

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

**Propuesta de Instrumentación de los Procesos para la Gestión de la Estrategia de la
Atención Primaria de Salud**

Eduardo José Espinosa Serrano

**Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Gerencia en Salud

Quito, mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓNXC

**Propuesta de Instrumentación de los Procesos para la Gestión de la
Estrategia de la Atención Primaria de Salud**

Eduardo José Espinosa Serrano

Firmas

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD, ESP-SP.

Director Especialización Gerencia en Salud

Jaime Ocampo, MD., MA., PhD.

Decano Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eduardo José Espinosa Serrano', is written on a light green rectangular background.

Quito, mayo 2017

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Eduardo José Espinosa Serrano

Código de estudiante: 00134255

C. I.: 1707368773

Lugar, Fecha Quito, mayo 2017

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis hijos Eduardo Alejandro y Héctor Nicolás, mi inspiración, razón de mi esfuerzo diario por ser cada día un mejor ser humano y ejemplo, buscando siempre con responsabilidad y fiel a mis principios poner un granito de arena para construir un mundo mejor para ellos.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a mis padres y mis hermanas, ejemplos de lucha y éxito, quienes junto a mis hijos han sido apoyo constante e incondicional en cada paso de mi vida, impulsándome a la consecución de este nuevo logro personal.

Agradezco también a mis maestros quienes generosamente han compartido con sabiduría su experiencia y conocimiento para mi formación, al igual que a mis queridos compañeros y amigos de estudio con los que he compartido esta maravillosa experiencia.

A todos mis compañeros de trabajo de Planta Central del Ministerio de Salud Pública y del Hospital Básico de Cayambe de quienes he aprendido en la práctica ese complemento de realidad, necesario para dar sentido a lo académico.

Finalmente, no puedo dejar de agradecer a quien ha sabido en este último tiempo poner orden y luz a mi vida mostrándome con su apoyo, amor y compromiso incondicional, nuevos caminos por recorrer y metas por cumplir.

RESUMEN EJECUTIVO

La gestión por procesos, se ha convertido en los últimos años una herramienta importante dentro de las organizaciones, empresas e instituciones, dentro de los procesos de calidad y mejoramiento continuo de la calidad, sin quedar el ámbito en salud por fuera de esta tendencia.

En el Ecuador la gestión por procesos se ha vuelto la base de la reorganización del ente rector en Salud, permitiendo establecer una nueva organización administrativa, que ha permitido la desconcentración y descentralización de sus servicios hacia territorio, por lo que es el siguiente paso lógico incorporar estos principios a nivel administrativo – operativo ya en las unidades ejecutoras, es decir las unidades operativas.

Considerando que nuestro país se encuentra cursando un proceso de cambio en las Políticas de Estado en Salud, con la finalidad de, en una primera instancia reforzar el primer nivel de atención, y la promoción de la salud, reorganizando y repotenciando como secuencia lógica el segundo y tercer nivel de atención, y por otro lado generando las condiciones para establecer un Sistema Nacional de Salud como tal al atacar la segmentación y fragmentación característica de los modelos de la región.

Actualmente en cada una de las entidades prestadoras de salud, públicas o privadas, si bien, la atención médica como tal , se maneja bajo principios “estandarizados” basados en la costumbre, establecen individualmente sus procesos de atención, cubriendo estos principios básicos en una secuencia, tiempos y con actores variados, dependiendo de las realidades y necesidades auto percibidas, lo que causa un impacto en el usuario final, el que el usuario percibe un modelo diferente para cada atención, o según el prestador de salud.

La implementación e instrumentación de los diferentes Procesos tanto asistenciales como administrativos como parte de la estrategia de la Aplicación de la Atención Primaria en Salud, dentro el contexto global enfocado en establecer estándares de calidad y un mejoramiento continuo de la calidad, teniendo como objetivo o meta la integralidad en la atención en salud, como base una adecuada prevención y optimizada, oportuna y adecuada promoción de la Salud.

La implementación mediante este instrumento, busca crear una cadena de acontecimientos a mediano y largo plazo, en la cual se cree la percepción clara de la mejora en la calidad de atención, y a su vez desencadene todo un cambio en cultura organizacional de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, que luego se extienda o permita la integración de los diferentes prestadores de salud y finalmente se incorpore al comportamiento diario del personal sanitario incluso desde su formación.

Palabras clave: Procesos, Atención Primaria, Calidad de Atención, Sistema Nacional de Salud.

ABSTRACT

In recent years, management by processes has become an important tool within organizations, companies and institutions, considered in the processes of quality and continuous improvement of quality, without leaving the field of health out of this trend.

In Ecuador, process management has become the basis for the reorganization of the governing body in Health, allowing the establishment of a new administrative organization, which has allowed the deconcentration and decentralization of its services to the territory, so it is the next logical step to incorporate These principles at administrative level - operational already in the executing units, ie the operating units.

Considering that our country is undergoing a process of change in health policies in the health sector, in order to reinforce the first level of care and health promotion, reorganizing and repowering as a logical sequence the second And third level of care, and on the other hand generating the conditions to establish a National Health System as such by attacking the segmentation and fragmentation characteristic of the models of the region.

Currently, in each of the public or private healthcare entities, although medical care as such is managed under "standardized" principles based on custom, they individually establish their care processes, covering these basic principles in a sequence , Times and with different actors, depending on the realities and needs perceived self, which causes an impact on the end user, that the user perceives a different business model for each care, or according to the health care provider.

The implementation and instrumentation of the different processes, both care and administration, as part of the strategy of the Primary Health Care Application within the global context focused on establishing quality standards and a continuous improvement of the quality, aiming or goal The integrality in the attention in health, as base an adequate prevention and optimized, timely and adequate promotion of the Health.

The implementation through this instrument seeks to create a chain of events in the medium and long term, which creates a clear perception of the improvement in the quality of care, and in turn unleashes a change in the organizational culture of health facilities Of first level of care, which then extends or allows the integration of different health providers and finally is incorporated into the daily behavior of health personnel even from their formation. So the following proposal comes up.

Key words: Processes, Primary Care, Quality of Care, National Health System.

TABLA DE CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1	Antecedentes y Justificación.....	11
1.2	La Propuesta y su Articulación con los Lineamientos de Política y Legislación Nacional y/o Local	18
1.3	Ámbito y Beneficiarios de la Propuesta	21
1.4	Definición del Problema y sus Causas	23
1.4.1	Descripción general.....	23
1.4.2	Causas y efectos.....	24
1.4.3	Árbol del Problema.....	26
2	ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS	27
3	OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	31
4	PRODUCTOS / RESULTADOS ESPERADOS	32
5	MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	34
6	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN	35
6.1	Alineación.....	36
6.2	Definición del Proceso.....	37
6.3	Identificación de los Elementos del Proceso	37
6.4	Desarrollo del Auto Levantamiento del Proceso	38
6.4.1	Ficha de Caracterización.....	38
6.4.2	Diagrama de flujo.	41
6.4.3	Procedimiento.....	44
6.4.4	Definiciones.....	45
6.4.5	Aprobación de la documentación.	45
6.4.6	Control de Cambios.	45
6.5	Socialización y Aplicación de la Documentación.....	45
6.6	Monitoreo.....	46
7	ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO	48
7.1	Marco Institucional	48
7.2	Monitoreo y Evaluación (Indicadores).....	48
7.3	Sostenibilidad.....	49
8	CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES	51
9	PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	52
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
11	ANEXOS	55

Anexo 1.	55
Anexo 2.	56
Anexo 3.	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Árbol de Problemas (elaborado por el autor)	266
Figura 2. Flujo de Alineación de Procesos	37
Figura 3. Lógica de los Procesos.....	37
Figura 4. Interacción de elementos del Proceso. (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP).....	39
Figura 5. Modelo de Ficha de Caracterización (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP).....	401
Figura 6. Modelo de Diagrama de Flujo (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP).....	423
Figura 7. Modelo de Integración de Diagramas de Flujo (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP)	445
Figura 8. Diagrama de Línea de Tiempo de Cronograma (Elaborado por el autor)	512

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes y Justificación

Dadas las características históricas, políticas, económicas y culturales que predominaron y se afianzaron durante la segunda mitad del siglo anterior en nuestra región, considerando sin embargo las particularidades propias de cada país, determinaron como factor común un alto grado de segmentación en el intento por conformar los Sistemas de Servicios de Salud, con la coexistencia y en casi todos los casos una superposición de prestadores, de diferentes sectores o subsistemas de salud, dirigidos no solo a diferentes segmentos de la población, sino también en muchos casos, con diferentes objetivos e intereses.

Todo esto, así como la no existencia de una política única basada en un Modelo de Atención en Salud constituye uno de los principales factores condicionantes de la fragmentación de la provisión de los servicios de salud de manera estructural, la que durante muchos años se ha venido expresando tanto en su organización como en la gestión¹.

Ahora bien, para tener claras las ideas y conceptos a tratarse, se entiende a la segmentación en salud como:

... la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, 'especializados' de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que

¹ (Ivani Bursztyn, 2010)

están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población. (OPS, 2007)

Mientras tanto, la fragmentación se define como "... la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud." (OPS/OMS, 2007) .

