



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la atención médica preventiva para los afiliados de las
Empresas que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto
Ecuatoriano de Seguridad Social Cuenca - 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Álvarez Palacios, Valeria María.

DIRECTORA: Loyola Illescas, Carmela Marianita, MGS.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2014

Magíster

Carmela Marianita Loyola Illescas.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de fin de maestría, denominado: “Mejoramiento de la Atención Médica Preventiva para los afiliados de las Empresas que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Cuenca – 2013”, realizado por: Valeria María Álvarez Palacios; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Cuenca, marzo del 2014.

f).....

DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

“Yo Valeria María Álvarez Palacios, declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría: Mejoramiento de la Atención Médica Preventiva para los afiliados de las Empresas que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Cuenca – 2013 , de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Carmela Marianita Loyola Illescas directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....
Valeria María Álvarez Palacios
Cédula. 0104158662

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado la realización de este trabajo, a mi esposo y a mi hijo, pilares de mi vida, a mis padres y hermanas, por su apoyo incondicional, a mis compañeros de prevención Carmita y Teodoro, a los directivos del Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y a los afiliados de las empresas, que creyeron y confiaron en la Medicina de Prevención.

La autora.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de la Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad brindada para el mejoramiento y la capacitación profesional.

Al personal del Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social por su predisposición y entusiasmo al trabajar en este proyecto, en especial al Director Médico y al personal Vinculado con el Proyecto Médico Preventivo, por su apoyo, para fortalecer la Atención Primaria de Salud en la institución, a fin de mejorar la salud del afiliado.

Al igual que un gracias infinito a mi Directora de Trabajo de fin de Maestría por su soporte y ayuda incondicional.

La autora.

INDICE DE CONTENIDOS

Tabla de contenido

INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN:.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	10
PROBLEMATIZACIÓN.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS	14
MARCO TEÓRICO.....	15
1 MARCO TEORICO.....	16
1.1 Marco institucional.....	16
1.2 MARCO CONCEPTUAL.....	29
2 DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
2.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS	40
2.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	42
2.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS	43
2.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	44
3 RESULTADOS.....	49
3.1 RESULTADO UNO.	50
3.2 RESULTADO DOS.....	54
3.3 RESULTADO TRES.....	57
4 CONCLUSIONES.....	67
5 RECOMENDACIONES.....	68
6 BIBLIOGRAFÍA.....	69
7 APÉNDICES.....	74
7.1 Apéndice 1.....	74
7.2 Apéndice 2.....	75
7.3 Apéndice 3.....	76
7.4 Apéndice 4.....	77
7.5 Apéndice 5.....	78

7.6	Apéndice 6.....	79
7.7	Apéndice 7.....	80
7.8	Apéndice 8.....	81
7.9	Apéndice 9.....	96
7.10	Apéndice 10.	97
7.11	Apéndice 11.	98
7.12	Apéndice 12.....	99
7.13	Apéndice 13.....	100
7.14.	Apéndice 14.....	124
7.15	Apéndice 15.	124
7.16	Apéndice 16.....	125
7.17	Apéndice 17.	127
7.18	Apéndice No. 18	132
7.19	Apéndice No. 19.....	132

RESUMEN:

La atención primaria en salud, constituye el pilar fundamental en donde se centra la prevención y promoción en salud, al momento vinculada como punto indispensable en la consecución del Sumak Kawsay.

Por tanto se consideró imperativo, fortalecer la Atención Primaria de Salud, al mejorar la estructura del Proyecto Médico Preventivo, a fin de intervenir directamente sobre los estilos de vida no saludables y conductas de riesgo que se encuentran en la población.

El presente proyecto se realizó en el Centro de Atención Ambulatoria 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Cuenca.

Los beneficiarios constituyen los funcionarios de las empresas, es decir la población en edad económicamente productiva, con su base central de acción dirigida a evitar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y tamizaje de cáncer.

Para esto, se estructuraron los mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia de las patologías más frecuentes encontradas en el programa preventivo, al igual que se elaboraron los orgánicos funcionales; también se desarrolló un video educativo y una guía didáctica para educación al usuario y promoción de salud.

PALABRAS CLAVE: Medicina Preventiva, Atención primaria en Salud.

ABSTRACT

The primary health care, is the cornerstone on which focuses on prevention and health promotion, when linked as a vital in achieving Kawsay Sumak.

It was therefore considered imperative, strengthen primary health care, improving the structure of the Preventive Medical Project, to intervene directly on unhealthy lifestyles and risk behaviors that can be found in the population.

This project was conducted in the Ambulatory Care Center 302, the Social Security Institute in Cuenca City.

The beneficiaries are the company officials, in the economically productive age population, with its home base of action to prevent the development of chronic noncommunicable diseases and cancer screening.

For this, structured management, diagnosis, basic treatment, reference and contrareference map, in most common diseases and cancer screening in the prevention program were developed as functional organic; developed an educational video and a tutorial for health promotion.

KEY WORDS. Preventive Health, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares, constituyen la principal causa de muerte a nivel nacional, según el INEC 2010, seguidas con mayor distancia de enfermedades crónicas no transmisibles. De igual manera, la globalización influye directamente en la salud de la población, ya que genera conductas poco saludables, como el sedentarismo, consumo de alimentos ricos en grasas saturadas o azúcar, al igual que gaseosas, situaciones que llevan al desequilibrio del bienestar biopsicosocial favoreciendo la presencia de Enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud.

En el Dispensario Central del Seguro Social de Cuenca, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus 2, lideran las causas de morbilidad; la hiperlipidemia está entre las 10 primeras causas de morbilidad según servicio de estadística. Entre los meses de febrero y mayo del presente año, 8 empresas tanto públicas como privadas de Cuenca, y un total de 821 trabajadores completaron el programa de Medicina Preventiva en medicina general, ofrecido por el Centro de Atención Ambulatoria 302. Los datos obtenidos revelan que las tres primeras causas de morbilidad son: el sobrepeso (23,40%), la obesidad (9,32%) y la hipercolesterolemia (8,49%).

A nivel internacional existen varias estrategias encaminadas a mejorar las condiciones de vida y promover estilos de vida saludables y disminuir la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas o para retrasar la aparición de las mismas, tal es el caso de la Estrategia NAOS de España, que es la Estrategia para la Nutrición Actividad Física y prevención de la obesidad, con el objetivo de promover estilos de vida saludables en la familia, trabajo, escuela y otros entornos.

Sobre esta problemática, en la Constitución de la República del Ecuador, en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, se tiene como base la Atención Primaria de Salud, que garantiza la consecución del objetivo 3: “Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”, a lo que la política plantea: 3.1. “Promover prácticas de vida saludable en la población”. 3.2. “Fortalecer la prevención, control, vigilancia de la enfermedad, y desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad”, por lo cual se están planteando varios programas enfocados a la

Atención Primaria de Salud, que incluyen tamizaje de cáncer, abordar chequeos ejecutivos entre otros, situaciones que se están realizando en medio privado principalmente. A nivel local, no se cuentan con controles médicos preventivos en medicina general para afiliados de las empresas que laboran en la ciudad de Cuenca, frente a lo que se está ejecutando el programa reestructurado en la institución.

La importancia del presente proyecto radica en que al encontrarse conductas y factores de riesgo modificables, se puede intervenir de manera directa con actividades de prevención y promoción de salud. A fin de generar conciencia sobre mejorar la dieta e iniciar la actividad física de manera regular, actividades básicas destinadas a disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, síndrome metabólico y niveles de glicemia elevados, lo que mejora la calidad de vida del individuo, y por tanto de su familia y de la comunidad en general.

El presente proyecto fue totalmente factible de realizar, ya que se contó con el apoyo incondicional de las autoridades de la institución, al igual que el de los compañeros vinculados al área médica preventiva, de igual manera, cabe señalar que el costo en prevención y promoción de salud, es menor que el costo invertido en curación.

Actualmente, se han cumplido los objetivos del presente proyecto; el primero hace referencia a la elaboración de los mapas de proceso para tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia y el segundo al desarrollo de los orgánico funcionales y el tercero a la realización de un video educativo y una guía didáctica de promoción de salud en estilos de vida saludables.

PROBLEMATIZACIÓN

Actualmente, la Medicina Preventiva es fundamental en políticas internacionales (Ottawa 1986), pues reorientan los servicios de Salud hacia la atención primaria.

El gobierno nacional, promulga el MAIS-FCI, teniendo como eje principal aumentar la esperanza y calidad de vida de la población, mediante promover prácticas de vida saludable, fortalecer la promoción en salud y desarrollo de capacidades para prevenir y controlar la morbilidad.

La primera causa de mortalidad nacional es por patología cardiovascular (21,809%), seguida de las enfermedades crónicas no transmisibles (14,18%). (INEC, Ecuador en Cifras, 2012)

En el Dispensario Central de Cuenca, existen varios problemas, como un espacio físico inadecuado, o personal escaso, al igual que un programa médico preventivo en medicina general inadecuado. (Apéndice No. 18)

Es así que en el área preventiva, no existen mapas de procesos para tamizaje, diagnóstico, referencia y contrareferencia, lo que involucra solicitud inadecuada de exámenes complementarios.

No se dispone de orgánicos funcionales del personal, lo que genera inadecuada asignación de responsabilidades, mala coordinación y planificación de actividades. De igual manera, no se dispone de material audiovisual para educación al Usuario Externo.

Frente a esto: ¿por qué no mejorar el Proyecto Médico preventivo para afiliados de las empresas del Centro de Atención Ambulatoria 302 de Cuenca, del IESS, Enero a Septiembre 2013?

JUSTIFICACIÓN

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y dentro de éste el Centro de Atención Ambulatoria 302, al ser instituciones públicas que brindan su servicio principalmente a dos grupos prioritarios: jubilados y población económicamente productiva, determina la necesidad de estructurar un programa a aplicarse en estos grupos poblacionales, especialmente en las personas en edad económicamente activa, debido a que son personas jóvenes, en las que se pueden llevar a cabo medidas de prevención y promoción en salud, para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, realizar un adecuado tamizaje de cáncer y modificar estilos de vida no saludables y conductas de riesgo, que contribuyan a mejorar la calidad de vida del afiliado, de su familia y por tanto de la sociedad a fin de conseguir el Buen Vivir.

De igual manera, otro grupo a ser beneficiado, constituye el Centro de Atención Ambulatoria 302, al contar con un programa médico preventivo en medicina general estructurado, que planifique y solicite los exámenes complementarios necesarios, redistribuya el tiempo de los funcionarios, mejorando la distribución de los recursos económicos y humanos, al igual que controlando o retrasando la aparición de enfermedades crónicas y/o sus complicaciones por tanto evitando posterior gasto en tratamiento y mejorando la calidad de vida de los usuarios.

OBJETIVOS

GENERAL:

Mejorar la Atención Médica Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302, mediante la elaboración de mapas de procesos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia; elaboración del orgánico funcional del personal vinculado con el proyecto médico preventivo y elaboración de material audiovisual educativo para mejorar la calidad de vida de los afiliados de las empresas.

ESPECÍFICOS:

1. Elaborar mapas de procesos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia para el área médica preventiva.
2. Estructurar y establecer el orgánico funcional del personal del CAA 302 del área médica preventiva.
3. Realizar material educativo para el afiliado a través de la elaboración de un video y una guía didáctica sobre estilos de vida saludables.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Marco institucional

ASPECTO GEOGRAFICO DEL LUGAR

AREA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD OPERATIVA.

El área de influencia es la Provincia del Azuay, el cantón Cuenca, del área Urbana, también existen atenciones de algunas personas del área urbano marginal y del área rural, que acceden al servicio médico.



Fuente: Google maps

DINÁMICA POBLACIONAL Y COBERTURA DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302

FICHA DE LA UNIDAD

Subdirección o Jefatura SG SIF:		SG SIF DEL AZUAY						
Nombre de la Unidad:		Centro de Atención Ambulatoria 302 Cuenca						
Provincia:		Azuay						
Cantón:		Cuenca						
Parroquia:		Sagrario						
Barrio:		San Alfonso						
Dirección:		Simón Bolívar y Antonio Borrero Esq.						
Infraestructura física:		Propia						
Teléfono 1:		(072) 836 205						
Teléfono 2:		(072) 820 214						
Fax:		(072) 836 205						
E-mail:		caacuenca@iess.gov.ec						
Responsable de la Unidad:		Dr. José Bustamante Medina						
Tipo de Unidad		Centro de Atención Ambulatoria 302. Cuenca.						
Servicio	Ambulatorio	X	Primer Nivel Básico		Primer Nivel Especializado		Hospital del día	
Límites de la Unidad Operativa. GEOREFERENCIA	Norte	Calle Simón Bolívar						
	Sur	Calle Sucre						
	Este	Calle Hermano Miguel						
	Oeste	Calle Antonio Borrero						
Población Asignada	35.111 habitantes							
Población de influencia. <small>(Comprende todas las parroquias urbanas y rurales del cantón Cuenca)</small>	Norte	X	Sur	X	Este	X	Oeste	X
Horario de Atención	Mañana		Tarde		Mañana y tarde	X	24 horas ininterrumpido	
Días Laborables	De lunes a viernes de 06H30 a 20H30							

DINÁMICA POBLACIONAL:

POBLACIÓN DEL TERRITORIO VS. POBLACIÓN AFILIADA AL IESS

El Centro de Atención Ambulatoria 302 no tiene un territorio o aérea de trabajo claramente definido, las consultas que realizan sus clientes son direccionadas desde el call center del IESS, en efecto atiende a afiliados que residen en toda la Provincia del Azuay y esporádicamente a

personas que residen en las provincias cercanas, los datos referentes al volumen y tipo de usuarios son los siguientes:

Tabla No. 1. Porcentaje de Cobertura del CAA 302

AREA DE INFLUENCIA CAA 302	POBLACION	TIPO DE USUARIOS				% COBERTURA
		SEGURO GENERAL	SSC	JUBILADOS	TOTAL	
CANTON: Cuenca	435357	69515	29225	19368	118108	27,1289999

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Álvarez

Los datos del cuadro anterior incluyen al Cantón Cuenca y sus parroquias urbanas y rurales los cuales son atendidos también por el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, existen por tanto 118108 afiliados, que equivalen al 27, 13% de la población del cantón. Los mismos que están distribuidos de la manera siguiente:

Tabla No. 2. Número de Afiliados y Pensionistas del IESS

UNIDAD MEDICA	Población afiliada según estadística 2011	Nuevos Afiliados, pensionistas y SSC
Azuay, Cañar y Morona Santiago	97638	118029
Hospital III José Carrasco Arteaga	44117	53330
Centro de Atención Ambulatoria 302	29045	35111

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Alvarez

Dentro de la población del cantón cuenca, el Centro de Atención Ambulatoria 302 Cuenca, al momento cuenta con una población afiliada de 29045 usuarios, y un total de 35111, contando con los nuevos afiliados, pensionistas y derechohabientes del seguro social campesino.

ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Tabla No.3. Número de Consultas según el sexo de los pacientes del C.A.A. 302 año 2008 al año 2012.

SEXO	2008	2009	2010	2011	2012
MASCULINO	15081	16959	18655	20520	22572
FEMENINO	37007	40491	44540	48994	53893

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Alvarez

Conforme se puede observar en la tabla anterior desde el año 2008, hasta el año 2012, ha existido un incremento marcado en el número de citas médicas, siendo mayor el número de consultas en la población femenina que en la masculina.

Tabla No. 4. Atención por grupos etáreos en el CAA 302

Grupos Etareos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Menor de 1 mes	181	162	228	158	174	191
De 1 a 11 meses	2246	2453	2777	2260	2486	2735
De 1 a 14 años	266	371	305	733	806	887
De 15 a 40 años	7851	7887	9373	9817	10799	11879
De 41 a 60 años	15396	14848	16145	21018	23120	25432
De 61 y más	20381	22327	23260	23464	25810	28391
TOTAL	46321	48048	52088	57450	63195	69515

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Álvarez

Con respecto a los grupos etáreos atendidos en el centro de atención ambulatoria 302, se tiene que el mayor número de citas, se concentra en la población en edad económicamente productiva y los jubilados.

Tabla No. 5. Número de atenciones efectuadas según el tipo de afiliados en el C.A.A. 302.

TIPO DE AFILIADO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	PORCENTAJE
ACTIVOS	20136	20392	24262	30508	33559	36915	53,10
JUBILADOS	17419	18126	18343	17081	18789	20668	29,73
VOLUNTARIO	4271	4428	4283	4148	4563	5019	7,22
MENOR A 6 AÑOS	2664	2968	3294	3120	3432	3775	5,43
MONTEPIO	1355	1586	1415	1436	1580	1738	2,50
CAMPESINO	476	548	491	1157	1273	1400	2,01
TOTAL	46321	48048	52088	57450	63196	69515	100%

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Álvarez

En lo que respecta al número de atenciones según el tipo de afiliados tenemos que el mayor número de consultas es en afiliados activos, seguidos del grupo de jubilados, lo que juntos representan el 82.83% del total de atenciones.

Tabla No. 6. Incremento del número de atenciones por año

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
NUMERO DE ATENCIONES	46321	48048	52088	57450	63195	69515
% DE INCREMENTO		4%	8%	10%	10%	10%

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Alvarez

En lo referente al incremento del número de atenciones por año, se tiene un incremento marcado, aproximadamente 10% anual desde el año 2009.

Tabla. No. 7. Usuarios al año 2011

TIPO DE AFILIADO	%	2009	2010	2011
Activos	53,1	30.508	33.559	36.915
Jubilados	29,73	17.081	18.789	20.668
Voluntario	7,22	4.148	4.563	5.019
Menores a 6 años	5,43	3.120	3.432	3.775
Montepío	2,5	1.436	1.580	1.738
Campeño	2,01	1.157	1.273	1.400
TOTAL	100	57.450	63.195	69.515

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Alvarez

Según se puede observar en la tabla que antecede, se evidencia un incremento en el número de usuarios, conforme a los años previos, y dentro de éstos, el grupo de mayor crecimiento es el de afiliados activos.

Tabla. No. 8. Principales causas de morbilidad según género

CIE 10	DIAGNOSTICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	% HOMBRES	% MUJERES
I10	Hipertensión esencial (primaria)	3712	3438	7150	52%	48%
E13	Otras Diabetes Mellitus Especificadas	1131	873	2004	56%	44%
Z762	Consulta Para Atención Y Supervisión De La Salud De Otros Niños o Lactantes Sanos	617	766	1383	45%	55%
K021	Caries De La Dentina	633	582	1215	52%	48%
I119	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)	591	449	1040	57%	43%
E119	Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente, Sin Mención De Complicación	663	358	1021	65%	35%
E782	Hiperlipidemia Mixta	589	343	932	63%	37%
F334	Trastorno Depresivo Recurrente Actualmente En Remisión	592	236	828	71%	29%
Z348	Supervisión de otros Embarazos Normales	708	86	794	89%	11%
E780	Hipercolesterolemia Pura	471	214	685	69%	31%
E039	Hipotiroidismo, No Especificado	512	148	660	78%	22%
Z014	Examen Ginecológico General De Rutina		609	609	0%	100%
J029	Faringitis Aguda, No Especificada	405	196	601	67%	33%
Z000	Examen Médico General	303	274	577	53%	47%
N768	Otras Inflammaciones Especificadas de la Vagina y de la Vulva		561	561	0%	100%
M792	Neuralgia y Neuritis, no Especificadas	334	181	515	65%	35%
E781	Hipergliceridemia Pura	305	208	513	59%	41%

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Alvarez

Dentro de las primeras causas de morbilidad en el centro de atención ambulatoria 302, tenemos que las más frecuentes son las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las que: la hipertensión arterial ocupa el primer lugar en la población, seguida de la diabetes mellitus 2, en tercer lugar se tiene una actividad de prevención, que es la atención del niño o lactante sano.

Tabla No. 9. Diez primeras causas de morbilidad

No.	CIE 10	DIAGNOSTICO	TOTAL	PORCENTAJE
1	I10	Hipertensión esencial (primaria)	7150	33%
2	E13	Otras Diabetes Mellitus Especificadas	2004	9%
3	Z762	Consulta Para Atención y Supervisión de la Salud de otros Niños o Lactantes Sanos	1383	6%
4	K021	Caries de la Dentina	1215	6%
5	I119	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)	1040	5%
6	E119	Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente, sin mención de Complicación	1021	5%
7	E782	Hiperlipidemia Mixta	932	4%
8	F334	Trastorno Depresivo Recurrente Actualmente en Remisión	828	4%
9	Z348	Supervisión de otros Embarazos Normales	794	4%
10	E780	Hipercolesterolemia Pura	685	3%

Fuente: Estadísticas del CAA 302
Responsable: Md. Valeria Alvarez

Las 10 primeras causas se detallan en el siguiente cuadro y su volumen acumulado asciende al 79% del total, representando la hipertensión arterial el 33%, la diabetes mellitus el 9% y en tercer lugar las caries de la dentina y la consulta para atención y supervisión de la salud de niños o lactantes sanos.

MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Brindar protección en las contingencias de la salud mediante un servicio ágil y oportuno de prevención, recuperación y rehabilitación que mejoran el bienestar de nuestros clientes, sus familias y de las comunidades de nuestro ámbito de influencia bajo el marco institucional del IESS y como un Centro de Atención Ambulatoria.

VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN AL 2015

Ser un Centro de Atención Ambulatoria de prestigio, modelo en el país, que brinda con calidad y calidez servicios especializados integrales en el área de la salud individual y familiar, contando con un local funcional, equipos y tecnología de punta, que goza de la confianza, satisfacción y reconocimiento de sus clientes por mejorar y optimizar en forma permanente sus procesos y recursos, contando con personal altamente calificado.

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

El Centro de Atención Ambulatoria 302, pertenece al instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por tanto, la autoridad máxima, está representada por el Arq. Fernando Cordero, en calidad de Director General, del IESS.

A nivel local, el director del Seguro General de Salud Individual y Familiar en la Provincia del Azuay es el Dr. Xavier Patiño Ullauri.

En cuanto al Dispensario Central, al momento, no se dispone de Director Administrativo General, en el mes de Agosto renunció el Econ. Esteban León.

El Director Técnico Médico es el Dr. José Bustamante Medina, el área financiera está a cargo de la Econ. Paola Dávila Cordero, el área de requisición y compras está a cargo de la Ing. Mónica Ortega. Área de Sistemas Informáticos. Ing. Juan Diego Pesantez. Activos fijos, Econ. Juan Jara. Secretaría General, Lcda. Fabiola Samaniego. Secretaría de Dirección Médica, Lcda. Cecilia Clavijo. Área de Estadística. Sr. Pablo Álvarez.

