salud (DNS), como parte de las

direcciones nacionales de servicios, encargadas de planificar y definir los servicios policiales y controlar evaluar su cumplimiento

¹.- A partir de Agosto de 1998 entra en vigencia el Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud cuya naturaleza y objetivos establece que es responsable de “Estructurar y administrar el Sistema de Servicios de Salud de la Policía Nacional.”

².- Se adopta estructuralmente la organización por sistemas de los servicios de salud. Desde esa época hasta la actualidad, uno de los propósitos clave de la DNS ha sido el fortalecimiento y mejoramiento continuo del Sistema de Salud de la Policía Nacional.

La Ley Orgánica de la Policía Nacional en el Registro Oficial 368 de 24 de Julio de 1998 establece, que la organización y funcionamiento, deberes y atribuciones de las Direcciones Nacionales y Generales se determinarán en sus respectivos reglamentos.

El 5 de enero del 2004 con oficio No. 2004-0008-DNS-PN, el señor Director Nacional de Salud, remite al Sr. Jefe del Estado Mayor de la Policía Nacional, el nuevo Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional para su conocimiento, análisis y aprobación el mismo que fue elaborado mediante consenso con los profesionales que conforman Sistema de Salud, integrado por Hospitales, Centros y Sub centros en tres niveles de atención en el marco del Sistema de Salud de la Policía Nacional. Mediante oficio No. 2004-0175-CsG-PN, de

¹ Escuela de Especialización y Perfeccionamiento de Oficiales. "Legislación Policial Actualizada". Edición Especial. XXIX Curso de Capitanes.1999. p.15.

² Policía Nacional del Ecuador. Reglamento orgánico funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional del Ecuador. Quito- Ecuador. 1998. p. 1-2.

fecha 10 de febrero del 2004, dirigido al Director Nacional de Salud por el Consejo de Generales de la Policía Nacional que en resolución No. 2004-138-CsG-PN, aprueba, autoriza y entra en vigencia el nuevo Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud. Mediante Acuerdo Ministerial No. 104 del 8 de mayo del 2006 se reforma el reglamento en vigencia.

4.2. Beneficiarios

Las unidades de atención de primer nivel brindan atención a personal policial en servicio activo, pasivo, montepío y derecho habientes, y población civil en el cual, el paciente es atendido, y si amerita atención de especialidad es referido al segundo nivel de atención.

4.3. Aspectos físicos y geográficos

Dentro del Distrito Metropolitano de Quito existen nueve unidades de salud de primer nivel las mismas que se encuentran ubicadas en las siguientes direcciones:

Tabla 3.
Aspectos físicos y geográficos

N.	INSTITUCION	DIRECCION
1	Centro de Salud Carcelén	República Dominicana 84-136 y Andrés Guillen.
2	Centro de Salud La Delicia	Av. Del Maestro S/N y Av. Galo Plaza Lasso.
3	Centro de Salud Centro Histórico	Cuenca N3-39 y Mideros.
4	Centro de Salud Eugenio Espejo	Calisto Arteta y Avda. Mariana De Jesús.
5	Centro de Salud Manuelita	Montufar Entre Manabí y Esmeraldas.

CONTINÚA



Sáenz	
6	Centro de Salud Eloy Alfaro Angamarca S17-132 y Hernán Gmoiner.
7	Centro de Salud La Av. Sebastián De Benalcázar y Gualberto Arcos. Armenia
8	Centro de Salud Carapungo Calle Padre Luis Vaccari y Carihuirazo.
9	Centro de Salud Quitumbe Av. Lirañan y Amaruñan.

Fuente: Dirección Nacional de Salud Policía Nacional.

4.4. Cartera de servicios

En la actualidad las unidades de salud cuentan con los siguientes servicios:

- Medicina General
- Odontología General
- Enfermería General

4.5. Servicios de apoyo

- Psicología Clínica.
- Laboratorio Clínico General.
- Botiquín Institucional.
- Rehabilitación física.

4.6. Descripción física de las unidades de salud de primer nivel de atención de la policía nacional.

- Sala de espera
- Admisión
- Toma de signos vitales
- Procedimientos
- Archivo
- Botiquín
- Bodega
- Consultorio polivalente
- Consultorio odontología
- Baños
- Vestidores.

4.7. Modalidades de atención

Las unidades de salud de primer nivel de atención de la Policía Nacional brindan sus servicios en las siguientes modalidades:

- Atención intramural.
- Atención extramural.
- Atención Prehospitalaria.