A raíz de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (APS) realizada en Alma Ata – URSS en 1978, en el año 2003 y con motivo del 25 aniversario de dicha conferencia y su Declaración, la OPS/OMS fortalece los planes de promoción de la APS como la estrategia para brindar y garantizar el derecho a la salud. Debido a esto, actualmente se han desarrollado múltiples iniciativas en numerosos gobiernos de la región, procurando incluir como política de salud un modelo que se base en la aplicación de la APS como estrategia fundamental², con modelos de cuidado de la salud centrados en la persona, la familia y la comunidad, considerando que la segmentación de los sistemas de servicios de salud amplía de forma importante el número de instituciones responsables de la provisión del cuidado procurando contar con servicios y proveedores a cargo de una población y territorio definidos muchos de ellos fuera del ámbito público lo que lleva a establecer distintos patrones de relaciones entre los actores involucrados, de normas y reglas para compartir las funciones en el interior del "Sistema"¹.

² (Báscolo, 2010)

Para poder abarcar en la ejecución toda la concepción que abarca la adopción de la APS, ha sido necesario que se plantee una mayor capacidad de conducción del sistema por la Autoridad Sanitaria, a fin de que pueda cumplir sus funciones regulatorias, es decir establezca principio y mecanismos de “gobernanza”, noción que se ha postulado como una herramienta útil para estudiar, elaborar, modificar y aplicar los procesos políticos e institucionales que atraviesa la implementación de las diferentes políticas (en este caso vinculadas a la APS) y su efectividad representada por la capacidad de producir innovaciones que, en el mejor sentido e intención, causen un impacto positivo en la organización del sistema de provisión de servicios salud.

La gobernanza se involucra y se desarrolla a través de las interacciones entre estructuras, procesos e incluso tradiciones e intereses, lo que en conjunto determina cómo se planifica y posteriormente se toman las decisiones y cómo participan los actores involucrados para así ejercer el poder. En este proceso, no es extraño que existan intereses contradictorios que interactúan permanentemente en base a intereses y según la coyuntura, pueden llevar a acciones de cooperación, o por el contrario bloquearlas totalmente.

Para poder entender la gobernanza debe ser analizada a través de las siguientes dimensiones: actores involucrados, puntos nodales y procesos, todos enmarcados en contextos y normas sociales.

Los actores incluyen por un lado a aquellos que conforman la autoridad formal, quienes ejercen las relaciones de poder a través de las funciones de regulación, las que incluyen procesos logísticos, administrativos y de evaluación de servicios con implicaciones relevantes en las formas y desempeño en la prestación de un servicio, y por otro lado a aquellos quienes son regulados en su aplicación y práctica, siendo a su vez estos últimos

quienes valoran y validan la legitimidad de las normas definidas, su aplicabilidad y su correcta aplicación. Los puntos nodales son espacios donde la acción tiene lugar, es decir donde los procesos como factor determinante, los actores involucrados y las normas convergen para producir efectos en una determinada situación, plan, o programa. Los procesos, son sucesiones de estados a través de los cuales la interacción entre los actores involucrados, las normas y los puntos nodales tienen lugar, no presentan por si solos estructuras o mecanismos de gobernanza puros³, sin embargo a través de la generación y aplicación de estos es que los actores, organizaciones, capacidades e instrumentos asumen importancia sobre la conformación del modo de gobernanza.

De acuerdo a esto, según las realidades políticas, institucionales y culturales que han fluctuado, especialmente en las últimas dos décadas en la región, se han establecido diferentes modelos de gobernanza aplicados en Salud tales como:

Modelo de gobernanza basado en jerarquía, el que en términos generales se basan en establecer normas organizacionales y formales, junto a normas y guías de atención, coordinación de servicios, nuevo diseño de estructuras organizacionales y sistemas de evaluación, buscando a través de esta regulación estandarizar los procesos de producción (en este caso provisión de servicios) mediante la especificación de los productos, procesos y habilidades (perfiles de desempeño) necesario⁴.

³ (Alberto Medina León, 2015)

⁴ (Báscolo, 2010)

Modelo de incentivos de gobernanza, apareciendo como complemento o evolución natural del anterior modelo, representa una política de inclusión de incentivos enfocados en motivar la aplicación de una batería de estrategias para promover cambios organizacionales, tomando particular interés en las modalidades de asignación de recursos a los proveedores de servicios, orientando las conductas en función de los intereses de los actores, buscando su coherencia con los objetivos de la organización o red⁴. Tal vez en este modo es donde se encuentra el punto débil respecto a la aplicación de la “gobernanza” considerando que este modo depende mucho de la sostenibilidad económica⁴.

Modelo de gobernanza basada en valores, se base en un proceso de adaptación y adecuación en el desarrollo y aplicación de políticas mediante la socialización, la creación de espacios participativos de trabajo, el desarrollo de comités de evaluación entre pares, o sesiones de capacitación y sensibilización de trabajo en un proceso dinámico y participativo donde interviene el componente operativo, todo esto sin perder las formas base de conducción y liderazgo centralizado⁴. Las limitaciones de este modo de gobernanza se producen cuando se requiere la integración entre diferentes organizaciones de provisión de servicios en donde las autoridades, personal administrativo, los profesionales y trabajadores de la salud no necesariamente comparten los valores o tienen un enfoque distinto en base a las necesidades e intereses de su sistema prestador.

Bien entendida la aplicación de la gobernanza implica una combinación de todos estos modelos y la implementación de sus mecanismos de coordinación, los que están asociados a las diferentes realidades, necesidades y tipologías reconocidas para cada uno de los actores y puntos nodales de aplicación. Es muy fácil reconocer incluso que diversas

políticas presentan rasgos con énfasis en un tipo de modelo sobre los otros, e incluso su cambio o fluctuación respecto a su relevancia a través del proceso o nivel de aplicación. De hecho, el nivel de sustentabilidad del proceso de gobernanza requiere que los actores que elaboran, promueven, validan o aplican las reformas, adquieran una conformación organizativa y homogénea a través de los diferentes modos de gobernanza en los que tengan su campo de acción³; necesitando asimismo, una legitimación de las estrategias de en este caso para APS, convalidadas por otros actores, tales como políticos e incluso la misma comunidad⁵.

Es aquí donde se hace evidente la importancia de la Gestión por Procesos, en donde los procesos constituyen “lo que se hace y como se hace”, permitiendo al cruzar fácilmente los límites funcionales obligando a manejar una cultura organizativa más abierta, más orientada a obtener resultados enfocados en calidad que en mantener privilegios u obtener beneficios, fomentando la cooperación³

La mayoría de las organizaciones tanto públicas como privadas han tomado conciencia de necesidad de ir potenciando el concepto de proceso y una visión de objetivo enfocada en el usuario. De este modo, los procesos han llegado a ser considerados como la base operativa de gran parte de las organizaciones, y gradualmente se convierten en la base estructural de un número creciente de empresas. “...El enfoque basado en procesos parte de la idea de que las empresas son tan eficientes como los son sus procesos...” (Amozarrain; 1999), llegando a adquirir una importancia tal que forman parte

5 (Moya, 2000)

fundamental de las denominadas “buenas prácticas gerenciales”, constituyendo uno de los criterios principales en la evaluación de diferentes modelos de Calidad como EFMQ, normas ISO 9000, Acreditación Canadá, entre muchos otros.

Se puede entonces definir un proceso como:

...Secuencia ordenada de actividades repetitivas que se realizan en la organización por una persona, grupo o departamento, con la capacidad de transformar unas entradas (Inputs) en salidas o resultados programados (outputs) para un destinatario (dentro o fuera de la empresa que lo ha solicitado y que son los clientes de cada proceso) ejecutado de una manera eficaz y eficiente para obtener un valor agregado. (Alberto Medina León, 2015).

Es por todo esto que la Gestión por Procesos se ha convertido en los últimos años en una excelente herramienta para el logro de la Mejora Continua y una base fundamental dentro de la aplicación de diferentes estrategias dentro de la implementación de APS para la materialización de los objetivos de la misma.

Habiendo determinado la importancia de la gobernanza y de sus componentes, como herramientas fundamentales para la adecuada planificación, elaboración y aplicación de políticas en Salud, y más aún en el ámbito específico de la APS, podemos asegurar que es solo a través de la Planificación Estratégica y la Mejora Continua de la Calidad, las que para poder ser aplicadas requieren como base una adecuada Gestión por Procesos que brinde una organización y homogeneidad que favorezca la integración mediante una validación operativa y por ende una mejor adopción de los objetivos y metas establecidos

en el modelo de gobernanza y sus productos, con un fuerte empoderamiento de las políticas y normas en todos los niveles y sectores de salud necesariamente involucrados, se puede llegar a establecer un modelo no solo efectivo y eficaz, sino también sustentable.

1.2 La Propuesta y su Articulación con los Lineamientos de Política y Legislación Nacional y/o Local

Como se mencionó anteriormente, en las últimas décadas se han venido manejando múltiples estrategias enfocadas en la aplicación de un modelo soportado en APS. Nuestro país no es la excepción, estableciéndose, o mejor reforzándose un modelo integral de gobernanza a múltiples niveles, empezando por la misma Constitución de la República, la que en su Art. 32 indica *“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.*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Complementando esto, en la misma Carta Magna se le brinda relevancia a la salud enfocada en un principio no solo curativo sino preventivo con garantía de acceso universal y equitativo, en base al más fiel reflejo del espíritu de la APS en los artículos 358 al 366,

incluyendo además criterios vinculados con la seguridad social en sus artículos 367 al 374.