En cuanto al área Médica y de diagnóstico, se cuenta con varios departamentos, siendo los funcionarios responsables:

Área de Salud Mental. Dr. Felipe Vega.

Área de Gastroenterología. Dr. Paúl Coello.

Área de Medicina Interna. Dr. Miguel Cadme.

Área de Medicina Familiar. MD. Fabiola Riquetti.

Área de Salud Adolescente. MD. Catalina Clavijo.

Área de Pediatría. Dra. Ana Cisneros.

Área de Ginecología. Dra. Judith Cárdenas.

Área de Medicina Preventiva. MD. Valeria Álvarez.

Área de Cardiología. Dr. Manuel Merchán.

Área de Odontología. Odont. Alexandra Abad.

Área de Laboratorio Clínico. Dra. Rosita Condo.

Área de Imagenología. Lcda. Nancy Parra.

Área de Vacunación. Lcda. Cecilia Calle.

Además la institución cuenta con un Chofer. Sr. Patricio Chuchuca, y un auxiliar de servicios generales. Sr. Daniel Guartizaca.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

Es una unidad operativa que brinda servicios integrados e integrales de fomento, promoción, prevención, curación, y recuperación (rehabilitación y cuidados paliativos) de la salud, con atención médica general y de especialidad (Psiquiatría, Psicología, Gastroenterología, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Medicina Familiar, Cardiología), al igual que Medicina Preventiva, Salud adolescente, Visita domiciliaria, Vacunación.

También atención odontológica, al igual que se dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e Imagenología. Cumple con las normas y programas del SGSIF para su nivel, con énfasis en la referencia-contrareferencia. Gestiona la red como cabeza del subsistema

zonal correspondiente a su territorio y población adscrita, además coordina y facilita acciones de saneamiento ambiental y participación social en su territorio y como parte de la red pública.

CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Atención Ambulatoria 302 de Cuenca, cuenta con las siguientes características geofísicas:

- Área total del terreno = 550 mts cuadrados
- Área de construcción = 1315 mts cuadrados en cuatro plantas
- Antigüedad = 79 años
- Material predominante = Paredes de ladrillo, Cal y cemento; pisos de baldosa en el piso inferior y madera de eucalipto en los pisos superiores. Cubierta de teja
- Valor monetario estimado = 400.000 dólares es el valor comercial aproximado de este inmueble

De acuerdo a los estándares, los Centros de Atención Ambulatoria, para cumplir con sus finalidades, requieren de un terreno de 5.000 m² como mínimo, situación que no se cumple en el Centro Ambulatorio 302 de Cuenca

Instalaciones:

Eléctricas:

- Año de instalación: 1938
- Periodo de mantenimiento: no se ha determinado ninguna periodicidad

Sanitarias

- Año de instalación: 1938
- Periodo de mantenimiento: no se realiza un mantenimiento periódico

Telefónicas:

- Año de instalación: 2008
- Periodo de mantenimiento : no existe un calendario de mantenimiento

Cableado estructural:

- Año de instalación 2008
- Periodo de mantenimiento: no existe un calendario de mantenimiento
- Características mínimas del cableado estructurado:

Categoría 5E cableado de datos y de voz separado, cableado de energía eléctrica para tomas de computadores protegida por un UPS de 15 KV, contamos con un rack de comunicaciones en la cual se encuentra una central telefónica, 2 Switchs 5500G de 24 y 48 puertos, un modem que sirve para enlazar nuestra unidad con la Dirección Provincial, y un servidor en Windows 2007.

POLÍTICAS Y PRINCIPIOS DE LA INSTITUCIÓN

PRINCIPIOS: Los principios en los que se basa el accionar del Centro de Atención Ambulatoria 302 son los siguientes:

- Aquellos consagrados en el art. 358 de la constitución Política del Estado y que manifiestan que:..... el Sistema de salud se guiará por los ***principios generales del sistema de Inclusión y equidad social, y por los de Bioética, suficiencia, interculturalidad, con enfoque de género y generacional.***
- La Ley de Seguridad Social Art. 1.- PRINCIPIOS RECTORES.- El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los ***principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.***
- La Ley 2001-55 de Seguridad Social, en su Art. 18.- PRINCIPIOS DE ORGANIZACION.- El IESS estará sujeto a las normas del derecho público, y regirá su organización y funcionamiento por los ***principios de autonomía, división de negocios, desconcentración geográfica, descentralización operativa, control interno descentralizado y jerárquico, rendición de cuentas por los actos y hechos de sus autoridades, y garantía de buen gobierno,*** de conformidad con esta Ley y su Reglamento General.

POLÍTICAS Las directrices que orientan la actuación de las entidades que protegen la salud de la población ecuatoriana en general, así como de la afiliada al IESS son las siguientes:

A. La Constitución Política del Estado

- Art. 360.-El sistema Nacional de salud **garantizará**, a través de las instituciones que la conforman, **la promoción de la salud, prevención y atención integral familiar y comunitaria....**
- En el Art 360 se dice además:.....las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se **brindaran a través de la red pública integral de salud.**
- En el art 370.- El IESS, entidad autónoma regulada por la Ley, será responsable de la prestación de las contingencias del Seguro universal obligatorio a sus afiliados
- En el Art.- 373.-El Seguro Social Campesino que forma parte del IESS,.....ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias.....

La Ley de Seguridad Social manifiesta:

Art. 21.- DIRECCIONES ESPECIALIZADAS.- Son órganos de gestión, especializados en el aseguramiento de las contingencias y la calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio, con los grados de autonomía operativa que señale el Reglamento:

a. **La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar;**

.....

Descentralización Operativa.- *El IESS integrará a las unidades médicas de su propiedad en entidades zonales de prestación de salud a sus afiliados y jubilados, a cuyo efecto las constituirá como empresas con personería jurídica propia.*

Art. 110.- ASIGNACIÓN DE FUNCIONES.- Los procesos de aseguramiento y compra de servicios estarán a cargo de la Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. **La prestación de servicios médicos estará a cargo de las unidades médicas del IESS y de los demás prestadores de servicios de salud, públicos y privados, debidamente acreditados por la Dirección, con sujeción a la reglamentación.**

Art. 111.- ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO GENERAL DE SALUD.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. **Comprará servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o**

privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley.

Art. 115.- UNIDADES MÉDICAS DEL IESS.- **Las unidades médico - asistenciales de propiedad del IESS serán empresas prestadoras de servicios de salud**, dotadas de autonomía administrativa y financiera, integradas en sistemas regionales de atención médica organizados por nivel de complejidad, de conformidad con la reglamentación interna que, para este efecto, dictará el Consejo Directivo.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

La constitución política de la República del Ecuador, dentro de los lineamientos estratégicos del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017, en el objetivo 3 plantea: “Mejorar la calidad de vida de la Población. “constituye un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados, mediante fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del sistema nacional de inclusión y equidad social.” (SENPLADES, 2013)

Entonces, el Sumak Kawsay indica que: “La salud se plantea desde una mirada intersectorial, que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.” (SENPLADES, 2013).

En la política 3.1. plantea: “Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud, para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas”, para lo cual menciona: (SENPLADES, 2013)

1. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de la salud.
2. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

3. Impulsar la creación de programas de medicina Preventiva.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran entre las primeras causas de muerte en el país según el INEC 2010. En la población femenina, en primer lugar, se encuentran las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardíaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebro vasculares y neumonía. (INEC, Ecuador en Cifras, 2010).

En la población masculina, las enfermedades crónicas no transmisibles, comparten las primeras causas de muerte con las agresiones y los accidentes de tránsito. (INEC, Ecuador en Cifras, 2010).

En el período 2000 – 2009, la incidencia de Diabetes Mellitus se incrementó de 80 a 488/100000 habitantes, en el mismo período la Hipertensión Arterial, pasó de 256 a 1084/100 000 habitantes. Para ambas enfermedades las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa, que en el resto del país. (INEC, Ecuador en Cifras, 2010).

Por tanto, la salud se plantea como un instrumento para alcanzar el buen vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.

Por tanto el centro de Atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, considera necesario el mejoramiento de la actividad médica preventiva en medicina general, situación básica para identificar y determinar estilos de vida no saludables y conductas de riesgo.

Además constituye base importante para fortalecer la Atención Primaria de Salud, previniendo enfermedades cardiovasculares y metabólicas, que al igual que las estadísticas del INEC, ocupan los primeros lugares de morbilidad en la Institución; esfuerzos necesarios, a fin de controlar la génesis de enfermedades que disminuyen la esperanza y calidad de vida de las personas, afectando, no solo su salud, sino a quienes los rodean desde su familia hasta la comunidad y aumentan la demanda de los servicios de salud y el gasto público. (Chumaeva, N; Jounala, M; Raitakari, O;, 2010).

Haciendo referencia a lo antes citado, es necesario, considerar al Dispensario Central del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social de la Ciudad de Cuenca, como una organización inteligente e

interconectada, y de igual manera al Área Médica Preventiva, con el empoderamiento de todos sus miembros por la salud del afiliado.

Entonces, al considerar a la institución como una organización inteligente, es básico cultivar nuevos y expansivos patrones de pensamiento; la aspiración colectiva queda en libertad, y los funcionarios nos vinculamos a aprender y actualizarnos constantemente, individualmente y en conjunto.

De igual manera, al ser una organización interconectada, con su estructura administrativa horizontal, relativamente autónoma a la toma de decisiones; constituye tal como lo indica Peter Senge en su libro *la Quinta Disciplina*, una organización avanzada, inteligente, que posee: *"la capacidad de aprender con mayor rapidez que los competidores, ya que quizá sea esta la única ventaja competitiva sostenible."* (Senge, 1990).

Frente a esto, para mejorar el Servicio Médico preventivo, se ha planteado el desarrollo de mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia de pacientes, a fin de realizar una atención integral, de calidad para el usuario externo.

Dentro de la definición de mapa de procesos encontramos que constituye la estructura o representación gráfica donde se relacionan los procesos que posee una institución para la prestación de un servicio, es un documento de imprescindible conocimiento para los implicado (Fontalvo & Vergara, 2010).

El Centro de Atención Ambulatoria 302, constituye una organización destinada a brindar servicios de salud, y dentro de estos, los vinculados al Área Médica Preventiva para Prevención y Promoción de Salud. El dispensario, no disponía de redes de procesos para tamizaje, estandarizados y comunes en la institución, al igual que para efectuar un correcto diagnóstico, tratamiento inicial, y en caso de ser necesario, la referencia a los especialistas correspondientes, y las contrareferencias a su vez desde el nivel de mayor especialidad hacia el nivel de Atención Primaria de Salud, al igual que tenía una determinación imprecisa de estilos de vida y conductas poco saludables.

Toda entidad, sea pública o privada, debe contar con una organización y estructura funcional óptimas que le permitan la división del trabajo, la asignación de responsabilidades, la definición clara de funciones, el conocimiento de los niveles de autoridad y de las relaciones existentes

entre todos sus miembros, con el fin de lograr máxima eficiencia en la concreción de los objetivos y planes trazados con anterioridad, lo cual va a generar una atención más ágil, rápida, que disminuya los tiempos de espera y evite la confusión de roles entre los funcionarios del Centro de Atención Ambulatoria, y la mejor atención al afiliado.

La administración de recursos humanos consiste en planear, organizar, desarrollar, coordinar y controlar técnicas capaces de promover el desarrollo eficiente del personal, al mismo tiempo que la organización representa el medio que permite a las personas que colaboran en ella, alcanzar los objetivos propuestos relacionados directa o indirectamente con el trabajo. (Chiavenato, 2008).

Otro de los pilares fundamentales constituye la educación al usuario externo, para mejorar los estilos de vida poco saludables encontrados y tamizados en la población atendida. Existen varios estudios que indican que el material audiovisual es el que constituye punto de partida básico para la promoción de salud y educación al afiliado, como lo indica un estudio de Telemedicina sobre pérdida de peso en Diabetes Mellitus 2, que indican resultados que sugieren que es factible ofrecer una intervención de promoción de estilos de vida saludables adaptados a través de telesalud. (Vadheim, Liane M; McPherson, Carla; Kassner, Darcy; Vanderwood, Karl; Hall, Taryn; Butcher, Marcene; , 2010).

De igual manera, otro estudio, a través de educación por video para disminuir el riesgo cardiovascular examina si la participación en una versión en video facilitador basado en el Proyecto de Mejoramiento de la Salud Coronaria podría reducir significativamente el riesgo coronario. Cuatro a ocho semanas después del inicio, se tomaron medidas de seguimiento: datos biométricos peso corporal, Índice de masa corporal (IMC), los lípidos, glucosa en sangre y la presión arterial.

Los participantes mostraron mejoras significativas en el peso corporal, índice de masa corporal, frecuencia cardíaca en reposo, el colesterol total, lipoproteína de baja densidad, triglicéridos y glicemia en ayunas. Los varones demostraron mayor mejoría que las mujeres. Y los individuos con altos riesgos para la salud experimentaron las mayores reducciones en el riesgo (Aldana, Greenlaw, Diehl, & Merrill, 2007).

Frente a esto, no existen estudios en la realidad nacional ni local que abalicen la información previamente citada, por lo que considero necesario, elaborar material audiovisual: un video

educativo y una guía didáctica acerca de Promoción y Educación en Salud en medicina general para los afiliados de las empresas que acuden al control médico preventivo.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

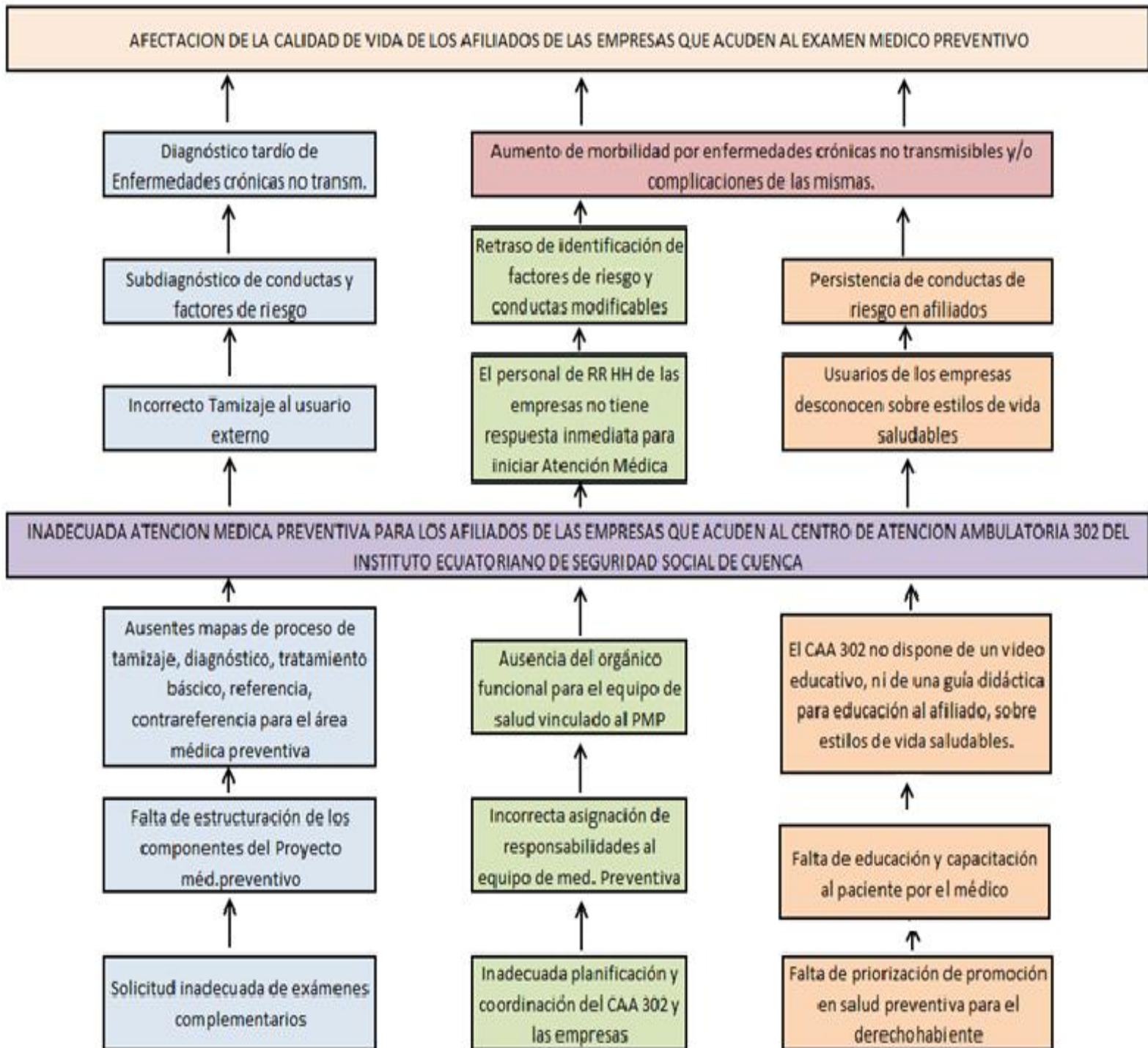
2.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS/INSTITUCIONES.	INTERESES	RECURSOS/MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director General del Centro de atención ambulatoria 302	Ofertar un proyecto Médico Preventivo Integral en medicina general como servicio institucional a los afiliados de las empresas.	Recursos Humanos/materiales. M. Cumplir con la Sección Séptima, Artículo 32 de la constitución, que indica: El estado garantizará el derecho a la salud, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción, prevención y atención integral de salud.	Tiempos de espera prolongados para acceso al Proyecto Médico Preventivo. Gran cantidad de citas médicas para medicina general, para referencias a especialistas, muchas veces innecesarias.
Director Técnico Médico del Centro de atención ambulatoria 302	Enfatizar la atención primaria y la Promoción y Prevención en salud en el centro de Atención Ambulatoria 302.	Recursos Humanos/materiales. M. Cumplir con la Sección Séptima. Artículo 360 de la Constitución, que indica: "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria con base en la atención primaria de Salud; articulará los diferentes niveles de atención".	Frecuentes reclamos por prolongados tiempos de espera para acceso al Proyecto Médico Preventivo. Falta de actualización médica. Solicitudes de ex. Complementarios innecesarios.
Maestrante. Médico de Medicina Preventiva.	Establecer áreas de gestión y diálogo que lleven a mejorar el Programa Médico Preventivo existente. Establecimiento de Proyecto de educación al usuario externo, actualizar y estructurar el protocolo de manejo médico preventivo.	Recursos Humanos/materiales/económicos. M. Cumplir con la Sección Séptima. Artículo 359 de la Constitución que indica: "El sistema nacional de salud, comprenderá las instituciones, programas, políticas recursos, acciones, y actores en salud, ..., garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles y propiciará la participación ciudadana y control social".	Inadecuado manejo del proyecto médico preventivo. Falta de actualización. Desconocimiento de promoción y prevención en salud. Ausencia de un material educativo adecuado para el afiliado.

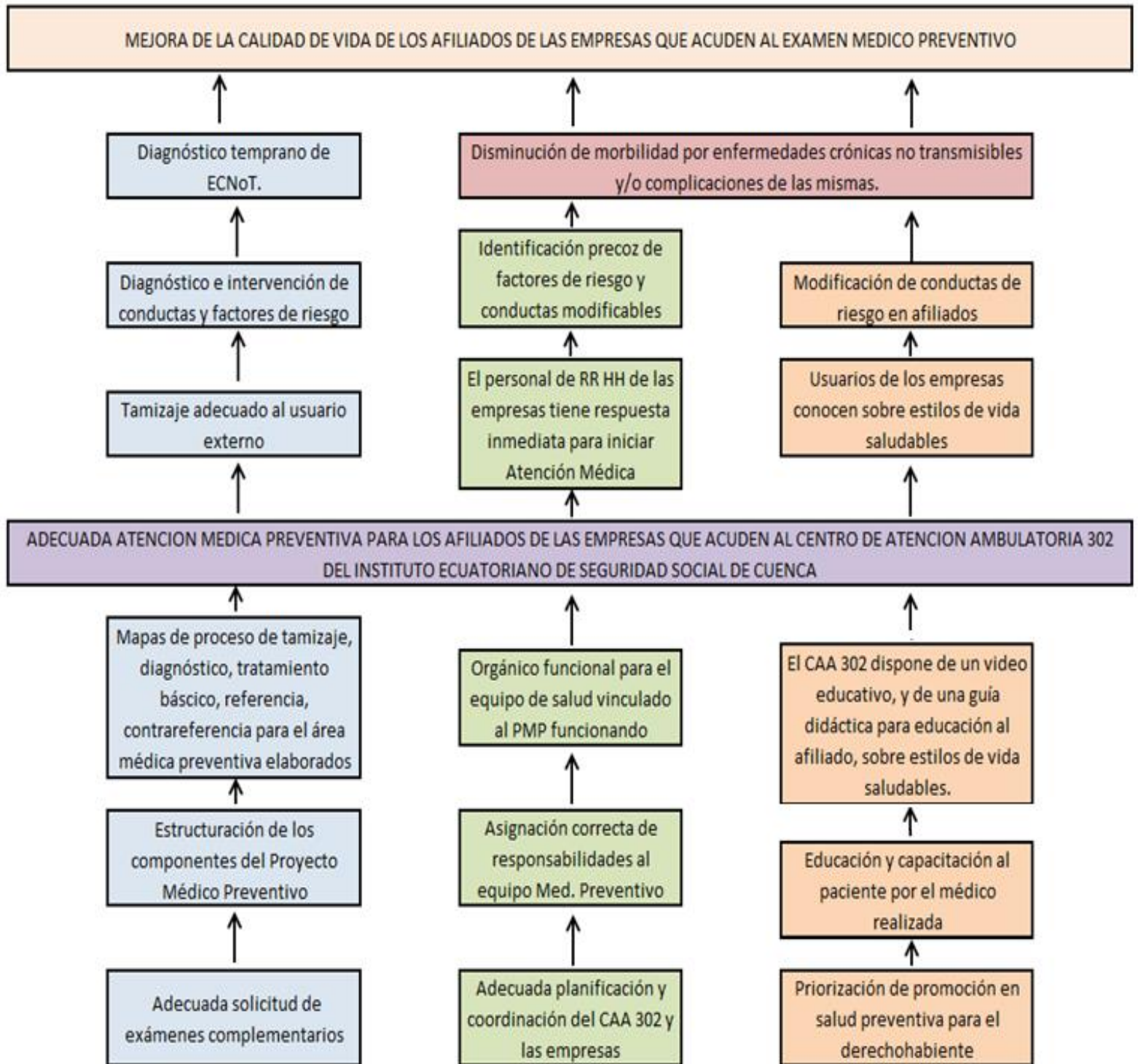
Médico de Medicina Preventiva	Fortalecer los estilos de vida saludables.	Recursos Humanos M. Cumplir con el Artículo 363 que indica: "El estado será el responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario".	Inadecuada definición de roles del personal dentro del Proyecto médico preventivo. Inadecuada delimitación de responsabilidades dentro del proyecto médico preventivo.
Auxiliar de Enfermería	Desarrollar destrezas en medicina preventiva de medicina general.	Recursos Humanos M. Cumplir con el Artículo 363 que indica: "El estado será el responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario".	Escasa capacitación sobre requirements y procesos de enfermería en medicina preventiva.
Interno de Medicina	Adquirir conocimientos sobre atención primaria de salud y promoción de salud.	Recursos Humanos M. Cumplir con el Artículo 363 que indica: "El estado será el responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario".	Inadecuada tutoría en atención primaria de salud y promoción de salud.
Personal de Estadística (proyecto médico preventivo)	Disminuir el tiempo de espera de los afiliados para la apertura de fichas y demás procedimientos en estadística.	Recursos Humanos M. Cumplir con el Artículo 363 que indica: "El estado será el responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario".	Falta de capacitación al personal acerca de responsabilidades asignadas y a desarrollar.