4.8. Talento humano

Las unidades de salud cuentan con talento humano que atienden en jornada

ordinaria de 07h00 a 16h00 de lunes a viernes y con turnos establecidos de 08h00 a 16h00 los fines de semana.

- Medicos general.
- Odontólogos.
- Enfermeras.
- Psicólogo clínico
- Auxiliar administrativo.
- Bioquímica clínica (Laboratorista).
- Fisioterapista.

4.9. Cadena de valor

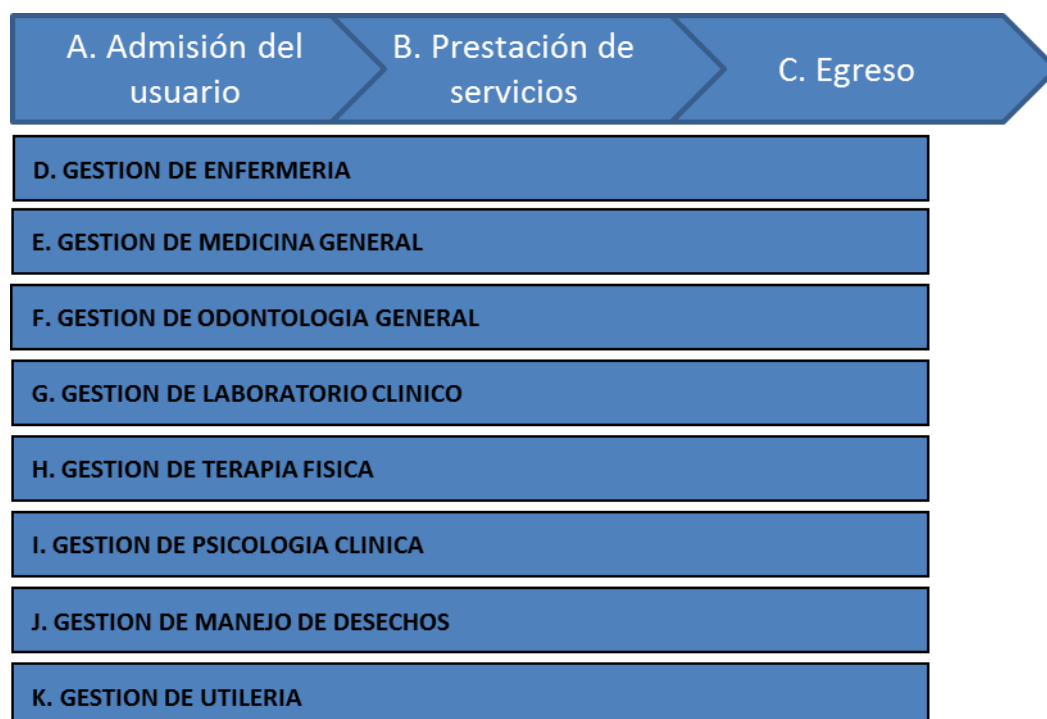


Figura 2. Cadena de Valor

Fuente: (Dirección nacional de salud de la policía nacional Ecuador, 2015)

4.10. Mapa de procesos

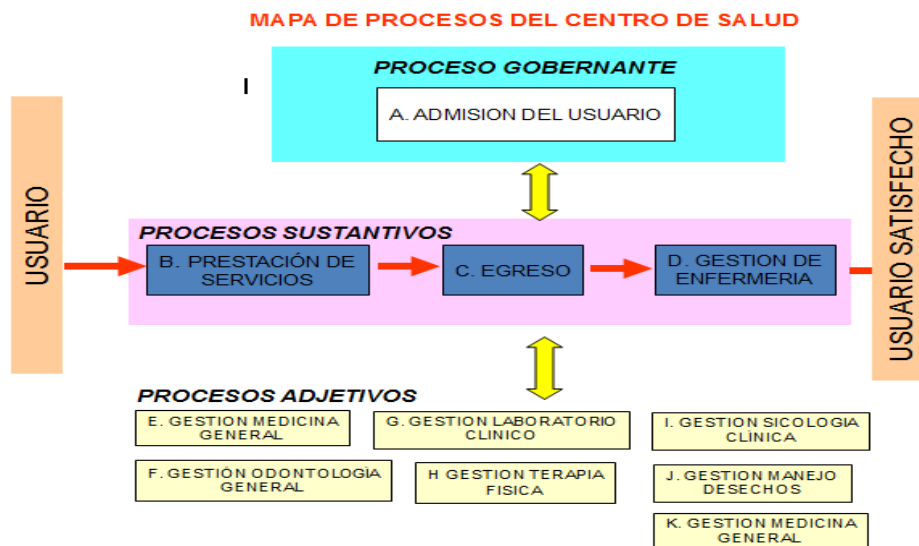
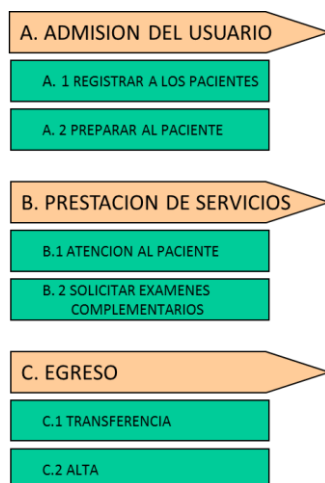