Continuando con la implementación de una cultura basada en modelos formales de gobernanza se cuenta desde el 2011 con el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), y su Manual de aplicación, oficializados mediante Acuerdo Ministerial 1162, en el que, en base a lo establecido en la Constitución y en busca de alcanzar las metas establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017, establece cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y
- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)

Es aquí en donde se incorporan herramientas vinculadas a la Planificación Estratégica, y Mejora Continua de la Calidad mediante la implementación de procesos.

En este sentido como apoyo se establece a nivel general como política de estado la inclusión de metodologías, planificaciones, e incluso estructuración basada en procesos,

en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial 1580 del 2013 emitido por la Secretaría Nacional de la Administración Pública, al

“...Establecer los lineamientos generales para la administración por procesos en las instituciones de la Administración Pública Central, Institucional y que dependan de la Función Ejecutiva. ...tiene como fin mejorar la eficacia y eficiencia de la operación de las instituciones para asegurar la provisión de servicios y productos de calidad centrados en el ciudadano, acorde con los principios establecidos en la Constitución de la República”. (Secretaría Nacional de la Administración Pública del Ecuador SNAP, 2013).

Es así como se formaliza la inclusión de conceptos metodológicos y herramientas técnicas de mayor profundidad y detalle tales como Normas Técnicas, Guías Metodológicas, Manuales Funcionales y Cuadernos de Trabajo que serán elaborados, validados y emitidos para su aplicación, reforzando y promoviendo así la evaluación permanente y la mejora continua con un enfoque en el usuario, mediante la coordinación y cooperación entre todos los actores involucrados, buscando obtener eficiencia y optimización de recursos buscando garantizar la sostenibilidad con transparencia.

El Ministerio de Salud Pública, afín con lo dispuesto y enfocado e involucrado en este proceso de cambio, establece como base para esta Gestión, como fundamento estructural la organización institucional mediante Estatutos Organizacionales por Procesos, tanto a nivel de Estructura Central mediante Acuerdo Ministerial (AM) 1034 del 2011 posteriormente reformado en Estatuto Sustitutivo de la Gestión Organizacional por Procesos, mediante el Acuerdo Ministerial 4520 del 2013, estableciendo no solo la organización y estructuración del Ministerio, enfocado en un sistema Desconcentrado,

sino también los perfiles, roles, atribuciones y productos, necesarios para una adecuada “Gestión Institucional”; posteriormente se extiende el modelo enfocándose ya en los componentes operativos, elaborándose el Estatuto Organizacional de Gestión por Procesos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública oficializado mediante AM 1537 del 2012, y el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública oficializado mediante AM 4568 del 2013.

Adicionalmente, ya en paralelo, con una estructura y una cultura organizacional si bien no plenamente implantada o afianzada, bastante bien adoptada y adaptada ya a la realidad nacional y enfocada en objetivos y metas claros como se evidencio en párrafos anteriores, el Ministerio de Salud empieza a trabajar a nivel Central primero, en la generación y validación de múltiples herramientas como Normas Técnicas, Guías de Práctica Clínica, etc., diseñadas en brindar una estandarización operativa a la Salud, adicionalmente se establecen estándares y lineamientos de homologación de establecimientos por tipologías con carteras de servicios definidas en base a estudios, sustentados en normativas de licenciamientos y acreditaciones; para lo que adicionalmente se trabaja en una “Metodología para auto levantamiento de procesos” aplicable en nivel operativo.

1.3 Ámbito y Beneficiarios de la Propuesta

Esta propuesta está enfocada en dos aspectos importantes. Primero, el desarrollo y la aplicabilidad de la herramienta, tomando en consideración a su vez dos aspectos relevantes o si se quiere dos momentos dentro de la realidad respecto a la APS; el primero de estos es el ámbito y aplicación operativo inmediato, es decir iniciar un proceso de aceptación, adopción/adecuación, empoderamiento e integración de una cultura de

procesos dentro de los establecimientos de salud, con lo que una vez aplicada esta herramienta, a través de la implementación de los mismos como producto final, se consiga manejar un criterio uniforme, homologado y estandarizado en los establecimientos de salud, en este caso de Primer Nivel de Atención, sobre flujos o rutinas de manejo, con la adecuada utilización de protocolos, guías, normas técnicas y demás instrumentos ya elaborados de acuerdo a la aplicación de una adecuada o al menos bien intencionada gobernanza, los que independientemente de la realidad sociocultural, étnica, económica, de infraestructura, o de las preferencias, criterios o corrientes clínicas propias de cada establecimiento, servicio o incluso profesional permitan que la aplicación de los diferentes programas y estrategias de promoción y prevención en la atención, se ejecuten a manera de flujos conocidos. Esto beneficia en primer lugar al usuario quien obtiene un servicio de calidad, con una cartera de servicios determinada y con flujos de atención claros y estandarizados, que reflejarán a su vez en calidad; esto además permitirá atacar el problema de la fragmentación que ataca al Sistema en su proceso de formación permitiendo que otros prestadores, se integren a la aplicación de estas normas en base a procesos estandarizados. Otro punto de beneficio vinculado con los profesionales quienes optimizan recursos y conocen la correcta y más eficiente aplicación de las herramientas para el cumplimiento de las normas, guías y protocolos. Y finalmente beneficia al propio nivel central o gobernante, para poder llevar un registro estadístico y de calidad más preciso y con mejor calidad de dato.

El segundo aspecto o ámbito de acción está vinculado con la sostenibilidad, atada a temas docentes y de formación, con la inclusión no solo de los manuales de procesos como material dentro de la formación formal de los diferentes profesionales de la salud, sino incluyendo toda la metodología de procesos desde su conceptualización tanto en los

estudios de pregrado como en los de postgrado de las diferentes ramas que conforman el personal de salud y atención al usuario.

El proyecto está enfocado a largo plazo para influenciar en todo el personal de salud, específicamente en aquellos involucrados en la Atención Primaria en Salud a nivel nacional, para los cerca de 2000 Establecimientos de Salud de primer nivel del MSP inicialmente para posteriormente convirtiéndose en una política de estado, esta sea aplicada en Puestos de Salud rurales y Dispensarios tanto del IESS como de ISFFAA e ISPOL, así como en establecimientos privados de Atención Primaria en Salud a nivel nacional.

El obvio beneficiario final de la implementación e incorporación de este instrumento será el usuario de cada una de las unidades de salud, a través de los criterios de calidad en atención en salud y los continuos ciclos de mejora continua, creando una cultura que se arraigue no solo en la aplicación por obligatoriedad de normas sino como un “modus vivendi” dentro del concepto de atención en salud.

1.4 Definición del Problema y sus Causas

1.4.1 Descripción general.

Como se ha venido mencionando, si bien se ha vuelto una tendencia general en toda la región en las últimas décadas la aplicación de las políticas para implementar la APS, ha sido un proceso largo y complicado, especialmente en nuestro país, y que ha encontrado su mayor escollo en primer lugar en la fragmentación de este Sistema Nacional de Salud en vías de formación, con prestadores públicos y privados cada uno manejando estructuras, tipologías, criterios y procesos propios, y en segundo lugar la falta de

regulación y control incluso dentro del mismo Ministerio de Salud Pública en la que cada establecimiento adecúa en base a sus necesidades los procesos de atención y administrativos. Es así que se puede considerar que, a pesar de los importantes avances presentados mediante la aplicación de los diferentes modelos de gobernanza a nivel central especialmente, la aplicación adecuada, desde el punto de vista de gobernanza, de un modelo basado en APS ha encontrado múltiples barreras, y esto se debe a que aún a nivel desconcentrado, es decir en los niveles operativos no se ha elaborado o implementado un instrumento que permita homologar o estandarizar las tipologías entre los diferentes prestadores, y a su vez los procesos dentro de los mismos establecimientos, que permitan que las guías, protocolos y normas elaborados a nivel central obtengan los resultados y objetivos planteados de una manera adecuada.

1.4.2 Causas y efectos.

Como se ha mencionado la falta de homologación tanto en temas de licenciamiento, como de cartera de servicios, así como de tipología a nivel de los diferentes prestadores de salud, es una de las principales causas de que se dificulte o se aplaze la definición de un Sistema Nacional de Salud como tal.

Esto se ve reflejado además en los diferentes niveles desconcentrados, en donde muchas de las políticas, generalmente bien concebidas y analizadas en nivel central, se diluyen o son parcialmente o interpretativamente aplicadas, debido a que la falta de una metodología o del conocimiento de la misma, en cuanto a la aplicación de procesos sistemáticos para la aplicación de las normas, es reemplazada por una vigorosa buena intención de “hacer lo mejor” dejando muchas veces intervenir criterios interpretativos o simplemente enfocándose en retransmitir mecánicamente lo recibido en capacitaciones y replicarlos sucesivamente, lo que retrasa o de plano impide que se alcancen las metas

planteadas y a su vez haga difícil que el nivel central pueda identificar o muchas veces siquiera percatarse de lo que ocurre en territorio.

En un nivel más desagregado, la misma heterogeneidad que se puede evidenciar en cada una de las Unidades Operativas de un mismo Subsistema, que ha causado que cada una de ellas adecue sus procesos en base a sus mejores criterios, o a sus recursos y realidades, esto causa un impacto ya no solo en la factibilidad o eficacia de aplicación de normas, protocolos, o guías, sino directamente ya en la atención del usuario, quien debe muchas veces adecuarse también a tantos modelos o procesos de atención como unidades o servicios deba visitar.