<p>Personal de Recursos Humanos de las Empresas que acceden a Medicina Preventiva</p>	<p>Gestionar adecuadamente el acceso al control médico preventivo, para los afiliados a su cargo, a fin de preservar y/o mejorar su estado de salud.</p>	<p>Recursos Humanos/materiales. M. Demandar el cumplimiento de la Sección Séptima. Artículo 359 que indica: "El sistema nacional de salud, comprenderá las instituciones, programas, políticas recursos, acciones, y actores en salud, ..., garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles y propiciará la participación ciudadana y control social".</p>	<p>Desorganización y confusión por desempeño de nuevas responsabilidades.</p>
<p>Afiliados de las Empresas que acceden a Medicina Preventiva</p>	<p>Recibir atención médica integral, de calidad.</p>	<p>Recursos Humanos/materiales. M. Demandar el cumplimiento de la Sección Séptima. Artículo 359 que indica: "El sistema nacional de salud, comprenderá las instituciones, programas, políticas recursos, acciones, y actores en salud, ..., garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles y propiciará la participación ciudadana y control social".</p>	<p>Demora en la atención médica, ausencia de interés de afiliados principalmente jóvenes en el cuidado de su salud.</p>

2.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



2.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



2.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO.

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN. CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS AFILIADOS DE LAS EMPRESAS QUE ACUDEN AL CAA 302 CUENCA</p>			
<p>PROPÓSITO. AFILIADOS DE LAS EMPRESAS VINCULADOS A LA ATENCION PREVENTIVA EN EL CAA 302 CUENCA</p>	<p>Hasta el mes de Septiembre del 2013 se aumentará en el 40% el número de empresas vinculadas al Examen Médico Preventivo en Medicina General de Atención ambulatoria 302.</p>	<p>Copia de las solicitudes de las empresas para vinculación al EMP. Registro de empresas atendidas en el año 2013 en el Examen Médico Preventivo. Actas de capacitación al personal del área preventiva en orgánicos funcionales, mapas de procesos elaborados.</p>	<p>Grupo de trabajo de Medicina Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302 actuando conforme a orgánicos funcionales. Mapas de Procesos vigentes, con el 40% más de empresas vinculadas al examen médico preventivo respecto al año anterior.</p>

COMPONENTES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
1. Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia en el Area Médica Preventiva elaborados.	1.1. El 100% de los Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia en el Area Médica Preventiva elaborados hasta mayo del 2013.	Actas de las actividades para la elaboración de mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia en el área médica preventiva. Oficio de entrega de Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia preliminar y estructurado.	Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia en el área médica preventiva estructurados.
2. Orgánico funcional del personal del CAA 302 del área médica preventiva y flujograma de inicio de gestión elaborados.	2.1. El 100% del orgánico funcional estructurado hasta septiembre del 2013. 2.2 Hasta septiembre del 2013 el 100% de funcionarios del CAA 302 vinculados con el proyecto médico preventivo, conoce sus funciones y responsabilidades. 2.3. Hasta septiembre del 2013, 100% de flujograma de vinculación y orgánico funcionales estructurados.	Registro de firmas acerca de capacitación de orgánico funcional y flujograma de vinculación elaborados. Orgánico funcional y flujograma de vinculación elaborados.	Empoderamiento y participación activa del personal del Centro de Atención Ambulatoria 302 con el Proyecto Médico Preventivo.
3. Material educativo: Video educativo y guía didáctica para el usuario externo, elaborado y estructurado.	3.1. Hasta mayo del 2013, video educativo, realizado en un 100%. 3.2. Hasta mayo del 2013 guía didáctica realizada en un 100%.	Copia de oficios de entrega de video educativo y guía didáctica. Video educativo y guía didáctica elaborados.	Material de educación para el usuario externo elaborado.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS/PRESUPUESTO	
A.1.				
1.1. Reunión y socialización del planteamiento del estado actual del Proyecto de Medicina Preventiva del CAA 302. Reunión para socialización del proyecto de mejoramiento del Programa de Medicina Preventiva del CAA 302.	Maestrante. Director Técnico Médico del CAA 302.	04/02/2013 al 22/02/2013	Materiales (espacio físico, pizarra, marcador, computador, hojas)	\$ 23
1.2. Formulación de criterios de inclusión y exclusión para acceder al proyecto médico preventivo.	Equipo de Gestión Médica Preventiva	24/02/2013 al 28/02/2013	Materiales (espacio físico, pizarra, computador con internet, hojas, esferos)	\$ 18
1.3. Descarga, revisión, selección y clasificación de artículos de medicina basada en evidencia con respecto a estilos de vida saludable, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, consumos de riesgo, tamizaje de cáncer de cérvix, mama y próstata, para la posterior elaboración de mapas de procesos	Equipo Básico de Atención Médica Preventiva	18/02/2013 al 22/03/2013	Materiales (espacio físico, pizarra, in focus, computador con internet, hojas, esferos, impresora)	\$ 108
1.4. Elaboración del documento preliminar	Equipo de Gestión Médica Preventiva	25/03/2013 al 12/04/2013	Materiales (espacio físico, computador con internet, hojas, esferos, impresora)	\$ 40
1.5. Corrección de Mapas de Proceso para tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia y elaboración del documento final	Equipo de Gestión Médica Preventiva	15/04/2013 al 20/05/2013	Materiales (espacio físico, computador con internet, hojas, esferos, impresora)	\$ 60
A.2.				
2.1. Taller para elaboración de orgánico funcional de: Médico de Medicina Preventiva. Personal de Estadística para preventiva. Auxiliar de enfermería. Interno de medicina y flujograma de gestión administrativa para el	Equipo de Medicina Preventiva Ampliado, Director General del CAA 302.	20/05/2013 al 31/05/2013	Materiales (espacio físico, computador, hojas, esferos, impresora), refrigerios	\$ 90

personal de recursos humanos que accede al Proyecto Médico Preventivo.				
2.2. Socialización y delegación de responsabilidades según orgánico funcional del Personal del CAA 302, vinculados con el proyecto Médico Preventivo y flujograma de inicio de Gestión para el personal de Recursos Humanos de las Empresas.	Equipo de Medicina Preventiva Ampliado	10/06/2013 al 28/06/2013	Materiales (espacio físico, computador, hojas, in focus, esferos, impresora, cámara de fotos)	\$ 45
2.3. Socialización del flujograma de inicio de gestión al personal de Recursos Humanos de las empresas nuevas por vincularse al Proyecto Médico Preventivo.	Equipo de gestión Médica Preventiva, personal de Recursos Humanos de las empresas.	20/08/2013 al 19/09/2013	Materiales (espacio físico, computador, hojas, in focus, esferos, impresora)	\$ 60
2.4. Elaboración del Documento definitivo del Orgánico funcional para personal del CAA 302 y flujograma de vinculación al Personal de RR HH de las empresas.	Maestrante	19/09/2013 al 26/09/13	Materiales (espacio físico, hojas, esferos, cámara de fotos)	\$ 18
A.3.				
3.1. Tabulación de bases de datos de preventiva para determinar factores de riesgo sobre los cuales efectuar educación.	Equipo Básico de Atención Médica Preventiva	01/02/2013 al 28/02/2013	Materiales (computadora, espacio físico, hojas, esferos, computadora con internet, impresora)	\$ 30
3.2. Toma de fotografías y videos acerca de promoción de estilos de vida saludables (ejercicio, dieta adecuada, consumos de riesgo).	Equipo de Medicina Preventiva Ampliado, diseñador.	04/03/2013 al 15/03/2013	Materiales (cámara fotográfica, filmadora, computadora)	\$ 30
3.3. Edición del video sobre promoción de estilos de vida saludables.	Diseñador, Maestrante.	18/03/2013 al 29/03/2013	Materiales (Espacio físico, computadora, internet, DVD Writer).	\$ 0. Cortesía

3.4. Elaboración de documento final de guía didáctica.	Equipo Básico de Atención Médica Preventiva	01/04/2013 al 30/04/2013	Materiales (espacio físico, hojas, pizarra, marcador, papelógrafo, esferos, computador con internet, impresora)	\$ 48
3.5. Entrega de guía y video educativo para replicación.	Equipo Básico de Atención Médica Preventiva	01/05/2013 al 15/05/2013	Materiales (espacio físico, hojas, esferos, computador, impresora)	\$ 12

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Dentro de los resultados del presente proyecto tenemos:

3.1 RESULTADO UNO.

Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia en el Área Médica Preventiva elaborados.

Para cumplir con el presente resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Reunión y socialización del planteamiento del estado actual del Proyecto de Medicina Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302 de Cuenca, realizada el 05 de febrero del 2013, a la que asistió el Director Técnico Médico: Dr. José Bustamante Medina y mi persona como maestrante y Coordinadora del Área Médica Preventiva.

Los puntos tratados fueron los siguientes:

- Las falencias en el área médica preventiva detectadas son: falta de actualización del protocolo de diagnóstico, ausencia de orgánicos funcionales del personal de la institución vinculado al proyecto médico preventivo, ausencia de un DVD y una guía didáctica para educación al usuario externo.
- Fortalecer las áreas de falencia mediante: actualización del protocolo de diagnóstico (mediante la elaboración de mapas de procesos), elaboración de orgánicos funcionales del personal de la institución vinculado al proyecto médico preventivo, elaboración de material didáctico para educación al usuario externo.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 2, correspondiente al acta de Reunión.

De igual manera se realizó la reunión para socialización del proyecto de mejoramiento del Programa de Medicina Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302 de Cuenca, realizada el 12 de febrero del 2013, a la que asistió el Director Técnico Médico: Dr. José Bustamante Medina y mi persona como maestrante y Coordinadora del Área Médica Preventiva.

Los puntos tratados fueron los siguientes:

- Realizar la actualización del protocolo mediante la elaboración de mapas de procesos de diagnóstico, tamizaje, referencia, contrareferencia y tratamiento básico, elaboración de orgánicos funcionales del personal de la institución vinculado al proyecto médico preventivo, elaboración de un DVD y una guía didáctica para educación al usuario externo.

- Sugerencias realizadas.
 - i. Determinar al menos 40 fuentes bibliográficas de actualidad para el desarrollo de los protocolos.
 - ii. Establecimiento de los protocolos en un medio didáctico de manera audiovisual (mapas de proceso).
 - iii. Elaboración de criterios de inclusión y exclusión al proyecto médico preventivo.
 - iv. Elaboración de los orgánico-funcionales del área estadística, médica, enfermería, interno de medicina.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 3, correspondiente al acta de Reunión.

2. Reunión para formulación de criterios de inclusión y exclusión para acceder al proyecto médico preventivo, realizada el 27 de febrero del 2013, a la que asistió el Director Técnico Médico: Dr. José Bustamante Medina y mi persona como maestrante y Coordinadora del Área Médica Preventiva.

Los puntos tratados fueron los siguientes:

- Formulación de criterios de inclusión y exclusión.
- Sugerencias realizadas.
 - a. Exclusión.
 - i. Empresas de 100 empleados o más.
 - ii. Mujeres embarazadas.
 - b. Inclusión.
 - i. Aportaciones al menos de 3 meses al IESS, para derecho a la atención médica.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 4, correspondiente al acta de Reunión.

3. Descarga de artículos de medicina basada en evidencia con respecto a estilos de vida saludable y patologías más frecuentes dentro de la institución y en el área médica preventiva, desde el 18 al 28 de febrero del 2013.

En el Dispensario Central del Seguro Social de Cuenca, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus 2, lideran las causas de morbilidad; la hiperlipidemia está entre las 10 primeras causas según servicio de estadística. Entre los meses de febrero y mayo del

presente año, se tomaron al azar ocho empresas tanto públicas como privadas de Cuenca, y un total de 821 trabajadores completaron el programa de Medicina Preventiva, ofrecido por el Centro de Atención Ambulatoria 302. Los datos obtenidos revelan que las tres primeras causas de morbilidad son: el sobrepeso (23,40%), la obesidad (9,32%) y la hipercolesterolemia (8,49%).

Frente a lo que se plantea realizar los mapas de proceso de Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus 2, Síndrome Metabólico (Riesgo Cardiovascular), Osteoartrosis, Hipo e Hiperfunción Tiroidea, Osteoporosis, Tamizaje de Cáncer de mama, cérvix y próstata.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 8, correspondiente a la bibliografía citada en los respectivos mapas de procesos.

Revisión de 50 artículos de medicina basada en evidencia con respecto a los temas citados en la actividad previa, y determinación de los artículos científicos que pudiesen ser aplicados para el desarrollo de los mapas de procesos, para lo cual se procedió a la lectura individual de cada uno de ellos desde el 18 al 28 de febrero del 2013.

Reunión para selección de los artículos a tomarse como referencia para la elaboración de los mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia del área médica preventiva, realizada el 14 de marzo del 2013, a la que asistió el Director Técnico Médico: Dr. José Bustamante Medina y mi persona como maestrante y Coordinadora del Área Médica Preventiva.

Los puntos tratados fueron los siguientes:

- Selección de los artículos para la elaboración de los mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia del área médica preventiva.
- Sugerencias realizadas.
 - i. Que sean artículos de revistas científicas
 - ii. Que su publicación sea en los últimos 5 años
 - iii. Que sean adaptables a la realidad local:

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 5, correspondiente al acta de Reunión.

Clasificación de los artículos a ser utilizados para la elaboración de los mapas de procesos, según tema y aplicabilidad a la realidad local, para lo cual se procede a la lectura de los mismos y definición de los parámetros antes indicados, desde el 11 al 22 de marzo del 2013.

4. Elaboración del documento preliminar, desde el 25 de marzo del 2013 al 11 de abril, fecha en la cual se entrega al Director médico, Dr. José Bustamante, para la respectiva revisión y las sugerencias pertinentes para los cambios futuros.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 6, correspondiente al oficio de entrega del Documento Preliminar de los Mapas de Procesos del Área Médica Preventiva.

5. Corrección de Mapas de Proceso para tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia, realizado desde 15 al 26 de abril del 2013.

Elaboración del Documento final de Mapas de Proceso para tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia de Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial, Síndrome Metabólico, Osteoporosis, Osteoartrosis, Hipo e Hiperfunción tiroidea, Tamizaje para Cáncer de Mama, Cérvix y Próstata, el mismo que se entregó el 17 de mayo del 2013.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 7, correspondiente al oficio de entrega del Documento Definitivo de los Mapas de Procesos del Área Médica Preventiva. El Apéndice Número 8, corresponde a los mapas de Procesos del Área Médica Preventiva.

Se cumple de esta manera con el indicador: El 100% de los Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia para el Área Médica Preventiva elaborados hasta mayo del 2013.

3.2 RESULTADO DOS.

Orgánico funcional del personal del CAA 302 del área médica preventiva y flujograma de inicio de gestión elaborados.

Para cumplir con el presente resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

Para ubicar los cargos en el respectivo lugar, se ha efectuado el levantamiento de perfiles, el mismo que fue previamente estructurado, conforme nivel jerárquico, a través del formato de levantamiento de perfiles del SENRES, para situar el puesto, puestos colaterales, cadena de mando, departamento, área y la descripción de las actividades que realiza cada puesto.

El tipo de organigrama seleccionado es el vertical, en el que cada rectángulo, está compuesto por el nombre del cargo, seguido por las actividades encomendadas, interconectado por líneas horizontales y diagonales, las mismas que orientan la vía de comunicación, se separa cada órgano como un área diferente, evitando agrupar distintos cargos dentro de un mismo sitio, teniendo como resultado final el orgánico funcional.

El centro de Atención Ambulatoria 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es una institución pública, por tanto sujeta a la normativa del Ministerio de Relaciones Laborales, de allí la importancia de establecer los lineamientos en una herramienta útil que permita determinar las necesidades del centro, cumpliendo con la normativa vigente.

En la Resolución SENRES-RH-2005, se toma el siguiente fragmento “considerando que la valoración y clasificación de puestos se realizará con base a la descripción de puestos elaborada por cada una de las Unidades de Administración de Recursos Humanos-UARHs Institucionales, a cuyo efecto es necesario dotarles de políticas, normas e instrumentos técnicos para valorar y clasificar los puestos del servicio civil”.

De igual manera en la Resolución SENRES-PROC-2006, RESUELVE “Emitir la norma técnica de diseño de reglamentos o estatutos orgánicos de gestión organizacional por procesos”, en la cual se puede evidenciar en el Artículo 13, el diseño de la Estructura Orgánica, para lo que se deben analizar los componentes de las unidades administrativas, niveles jerárquicos, líneas de autoridad y responsabilidad y organigrama estructural.

1. Para esto se llevó a cabo un Taller para elaboración de orgánico funcional de: Director Médico, Médico responsable del área médica preventiva, Médico de Medicina Preventiva. Personal de Estadística para preventiva. Auxiliar de enfermería. Interno de medicina y

flujograma de gestión administrativa para el personal de recursos humanos que accede al Proyecto Médico Preventivo, realizada el 28 de mayo del 2013, a la que asistieron: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez, Dra. Fernanda Palacios. Aux. Enf. Julia Coronel, Int. Med. Andrea Burelli, Sr. Ismael Ochoa.

Los puntos tratados fueron los siguientes:

- Presentación de formato de levantamiento de perfil.
- Elaboración de entrevista individual.
- Elaboración de Flujograma de Vinculación
- Sugerencias y recomendaciones para levantamiento de cargo.
 - Comunicar a cada funcionario previo a ejecución de orgánico funcional definitivo.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 9, correspondiente a Acta de Reunión de Taller para elaboración de orgánico funcional y flujograma de gestión administrativa para el personal de recursos humanos que accede al Proyecto Médico Preventivo.

2. Posterior, se realizó la socialización y delegación de responsabilidades según orgánico funcional del Personal del CAA 302, vinculados con el proyecto Médico Preventivo y flujograma de inicio de Gestión para el personal de Recursos Humanos de las Empresas, para lo cual se efectuó un taller el 03 de septiembre del 2013, a la que asistieron: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez, Dra. Fernanda Palacios. Aux. Enf. Julia Coronel, Int. Med. Andrea Burelli, Sr. Ismael Ochoa.

Los puntos tratados fueron los siguientes:

- Presentación de perfiles levantados.
- Socialización de perfiles.
- Foro de preguntas.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 10, correspondiente a Acta de Reunión de Taller para socialización de orgánico funcional del personal vinculado al Proyecto Médico Preventivo.

3. De igual manera, con el personal de recursos Humanos de las Empresas por vincularse al Proyecto Preventivo, se realizó la socialización del flujograma de inicio de gestión para vinculación al Proyecto Médico Preventivo, reunión realizada el día 30 de agosto del 2013,

a partir de las 09h00 AM, a la que asistieron varios representantes de las empresas de Cuenca.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 12, correspondiente a Registro de Firmas de Asistencia a reunión de Vinculación al Proyecto Médico Preventivo y socialización del flujograma de vinculación y proyecto médico preventivo general.

4. Elaboración de Documento Definitivo de Orgánico funcional para personal del CAA 302 vinculado al Proyecto Médico Preventivo y Flujograma de Inicio de Gestión, hasta el 26 de septiembre del 2013

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 11 correspondiente al oficio de entrega de orgánico funcional definitivo del personal vinculado al proyecto médico preventivo, al igual que el apéndice Número 13 correspondiente al documento de orgánico funcional definitivo del personal vinculado al proyecto médico preventivo, al igual que flujograma de vinculación al proyecto médico preventivo.

Cumpléndose de esta manera con los indicadores: Hasta septiembre del 2013, el 100% del orgánico funcional estructurado, hasta septiembre del 2013 el 100% de funcionarios del CAA 302 vinculados con el proyecto médico preventivo, conoce sus funciones y responsabilidades. Y el tercero que indica: hasta septiembre del 2013, 100% de flujograma de vinculación y orgánico funcionales estructurados.

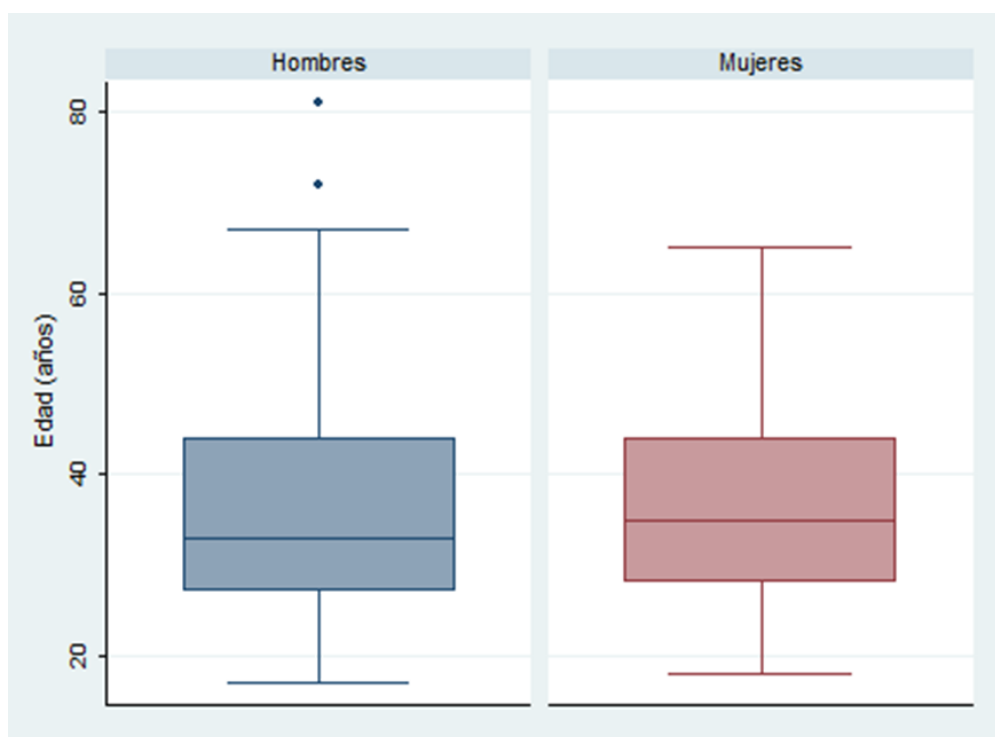
3.3 RESULTADO TRES.