Figura 3. Mapa de procesos

Fuente: (Dirección nacional de salud de la policía nacional Ecuador, 2015)

4.11. Inventario de procesos



D. GESTION DE ENFERMERIA

D.1 ATENCION DE PRECONSULTA

D.2 ATENCION DE POST CONSULTA

E. GESTION DE MEDICINA GENERAL

E.1 ATENCION MEDICA

E.2 SOLICITAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS
ALTA

F. GESTION DE ODONTOLOGIA GENERAL

F.1 ATENCION AL PACIENTE

F. 2 SOLICITAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS

G. GESTION DE LABORATORIO CLINICO

G.1 TOMAR MUESTRAS AL PACIENTE

G.2 PROCESAR LAS MUESTRAS

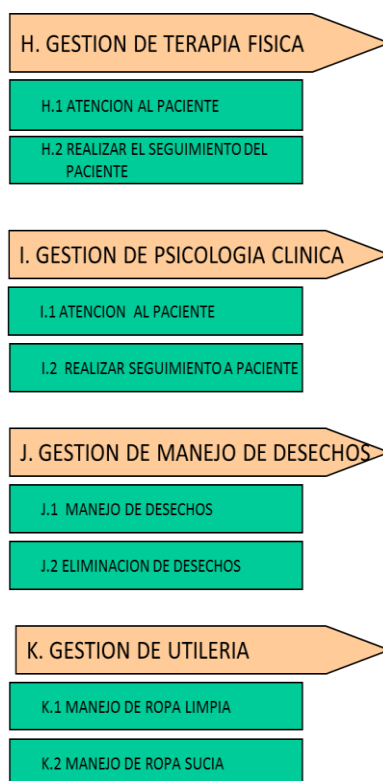


Figura 4. Inventario de procesos

Fuente: (Direccion nacional de salud de la policia nacional ecuador, 2015)

4.12. Análisis interno – externo de las instituciones de salud de primer nivel

El análisis FODA tiene como objetivo el identificar y analizar las Fortalezas y Debilidades de la Institución u Organización, así como también sus Oportunidades y Amenazas.

Tabla 4.*Componentes ambiente interno***COMPONENTES AMBIENTE INTERNO**

DESCRIPCION	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Predisposición al cambio.	X	
No contar con talento humano capacitado en gestión y administración de servicios de salud.		X
Predisposición al cambio.	X	
Talento humano comprometido	X	
Respaldo a planes de mejora institucional	X	
No disponer de un manual de procesos institucional acorde con el nivel de complejidad.		X
El personal encargado de las unidades de salud son asignados de acuerdo al rango jerárquico		X

Tabla 5.
Componentes ambiente externo

COMPONENTES AMBIENTE EXTERNO		
DESCRIPCION	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Creciente demanda de los servicios de salud		X
Satisfacción con la atención brindada	X	
Falta de recursos económicos		X
Apoyo logístico y operativo por parte de la Dirección Nacional de Salud.	X	
Implementación de propuesta de gestión por procesos	X	

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Con la realización de la presente investigación se analizó y se estandarizó los servicios de salud de las unidades de primer nivel de la Policía Nacional con el fin de crear un sistema de gestión de calidad que permita ser dinámico y exigente de acuerdo a las demandas actuales de los usuarios y que responda a las necesidades del entorno.

Se identificó los procesos técnicos-administrativos de las unidades de salud de primer nivel de la Policía Nacional lo cual nos permitió organizarlos en macro procesos, a través del análisis de la información generada de servicios y así cumplir con los propósitos definidos por la Dirección Nacional de Salud.