Si a todo esto le sumamos que cada uno de estos factores considerados anteriormente y que corresponden tan solo al Ministerio de Salud Pública, se encuentran también presente dentro de la estructura de cada uno de los diferentes prestadores públicos y privados del Sector Salud, se podrá dimensionar la complicación en lograr la integración del Sistema Nacional de Salud con la consecuente asimetría en la calidad de la atención en salud y desembocando en la inevitable insatisfacción en los usuarios, siendo esta una de las principales limitaciones o barreras que deberán ser tomadas en cuenta y atacadas para la correcta ejecución y consecución de la presente propuesta; necesitando incluso en este punto considerarse la inclusión de un nuevo actor o involucrado como ente regulador y coordinador, teniendo injerencia por sobre todos los diferentes prestadores que forman parte del Sector Salud, siendo el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, de acuerdo a sus propias atribuciones el más indicado para cumplir esta función ya en una etapa final de integración a largo y muy largo plazo.

1.4.3 Árbol del Problema.

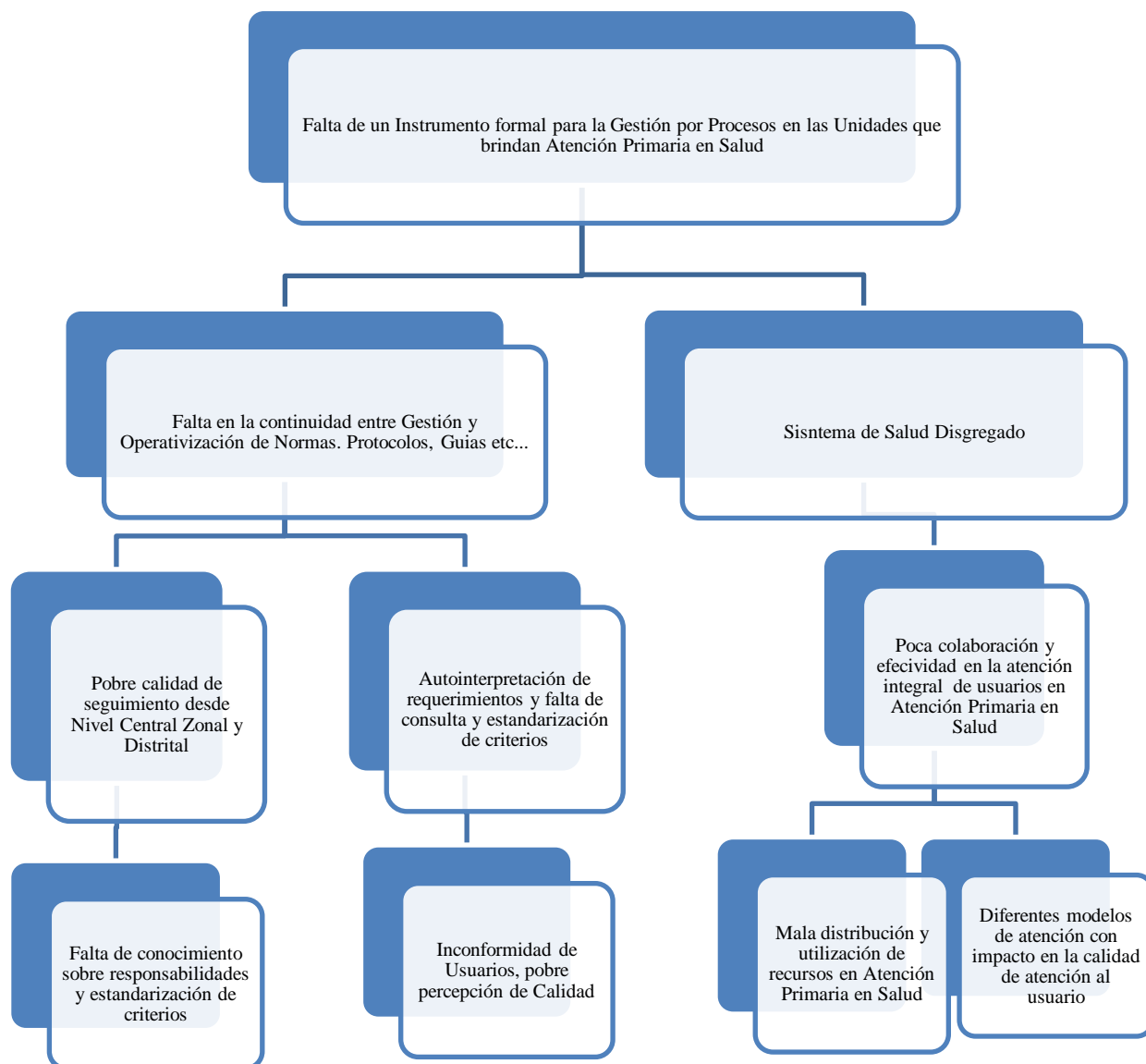


Figura 1. Árbol de Problemas (elaborado por el autor)

2 ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS

Dentro del ámbito de acción planteado para la propuesta se encuentran:

- a) Autoridad Sanitaria y Coordinadora – Ministerio de Salud Pública y Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- b) Ámbito Red Pública Integral de Salud
 - a. Direcciones Nacionales del MSP.
 - b. Dirección de Salud y Dirección de Procesos del IESS.
 - c. Dirección de Salud del ISFA.
 - d. Dirección de Salud ISPOL.
 - e. Instituciones Públicas Adscritas al MSP.
- c) Academia
 - a. Facultades y Escuelas de Medicina, Enfermería y demás ciencias vinculadas a la atención en salud.
 - b. ONG.
- d) Ámbito Operativo
 - a. Establecimientos de salud de primer nivel de atención.
 - b. Profesionales de la salud.
 - c. Personal Administrativo.
 - d. Usuarios del Sistema Nacional de Salud.

En este punto cabe describir con más detalle cada uno de los involucrados, brindando un contexto más real en donde se evidencia todo lo antes mencionado respecto a la segmentación y fragmentación del SNS.

En el país actualmente existen 2728 establecimientos de salud vinculados específicamente con la atención primaria en salud, tanto del MSP como de los diferentes prestadores de la Red Pública e Integral en Salud (Anexo 1), de acuerdo a los datos consignados en el sistema de registro GeoSalud, manejado por la Dirección de Planificación Territorial del MSP. Dentro de esta base de datos, cabe aclarar, que aún no se encuentran incluidos en esta base de datos los establecimientos de tipo privado que brindan o intervienen dentro la APS.

Pese a que, hasta la fecha se ha dado un paso importante con la identificación y georreferenciación de los establecimientos de los diferentes prestadores, con lo que se puede ya identificar en primera instancia una verdadera cartera de servicios y tener una idea más clara y real de la capacidad resolutive como un Sistema Nacional de Salud en cada uno de los Distritos, Zonas y finalmente a nivel nacional con lo que se puede realizar una mejor planificación y por ende gestión en base a un adecuado análisis de “oferta – demanda”, y más aun logrando ya establecer y definir tipologías y criterios de licenciamiento estandarizados con un Estatuto Organizacional por Procesos único para todos los establecimientos del MSP, no se ha logrado homologar o establecer esta tipología especialmente en las unidades de salud antiguas en las que no se tomaba en cuenta ningún criterio fundamentado en estándares, más allá de las necesidades incluso muchas veces con un enfoque más político que técnico, como tampoco categorizar bajo un mismo criterio de tipología a todas estas unidades de la Red Pública Complementaria. Para aclarar un poco más este punto, dentro de la organización del MSP se ha establecido ya lineamientos y normativas referentes tanto a licenciamiento como a tipificación de los establecimientos de salud, con carteras de servicio específicas dependiendo de la capacidad resolutive requerida en base a un análisis poblacional, situación

particularmente evidente en los establecimientos de salud nuevos, donde la infraestructura y equipamiento es fiel imagen a la respuesta de estos análisis, reemplazando muchos de estos a una o a varias unidades de salud, y menos evidente en los establecimientos antiguos construidos o establecidos sin una planificación previa, los que han debido adecuarse o adaptarse para tratar de cumplir con esta normativa o tipificación.

Pese a todo el trabajo realizado dentro del MSP respecto a todos estos criterios de licenciamiento y tipificación de las unidades de salud, especialmente de primer nivel, este aún no ha sido lo suficientemente exteriorizado o replicado en los demás prestadores de salud, en donde, si bien se han aplicado criterios de homologación, no son en muchos casos similares, compatibles o comparables con los criterios o lineamientos del MSP, con lo que una unidad de APS del IESS por ejemplo puede contemplar criterios tanto de establecimientos de primer nivel como de segundo nivel de atención del MSP, esto si bien amplia la cartera de servicios de una zona determinada, presenta una complicación en la aplicación de procesos y protocolos en un manejo homologado o estandarizado enfocado en el Usuario no como cliente de uno u otro prestador sino del Sistema Nacional de Salud.

Esta aparentemente leve discrepancia entre uno y otro prestador, se ve manifiesta también en la aplicación de los procesos de atención, tanto operativos como administrativos, empezando incluso con la visión o enfoque de atención, una con una cobertura universal y otra enfocada en un aseguramiento.

Todo esto repercute finalmente en la ejecución y operativización de cualquier estrategia vinculada con la aplicación de los modelos de gobernanza para la APS.