Material educativo: Video educativo y guía didáctica para el usuario externo, elaborado y estructurado.

Para cumplir con el presente resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Tabulación de bases de datos de preventiva para determinar factores de riesgo sobre los cuales efectuar la educación. Del 1 al 28 de febrero del 2013, se realizó la tabulación de las bases de datos de los pacientes atendidos de enero a junio del 2012, para determinar conductas y factores de riesgo para posteriormente desarrollar el material didáctico de promoción en salud, encontrándose:

Gráfico No. 1.
MEDIANA DE EDAD POR GÉNERO



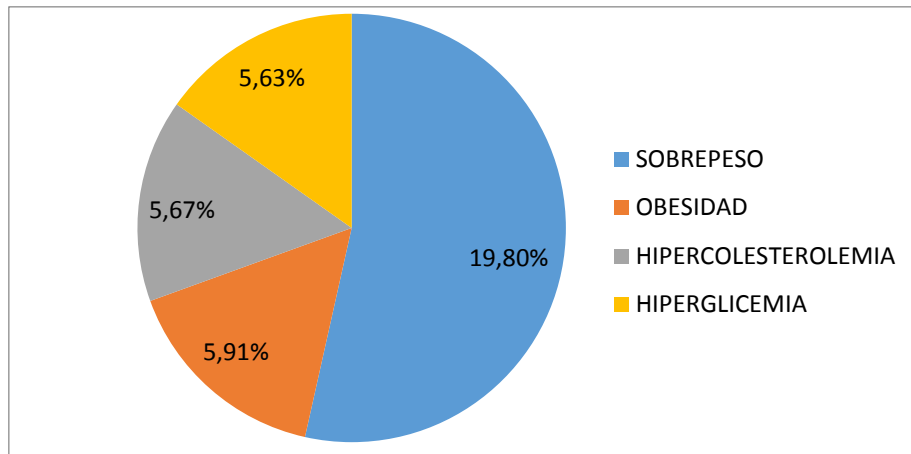
Fuente: Base de Datos de Medicina Preventiva
Responsable: MD. Valeria Álvarez P.

Como se puede observar en el gráfico precedente, la mediana de edad para los afiliados atendidos en el proyecto médico preventivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de enero a junio del 2012, es de 33 años para hombres y 35 años para mujeres, lo que

nos indica que el grupo al que se dirige la atención es población en edad económicamente activa, en la que se pueden modificar las conductas y estilos de vida a fin de obtener un mejor estado de salud.

Gráfico No. 2.

Porcentaje de distribución de patologías más frecuentes

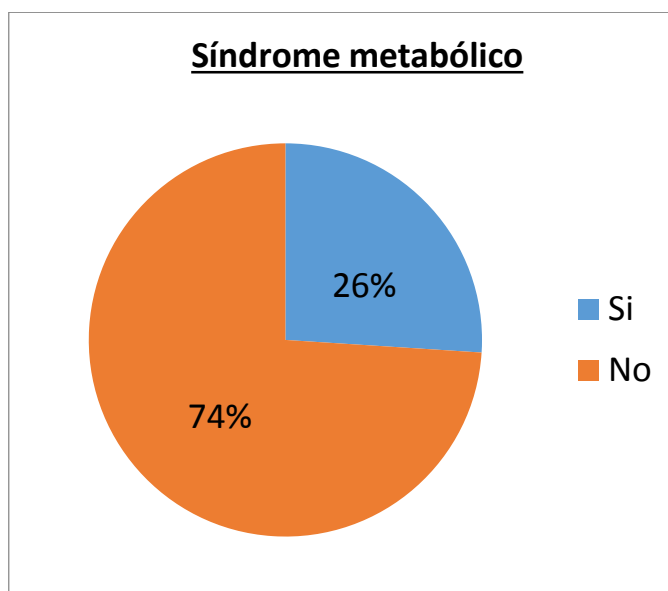


Fuente: Base de Datos de Medicina Preventiva

Responsable: MD. Valeria Álvarez P.

En cuanto a lo encontrado en el gráfico No. 2, se puede observar, que tanto el sobrepeso, como la obesidad, la hipercolesterolemia y la hiperglicemia constituyen factores a ser modificados con cambios en estilos de vida, mejorar la dieta y realizar actividad física constante, al igual que disminuir consumos de riesgo como el cigarrillo y el alcohol, constituyen realizar hábitos saludables; razón por la que considero, que estos serían los factores sobre los cuales educar, a fin de generar conocimiento en la población general, acerca de estos factores que deterioran la calidad de vida del afiliado general.

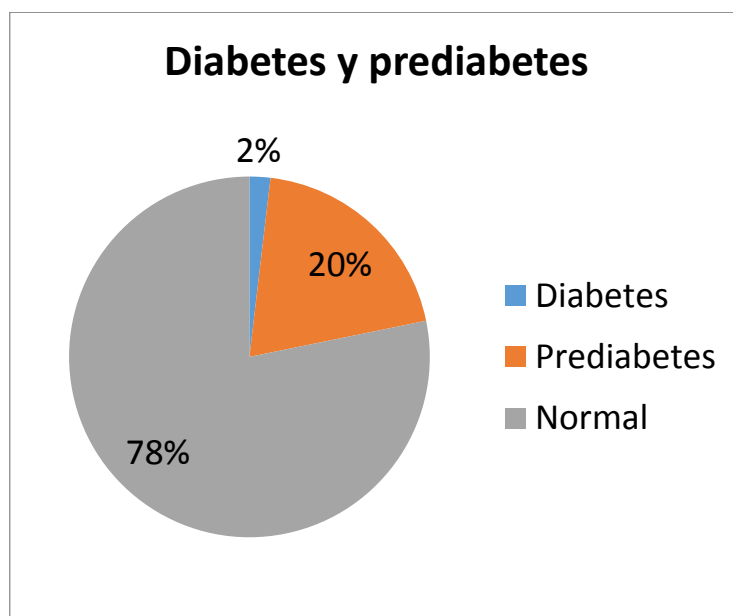
Gráfico No. 3.
Porcentaje de Pacientes Diagnosticados de Síndrome Metabólico



Fuente: Base de Datos de Medicina Preventiva
Responsable: MD. Valeria Álvarez P.

El 26% de los pacientes atendidos presentaron al menos 3 criterios diagnósticos de Síndrome Metabólico, aspecto considerado punto de partida en la génesis de Diabetes Mellitus 2 y de incremento de Riesgo Cardiovascular.

Gráfico No. 4.
Nivel de Glicemia en Ayunas

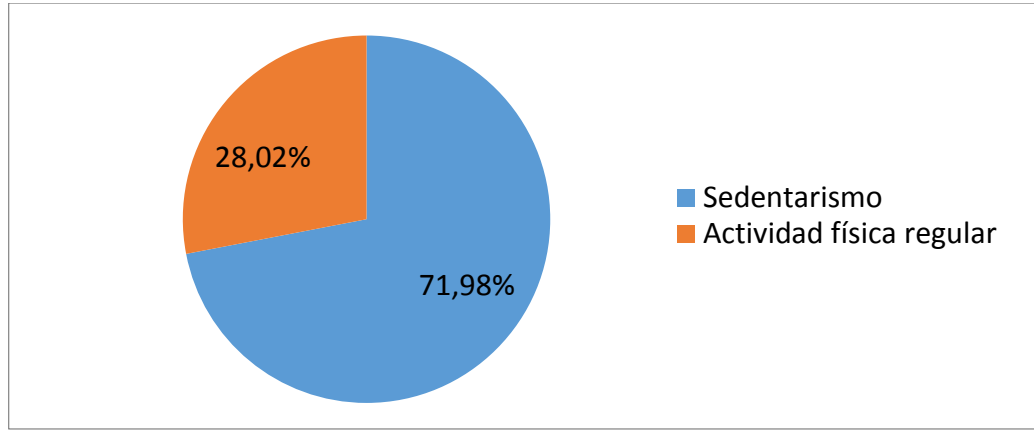


Fuente: Base de Datos de Medicina Preventiva
Responsable: MD. Valeria Álvarez P.

Dentro de los pacientes atendidos, se encontró que el 22% presenta niveles anormales de azúcar en ayunas en su sangre, de los cuales el 2%, constituyen nuevos casos de diagnóstico de diabetes, situación en relación directa con la frecuencia de enfermedad general que se encuentra en el dispensario Central, en la que la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus encabezan la lista de patologías.

Gráfico No. 5.

Porcentaje de Sedentarismo



Fuente: Base de Datos de Medicina Preventiva

Responsable: MD. Valeria Álvarez P.

Situación alarmante en nuestro medio constituye el porcentaje de sedentarismo, situación presente en aproximadamente el 72% de la población estudiada y condición relacionada directamente con la diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y niveles elevados de lípidos en sangre.

Por lo tanto, frente a lo antes expuesto se determina que el tema sobre el cual educar es “Promoción de Estilos de Vida Saludables: Dieta, Ejercicio y Consumos de Riesgo”.

2. Se realizó la toma de fotografías acerca sobre estilos de vida saludables y conductas de riesgo, para lo cual se salió a los parques de la ciudad, localidades y mercados, a lo que luego de solicitar el consentimiento informado, se procedió a la toma de las fotografías. Actividad realizada entre el 4 y 15 de marzo del 2013, las personas relacionadas con la ejecución de estas tomas son: la Dra. Carmen Vásquez, Médico de medicina Preventiva y la autora del presente proyecto. De igual manera, se realizaron las filmaciones de los videos acerca de ejercicio, dieta adecuada, consumos de riesgo, para lo que se procedió al igual que en el punto anterior realizando tomas cortas de situaciones consideradas importantes para educar a la población en base a este tema. La actividad se llevó a cabo entre el 4 y el 15 de marzo del 2013.

3. Edición del video sobre promoción de estilos de vida saludables, realizado entre el 18 y 29 de marzo por la comunicadora social y diseñadora Silvina Alessio, luego de lo cual se realizó una revisión conjunta, antes de finalizar con el formato definitivo del contenido del video. Como medio de verificación, se puede observar el apéndice No.15. Video educativo elaborado.
4. Elaboración del documento final de guía didáctica, realizado con las fotografías antes tomadas, y considerando como base el contenido del video didáctico y los aspectos científicos revisados para la elaboración de los mapas de procesos del resultado 1, actividad desarrollada entre el 01 y 30 de abril del 2013, por la Dra. Carmen Vasquez, Int. Medicina. Teodoro Jerves y la autora del proyecto. Como medio de verificación, se puede observar el apéndice No.16. Guía didáctica elaborada.
5. Entrega de guía y video educativo para replicación, luego de desarrollado todo el material indicado, se procedió a la entrega mediante oficio al Dr. José Bustamante Medina para la siguiente replicación, el 14 de mayo del 2013.

Como medio de verificación se puede revisar el Apéndice Número 14, correspondiente al oficio de entrega de DVD de promoción de estilos de vida saludables y Guía didáctica, con fecha 24 de mayo del 2013. Y el Apéndice Número 15 y 16, correspondientes al DVD y guía didáctica elaborada. Al igual que el apéndice 17, copia de oficio enviado a Quito el mes de julio del 2013, para autorización de presupuesto para área educativa al Dispensario Central del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca, para varios departamentos. Entre éstos el departamento médico preventivo.

Cumpléndose de esta manera con los indicadores: Hasta mayo del 2013, video educativo, realizado en un 100%; hasta mayo del 2013 guía didáctica realizada en un 100%.

10.4. EVALUACION DEL PROYECTO

Resultado	Actividades Previstas	Actividades Realizadas	Porcentaje Cumplido
1. Mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia, contrareferencia en el Área Médica Preventiva elaborados.	Reunión y socialización del planteamiento del estado actual del Proyecto de Medicina Preventiva del CAA 302. Reunión para socialización del proyecto de mejoramiento del Programa de Medicina Preventiva del CAA 302.	Reunión y socialización del planteamiento del estado actual del Proyecto de Medicina Preventiva del CAA 302. Reunión para socialización del proyecto de mejoramiento del Programa de Medicina Preventiva del CAA 302.	100%
	Formulación de criterios de inclusión y exclusión para acceder al proyecto médico preventivo.	Formulación de criterios de inclusión y exclusión para acceder al proyecto médico preventivo.	100%
	Descarga, revisión, selección y clasificación de artículos de medicina basada en evidencia con respecto a estilos de vida saludable, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, consumos de riesgo, tamizaje de cáncer de cérvix, mama y próstata, para la posterior elaboración de mapas de procesos.	Descarga, revisión, selección y clasificación de artículos de medicina basada en evidencia con respecto a estilos de vida saludable, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, consumos de riesgo, tamizaje de cáncer de cérvix, mama y próstata, para la posterior elaboración de mapas de procesos.	100%

	Elaboración del documento preliminar	Elaboración del documento preliminar	100%
	Corrección de Mapas de Proceso para tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia y elaboración del documento final.	Corrección de Mapas de Proceso para tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia y elaboración del documento final.	100%
2.Orgánico funcional del personal del CAA	Taller para elaboración de orgánico funcional de: Médico de Medicina Preventiva. Personal de Estadística para preventiva. Auxiliar de enfermería. Interno de medicina y flujograma de gestión administrativa para el personal de recursos humanos que accede al Proyecto Médico Preventivo.	Taller para elaboración de orgánico funcional de: Médico de Medicina Preventiva. Personal de Estadística para preventiva. Auxiliar de enfermería. Interno de medicina y flujograma de gestión administrativa para el personal de recursos humanos que accede al Proyecto Médico Preventivo.	100%
	Socialización y delegación de responsabilidades según orgánico funcional del Personal del CAA 302, vinculados con el proyecto Médico Preventivo y flujograma de inicio de Gestión para el personal de Recursos Humanos de las Empresas.	Socialización y delegación de responsabilidades según orgánico funcional del Personal del CAA 302, vinculados con el proyecto Médico Preventivo y flujograma de inicio de Gestión para el personal de Recursos Humanos de las Empresas.	100%

302 del área médica preventiva y flujogramas de inicio de gestión elaborados	Humanos de las Empresas.		
	Socialización del flujograma de inicio de gestión al personal de Recursos Humanos de las empresas nuevas por vincularse al Proyecto Médico Preventivo.	Socialización del flujograma de inicio de gestión al personal de Recursos Humanos de las empresas nuevas por vincularse al Proyecto Médico Preventivo.	100%
	Elaboración del Documento definitivo del Orgánico funcional para personal del CAA 302 y flujograma de vinculación al Personal de RR HH de las empresas.	Elaboración del Documento definitivo del Orgánico funcional para personal del CAA 302 y flujograma de vinculación al Personal de RR HH de las empresas.	100%
3. Material educativo: Video educativo y guía didáctica para el	Tabulación de bases de datos de preventiva para determinar factores de riesgo sobre los cuales efectuar educación.	Tabulación de bases de datos de preventiva para determinar factores de riesgo sobre los cuales efectuar educación.	100%
	Toma de fotografías y videos acerca de promoción de estilos de vida saludables (ejercicio, dieta adecuada, consumos de riesgo).	Toma de fotografías y videos acerca de promoción de estilos de vida saludables (ejercicio, dieta adecuada, consumos de riesgo).	100%
	Edición del video sobre promoción de estilos de vida saludables.	Edición del video sobre promoción de estilos de vida saludables.	100%

usuario externo elaborados.	Elaboración de documento final de guía didáctica.	Elaboración de documento final de guía didáctica.	100%
	Entrega de guía y video educativo para replicación.	Entrega de guía y video educativo para replicación.	100%

CONCLUSIONES

Como conclusiones del presente proyecto de Mejoramiento de la actividad médica preventiva tenemos:

1. Mapas de procesos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia para el área médica preventiva, de las patologías encontradas con mayor frecuencia, al igual que de pruebas de tamizaje básicas, elaborados; lo cual ocasiona que el servicio brindado sea integral, mejorando la calidad de atención y por tanto la satisfacción y confianza del usuario externo en el servicio, lo que se traduce en aumento del número de pacientes vinculados.
2. Orgánico funcionales y flujogramas de vinculación al proyecto Médico Preventivo elaborados, lo que agiliza el ingreso de las instituciones al proyecto médico preventivo, al igual que se consigue el adecuado conocimiento de las funciones encomendadas a cada funcionario vinculado al proyecto médico preventivo.
3. Video educativo y guía didáctica de promoción de estilos de vida saludables, elaborados y estructurado. Al momento se está esperando la Respuesta de parte del Área de Difusión y Comunicación Social del IESS, de la Ciudad de Quito, para la asignación de recursos económicos para la replicación del material audiovisual generado.
4. Cumpliéndose por tanto con el propósito del presente proyecto, ya que en el año anterior existían 22 empresas vinculadas al proyecto preventivo entre enero y septiembre, en cambio en el año 2013, hasta el mes de septiembre, se tienen vinculadas las siguientes empresas: Tecnero, Colegio remigio romero y cordero, COAC Señor de Girón, Cuenca Language School, Delgado Travel, Brigada de Artillería No. 3, Produbanco, LAN Cuenca, Hotel el Dorado, Fogo Restaurante, Ecuaprimas SA, Colegio Ciudad de Cuenca, Escuela y Colegio Fé y Alegría, Clínica Praxxel, Gogo, El Comercio, Constructora Mejía, CELYASA EASA Embotelladora Cuenca, Autohiunday, Neohiunday, EMUCE, Vepamil, Agencia Nacional de Tránsito, Guillermo Vasquez Joyería, Registro de la Propiedad, Procuraduría General del Estado, Megamicro, Burgués Muebles, SECAP, Medicamenta Ecuatoriana, VAZCORP, Banco de Guayaquil, Embutidos la Cuencana, Colegio César Andrade y

Cordero, Colegio Guillermo Mensi, Comercial Variedades, Ecuamueble, INEC, Laboratorios BAGO, Colegio Verbo, MPG limpieza, Espacri, Hotel Morenica del Rosario, Lady Rose, Senagua, Banco del Estado, Indalum, Levapan, Camara de la Industria de Cuenca, APC Tecnología, Casa Farah, Fargentex y Almacenes Lira; lo que suma 54 empresas, superando la meta prevista y llegando a vincular el 245%.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al cuerpo Médico de Medicina General y Medicina Familiar, acerca de los mapas de procesos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia elaborados para el área médica preventiva, ya que todos nos encontramos vinculados a la atención primaria de Salud y por tanto manejamos patrones de atención similares en éstos ámbitos; de igual manera se sugiere que se realicen auditorías internas que permitan determinar el cumplimiento de estos mapas de procesos en el área médica general, familiar y en medicina preventiva, a fin de evitar posibles manejos deficientes de pacientes, y para vincular al cuerpo médico a la autoeducación y actualización médica continua.
2. Realizar reuniones de STAFF ampliado periódicas en medicina preventiva a fin de actualizar y/o modificar los orgánicos funcionales, al igual que fomentar el compañerismo y el desarrollo del programa médico preventivo; al igual que cuando se vincule al proyecto un nuevo funcionario.
3. Continuar con el trámite en el Área de Difusión y Comunicación Social del IESS, de la Ciudad de Quito, para la asignación de recursos económicos para la replicación del material audiovisual generado, para lograr la capacitación al usuario externo en cuanto a promoción y prevención en Salud.
4. Continuar promoviendo la vinculación de nuevas empresas al proyecto médico preventivo a fin de mejorar la calidad de vida de la población del cantón Cuenca afiliada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADA, A. D. (2013). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. *Care Diabetes Journal*, S11-S66.
2. Alberti, K., Eckel, R., Grundy, S., Zimmet, P., Cleeman, J., & Donato, K. (2009). Harmonizing the Metabolic Syndrome: A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International . *American Heart Association Journal*, 1640-1645.
3. Aldana, S., Greenlaw, R., Diehl, H., & Merrill, R. (2007). A video-based lifestyle intervention and changes Coronary Risk. *Oxford Journal*, 115-124.
4. Babio, N., Sorli, M., Bulló, M., Basora, J., & Ibarrolla, n. (2010). Association between red meat consumption and metabolic syndrome in a Mediterranean population at high cardiovascular risk: Cross-sectional and 1-year follow-up assessment. *Canadian Medical Association Journal*, 200-207.
5. Bone, H., Bolognese, M., Yuen, C., & al., e. (2008). Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women. *Clin Endocrinol Metab*, 2149-2157.
6. Brunner, E., Rees, K., Ward, K., Burke, M., & Thorogood, M. (2009). Dietary advice for reducing cardiovascular risk (Review). *Cochrane Library*, 3-63.
7. Chiavenato, I. (2008). Administración de Recursos Humanos. En I. Chiavenato, *Administración de Recursos Humanos* (pág. 165). Mc Graw Hill.
8. Chumaeva, N., Hintsanen, M., Juonala, M., Raitakari, O., & Keltikangas-Järvinen, L. (2010). Research article Sex differences in the combined effect of chronic stress with impaired vascular endothelium functioning and the development of early atherosclerosis. *BioMed Central*, 1-9.
9. Chumaeva, N; Jounala, M; Raitakari, O;. (2010). Sex differences in the combined effect of chronic stress vith impaired vascular endotelium functionind and the development of early atherosclerosis: The cardiovascular risk in Young Finns study. . *BMC Cardiovascular Disorders*, 1-9.
10. Claus, E., Risch, N., & Thompson, D. (2011). Genetic Analysis of Breast Cancer in the Cancer and Steroid Hormone Study. *Human Genetic Journal*, 232-242.
11. Colbert, J., & Adler, J. (2012). Prostate Cancer Screening — Polling Results. *The New England Journal of Medicine*, e25(1)-e25(2).
12. Costantino, J., Gail, M., Pee, D., Anderson, S., & Rendmond, C. K. (2009). Validation Studies for Models Projecting the Risk of Invasive and Total Breast Cancer Incidence. *Journal of National Cancer Institute*, 1541-1548.