Se diseñó el manual de procesos como una alternativa de mejoramiento continuo institucional, el cual permitirá contribuir al control y seguimiento interno y externos de los procesos técnico – administrativos que se ejecutan en las unidades de salud de primer nivel de atención.

La aplicación de la gestión por procesos permitirá administrar las unidades de atención de primer nivel como un todo a través de la definición de actividades que agregan valor, trabajo en equipo y la disposición de recursos necesarios para su ejecución.

5.2. Recomendaciones

Para mejorar la situación actual de las unidades de salud se sugiere aplicar el manual de gestión por procesos diseñada en esta investigación debido a que se permitirá solucionar algunas problemáticas evidenciadas tales como:

- Falta de trabajo en equipo
- No optimización de talento humano
- Control ineficaz de recursos

Dar continuidad y seguimiento a los procesos técnico – administrativos que se ejecuten en las unidades de salud de primer nivel de atención.

Implementar procesos de mejora continua que garanticen la calidad de atención en las unidades de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, A., & Conde, L. (2013). Metodología para el diseño, estandarización y mejoramiento de procesos en una empresa prestadora de servicio. *Programa Ingeniería de Producción*. Bogotá, Colombia: Universidad EAN.
- Acosta, N., & Vega, R. (2016). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. *Mapeo de la APS en Perú*. Lima, Perú: UNASUR.
- Arboleda, M. (2015). *Análisis, evaluación y propuesta de mejora de los procesos y de las estrategias de marketing de un Centro Educativo para niños con déficit de atención*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Constitución Política del Ecuador . (1979). *Registro Oficial N° 800*.
- Constitución Política del Ecuador . (2008). *Artículo 35*. Monte Cristi.
- Contraloría General de la República. (2018). Por una salud de calidad. *Operativo de control*. Lima, Perú: Contraloría General de la República.
- d'Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Revista Acta bioethica*, 65-69.
- Díaz, R. (2012). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 69-72.
- Dirección Nacional de Articulación de la red pública y complementaria. (2014). *Lineamientos operativos para la implementación de un modelo de atención integral en salud*. Quito.
- Dirección nacional de salud de la policía nacional ecuador. (2015). *Red integral de salud*. Quito.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 26-38.
- Giroux, É. (2011). *Después de Canguilhem, definir la salud y la enfermedad*. Colombia: U. Externado de Colombia.
- Gobierno de Canarias. (2011). *Dinámicas de grupo*. Obtenido de Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad: <http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublogs/cepicoddelosvinos/files/2014/06/dinamicas-de-grupo.pdf>
- González, L., & Gallardo, G. (2012). Calidad de la atención médica: La diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 1-15.
- Hernández, J., & Estrada, I. (2012). *La Gestión de procesos e indicadores*. Obtenido de <http://www.nacionmulticultural.unam.mx/empresasindigenas/docs/2102.pdf>
- Hospital Universitario del Valle. (2010). *Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios*. Calí, Colombia: Hospital Universitario del Valle.
- ISO. (2015). <https://www.iso.org>. Obtenido de <https://www.iso.org>: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-3:v1:es>
- León, A. (2017). Niveles de satisfacción y calidad de atención médica de los usuarios del servicio de consulta externa en el Hospital Regional Policía Nacional. *Tesis de maestría*. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Ley Organica de la Salud. (2006). *Registro oficial N° 423*.

- López, M., Luque, I., Gómez, V., Cuesta, R., & Crespo, R. (2016). La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. *Revista Enfermería Nefrológica*, 1-16.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Mexico: McGraw Hill.
- Martín, O., Chávez, T., Conill, E., & García, J. (2018). Calidad de la atención médica en consultorio seleccionado. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 52-59.
- Ministerio de Salud Pública . (2012). *MAIS*.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Sobre Nosotros*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- OMS. (2013). *Sistemas de Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/145>
- OMS. (2014). *Programa de Capacitación en prevención y atención de la salud*. Panama: Organización Mundial de la Salud.
- Ordoñez, M., & Vásquez, E. (2017). Factores que influyen en el nivel de servicio en la atención a los pacientes por el personal administrativo del Hospital de la Solidaridad de La Victoria. *Proyecto de investigación*. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Parra, P., Bermejo, R., Castillo , A., Hidalgo, M., Gomis, R., & Calle , E. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Revista Gaceta Sanitaria*, 78-90.
- SENPLADES. (2015). Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional.

- .