Es aquí donde la aplicación de este proyecto, toma relevancia a manera de un “primer paso”, que en cierto modo marque un camino por sobre el que se pueda establecer ya una ruta y por ende objetivo final a través del cual alcanzar en corto plazo inicialmente una homologación o estandarización dentro de todos los prestadores de salud, para finalmente, complementado con proyectos similares en muchos otros aspectos, mitigar o eliminar la fragmentación del SNS.

Es aquí donde es importante establecer una política de estado, que brinde una herramienta, más que una obligación, para que todos los subsistemas de salud presentes e involucrados en la atención primaria a nivel nacional, puedan establecer líneas base tanto organizativas como funcionales y de infraestructura, que brinden la apertura a una integración que como resultado final permita al usuario ser atendido por un Sistema Nacional de Salud, independientemente de su condición socio-económica y/o laboral.

Al crear o generar una nueva cultura organizacional en base a los objetivos, misión y visión ya establecidos por parte del Ministerio de Salud para todo el Primer Nivel de Atención, como un sistema y no por cada una de las unidades, es que toma importancia el hecho de que se involucren las instancias formadoras de personal de salud, en donde se tome en cuenta los principios de manejo de procesos, tal como se incorporan materias vinculadas con ética o temas prácticos como el manejo documental de historias clínicas.

3 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

El objetivo general de este proyecto es instrumentar e implementar una herramienta para la aplicación de los procesos asistenciales y administrativos vinculados con la gestión en Atención Primaria en Salud, que permitan una homologación no solo respecto al manejo intrínseco de las unidades operativas, sino a criterios de tipificación, licenciamiento y categorización de los diferentes prestadores de salud públicos y privados, que permitan además la mejora continua de la calidad.

Como objetivos específicos se establecen:

- Establecer toda la metodología y herramientas necesarias para la elaboración de un Manual de Procesos asistenciales y administrativos para las unidades de primer nivel de atención.
- Elaborar un plan de implementación para el Manual de Procesos asistenciales y administrativos para las unidades de primer nivel de atención, con un cronograma en el que se contemplen las diferentes tipologías de establecimientos de salud de primer nivel de atención.
- Establecer una base para la incorporación como política del manejo y aplicación de una cultura por procesos, no solo en el ámbito ya del ejercicio de las actividades formales sino desde la formación misma tanto de pregrado como de postgrado de los profesionales de la salud.
- Permitir una estandarización y homologación respecto al enfoque de la APS para todos los diferentes prestadores de salud en APS tanto públicos como privados enfocados en reducir la segmentación y fragmentación del Sistema Nacional de Salud.

4 PRODUCTOS / RESULTADOS ESPERADOS

Mediante esta propuesta y su aplicación se busca obtener un Manual de Gestión por Procesos, tanto operativos como administrativos debidamente levantado y validado por los niveles operativos de las Unidades de Primer Nivel de Atención y aprobados por la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública, a ser implementado e incorporado dentro de la lógica del modelo de la APS, que permita en primera instancia una adecuada y sistemática utilización y aplicación de procedimientos, protocolos, guías de práctica, reglamentos, normas, etc. en cada uno de los establecimientos de salud, extendiéndose posteriormente no solo al Ministerio de Salud, sino al resto de prestadores de APS públicos y privados a nivel nacional, con lo que, como objetivo secundario, se atacaría de manera importante a una de las principales causas de la segmentación del sistema nacional de salud, que como se ha comentado es uno de los factores que por mucho tiempo ha caracterizado, casi como signo representativo, a la salud y sus políticas en la región.

Otro resultado esperado a corto y mediano plazo, se encuentra dirigido ya a los niveles operativos, en donde la instrumentación de los procesos tendrá un impacto importante respecto a lo referente en calidad en salud y mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo una optimización de en tiempos y calidad de atención, generando flujos de atención integrales más rápidos y eficientes, disminuyendo los tiempos de espera y optimizando a su vez el uso y aprovechamiento de recursos, lo que se verá reflejado en una mejor apreciación respecto a calidad en la atención generando un mejor vínculo con los usuarios.

Se establecerán nuevos parámetros a ser incluidos y evaluados objetivamente para criterios de certificación, acreditación y mejoramiento continuo de la calidad.

Otro resultado esperado es a mediano y largo plazo el cambio en la cultura organizacional en el personal operativo y administrativo de las Unidades de Salud y los niveles centrales desconcentrados respecto al conocimiento, manejo y aplicación de procesos y la instauración de culturas de autolevantamiento de procesos internos.

Se espera además y de manera importante, que se considere la inclusión dentro de los programas de educación formal tanto de pregrado como de postgrado el conocimiento y la aplicación de esta herramienta y sus componentes, (aplicación de procesos, formularios y sistemas a utilizarse, etc.), y así generar una cultura que pueda evolucionar por costumbre en política, no solo para la aplicación de esta herramienta, sino de la gestión por procesos y la planificación estratégica en el día a día.

5 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

	METAS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Instrumentar e implementar una herramienta para la aplicación de los procesos asistenciales y administrativos vinculados con la gestión en Atención Primaria en Salud	Estandarización en la aplicación de procedimientos, protocolos, guías y normativas vinculadas a la APS	Evaluación a través de la Gestión de Calidad y Mejoramiento Continuo de la Calidad	Concientización de los funcionarios, profesionales de la salud, y usuarios sobre la importancia de la aplicación de procesos
PROPOSITO	<p>Establecer toda la metodología y herramientas necesarias para la elaboración de un Manual de Procesos asistenciales y administrativos para las unidades de primer nivel de atención.</p> <p>Elaborar un plan de implementación para el Manual de Procesos asistenciales y administrativos para las unidades de primer nivel de atención,</p> <p>Permitir una estandarización y homologación respecto al enfoque de la APS para todos los diferentes prestadores de salud en APS tanto públicos como privados enfocados en reducir la segmentación y fragmentación del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Validación adecuada por parte de la aplicabilidad desde nivel operativo del instrumento.</p> <p>Implementación adecuada del instrumento con una adecuada comprensión y aplicación en las unidades operativas.</p> <p>Impacto individual reflejado servicios de Calidad de cada una de las Unidades, Prestadores y finalmente en la RPIS</p>	<p>Evaluaciones constantes por parte de Gestión de Calidad sobre la utilidad y aplicabilidad del instrumento en la Unidad.</p> <p>Evaluación y manejo de rotación de personal sobre planes de capacitación y recapitación constantes en la aplicación del instrumento.</p> <p>Evaluaciones globales por parte de Calidad, sobre el impacto en las Unidades, como Prestador y como RPIS.</p>	<p>Aceptación, integración y empoderamiento del manejo de la Gestión por Procesos sustentando en la mejora continua de la calidad.</p> <p>Romper la resistencia al cambio</p> <p>Integración y estandarización de criterios en base a los diferentes intereses y modelos de negocio de los prestadores</p>
RESULTADOS	Manual de Gestión por Procesos, tanto operativos como administrativos debidamente levantado y validado por los niveles operativos de las Unidades de Primer Nivel de Atención	Aplicabilidad, utilidad y comprensión del instrumento por parte del personal asistencial y administrativo de las Unidades.	Evaluación y autoevaluación del personal asistencial y administrativo de las Unidades Operativas sobre el conocimiento y aplicación del Manual de Procesos	Cambio de la cultura organizacional administrativa y asistencial en las unidades de Primer Nivel de Atención para la aplicación de una Gestión por Procesos

6 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Para poder aplicar e implementar este proyecto, se debe partir desde la identificación y elaboración del Manual de Procesos mediante la aplicación de una metodología que permita identificar y entender los diferentes procesos implicados tanto en el ámbito operativo como administrativo de los establecimientos de salud de atención primaria en salud de acuerdo a las diferentes tipologías establecidas.

Dado que, la diferencia básica que se encuentra entre la tipología para establecimientos de primer nivel, es la cartera de servicios ofertada lo que se ve reflejado en su capacidad resolutive; y siendo que, en cuestión de procesos una unidad de tipo contiene el mayor número de procesos a aplicarse, las unidades de salud tipo A y tipo B se encuentran, en lo que a procesos respecta, contempladas implícitamente, por lo que la elaboración de un único manual de procesos es suficiente, aplicando ya en la etapa de capacitación e implementación una diferenciación en cuanto a cuales son aplicables para cada nivel.

Esta metodología se basa en un “auto levantamiento” de procesos en los que se aplicarán varias actividades que consisten básicamente en reuniones de trabajo con los ejecutores del proceso (personal operativo), con el fin de definir la información necesaria para documentar el proceso, de acuerdo a los siguientes pasos:

- Paso 1: Alineación.
- Paso 2: Definición del proceso.
- Paso 3: Identificación de elementos del proceso.
- Paso 4: Desarrollo del auto levantamiento del proceso.
- Paso 5: Aprobación.

- Paso 6: Socialización.
- Paso 7: Monitoreo.

6.1 Alineación

Corresponde a identificar la correlación existente entre el proceso, servicio, atribución y competencia. Las atribuciones se encuentran detalladas en el Estatuto Orgánico de Gestión de Procesos (para nivel central, de hospitales o de primer nivel de atención) vigente del Ministerio de Salud Pública.

Los pasos para obtener una alineación correcta son:

1. Identificar las competencias del Ministerio de Salud Pública, en este caso a través de las unidades de salud de primer nivel, y las atribuciones de cada servicio o unidad administrativa y alinearlas entre sí.
2. Definir el servicio que se presta, mismo que deberá estar alineado a la atribución.
3. Identificar aquellos procesos necesarios para la ejecución del servicio.