13. D'Amico, A., & Smith, M. (2012). Screening for Prostate Cancer. *The New England Journal of Medicine, Clinical Case*, e11(1)-e11(3).
14. España, I. N. (2012). *Nota de Prensa. Instituto Nacional de Estadística España*. Recuperado el 28 de julio de 2013, de <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
15. Espinoza, A., & Espinoza, A. (2006). Tabaquismo. *Revista Científica Médica de Cienfuegos Finlay*, 33-38.
16. Fontalvo, T., & Vergara, J. (2010). La Gestión de Calidad en los Servicios. ISO 9001 2008. En T. Fontalvo, & J. Vergara, *La Gestión de Calidad en los Servicios. ISO 9001 2008*. (pág. 93). Málaga : Eumed. Universidad de Málaga España.
17. Gharib, H., Tuttle, M., Baskin, J., Fish, L., & Singer, P. (2005). CONSENSUS STATEMENT: Subclinical Thyroid Dysfunction: A Joint Statement on Management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association and The Endocrinal society. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 581-585.
18. Gobierno Federal de México. (2012). Prevención y Detección Oportuna del Cancer Cérvico Uterino en Primer Nivel de Atención. *Guía de Práctica Clínica Gobierno Federal de México*.
19. Green, D., O'Driscoll, G., Joyner, M., & Cable, N. (2008). Exercise and cardiovascular risk reduction: Time to update the rationale For Exercise? *American Physiology Journal*.
20. INEC, I. N. (2010). *Ecuador en Cifras*. Recuperado el 13 de 04 de 2013
21. INEC, I. N. (2012). *Ecuador en Cifras*. Recuperado el 28 de 07 de 2013, de <http://www.ecuadorencifras.com/cifras--inec/banclnf.html>
22. Jemal, A., Center, M., & DeSantis, C. (20 de Julio de 2010). *American Association for Cancer Research*. Recuperado el 9 de Marzo de 2013, de <http://cebp.aacrjournals.org>
23. Klag, M., Wang, N.-Y., & Meony, L. (2002). Coffe intake and risk of Hypertension. *American Medical Association. The Jhons Hopkins Precursors Studies*, 657-662.
24. KUNSTMANN, S., & DE GRAZIA, R. (2012). Puesta al Día en el Manejo de las Dislipidemias. *Revista Médica Chilena Condes*, 681-687.
25. Ladenson, P., Singer, P., Ain, K., & Bagchi, N. (2010). American Thyroid Association Guidelines for Detection of Thyroid Dysfunction. *American Medical Association Guidelines*, 1573-1575.
26. Lazaro, I., Ferre, R., Plana, N., Aragones, G., Girona, J., & Merino, J. (2012). Lifestyle Changes Lower FABP4 Plasma Concentration in Patients with Cardiovascular Risk. *Revista Española de Cardiología*, 152-157.

27. Lianov, L., & Mark, J. (2010). Physician Competencies for Prescribing Lifestyle Medicine. *American Medical Association Journal*, 202.
28. Lindholm, L. H., & Ekblom, T. (2005). The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. *BMJ*, 1105-1109.
29. Maldonado, J., & Polonia, J. (2011). Arterial stiffness predicts cardiovascular outcome in a low-to-moderate cardiovascular risk population: the EDIVA (Estudo de Distensibilidade Vascular) project. *J Hypertens*, 669-675.
30. Mayrand, M.-H., Duarte-Franco, E., Rodrigues, I., & Walter, S. (2007). Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 1579-1588.
31. Meco, J., & Pintó, X. (2002). Cálculo del riesgo cardiovascular. *Revista científica Universitaria de Bellvitge Barcelona.*, 198-208.
32. Micha, R., Michas, G., Lajous, M., & Mozzafarian, D. (23 de Mayo de 2013). *Processing of meats and cardiovascular risk: time to focus on preservatives*. Recuperado el 08 de Junio de 2013, de <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/136>
33. Ministerio de Salud de Santiago, M. S. (2007). Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada. En *SERIE GUÍAS CLINICAS MINSAL No. 41* (págs. 1-40). Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.
34. Mora, E., & Vinocour, M. (2007). Consideraciones clínicas sobre la importancia de la sensibilidad a la insulina, su resistencia y la intolerancia a la glucosa. *Revista de la Asociación Americana de Diabetes ALAD*, 67-72.
35. Mosso, L., Margozzini, P., Trejo, P., Dominguez, A., Solari, S., Valdivia, G., y otros. (2012). Aproximación al patrón de normalidad de TSH para la población chilena según Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Revista Chilena de Medicina*, 95-103.
36. Mottillo, S., Filion, K., Genest, J., & Lawrence, J. (2010). The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 1113-1132.
37. Nettleton, J., Lutsey, P., Wang, Y., Lima, J., & Michos, E. (2009). Diet Soda Intake and Risk of Incident Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Diabetes Care Journal*, 688-694.
38. Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A., & Atkinson, S. (2010). 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *Canadian Medical Association Journal*, 1864-1873.
39. Pereira, T. (2012). *Dyslipidemia and Cardiovascular Risk: Lipid Ratios as Risk Factors for Cardiovascular Disease*. Recuperado el 16 de Febrero de 2013, de <http://www.intechopen.com/books/dyslipidemia-from-prevention-totreatment/dyslipidemia-and-cardiovascular-risk-lipid-ratios-as-risk-factors-for-cardiovascular-disease>

40. Pino, Á., Cediel, G., & Hirsch, S. (2009). INGESTA DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL VERSUS ORIGEN VEGETAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR. *Revista Chilena de Nutrición*, 210-216.
41. Rachner, T., Khosla, S., & Hofbauer, L. (2011). Osteoporosis: now and the future. *New Horizons of Lancet of Medicine*, 1276-1287.
42. Reiter, P., Katz, M., & Ferketich, A. (Abril de 2013). Measuring cervical cancer risk: development and validation of the CARE Risky Sexual Behavior Index. *National Institute of Health Public Access*, 1-13.
43. Rodríguez, J., Palomo, V., & Bartolomé, S. (2008). Capítulo 67. Osteoartrosis. En *Tratado de Geriátría para residentes* (págs. 689-696). Madrid.
44. Ronksley, P., & Brien, S. (2010). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Royal Army Medical Corps BMJ*, 1-13.
45. Rycerz, K., & Jaworska-Adamu, J. E. (2013). Effects of aspartame metabolites on astrocytes and neurons. *Folia Neuropathologica*, 10-17.
46. Sawaya, G. (2009). Cervical-Cancer Screening — New Guidelines and the Balance between Benefits and Harms. *New England Journal*, 2503-2505.
47. Schröder, F. (2011). Stratifying Risk — The U.S. Preventive Services Task Force and Prostate-Cancer Screening. *New England Journal*, 1953-1955.
48. Senge, P. (1990). La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. En Senge, & Peter, *La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*.
49. SENPLADES. (Mayo de 2013). *Foros Ecuador*. Recuperado el 04 de Agosto de 2013, de <http://www.forosecuador.ec/forum/ecuador/pol%C3%ADtica/1833-descargar-plan-nacional-del-buen-vivir-2013-2017-en-pdf>
50. Smith, R., & Kerlikowske, K. (2012). Mammography Screening for Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, e31(1)-e31(5).
51. Smith, R., Brooks, D., Cokkinides, V., Saslow, D., & Brawley, O. (2013). Cancer Screening in the United States, 2013; A Review of Current American Cancer Society Guidelines, Current Issues in Cancer Screening, and New Guidance on Cervical Cancer Screening and Lung Cancer Screening. *American Cancer Society Journal*, 87-105.
52. Vadheim, Liane M; McPherson, Carla; Kassner, Darcy; Vanderwood, Karl; Hall, Taryn; Butcher, Marcene; . (2010). Adapted Diabetes Prevention Program Lifestyle Intervention Can Be Effectively Delivered Through Telehealth. *The Diabetes Educator*, 651-656.

53. Villalón, G., Ghio, G., & Vera, S. (29 de 12 de 2010). *EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN CHILE SEGUN CAUSAS DE MUERTE Y EDAD 1990-2007*. Recuperado el 28 de 07 de 2013, de http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/010211/evo90_07_010211.pdf
54. Warner, E. (2011). Breast-Cancer Screening. *New England Journal of Medicine*, 1025-1032.
55. Warner, E. (2011). Breast-Cancer Screening. *New England Journal of Medicine*, 1025-1032.
56. Wesley, P., Malard, A., & Calsolari, M. R. (2010). Valores de referência do TSH para a população brasileira adulta. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 603-606.
57. Wilson, P. W., D'Agostino, R., Levy, D., Belanger, A., & Silbershatz, H. (2008). Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *American Heart Association Journal*, 1837-1847.
58. Wolf, A., Wender, R., & Etzioni, R. (2010). American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer. *CA, Cancer J Clin*, 70-98.

APÉNDICES

7.1 Apéndice 1.

Correos Electrónicos de Aprobación del Tema de Tesis, enviado por la Dra. Ma. Carmen Piedra.

The screenshot displays two email messages in the Outlook interface. The top message is dated 6/03/13 and is from 'piedra maria del carmen PIEDRA MARIA DEL CARMEN' (To: valvarez02@hotmail.com). The body text reads: 'Estimada alumna Valeria María Álvarez Palacios me permito comunicarle que su proyecto ha sido aprobado. Se designara posteriormente director de tesis Dra. Ma. Carmen Piedra Comisión Académica'. The right sidebar shows the contact 'Valeria Alvarez' with Facebook and Twitter links.

The bottom message is dated 6/17/13 and is from 'piedra maria del carmen PIEDRA MARIA DEL CARMEN' (To: Valeria Alvarez, carmela.loyola@ucuenca.edu.ec, ALEXANDRA ELIZABETH MOLINA VELEZ ALEXANDR...). The body text reads: 'Estimada alumna Valeria María Alvarez Palacios, me permito comunicarle que su proyecto denominado MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA A LOS AFILIADOS DE LAS EMPRESAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 CUENCA, AÑO 2013. Ha sido aprobado. Se ha designado como directora de tesis a la Mg. Carmela Loyola, quien le apoyara en el desarrollo de su tema.' The right sidebar shows the contact 'piedra maria del carmen PIEDRA MARIA DEL CARMEN' with a 'View contact' link.

7.2 Apéndice 2.

Acta de Reunión para socialización del planteamiento del estado actual del Proyecto de Medicina Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302 de Cuenca, realizada el 05 de febrero del 2013.

ACTA DE REUNION

Cuenca, 05 de febrero del 2013.

Lugar: Centro de Atención Ambulatoria 302

Hora: 12H00 – 13H20

Asistentes: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez

Orden del Día:

1. Socialización del planteamiento del estado actual del Proyecto de Medicina Preventiva del CAA 302.
2. Determinación de aspectos a ser modificados en el área a fin de mejorar el Servicio para el usuario externo.

Puntos tratados:

1. Las falencias en el área médica preventiva detectadas son: falta de actualización del protocolo de diagnóstico, ausencia de orgánicos funcionales del personal de la institución vinculado al proyecto médico preventivo, ausencia de un DVD y una guía didáctica para educación al usuario externo.
2. Fortalecer las áreas de falencia mediante: actualización del protocolo de diagnóstico, elaboración de orgánicos funcionales del personal de la institución vinculado al proyecto médico preventivo, elaboración de material didáctico para educación al usuario externo.

Para constancia firman:

 Dr. José Bustamante Medina Director Médico del CAA 302	 Dra. Valeria Álvarez Palacios. Médico del CAA 302
--	--

7.3 Apéndice 3.

Acta de Reunión para socialización del proyecto de mejoramiento del Programa de Medicina Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302 de Cuenca, realizada el 12 de febrero del 2013.

ACTA DE REUNION

Cuenca, 12 de febrero del 2013.

Lugar: Centro de Atención Ambulatoria 302

Hora: 12H00 – 14H10

Asistentes: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez

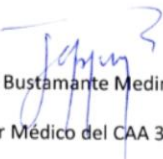
Orden del Día:


1. Socialización del proyecto de mejoramiento del Programa de Medicina Preventiva del CAA 302.
2. Sugerencias y recomendaciones para mejorar el Programa de medicina preventiva.

Puntos tratados:

3. Realizar la actualización del protocolo de diagnóstico, elaboración de orgánicos funcionales del personal de la institución vinculado al proyecto médico preventivo, elaboración de un DVD y una guía didáctica para educación al usuario externo.
4. Sugerencias realizadas.
 - a. Determinar al menos 40 fuentes bibliográficas de actualidad para el desarrollo de los protocolos.
 - b. Establecimiento de los protocolos en un medio didáctico de manera audiovisual (organigramas).
 - c. Elaboración de criterios de inclusión y exclusión al proyecto médico preventivo.
 - d. Elaboración de los orgánico funcionales del área estadística, médica, enfermería, interno de medicina.

Para constancia firman:


Dr. José Bustamante Medina
Director Médico del CAA 302


Dra. Valeria Álvarez Palacios.
Médico del CAA 302

7.4 Apéndice 4.

Acta de reunión para formulación de criterios de inclusión y exclusión para acceder al proyecto médico preventivo, realizada el 27 de febrero del 2013.

ACTA DE REUNION

Cuenca, 27 de febrero del 2013.

Lugar: Centro de Atención Ambulatoria 302

Hora: 12H00 – 14H10

Asistentes: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez


Orden del Día:

1. Formulación de criterios de inclusión y exclusión para acceder al proyecto médico preventivo.
2. Sugerencias y recomendaciones para formulación de criterios de inclusión y/o exclusión.

Puntos tratados:

1. Formulación de criterios de inclusión y exclusión.
2. Sugerencias realizadas.
 - a. Exclusión.
 - i. Empresas de 100 empleados o más.
 - ii. Mujeres embarazadas.
 - b. Inclusión.
 - i. Aportaciones al menos de 3 meses al IESS, para derecho a la atención médica.

Para constancia firman:


Dr. José Bustamante Medina
Director Médico del CAA 302


Dra. Valeria Álvarez Palacios.
Médico del CAA 302

7.5 Apéndice 5.

Acta de reunión para selección de los artículos a tomarse como referencia para la elaboración de los mapas de proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento básico, referencia y contrareferencia del área médica preventiva, realizada el 14 de marzo del 2013.

ACTA DE REUNION

Cuenca, 14 de marzo del 2013.

Lugar: Centro de Atención Ambulatoria 302

Hora: 12H00 – 14H30

Asistentes: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez

Orden del Día:

1. Selección de los artículos a tomarse como referencia para la elaboración de los protocolos de diagnóstico del área médica preventiva.
2. Sugerencias y recomendaciones para selección de los artículos.

Puntos tratados:

1. Selección de los artículos para la elaboración de los protocolos de diagnóstico del área médica preventiva.
2. Sugerencias realizadas.
 - Que sean artículos de revistas científicas
 - Que su publicación sea en los últimos 5 años
 - Que sean adaptables a la realidad local.

Para constancia firman:

 Dr. José Bustamante Medina Director Médico del CAA 302	 Dra. Valeria Álvarez Palacios. Médico del CAA 302
--	--

7.6 Apéndice 6.

Oficio de entrega del Documento Preliminar de los Mapas de Procesos del Área Médica Preventiva, con fecha del 11 de abril del 2013.

Cuenca, 11 de abril del 2013.

Doctor

José Bustamante Medina

DIRECTOR MEDICO DEL CAA 302

Adjunto al presente encontrará protocolo de manejo tentativo para el Área Médica Preventiva.

Agradezco de antemano su revisión y sugerencias para la modificación del mismo.

Atentamente:



Dra. Valeria Álvarez Palacios.

Médico de Medicina Preventiva del CAA 302

30 de Abril / 2013
P

7.7 Apéndice 7.

Oficio de entrega del Documento Definitivo de los Mapas de Procesos del Área Médica Preventiva, con fecha del 17 de mayo del 2013.

Cuenca, 17 de mayo del 2013.

Doctor

José Bustamante Medina

DIRECTOR MEDICO DEL CAA 302

Adjunto al presente encontrará protocolo de manejo definitivo para el Área Médica Preventiva.

Atentamente:



Dra. Valeria Alvarez Palacios.

Médico de Medicina Preventiva del CAA 302



R. H. / 30 4 13

7.8 Apéndice 8.

Mapas de Procesos del Área Médica Preventiva estructurados.

MAPAS DE PROCESO DEL AREA MÉDICA PREVENTIVA DE MEDICINA GENERAL

MARCO LEGAL Y NORMATIVO RELACIONADO AL SECTOR SALUD

Lineamientos estratégicos del Plan Nacional del Buen Vivir.

3. mejorar la calidad de vida de la Población. “constituye un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados, mediante fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del sistema nacional de inclusión y equidad social.” (SENPLADES, 2013)

Artículo. 32

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (SENPLADES, 2013)

Artículo 358.

Establece el sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral.

La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el buen vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017

“La salud se plantea desde una mirada intersectorial, que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.” (SENPLADES, 2013)

Las enfermedades crónicas se encuentran entre las primeras causas de muerte en el país según el INEC 2010. En la población femenina, en primer lugar, se encuentran las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardíaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebro vasculares y neumonía. (INEC, Ecuador en Cifras, 2010)

En la población masculina, las enfermedades crónicas no transmisibles, comparten las primeras causas de muerte con las agresiones y los accidentes de tránsito. (INEC, Ecuador en Cifras, 2010)

En el período 2000 – 2009, la incidencia de Diabetes Mellitus se incrementó de 80 a 488/100 000 habitantes, en el mismo período la Hipertensión Arterial, pasó de 256 a 1084/100 000 habitantes. Para ambas enfermedades las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa, que en el resto del país. (INEC, Ecuador en Cifras, 2010)

Políticas y lineamientos estratégicos.

OBJETIVO 3.

3.1. PROMOVER EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN QUE COMPONENTEN EL SISTEMA NACIONAL DE INCLUSIÓN Y EQUIDAD SOCIAL (SENPLADES, 2013)

Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social, y demás servicios del sistema nacional de inclusión y equidad social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.

Regular y evaluar la incorporación de profesionales calificados, capacitados y especializados, según corresponda y con la pertinencia necesaria, en los sistemas nacionales de educación, salud, atención y cuidado diario, protección y asistencia a víctimas de violencia, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y recategorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales o técnicos de servicios de atención y cuidado diario.

Implementar procesos de estandarización y homologación con pertinencia cultural, social y geográfica de la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario de los componentes del sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Implementar sistemas de calidad con estándares normatizados que faciliten la regulación, el control, la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.1. AMPLIAR LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, PARA MEJORAR LAS CONDICIONES Y LOS HABITOS DE VIDA DE LAS PERSONAS. (SENPLADES, 2013)

Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de la salud.

Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.

Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable y que sean de notificación obligatoria.

Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.

Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad, por enfermedades crónicas transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad y enfermedades evitables y desatendidas (...).

Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

Impulsar la creación de programas de medicina Preventiva.

OBJETIVOS:

GENERAL.

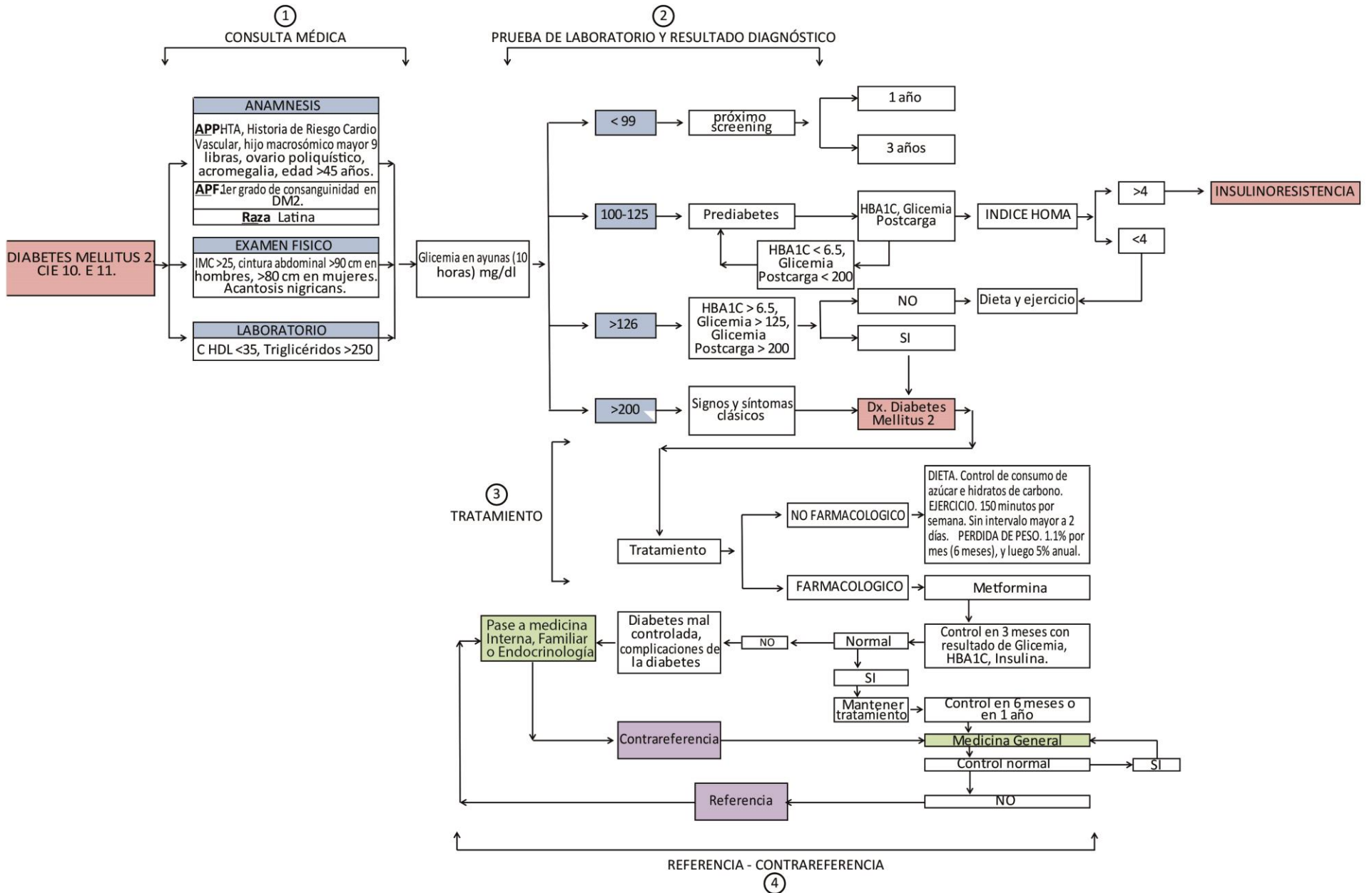
- Mejorar la calidad de vida de la población a través de valoración de conductas de riesgo, enfocadas al desarrollo de la salud de la población.

ESPECÍFICOS.

- Prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas no transmisibles.
- Realizar el tamizaje de Cáncer de mama, cérvix y próstata.
- Implementar procesos continuos de información, educación y capacitación.

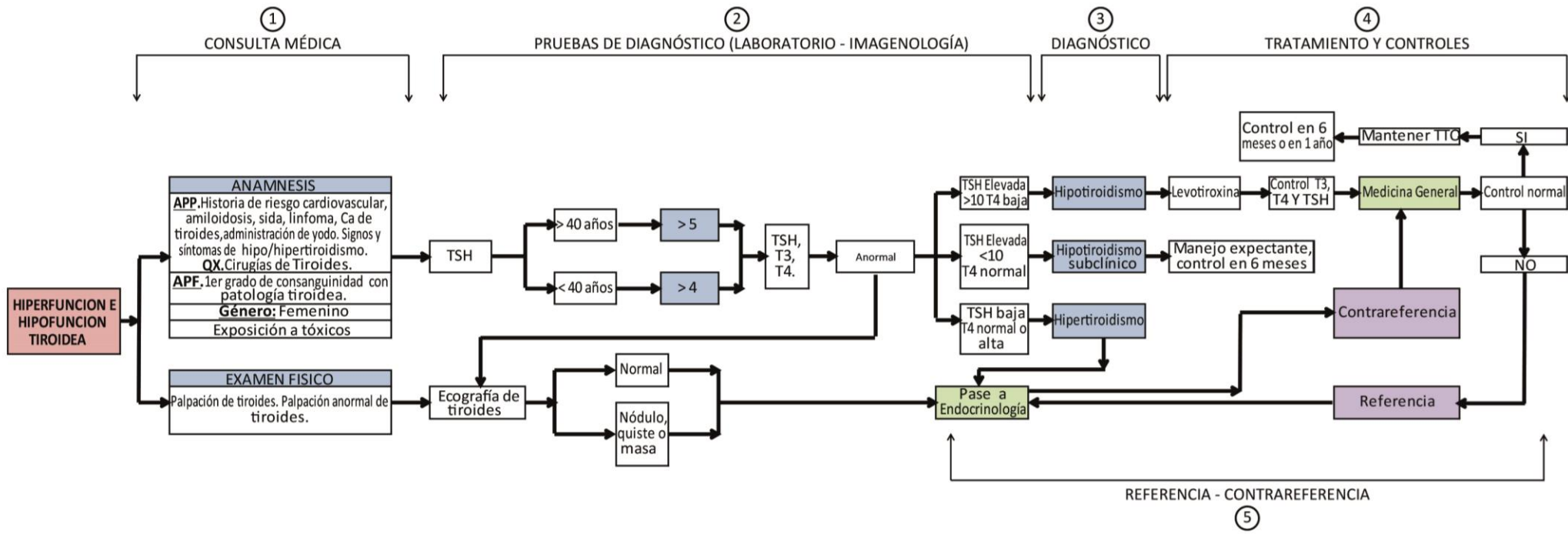
DIABETES MELLITUS 2

(Alberti, Eckel, Grunddy, Zimmet, Cleeman, & Donato, 2009) (Brunner, Rees, Ward, Burke, & Thorogood, 2009) (ADA, 2013) (Rycerz & Jaworska-Adamu, 2013) (Lazaro, Ferre, Plana, Aragonés, Girona, & Merino, 2012) (Nettleton, Lutsey, Wang, Lima, & Michos, 2009) (Lianov & Mark, 2010) (Mora & Vinocour, 2007) (Mottillo, Filion, Genest, & Lawrence, 2010)



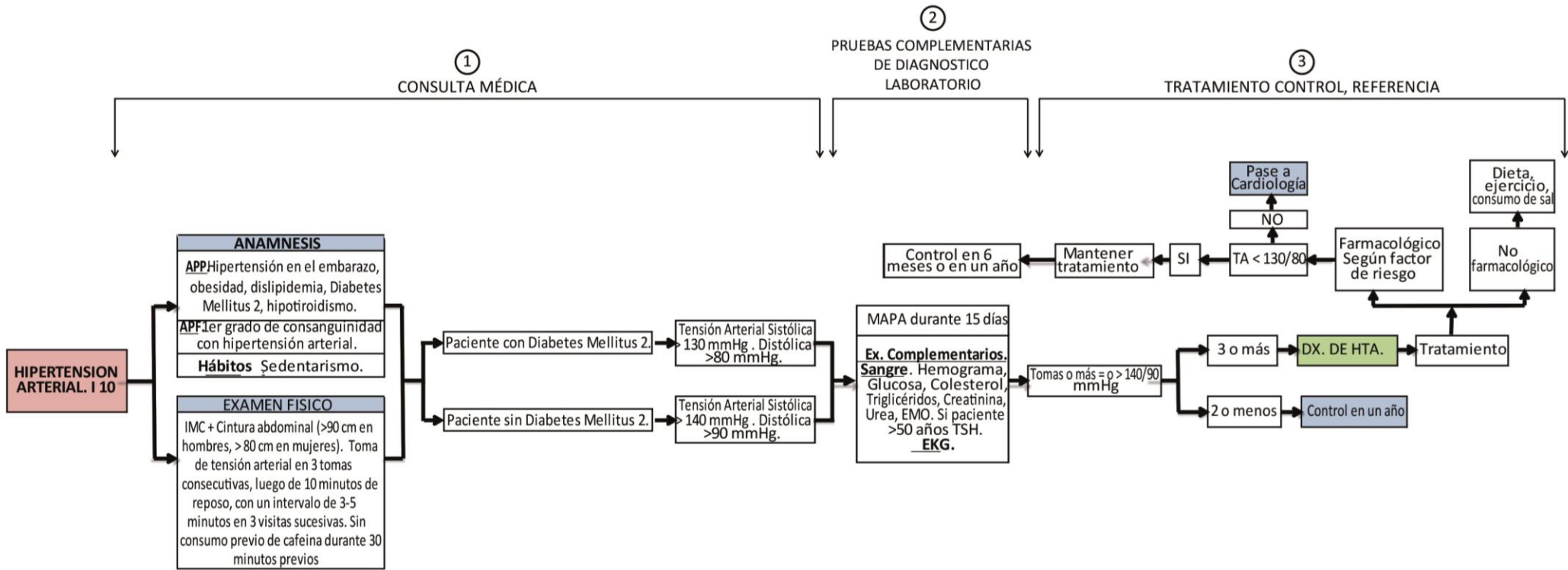
HIPERFUNCIÓN E HIPOFUNCIÓN TIROIDEA

(Ladenson, Singer, Ain, & Bagchi, 2010) (Wesley, Malard, & Calsolari, 2010) (Gharib, Tuttle, Baskin, Fish, & Singer, 2005) (Mosso, y otros, 2012)



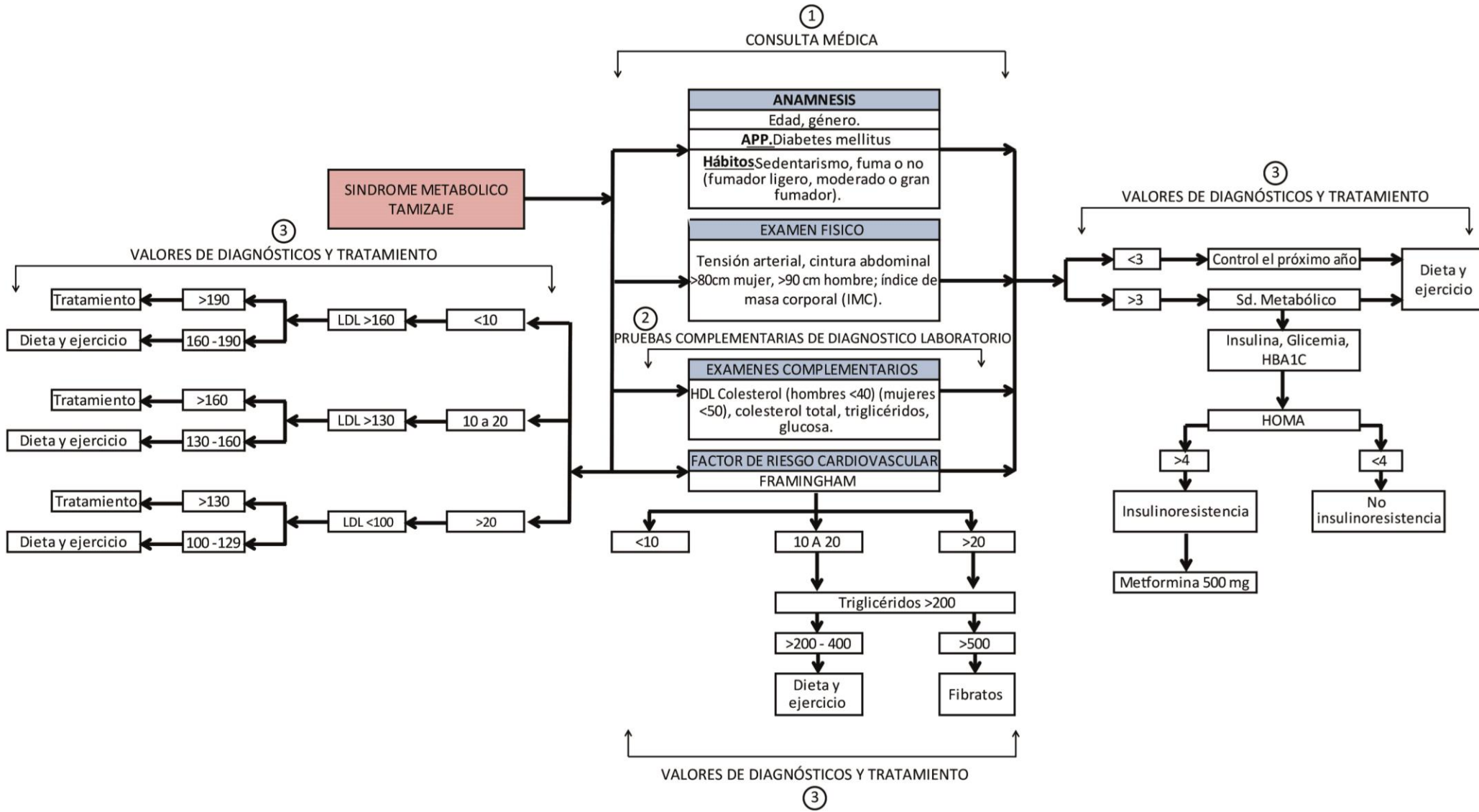
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

(Espinoza & Espinoza, 2006) (Alberti, Eckel, Grunddy, Zimmet, Cleeman, & Donato, 2009) (Lindholm & Ekblom, 2005) (Klag, Wang, & Meony, 2002) (Meco & Pintó, 2002) (Brunner, Rees, Ward, Burke, & Thorogood, 2009) (Wilson, D'Agostino, Levy, Belanger, & Silbershatz, 2008) (Green, O'Driscoll, Joyner, & Cable, 2008) (Lazaro, Ferre, Plana, Aragones, Girona, & Merino, 2012) (Nettleton, Lutsey, Wang, Lima, & Michos, 2009) (Lianov & Mark, 2010) (KUNSTMANN & DE GRAZIA, 2012) (Mottillo, Filion, Genest, & Lawrence, 2010)



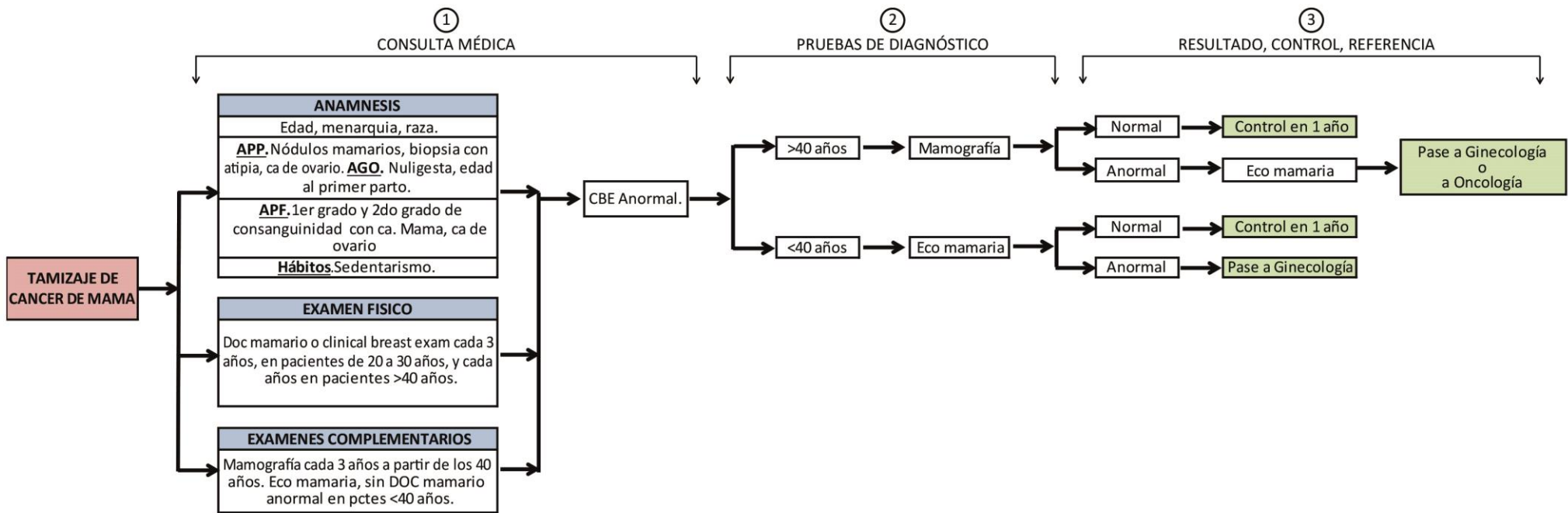
SÍNDROME METABÓLICO

(Espinoza & Espinoza, 2006) (Ronksley & Brien, 2010) (Lindholm & Ekblom, 2005) (Klag, Wang, & Meony, 2002) (Meco & Pintó, 2002) (Babio, Sorli, Bulló, Basora, & Ibarrolla, 2010) (Micha, Michas, Lajous, & Mozzafarian, 2013) (Alberti, Eckel, Grunddy, Zimmet, Cleeman, & Donato, 2009) (Brunner, Rees, Ward, Burke, & Thorogood, 2009) (ADA, 2013) (Wilson, D'Agostino, Levy, Belanger, & Silbershatz, 2008) (Rycerz & Jaworska-Adamu, 2013) (Green, O'Driscoll, Joyner, & Cable, 2008) (Lazaro, Ferre, Plana, Aragones, Girona, & Merino, 2012) (Chumaeva, Hintsanen, Juonala, Raitakari, & Keltikangas-Järvinen, 2010) (Pino, Cediell, & Hirsch, 2009) (Pereira, 2012) (Maldonado & Polonia, 2011) (Lianov & Mark, 2010) (KUNSTMANN & DE GRAZIA, 2012) (Mora & Vinocour, 2007) (Mottillo, Filion, Genest, & Lawrence, 2010)



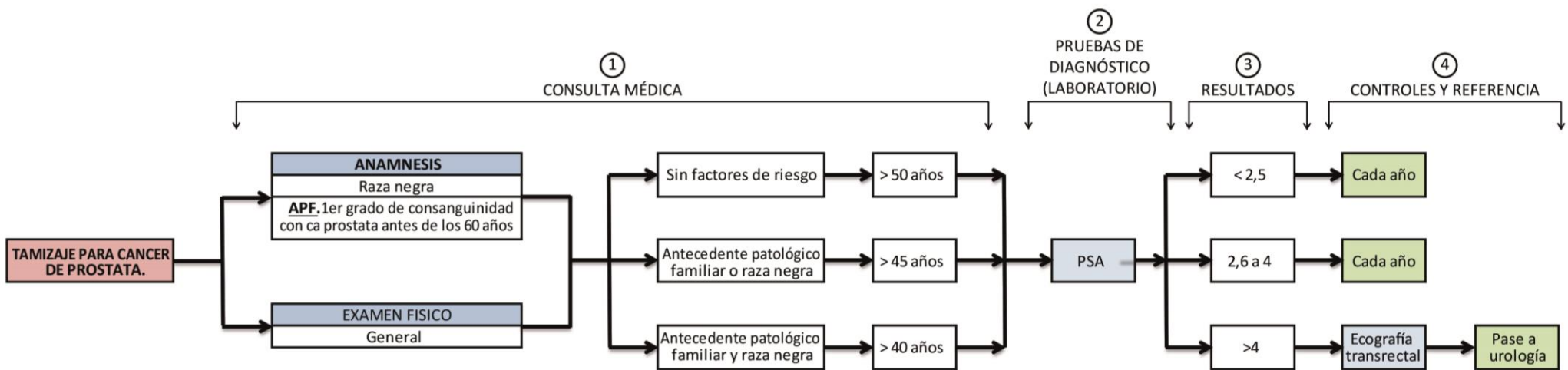
TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA

(Warner, Breast-Cancer Screening, 2011) (Jemal, Center, & DeSantis, 2010) (Claus, Risch, & Thompson, 2011) (Costantino, Gail, Pee, Anderson, & Rendmond, 2009) (Warner, Breast-Cancer Screening, 2011) (Smith & Kerlikowske, 2012)



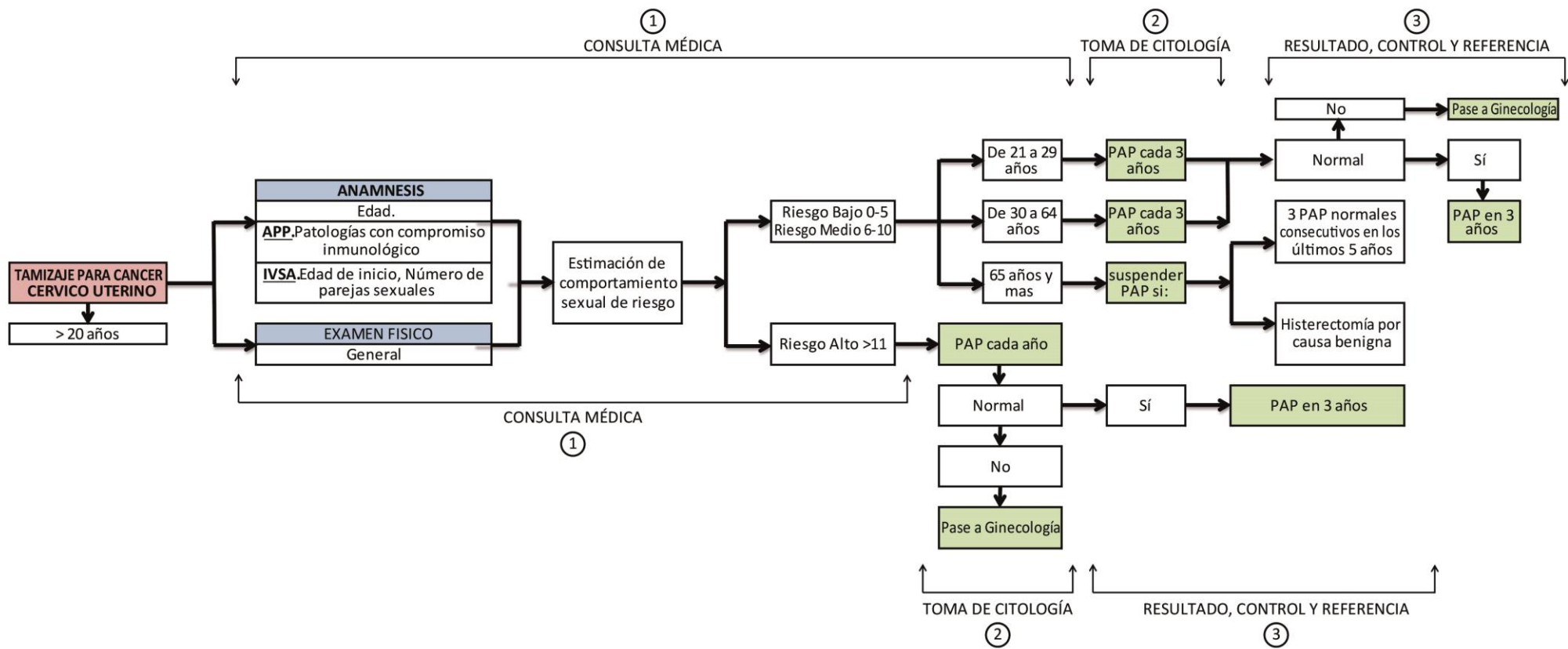
TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA

(Wolf, Wender, & Etzioni, 2010) (Jemal, Center, & DeSantis, 2010) (Schröder, 2011) (Colbert & Adler, 2012) (D'Amico & Smith, 2012) (Smith, Brooks, Cokkinides, Saslow, & Brawley, 2013)