La alineación de procesos debe cumplir esta secuencia



COMPETENCIA	ATRIBUCIÓN	SERVICIO	PROCESOS
Acceso y disponibilidad de medicamentos y productos de consumo humano de calidad y seguros	Formular la política de vigilancia y control sanitario de instituciones, organismos y establecimientos que realizan actividades de producción, importación, exportación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano.	Servicio de emisión de registro sanitario de medicamentos	Inscripción en el Registro Sanitario de Medicamentos
			Modificación en el Registro Sanitario de Medicamentos
			Reinscripción en el Registro Sanitario de Medicamentos.

Figura 2. Flujo de Alineación de Procesos

6.2 Definición del Proceso

Los procesos se deben identificar de manera que la secuencia cumpla con la siguiente lógica:

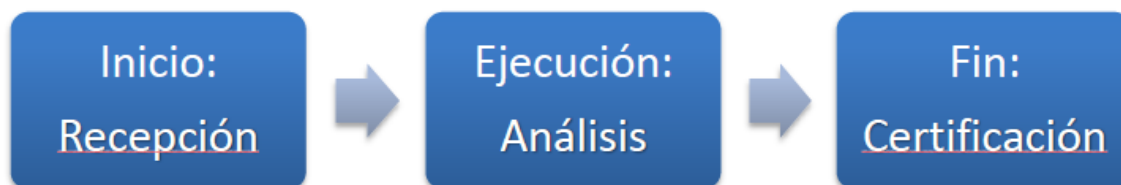


Figura 3. Lógica de los Procesos

Adicionalmente se deberá establecer lo siguiente:

- *Nombre del proceso:* Deberá ser el nombre registrado en la herramienta de control y evaluación de resultados (p.ej, Gestión Por Resultados o GPR)
- *Dueño o propietario del proceso:* Funcionaria/o o servicio que tiene la responsabilidad principal del mismo. Es el responsable cuyo accionar permite el éxito o el fracaso del proceso a su cargo (ya definido en GPR).
- *El objetivo y/o finalidad del proceso:* Describir lo que se quiere lograr con la ejecución del proceso para cumplir con los objetivos del servicio.
- Propuestas de mejoras (actualizaciones, cambios, redefiniciones, etc.) de los procesos.

Esta identificación se realizará utilizando una “*Ficha de Caracterización*”.

6.3 Identificación de los Elementos del Proceso

Todo proceso tiene como objeto transformar insumos o recursos en productos o servicios.

La transformación requiere amparo de normativa legal vigente, lo cual en el servicio público tiene la connotación de obligatorio. Esta identificación se verá plasmada en la “*Ficha de Caracterización...*”.

En la Figura 4 se puede observar de una manera más gráfica la interacción entre los elementos del proceso:

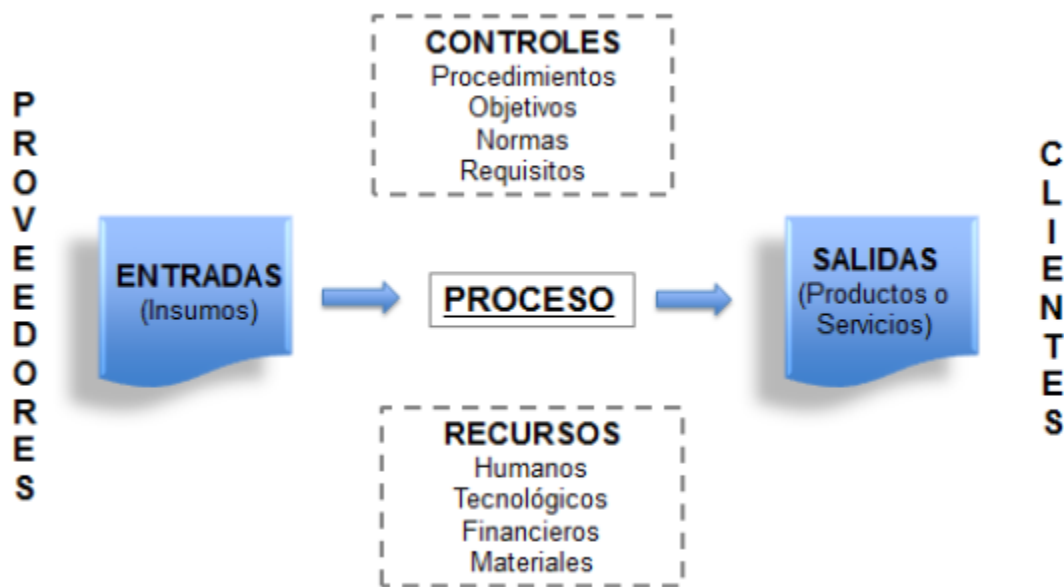



Figura 4. Interacción de elementos del Proceso. (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP)

6.4 Desarrollo del Auto Levantamiento del Proceso

6.4.1 Ficha de Caracterización.

Se deberá elaborar mediante el siguiente formato una ficha en la que se deberá registrar toda la información relevante del proceso; ésta lo sustenta y permite tener una visión completa del mismo.

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN	FECHA: La fecha en la que se levantó la información.
		VERSION: Número de Actualización del documento. (01,02,03..). Se cambiará de versión una vez que el documento aprobado sufra alguna modificación
MACROPROCESO:	Ingresar el nombre de acuerdo a lo definido en el catálogo de procesos.	
PROCESO:	Ingresar el nombre de acuerdo a lo definido en el catálogo de procesos.	
SUBPROCESOS:	Enlistar el nombre de los subprocesos pertenecientes al proceso y que están contenidos en el catálogo	
OBJETIVO	Qué se desea lograr o alcanzar con el proceso. Deberá responder a las preguntas ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Para qué?	
ALCANCE	Desde: La primera actividad con la que se inicia el proceso Hasta: La última actividad del proceso. Agregar además el ámbito de aplicación del proceso, es decir, quién lo ejecuta (usuarios) y dónde se ejecuta el mismo.	
PROVEEDORES	Persona o unidad que provee de insumos a lo largo del proceso. Pueden ser internos o externos.	
DISPARADOR	Describir el evento o condición que causa el inicio o activación del proceso.	
INSUMO(S)	Es el conjunto de materiales, datos o información que sirven para la ejecución del proceso.	
PRODUCTO(S)	Es el resultado esperado del proceso, mismo que se encuentra	

/SERVICIO(S)	descrito en el objetivo del proceso		
CLIENTES INTERNOS	Persona o unidad que pertenece al Ministerio de Salud Pública que recibe el producto o servicio.		
CLIENTES EXTERNOS	Persona/ Institución estatal o privada que recibe el producto o servicio que no pertenece al Ministerio de Salud Pública .		
POLÍTICAS	Lineamientos operativos que facilitan la ejecución del proceso.		
CONTROLES (ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LEGALES)	Enunciar el marco legal o técnico vigente que sustenta el proceso. Ejemplo: Normativa legal. Manuales, Reglamentos, Instructivos etc.		
RECURSOS Está constituido por recursos necesarios para la ejecución del proceso.	Talento Humano	Describir el detalle de talento humano necesario para la ejecución del proceso	
	Materiales y Equipos	Describir el detalle de materiales y equipos utilizados en el proceso	
	Tecnológicos	Describir el detalle de software utilizado en el proceso	
	Financieros	Describir el detalle	
FRECUENCIA	Periodicidad con la que se realiza el proceso. Ej: diaria, semanal, quincenal, mensual, anual, etc.		
VOLUMEN	El número de veces que se realiza el proceso dentro de la frecuencia determinada.		
INDICADORES DE DESEMPEÑO	Nombre	Frecuencia	Fórmula de cálculo
	Nombre del Indicador	Periodicidad con la que se va a medir el Indicador	Describe la manera en que se va a calcular el indicador, Elaborarlo de acuerdo al marco teórico propuesto en el glosario:
	Nombre del Indicador	Periodicidad con la que se va a medir el Indicador	Describe la manera en que se va a calcular el indicador. Elaborarlo de acuerdo al marco teórico propuesto en el glosario:
ANEXOS	Son los documentos complementarios que permiten la ejecución del proceso, el proceso debe llevar adjuntos todos los documentos que se generan en el proceso. Ejemplo: Normativa legal vigente,		

Figura 5. Modelo de Ficha de Caracterización (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP)

6.4.2 Diagrama de flujo.

Es la representación gráfica mediante una notación estandarizada que permita de una manera sencilla y didáctica poder comprender el proceso. Para elaborar el diagrama de flujo se deberá tomar en cuenta los siguientes lineamientos:

- PASO 1: Identifique actividades en el proceso, es decir, definir qué actividad realizamos para lograr este proceso dentro de los límites que se han establecido. Revise todas las ideas de los miembros del equipo.
- PASO 2: Identifique los puntos de control, es decir, decisiones importantes que deben ser tomadas en ese punto del proceso. (Ejemplo: Puntos en donde se identifiquen reprocesos, revisiones, toma de decisiones, etc.).
- PASO 3: Visualmente muestre la conexión de las actividades y decisiones/controles del proceso. El equipo tomará las actividades identificadas del proceso y las pondrá en orden secuencial.

La elaboración de los diagramas de flujo se deberá ejecutar mediante la herramienta definida por la Dirección Nacional de Gestión de procesos. Actualmente, la herramienta gratuita definida es “Bizagi Process Modeler”. El link de descarga es:

http://www.bizagi.com/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=107

El diagrama de flujo nos permite, como se mencionó anteriormente:

- Conocer e identificar los pasos de un procedimiento.
- Visualizar y comprender de manera rápida la estructura del proceso (actividades y actores).
- Representar de manera gráfica la secuencia de actividades del proceso.