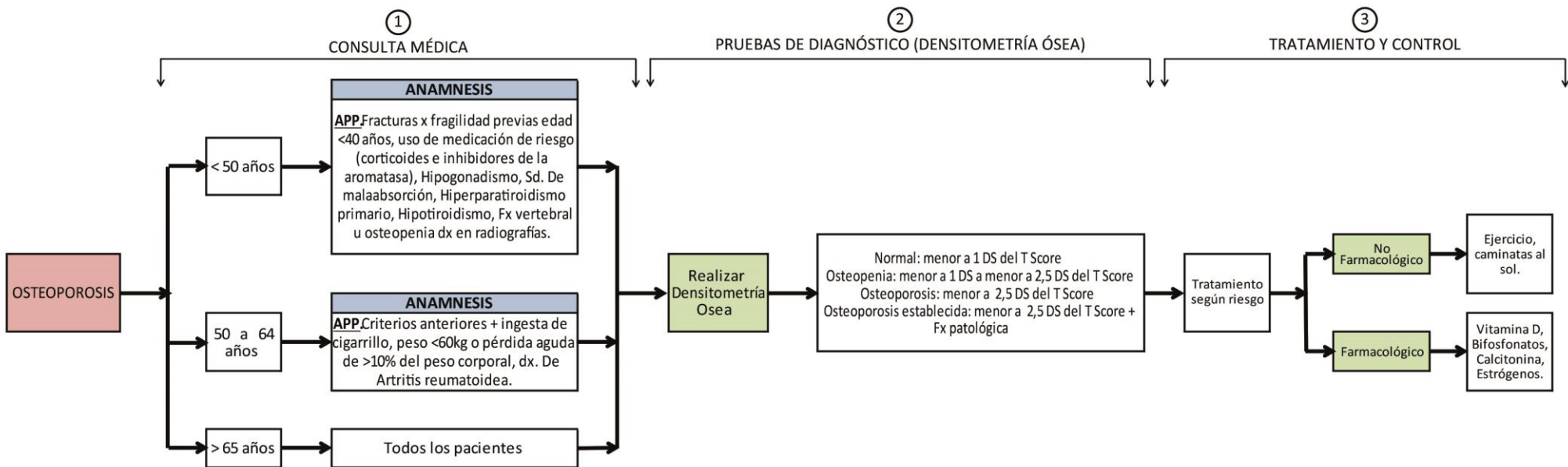
TAMIZAJE DE CÁNCER DE CÉRVIX

(Jemal, Center, & DeSantis, 2010) (Claus, Risch, & Thompson, 2011) (Gobierno Federal de México, 2012) (Sawaya, 2009) (Mayrand, Duarte-Franco, Rodrigues, & Walter, 2007) (Smith, Brooks, Cokkinides, Saslow, & Brawley, 2013) (Reiter, Katz, & Ferketich, 2013)



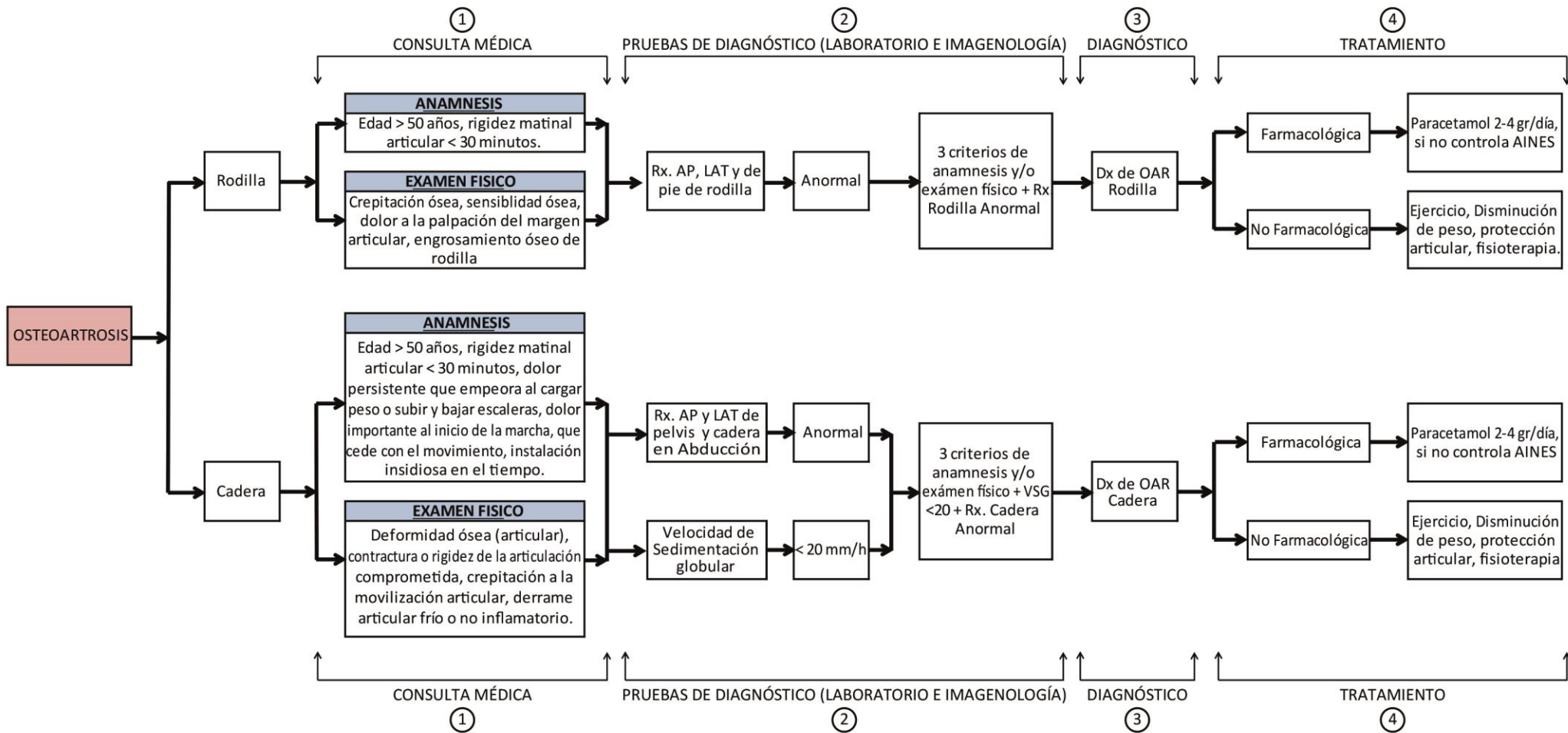
OSTEOPOROSIS

(Papaioannou, Morin, Cheung, & Atkinson, 2010) (Rachner, Khosla, & Hofbauer, 2011) (Bone, Bolognese, Yuen, & al., 2008)



OSTEOARTROSIS

(Rodríguez, Palomo, & Bartolomé, 2008) (Ministerio de Salud de Santiago, 2007)



7.9 Apéndice 9.

Acta de reunión de taller de inicio de levantamiento de perfil y elaboración de flujograma de vinculación para personal de recursos humanos de las empresas que van a acceder al proyecto médico preventivo, con fecha de 28 de mayo del 2013.

ACTA DE REUNION DE TALLER

Cuenca, 28 de mayo del 2013.

Lugar: Centro de Atención Ambulatoria 302

Hora: 12H00 – 14H30

Asistentes: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez, Dra. Fernanda Palacios, Aux. Enf. Julia Coronel, Int. Med. Andrea Burelli, Sr. Ismael Ochoa.







Orden del Día:

1. Presentación de formato de levantamiento de perfil.
2. Entrevista individual
3. Sugerencias y recomendaciones para levantamiento de cargo
4. Elaboración de flujograma de Vinculación.

Puntos tratados:

1. Presentación de formato de levantamiento de perfil.
2. Entrevista individual elaborada
3. Elaboración de Hujograma de Vinculación
4. Sugerencias y recomendaciones para levantamiento de cargo.
 - a. Comunicar a cada funcionario previo a ejecución de orgánico funcional definitivo.

Para constancia firman:

 Dr. José Bustamante Medina Director Médico del CAA 302	 Dra. Valeria Álvarez Palacios. Médico responsable del Proyecto Preventivo
 Dra. Fernanda Palacios Buchelli. Médico Preventivo	 Int. Med. Andrea Burelli Meoño. Interna de Medicina
 Aux. Enf. Julia Coronel Sarmiento. Auxiliar de Enfermería	 Sr. Ismael Ochoa Personal de Estadística

7.10 Apéndice 10.

Acta de reunión de taller de socialización de levantamiento de perfil y de flujograma de vinculación para personal de recursos humanos de las empresas que van a acceder al proyecto médico preventivo, con fecha de 20 de junio del 2013.

ACTA DE REUNION DE TALLER

Cuenca, 20 de junio del 2013.

Lugar: Centro de Atención Ambulatoria 302

Hora: 12H00 – 14H30

Asistentes: Dr. José Bustamante, Dra. Valeria Álvarez, Dra. Fernanda Palacios, Aux. Enf. Julia Coronel, Int. Med. Andrea Burelli, Sr. Ismael Ochoa.

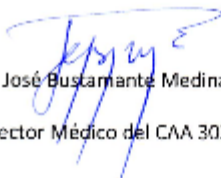
Orden del Día:

1. Presentación de perfiles levantados.
2. Socialización de perfiles.
3. Foro de preguntas.

Puntos tratados:

1. Presentación de perfiles levantados.
2. Socialización de perfiles.
3. Foro de preguntas.

Para constancia firman:


Dr. José Bustamante Medina
Director Médico del CAA 302


Dra. Valeria Álvarez Palacios.
Médico responsable del Proyecto Preventivo


Dra. Fernanda Palacios Buchelli,
Médico Preventivo


Int. Med. Andrea Burelli Meoño.
Interna de Medicina


Aux. Enf. Julia Coronel Sarmiento.
Auxiliar de Enfermería


Sr. Ismael Ochoa
Personal de Estadística

7.11 Apéndice 11.

Oficio de entrega de orgánico funcionales del personal del Centro de Atención Ambulatoria 302, vinculado al Proyecto Médico Preventivo y flujograma de vinculación para el personal de recursos humanos de las empresas nuevas a vincularse al proyecto médico preventivo

Cuenca, 26 de septiembre del 2013.

Doctor
José Bustamante Medina
DIRECTOR MEDICO DEL CAA 302

Adjunto al presente encontrará documento final de orgánicos funcionales del personal vinculado al Proyecto Médico Preventivo, al igual que Flujograma de Gestión para el personal de Recursos Humanos de las empresas para vinculación al Proyecto Médico Preventivo.

Atentamente:


Dra. Valeria Álvarez Palacios
Médico responsable del Proyecto Preventivo

Rtds 26 9/2013


7.12 Apéndice 12

Registro de Firmas de Asistencia del Personal de Recursos Humanos de las Nuevas empresas a vincularse al proyecto preventivo. Capacitación acerca del flujograma de Vinculación y Programa Médico Preventivo en General.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA 302
CENTRAL DE CUENCA



Asunto: PROYECTO MÉDICO DE VINCULACION AL AREA PREVENTIVA

HORA: 10h00 AM

FECHA: 1 de noviembre del 2013

Nombre del Representante Institucional	Nombre de la Institución	Número de funcionarios	Teléfono	Firma	Correo electrónico
Patricia Rosales	INSTRONAVES	66	2810264		asistente@hipertronic.us
Tomando Cruzado	Alto Gorgona	20	2803905		tomando@redigugona.com
Hiriam Chica	La Quimera	9	2811097		francesca@gmail.com
Paola Reinos	SERVESA	18	2385666		preinos@servesa.com.ec
Cristina Cornejo	SERVESA	18	2385666		ccornejo@servesa.com.ec
José María Vintimilla	Vindelpo Cia. Ltda	9	4102220		jvintimilla@vindelpo.com
Molly Vintimilla	Vindelpo	9	4102221		mvintimilla@vindelpo.com
Patricia Alvarado	Equiplo S.A.	20 empleados	4034600		contabilidad@equiplo.com
Cristina Pesantez	ESTELSA	65	4101183		cristina.pesantez@estel.com
Verónica Castro	CEMOSA S.A.	65	293611		veronica.castro@cemosa.com.ec

7.13 Apéndice 13

Documento final de orgánico funcional definitivo del personal vinculado al proyecto médico preventivo, al igual que flujograma de vinculación al proyecto médico preventivo.

ORGÁNICO FUNCIONAL DEL CAA 302

PROYECTO MÉDICO PREVENTIVO EN MEDICINA GENERAL

Para la elaboración del orgánico funcional, se toma como base, que el organigrama de tipo vertical, debido a que dentro de la estructura del Centro de Atención ambulatoria 302, se encuentra una distribución de tipo jerárquico siguiendo una cadena de mando desde el nivel más alto al de menor categoría, al igual que el canal de comunicación es en el mismo sentido, ya que frente a dificultades, lo soluciona, conforme a consulta con un jefe inmediato superior, o con otro funcionario de su mismo nivel, según la dificultad encontrada.

Por tanto, como cabeza principal tenemos dentro del proyecto preventivo al director médico Dr. José Bustamante Medina, quien ordena, autoriza y controla los diferentes procesos que se ejecutan dentro del área, luego tenemos la jefatura o mando medio, la Maestrante. MD. Valeria Álvarez Palacios, encargada de realizar, coordinar y/o supervisar actividades a ellos encomendadas, no se tiene nivel de mandos medios, como cuarto nivel encontramos el servicio operativo, quienes efectúan las actividades, indicando sus actividades a los servicios superiores.

Para ubicar los cargos en el respectivo lugar, se ha efectuado el levantamiento de perfiles, el mismo que fue previamente estructurado, conforme nivel jerárquico, a través del formato de levantamiento de perfiles del SENRES para situar el puesto, puestos colaterales, cadena de mando, departamento, área y la descripción de las actividades que realiza cada puesto.

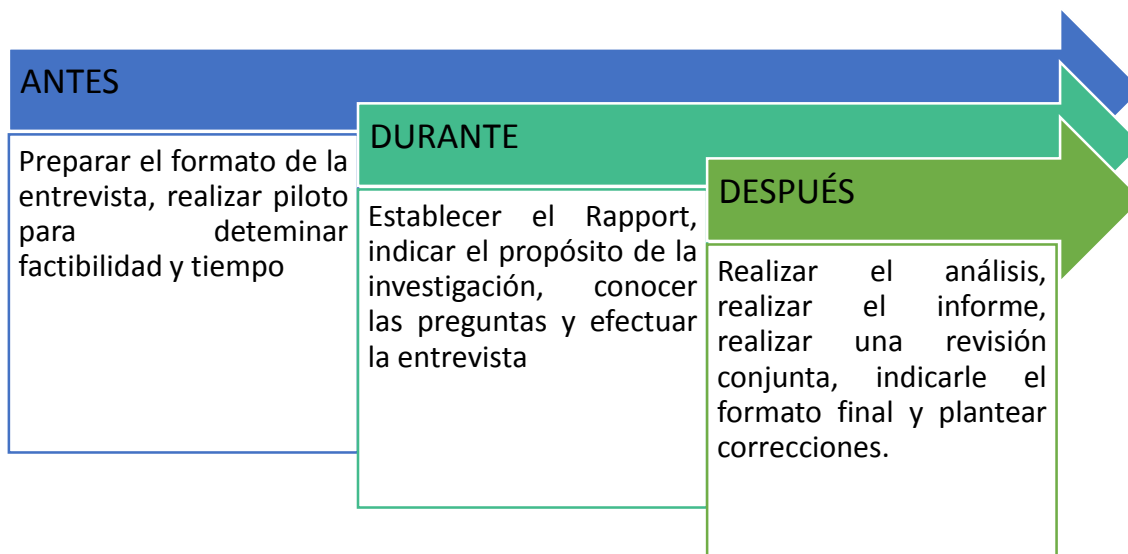
El tipo de organigrama seleccionado es el vertical, en el que cada rectángulo, está compuesto por el nombre del cargo, seguido por las actividades encomendadas, interconectado por líneas horizontales y diagonales, las mismas que orientan la vía de comunicación, se separa cada órgano como un área diferente, evitando agrupar distintos cargos dentro de un mismo sitio, teniendo como resultado final el orgánico funcional.

El centro de Atención Ambulatoria 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es una institución pública, por tanto sujeta a la normativa del Ministerio de Relaciones Laborales, de allí la importancia de establecer los lineamientos en una herramienta útil que permita determinar las necesidades del centro, cumpliendo con la normativa vigente.

En la Resolución SENRES-RH-2005, se toma el siguiente fragmento “considerando que la valoración y clasificación de puestos se realizará con base a la descripción de puestos elaborada por cada una de las Unidades de Administración de Recursos Humanos-UARHs Institucionales, a cuyo efecto es necesario dotarles de políticas, normas e instrumentos técnicos para valorar y clasificar los puestos del servicio civil”.

De igual manera en la Resolución SENRES-PROC-2006, RESUELVE “Emitir la norma técnica de diseño de reglamentos o estatutos orgánicos de gestión organizacional por procesos”, en la cual se puede evidenciar en el Artículo 13, el diseño de la Estructura Orgánica, para lo que se deben analizar los componentes de las unidades administrativas, niveles jerárquicos, líneas de autoridad y responsabilidad y organigrama estructural.

Proceso para el cual se procederá conforme al siguiente organizador:



En cuanto a la población institucional vinculada en el Proyecto Preventivo, tenemos 6 cargos:

CARGO	NÚMERO DE FUNCIONARIOS
Director Técnico Médico	1
Médico Responsable del Proyecto	1
Médico de Atención	1
Auxiliar de Enfermería	1
Interno de Medicina	1
Auxiliar de Estadística	1

Adjunto se encuentra formato de formulario de recolección de datos:

SERVIDOR PUBLICO

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Centro de Atención Ambulatoria 302 AREA MEDICA PREVENTIVA

LEVANTAMIENTO DE PERFIL

IDENTIFICACION DEL CARGO

AREA

NIVEL JERARQUICO DE SU CARGO

PRIMER NIVEL	Directivo	
SEGUNDO NIVEL	Jefatura	
TERCER NIVEL	Mandos Medios	
CUARTO NIVEL	Operativo	

RELACION LABORAL CON OTROS CARGOS
--

REPORTA A:	
SI	NO

SUPERVISA A:	
SI	NO

Nombre del Cargo

Nombre del Cargo

COLATERAL CON	
SI	NO

Nombre del Cargo

REQUISITOS MINIMOS

NIVEL DE ESTUDIOS NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO

ESTUDIOS	CURSANDO	TITULO OBTENIDO	INDISTINTO
Secundarios			
Técnicos			
Universitarios			
Máster/Postgrado			
Otros			

CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA LA EJECUCION DE LAS LABORES DEL CARGO

CONOCIMIENTOS ACADEMICOS REQUERIDOS

CONOCIMIENTOS POR APRENDER EN LA EMPRESA

EXPERIENCIA LABORAL

PREVIO A EJERCER EL CARGO QUE EXPERIENCIA SE CONSIDERA NECESARIA

TIPO DE EXPERIENCIA	SI	NO	INDISTINTO	TIEMPO EN AÑOS REQUERIDO

CONDICIONES DE TRABAJO Y AMBIENTE

El cargo lo podría desempeñar una persona con capacidades diferentes?

SI	NO
----	----

Es necesario poseer transporte propio para el desempeño óptimo del cargo?

SI	NO
----	----

Es necesario tener disponibilidad para viajar fuera de la ciudad?

SI	NO
----	----

RIESGOS DEL TRABAJADOR

Tipo de riesgos que puede tener el trabajador el momento de desarrollar alguna actividad.

TIPOS DE RIESGOS

Físicos	
Químicos	
Biológicos	
Ergonómicos	
Psicológicos	
Ambientales	

HERRAMIENTAS ESPECIFICAS QUE UTILIZA EL CARGO

En las actividades que realiza es necesario utilizar el teléfono?

	SI	NO
Locales		
Nacionales		
Interno		

En las actividades que realiza, qué herramientas de oficina necesita?

	SI	NO
Impresora		
Fax		
Copiadora		
Scanner		
Computadora		
Internet		
Otro, cual?		

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL CARGO

DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL CARGO

Número	Descripción de las actividades del cargo	Valoración de las funciones para establecer las actividades esenciales			
		Frecuencia	Consecuencia	Complejidad	Total
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Utilizar verbos en infinitivo ar-er-ir. Describir las actividades detalladamente.

El formato utilizado para la determinación de las funciones de las personas de la institución es:

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
 Centro de Atención Ambulatoria 302
AREA MEDICA PREVENTIVA

LEVANTAMIENTO DE PERFIL

1. DATOS DE IDENTIFICACION.

CARGO	
DEPARTAMENTO	
NIVEL	
CARGO SUPERIOR	

2. RESUMEN DEL CARGO.

3. ACTIVIDADES ESENCIALES.

No.	Actividades del Cargo
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

4. INSTRUCCIÓN FORMAL.

Nivel de Instrucción Formal	Conocimiento académico

5. CONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES.

6. EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA.

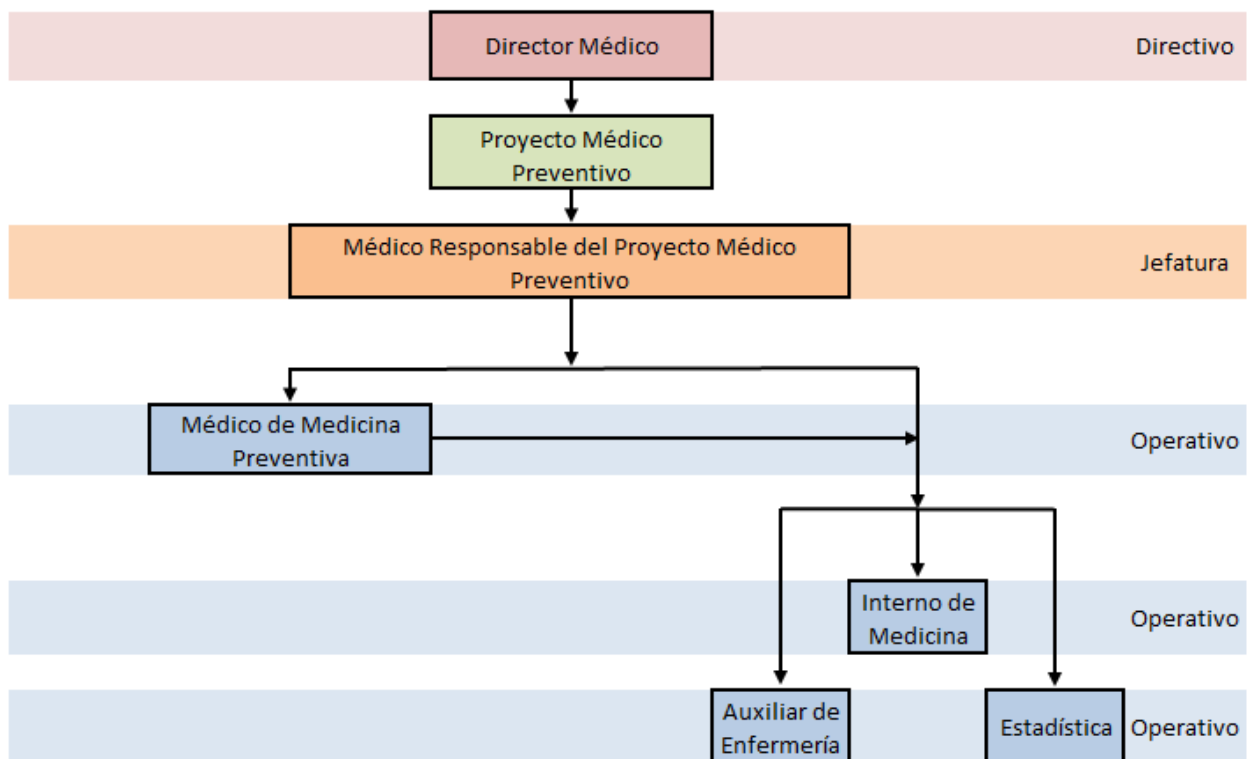
Especificación	
Tiempo en años	

7. CONDICIONES DE TRABAJO Y AMBIENTE.

Tipo de Riesgos	Especifique:

Elaborado:	Revisado	Aprobado
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Elaborándose por tanto el siguiente orgánico funcional:



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Centro de Atención Ambulatoria 302

AREA MÉDICA PREVENTIVA

DIRECTOR TÉCNICO MÉDICO

1. Datos de Identificación:

Departamento: Médico Preventivo

Nivel: Primer Nivel. Directivo.