- Descubrir fallas tales como redundancia de pasos a seguir, ineficiencia o malas interpretaciones.

A continuación, en la Figura 6 se presenta un modelo de diagrama de flujo:

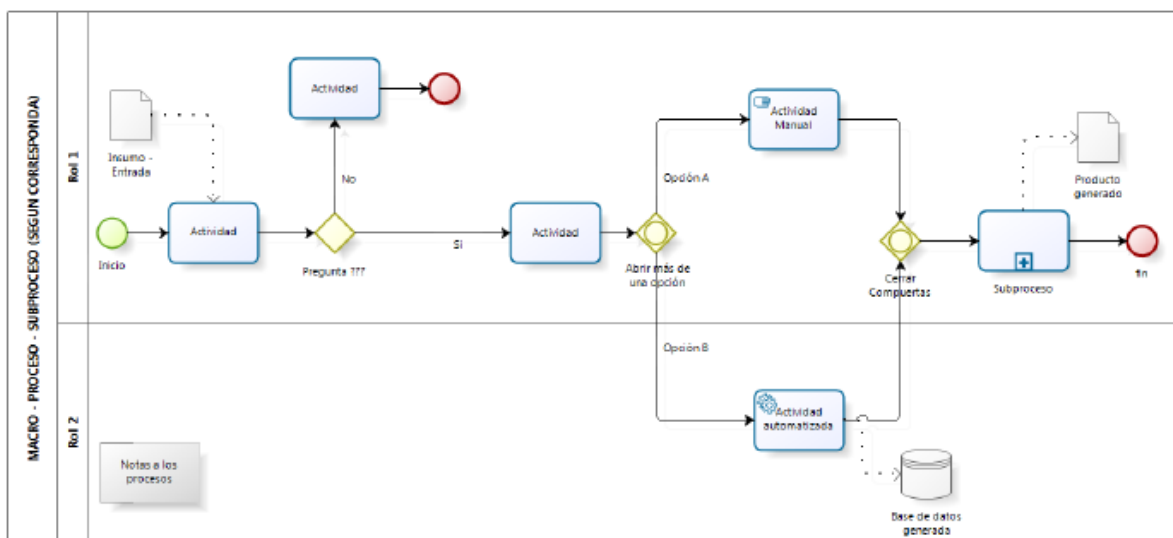


Figura 6. Modelo de Diagrama de Flujo (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP)

Para elaborar los diagramas es necesario conocer los símbolos a los que se les ha conferido convencionalmente un significado específico y manejo de determinadas reglas en cuanto a su aplicación.

Los símbolos de la herramienta utilizados para el levantamiento de procesos se detallan en el Anexo 2:

Dentro de las mejores prácticas de diagramación se debe considerar los siguientes puntos:

- Identificar el área responsable del procedimiento, las unidades y roles que intervienen en su ejecución.
- Tener claro los límites del proceso, es decir, cuál es el primer y el último paso del diagrama de flujo.

- Las actividades deberán escribirse iniciando con verbos en infinitivo, por ejemplo: recibir, enviar, analizar, etc. No se deben utilizar verbos en tiempos pasado ni futuro.
- Las actividades deberán ser diagramadas en forma secuencial.
- Se recomienda que cada proceso o subproceso tenga entre 10 y 15 actividades.
- Los Diagramas de flujo deben escribirse de arriba hacia abajo, y/o de izquierda a derecha.
- Los símbolos se unen con líneas de secuencia de flujo, las cuales tienen una flecha que indica la dirección en la que fluye la información, se deben de utilizar solamente líneas de flujo horizontal o verticales (nunca diagonal).
- Se debe evitar el cruce de líneas, para lo cual se deberá separar el flujo del diagrama a un sitio distinto, en ese caso se utiliza los eventos de enlace. Se debe tener en cuenta que solo se utilizan eventos de enlace cuando sea estrictamente necesario, para tener un diagrama ordenado y de fácil interpretación.
- No deben quedar líneas de flujo sin conectar.
- Todo texto escrito dentro de un símbolo debe ser legible, preciso, y debe evitar el uso de muchas palabras.
- Todos los símbolos pueden tener más de una línea de entrada, a excepción del símbolo final.
- Solo los símbolos de compuerta pueden y deben tener más de una línea de flujo de salida.

En el Figura 7 se muestra un ejemplo de un diagrama de flujo, utilizando los elementos descritos en el Anexo 2:

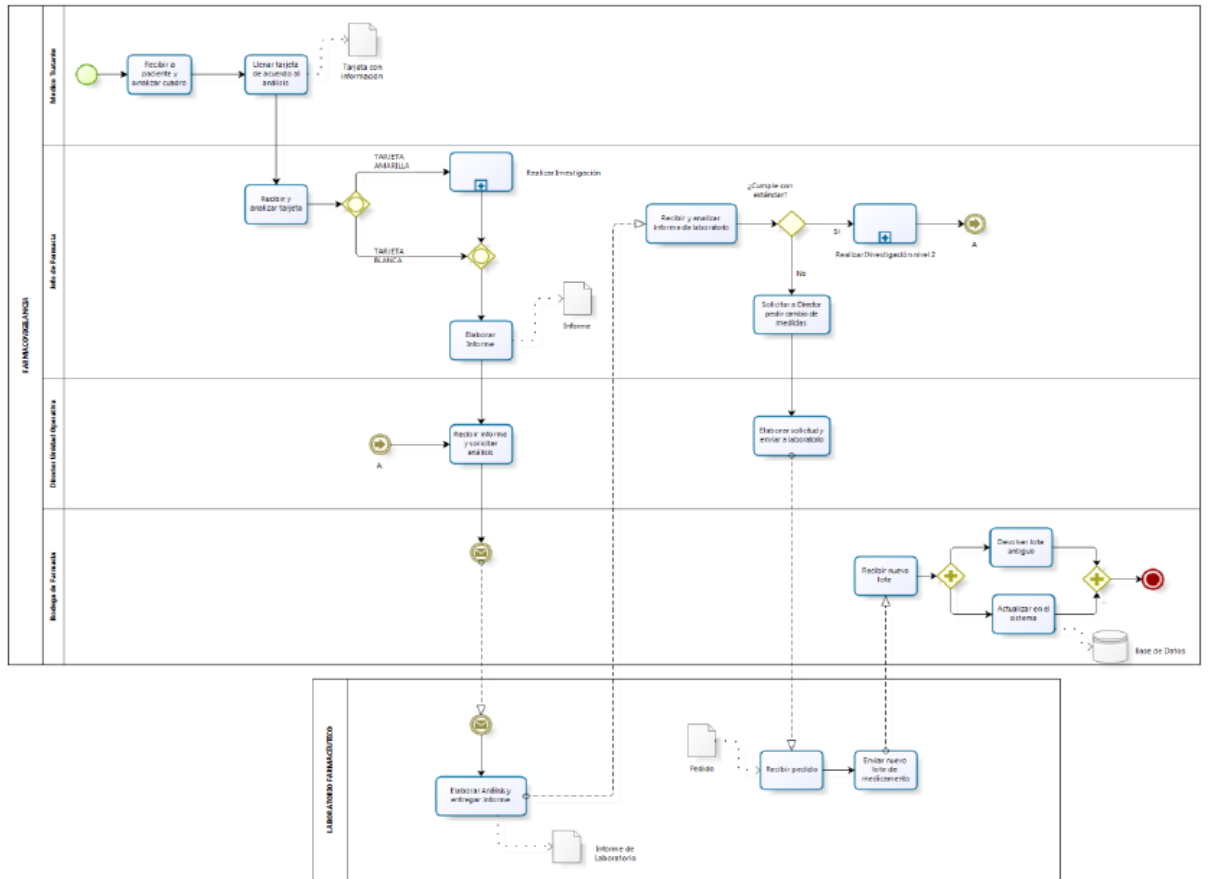


Figura 7. Modelo de Integración de Diagramas de Flujo (Metodología de Autolevantamiento de Procesos MSP)

6.4.3 Procedimiento.

Es la descripción detallada de las actividades secuenciales que constituyen el proceso, mismas que se encuentran diagramadas en el flujo de proceso, con el fin de hacerlo totalmente comprensible para el usuario de manera que facilite su aplicación y ejecución.

Deberá ser llenada con letra Arial No. 10 en el siguiente formato:

PROCEDIMIENTO	
Nombre del Proceso: Ingresar el nombre de acuerdo a lo definido en el catálogo de procesos.	Versión
	Número de Actualización del documento.

6.4.4 Definiciones.

En esta sección se plasma la definición de términos claves del proceso y que permitan un mejor entendimiento del mismo, por ejemplo:

- MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud.
- TAPS: Técnico de Atención Primaria en Salud.
- SIVE: Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica.
- POE: Procedimiento Operativo Estándar, etc.

6.4.5 Aprobación de la documentación.

En esta instancia se procede a dar la validez y vigencia a la información que se levantó. La aprobación es competencia de la autoridad que haya sido designada para realizarla, y se detallará al final de la ficha de caracterización.

6.4.6 Control de Cambios.

Es la sección a través de la cual se detalla el histórico de los cambios realizados en las diferentes versiones del documento, para lo cual se utilizará el siguiente formato.