Cargo Superior: Ninguno.

2. Resumen del cargo:

El Director Técnico Médico es el encargado de la prevención, promoción, rehabilitación y recuperación en salud de los afiliados del Centro de Atención Ambulatoria de las empresas públicas y privadas de la Ciudad de Cuenca.

3. Actividades esenciales del cargo:

- Planificar con los anexos en cuanto a prevención y promoción en salud.
- Coordinar actividades con la red pública de servicios de salud.
- Gestionar con personal de Medicina Preventiva del Centro de Atención Ambulatoria 302, para actividad médica preventiva y educación para la salud.
- Supervisar la ejecución de la medicina preventiva en las empresas públicas y privadas con énfasis en los estilos de vida.
- Gestionar recursos humanos y materiales para las diferentes actividades.

4. Instrucción Formal:

Nivel de Instrucción: Superior.

Título Obtenido: Médico.

Nivel de Instucción: Cuarto Nivel.

Título Obtenido: Gerencia en Salud, Medicina Familiar y Salud Intercultural.

5. Conocimientos Institucionales:

- Estructura orgánico funcional del IESS
- MAIS FCI

6. Experiencia Laboral Requerida:

Especificación: Sí.

Tiempo en años: Uno.

7. Condiciones de Trabajo y Ambiente:

Riesgos:

Físicos.

Biológicos.

Ergonómicos.

Psicológicos.

Elaborado:	Revisado	Aprobado
MD. Valeria Alvarez 	MD. Valeria Alvarez 	Dr. José Bustamante 
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Firma del Funcionario.



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Centro de Atención Ambulatoria 302

ÁREA MÉDICA PREVENTIVA

MÉDICO RESPONSABLE DEL PROYECTO MÉDICO PREVENTIVO

1. Datos de Identificación:

Departamento: Médico Preventivo

Nivel: Segundo Nivel. Jefatura.

Cargo Superior: Director Técnico Médico

2. Resumen del cargo:

El médico responsable del proyecto Médico preventivo, es el responsable en última instancia de la atención médica, tiene a su cargo la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las actividades del proyecto médico preventivo.

3. Actividades esenciales del cargo:

- Planificar, estructurar, convocar y elaborar las reuniones periódicas de vinculación al proyecto médico preventivo.
- Asesorar a las instituciones a vincular acerca del trámite a seguir para la vinculación al proyecto médico preventivo.
- Supervisar y coordinar la apertura de fichas clínicas en el servicio de Estadística.
- Supervisar al Interno de Medicina y docencia dirigida.
- Coordinar con las empresas la atención médica.
- Realizar la atención médica y el examen físico de los pacientes.
- Realizar papanicolaous
- Planificar las agendas médicas.
- Realizar educación para la salud.
- Elaborar informes de las empresas atendidas.
- Realizar actividades extramurales.

4. **Instrucción Formal:**
Nivel de Instrucción: Superior.
Título Obtenido: Médico.
Nivel de Instrucción: Cuarto Nivel.
Título Obtenido: Indistinto.

5. **Conocimientos Institucionales:**
 Atención Primaria en Salud.
 Estadística descriptiva.
 Elaboración y ejecución de proyectos.
 Planificación interna institucional.

6. **Experiencia Laboral Requerida:**
Especificación: Sí.
Tiempo en años: Uno.

7. **Condiciones de Trabajo y Ambiente:**
 Físicos.
 Biológicos.
 Ergonómicos.
 Psicológicos.

Elaborado:	Revisado	Aprobado
MD. Valeria Álvarez P. 	MD. Valeria Álvarez P. 	Dr. José Bustamante M. 
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Firma del Funcionario.



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Centro de Atención Ambulatoria 302

ÁREA MÉDICA PREVENTIVA

SERVIDOR PUBLICO No.7. MÉDICO TRATANTE

MÉDICO DE MEDICINA PREVENTIVA

1. Datos de Identificación:

Departamento: Médico Preventivo

Nivel: Cuarto Nivel. Operativo.

Cargo Superior: Médico Responsable del Proyecto Médico Preventivo.

2. Resumen del cargo:

El médico operativo del proyecto Médico preventivo, es el responsable de la atención médica, tiene a su cargo la ejecución de las actividades del proyecto médico preventivo.

3. Actividades esenciales del cargo:

- Asesorar a las instituciones a vincular acerca del trámite a seguir para la vinculación al proyecto médico preventivo y coordinar la atención
- Supervisar al Interno de Medicina y docencia dirigida.
- Realizar la atención médica y el examen físico de los pacientes.
- Realizar papanicolaous
- Realizar educación para la salud.
- Elaborar informes de las empresas atendidas.
- Realizar actividades extramurales.

4. Instrucción Formal:

Nivel de Instrucción: Superior.

Título Obtenido: Médico.

5. Conocimientos Institucionales:

Estadística descriptiva.

6. Experiencia Laboral Requerida:

Especificación: Sí.

Tiempo en años: Uno.




7. Condiciones de Trabajo y Ambiente:

Físicos.

Biológicos.

Ergonómicos.

Psicológicos.

Elaborado:	Revisado	Aprobado
MD. Valeria Álvarez P. 	MD. Valeria Álvarez P. 	Dr. José Bustamante M. 
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Firma del Funcionario.



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Centro de Atención Ambulatoria 302

ÁREA MÉDICA PREVENTIVA

INTERNO ROTATIVO DE MEDICINA PREVENTIVA

1. Datos de Identificación:

Departamento: Médico Preventivo

Nivel: Cuarto Nivel. Operativo.

Cargo Superior: Médico Responsable del Proyecto Médico Preventivo, Médico de Medicina Preventiva.

2. Resumen del cargo:

El interno de medicina del proyecto Médico preventivo, es una persona en formación, tiene a su cargo la estructuración de las bases de datos y elaboración de estadísticas, para los informes de las empresas atendidas en el proyecto médico preventivo.

3. Actividades esenciales del cargo:

- Ingresar datos estadísticos.
- Tabular y analizar los datos antes ingresados.
- Acudir a Consulta médica.
- Colaborar en consulta médica.
- Colaborar en procedimientos médicos.

4. Instrucción Formal:

Nivel de Instrucción: Superior.

Cursando para obtener título de: Médico.

5. Conocimientos Institucionales:

APS

Estadística descriptiva.

6. **Experiencia Laboral Requerida:**

Especificación: No.

Tiempo en años: Indistinto.

7. **Condiciones de Trabajo y Ambiente:**

Físicos.

Biológicos.

Ergonómicos.

Psicológicos.

Elaborado:	Revisado	Aprobado
MD. Valeria Álvarez P. 	MD. Valeria Álvarez P. 	Dr. José Bustamante M. 
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Firma del Funcionario.


0103361036

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Centro de Atención Ambulatoria 302

ÁREA MÉDICA PREVENTIVA

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

1. Datos de Identificación:

Departamento: Médico Preventivo

Nivel: Cuarto Nivel. Operativo.

Cargo Superior: Médico Responsable del Proyecto Médico Preventivo. Médico de Medicina Preventiva.

2. Resumen del cargo:

La auxiliar de Enfermería del proyecto médico preventivo, constituye el personal vinculado estrechamente con la atención médica, ya que prepara al paciente, previa atención, al igual que guía al paciente acerca de los servicios y equipa los consultorios médicos.

3. Actividades esenciales del cargo:

- Asesorar al paciente acerca de los diferentes servicios.
- Tomar los signos vitales.
- Tomar medidas antropométricas
- Tomar los niveles de glicemia
- Colaborar en procedimientos médicos
- Cambiar la lencería hospitalaria
- Lavar y desinfectar equipos
- Equipar los consultorios médicos.

4. Instrucción Formal:

Nivel de Instrucción: Técnico.

Título Obtenido: Auxiliar de enfermería.

5. Conocimientos Institucionales:

Atención Primaria en Salud.

6. Experiencia Laboral Requerida:

Especificación: Sí.

Tiempo en años: Uno.

7. Condiciones de Trabajo y Ambiente:

Físicos.

Biológicos.

Ergonómicos.

Psicológicos.

Elaborado:	Revisado	Aprobado
MD. Valeria Álvarez P. 	MD. Valeria Álvarez P. 	Dr. José Bustamante M. 
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Firma del Funcionario.


0106565252.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Centro de Atención Ambulatoria 302

ÁREA MÉDICA PREVENTIVA

SERVIDOR PÚBLICO DE APOYO No. 4. AUXILIAR DE ESTADÍSTICA

1. Datos de Identificación:

Departamento: Médico Preventivo

Nivel: Cuarto Nivel. Operativo.

Cargo Superior: Médico Responsable del Proyecto Médico Preventivo. Médico de Medicina Preventiva.

2. Resumen del cargo:

El auxiliar de Estadística del proyecto médico preventivo, constituye el personal destinado a habilitar la atención de los derechohabientes, a través de aperturar su historia clínica y/o actualizar los datos, al igual que las agendas para el inicio de la atención médica.

3. Actividades esenciales del cargo:

- Asesorar al paciente acerca de los diferentes servicios.
- Verificar que funcionarios disponen de Historia Clínica.
- Actualizar los datos de las Historias Clínicas.
- Coordinar las agendas médicas.
- Habilitar turnos para áreas auxiliares de diagnóstico.

4. Instrucción Formal:

Nivel de Instrucción: Secundaria.

Título Obtenido: Bachiller.

5. Conocimientos Institucionales:

Atención Primaria en Salud.

Sistema AS 400

6. Experiencia Laboral Requerida:

Especificación: No.

Tiempo en años: No indispensable.

7. Condiciones de Trabajo y Ambiente:

Físicos.

Biológicos.

Ergonómicos.

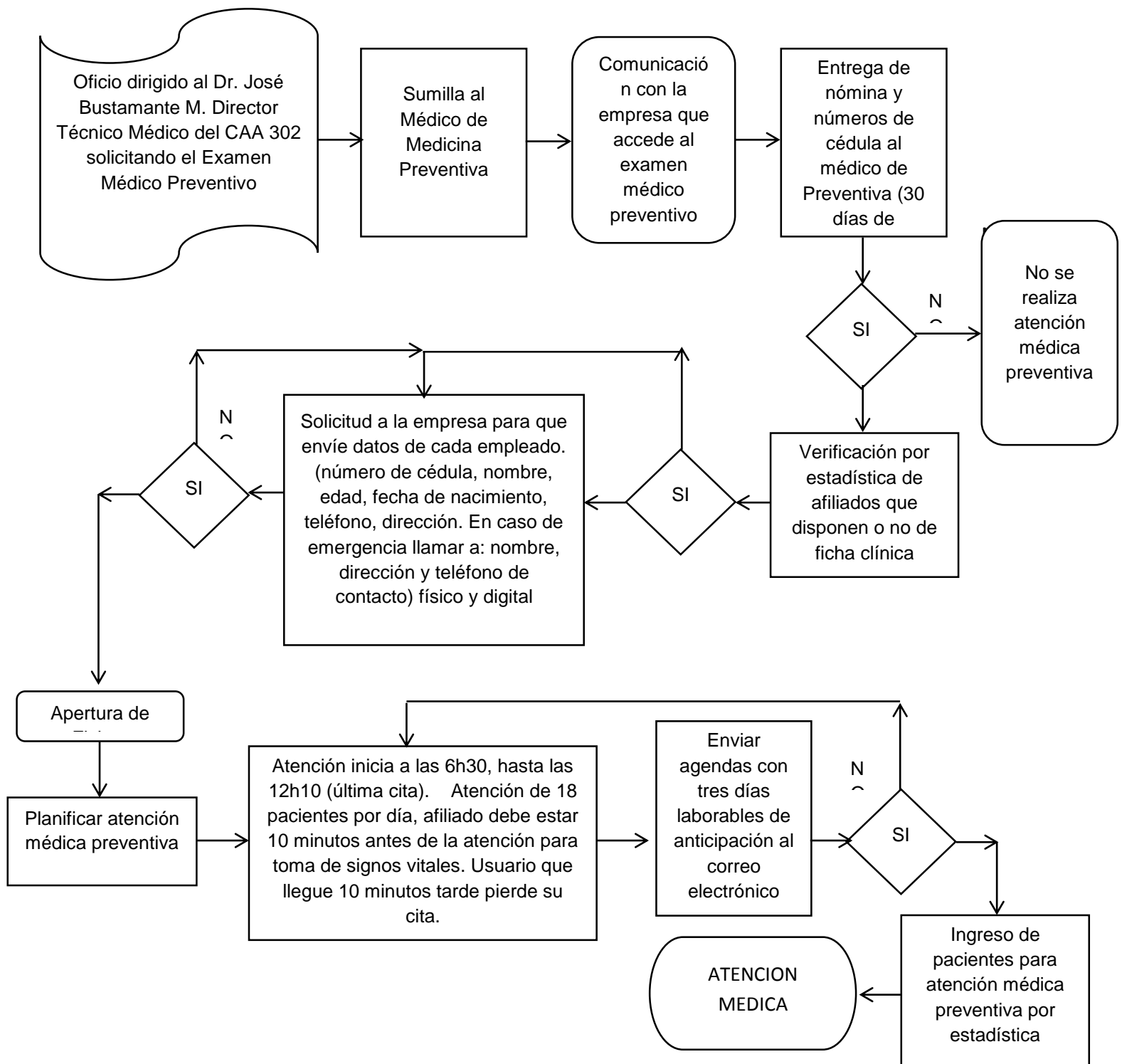
Psicológicas.

Elaborado:	Revisado	Aprobado
MD. Valeria Álvarez P. 	MD. Valeria Álvarez P. 	Dr. José Bustamante M. 
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Firma del Funcionario.


0104381815

FLUJOGRAMA DE VINCULACIÓN AL PROYECTO MÉDICO PREVENTIVO EN MEDICINA GENERAL



14.14. Apéndice 14.

Oficio de entrega de DVD de promoción de estilos de vida saludables y Guía didáctica, con fecha 24 de mayo del 2013.



7.15 Apéndice 15.

DVD educativo de Promoción de Estilos de Vida Saludables.

7.16 Apéndice 16

Guía didáctica de Promoción de Estilos de Vida Saludables.

7.17 Apéndice 17.

Oficio enviado por Eco. Paola Dávila, Responsable Financiera (E), del Centro de Atención Ambulatoria 302 Cuenca, aprobado por el Eco. Esteban León Paredes, Ex director Administrativo del Dispensario Central, a la Lcda. Soraya Erraez, Subdirectora de Comunicación Social, solicitando la asignación de recursos económicos para la elaboración del “Plan de Promoción, Difusión y Publicidad”.

Adjunto también proforma enviada por la institución, en donde se detalla la asignación de recursos para los DVD y Guías para el área médica preventiva.



**INSTITUTO ECUATORIANO
DE SEGURIDAD SOCIAL**
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 CENTRAL CUENCA
Bolívar 6-90 y Borrero (esq.) Telfs.: 2823 477 284-239 FAX: 2820-214
e-mail: iess302c@etapanet.net CUENCA-ECUADOR

Cuenca, 25 de julio de 2013
Oficio Nro. 433201101 000187 FIN

Licenciada,
SORAYA ERRAEZ ROMAN
SUBDIRECTORA DE COMUNICACIÓN (E).
Ciudad.-

ASUNTO: CONTRATACION DE AFICHES BANNERS Y TRIPTICOS Y CALENDARIOS

En respuesta en sumilla inserta en programación referencial para la adquisición de material informativo de los programas de salud con los que al momento cuenta el C.A.A. Central Cuenca y cumpliendo con lo que establece la Resolución Administrativa No. 12000000 413 de fecha 13 de junio de 2013, que en su Art. 10. que textualmente dice "PLAN DE PROMOCION, DIFUSION Y PUBLICIDAD: Se cumplirá de manera obligatoria lo dispuesto en la clausula 13.3 de la Resolución CD 441, por tanto no se autorizara la elaboración y difusión de ningún material publicitario y promocional sin la coordinación con la Subdirección de Comunicación Social."

Tomando en cuenta el numeral 13.3 de la Resolución CD 441 de fecha 21 de diciembre de 2012, que textualmente dice "El Director General aprobara el Plan de Difusión y Promoción distribuido por tipo de proyectos, promoción, eventos y campañas publicitarias que permitan promocionar y difundir las prestaciones de la Seguridad Social a nivel nacional e internacional.

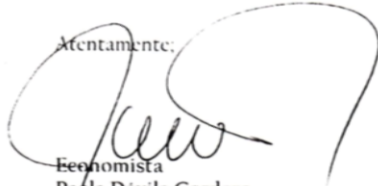
Las Direcciones Provinciales y Directores de los Seguros Especializados únicamente podrán realizar campaña de promoción y difusión previa coordinación con la Subdirección de Comunicación Social y en caso de temas de afiliación con la Subdirección de Afiliación y Cobertura"

Por lo expuesto y ante la necesidad de contar con material informativo que a su vez servirá para promocionar todos los servicios que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a través de nuestra unidad, y con el fin de dar a conocer todos los beneficios a los que tiene derecho una persona como afiliada de lograr una cobertura mucho más amplia y de calidad para todos los afiliados, autorizamos la impresión de afiches, banners, trípticos, calendarios, y acordeones informativos, los cuales serán distribuidos en ferias, Unidades Educativas, Empresas, anexos a nuestro Dispensario y demás establecimientos donde amerite dar a conocer nuestros servicios.






Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente:



Economista
Paola Dávila Cordero.
RESPONSABLE FINANCIERA (E).

Elaborado por:	Paola Dávila C.	
Revisado por:	Paola Dávila C.	
Autorizado por:	Eco. Esteban León Paredes	
Fecha:	25 Julio 2013	

C.c.: Archivo

Cuenca, 19 Julio 2013

25 Eco. Paola Davila

Economista
Esteban Leon P
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL CAA
Presente.

IESSE SEGURO DE SALUD
CAA
Econ. Esteban Leon P
DIRECTOR
2013/07/22

Por medio de la presente informo la cantidad y los precios para el material de comunicación del dispensario para el conocimiento de la ciudadanía y la ejecución.

Medicina Preventiva			
Descripción	Cantidad	Precio por U.	Total
Afiches tamaño A4	500	0,25	125
Afiches tamaño A2	500	0,35	175
tripticos	5000	0,15	750
Afiches Informativos A4 doble cara	5000	0,25	1250
Afiches 2 caras informativos 7,5 x 7,5	5000	0,7	3500
calendarios en A2	5000	0,35	1750
Banner de pedestal	3	75	225
Acordeón informativo 52mm x 594mm	5000	0,56	2800
Total			10575

Atención diferenciada para adolescentes ADAS_IESS			
Descripción	Cantidad	Precio por U.	Total
Afiches tamaño A4	500	0,25	125
Afiches Informativos A4 doble cara	500	0,35	175
Afiches tamaño A2	5000	0,15	750
tripticos	5000	0,25	1250
Afiches 2 caras informativos 7,5 x 7,5	5000	0,7	3500
calendarios en A2	5000	0,35	1750
Banner de pedestal	3	75	225
Acordeón informativo 52mm x 594mm	5000	0,56	2800
CD informativo de Med. Preventiva	2000	1,2	2400
Total			12975

Ministerio de Salud
CAA 302
22 JUL 2013
Financiera

Feria de Salud			
Descripción	Cantidad	Precio por U.	Total
Banner de pedestal Grande	1	120	120
Banner de pedestal	2	75	150
Carpas	1	1200	1200
CD informativo del Disp.	2000	1.2	2400
Total			3870

Disp Central CAA 302			
Descripción	Cantidad	Precio por U.	Total
Banner de pedestal Grande	1	120	120
Banner de pedestal	2	75	150
Carpas	1	1200	1200
Total			1470

Total	28890
--------------	--------------

Por la atención que se digna a dar ala presente, anticipo mi agradecimiento


 Atentamente
 Ismael Ochoa
 Oficinista


7.18 Apéndice No. 18

Matriz de Priorización

No.	PROBLEMA	IMPORT.	FREC.	FACTIB.	CALIF.	ORDEN
1	Falta de personal de enfermería contratado para cubrir las 14 horas de atención con por lo menos una auxiliar de enfermería por cada área.	3	2	2	7	2
2	Falta de espacio físico para cubrir las 8 horas de labor de cada médico en cada consultorio.	3	3	2	8	1
3	Deficiente atención en Medicina Preventiva para afiliados de las empresas.	2	2	2	6	3
4	Asignación de turnos para especialistas, con gran tiempo de solicitud previa.	2	2	1	5	4
5	Necesidad de mayor capacidad en elaboración de exámenes de patología clínica en el laboratorio.	3	3	1	7	2

7.19 Apéndice No. 19.

Oficio de autorización de desarrollo de Tesis titulado Mejoramiento de la Atención Médica Preventiva para los afiliados de las Empresas que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Cuenca – 2013.

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD**
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 CENTRAL CUENCA

Cuenca, 12 de marzo de 2013
Of.No.433201303-039


Doctora
Valeria Alvarez P.
MEDICINA PREVENTIVA DEL CAA 302
Presente.-


De mi consideración

Por medio del presente reciba un atento saludo y en atención a su oficio de fecha 11 de marzo de 2013, en el que se solicita autorización para realizar el Proyecto de Tesis titulado **“Proyecto de Mejoramiento de la atención Médica Preventiva de los Afiliados de las Empresas que acuden al Centro de Atención Ambulatoria 302, Julio a Diciembre del 2013”**el que me permito comunicarle que cuenta con a debida autorización de esta direccion para realizar dicho proyecto.

Sin otro particular, de Usted ,

Atentamente,


Dr. José Bustamante Medina.
DIRECTOR TÉCNICO DEL CAA 302



olivar 6-90 y Borrero (Esq) PBX: 2841239 Email: caacuena@iess.gov.ec Cuenca
– Ecuador