6.5 Socialización y Aplicación de la Documentación.

Una vez elaborado el Proceso o el Manual de Procesos, según sea el caso, y que estos han sido debidamente revisados, validados y aprobados, se realiza la planificación para la socialización e implementación de la herramienta, mediante la elaboración de un cronograma que contemple en primera instancia las características de las unidades consideradas dentro de un plan “piloto” que permita afinar detalles en esta etapa. Como segundo componente a considerar es el número y tipo de personal o servicio a considerar en cada una de las diferentes tipologías de establecimientos o servicios, el tiempo destinado a cada una de las etapas de capacitación y el personal capacitador requerido y asignado a cada unidad.

Una vez consolidada esta planificación, los documentos deben ser oficialmente socializados al igual que el plan de implementación, el que debe contemplar las etapas de:

- **Capacitación:** En la que se realiza una presentación teórica respecto al proceso levantado, sus objetivos, metas y mecanismos de evaluación.
- **Acompañamiento:** En el que personal capacitador brinda, como su nombre lo indica, un acompañamiento en el proceso de ejecución o aplicación del proceso, a manera de complemento práctico a la teoría impartida previamente, en esta etapa se busca la aceptación y empoderamiento del Manual en el personal y/o servicio.
- **Evaluación:** Posterior al Acompañamiento, existe un período de aplicación libre sin supervisión de la herramienta, luego de lo cual se realiza una evaluación, tanto sobre su aplicación como sobre resultados obtenidos, con lo que se establece: o bien una recapacitación o el cierre del ciclo de implementación con la utilización ya continua de la herramienta. Cabe recalcar que esta evaluación no tiene relación con la evaluación de los procesos mediante herramientas como el GPR, sino exclusivamente está relacionada con el proceso de implementación.

6.6 Monitoreo.

Como etapa final se establece el monitoreo respecto a la cantidad de objetivos y metas cumplidos de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en base a los indicadores planteados dentro de cada proceso y registrados en la herramienta de monitoreo (en este caso GPR). (Dirección Nacional de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

Dentro de lo contemplado en estos dos puntos, surge o toma relevancia la creación de un Centro de Competencias, en el que el equipo original que lidera en un principio la creación e implementación inicial del proyecto, pasa a formar en un inicio parte del grupo de “expertos” o “capacitadores de capacitadores”, en donde además de implementar el modelo a través de un “plan piloto” capacita a los futuros capacitadores/supervisores en nivel desconcentrado, quienes posteriormente tomarán a su cargo el monitoreo y la sustentabilidad del proyecto.

7 ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

7.1 Marco Institucional

En este proyecto está enmarcado dentro de un amplio marco institucional, considerando que su enfoque se encuentra vinculado en los modelos de gobernanza aplicados desde nivel central para alcanzar una iniciativa regional y mundial. Es así que el mismo Ministerio de Salud Pública (nivel central) se convierte en el origen o punto base, a través de su Dirección Nacional de Gestión por Procesos, con una articulación directa (y en algunos casos indirecta) tanto con los niveles o procesos sustantivos de Gobernanza como de Atención Integral en Salud, en este último con particular relevancia la Promoción de la Salud, representadas todas por sus respectivas subsecretarías y direcciones.

Al ser un proyecto que procura brindar una homologación de conceptos y criterios fundamentales, y con influencia tanto vertical como horizontal, contempla a su vez los niveles desconcentrados a través de las Zonas, pasando por Distritos y Unidades operativas.

Finalmente, no se puede dejar por fuera de este contexto de acciones a los demás actores o entidades involucradas dentro del Sistema Nacional de Salud, tanto públicas como privadas

7.2 Monitoreo y Evaluación (Indicadores)

El monitoreo y evaluación del Manual de Procesos para Unidades de Primer Nivel de Atención, se realizará mediante el análisis de los diferentes indicadores planteados

individualmente en las fichas de caracterización de cada proceso, pudiendo algunos de estos indicadores estar incluidos o considerados ya dentro de la herramienta para evaluación de GPR que ya se viene utilizando en el Ministerio de Salud Pública. No se considera prudente en este momento especificar un listado de indicadores, ya que el alcance de esta propuesta de instrumentación es tan amplio como la operatividad administrativa y operativa de la unidad lo permita, requiriendo una amplia gama y mecanismos de evaluación, por lo que los niveles de evaluación individual establecidos para cada proceso son lo que se deberán aplicar y considerar.

7.3 Sostenibilidad

La sostenibilidad del proyecto se basa en la capacidad de improntar en el personal operativo en un inicio y en la cultura organizacional del establecimiento de salud, Distrito, Zona e incluso nivel Central, no solo la utilización del Manual de procesos y los protocolos, algoritmos o esquemas asociados a este, sino de la metodología misma, hasta hacerla parte habitual del día a día.

En este sentido se puede considerar dos ámbitos de acción. El primero enfocado en el corto y mediano plazo, en donde la conformación de un Centro de Competencias toma particular importancia, en donde un nivel Central supervisor, recibe información filtrada y compilada desde los niveles desconcentrados, los que a su vez cumplen ya una función supervisora parcial y a su vez capacitadora, bajo la imagen de “capacitador de capacitadores”, quienes a través del contacto y monitoreo permanente de las Unidades Operativas realizan ciclos de evaluación y recapitación constante, ya sea por errores encontrados en la aplicación de la metodología de proceso y /o el Manual de Procesos, como en los casos de rotación, contratación o integración de personal nuevo a la Unidad. Es importante tomar en consideración la constante rotación de personal como uno de los

factores principales que ha influido desde siempre como factor preponderante en la sostenibilidad y continuidad de los proyectos.

El segundo ámbito de acción respecto a la sostenibilidad, ya en un largo y muy largo plazo, y enfocado en disminuir a su vez el impacto que la rotación de personal o la necesidad de constantes recapitaciones especialmente en personal “antiguo”, es la necesidad de establecer desde la formación, tanto de pregrado como de postgrado, de las diferentes carreras en salud una adecuación en el pensum de estudio en la que se incluya la planificación estratégica mediante la gestión por procesos, creando con esto una cultura “innata” desde el punto de vista profesional, que traiga consigo un cambio estructural en el personal de salud desde la concepción y percepción misma de los fundamentos clínicos y la atención en salud, más allá del cumplimiento o aplicación mecánica y aprendida de un manual, con lo que la necesidad de constantes recapitaciones y los inconvenientes de la rotación de personal o fuga de conocimientos se vería reducida.

8 CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

El cronograma de actividades en Esquema de Gantt se adjunta en el Anexo 3.

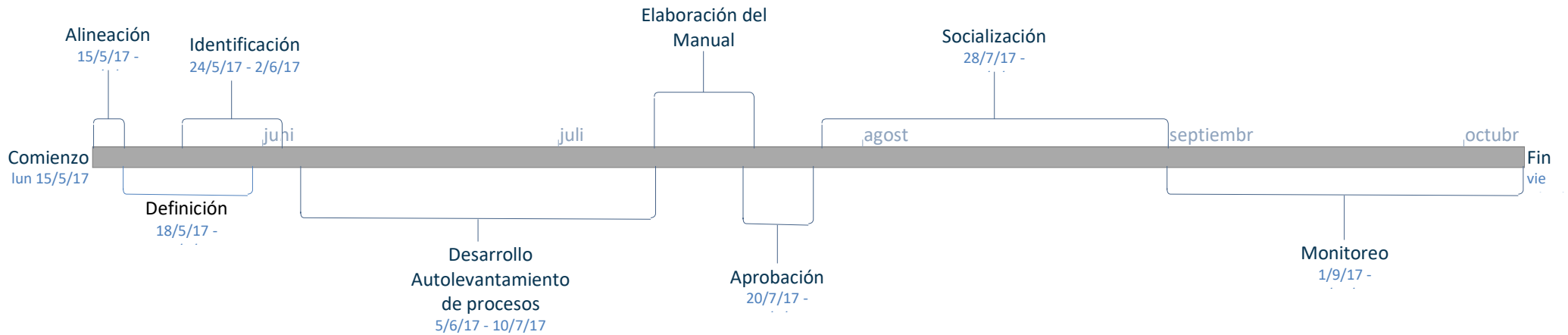


Figura 8. Diagrama de Línea de Tiempo de Cronograma (Elaborado por el autor)

9 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

La propuesta presentada, siendo aplicable dentro del MSP a través de sus Direcciones, contemplándose dentro de la planificación los recursos tanto en personal como en logística y materiales propios del Ministerio de Salud Pública, contemplándose por ejemplo, 4 recursos humanos de la Dirección Nacional de Gestión por Procesos quienes serán los encargados de guiar y supervisar todo el proceso desde su inicio, conformando además hacia el final del proceso la cabeza del centro de competencias que en conjunto con los responsables zonales y distritales de Calidad a nivel nacional serán los encargados del monitoreo y demás actividades subsecuentes enfocadas en la sustentabilidad del proyecto, siendo este un proyecto incluido dentro de sus labores habituales con lo que no se requeriría un presupuesto adicional al ya contemplado.

Para las etapas de capacitación o socialización, se toma en cuenta el conocimiento y la adecuada aplicación de la Metodología de un Autolevantamiento de Procesos y el correcto manejo, aplicación y utilización de procesos, como un prerrequisito para la implementación operativa del Manual, con lo que, se requerirán espacios físicos y recursos audiovisuales que son cubiertos perfectamente con la capacidad presente en Planta Central, Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales, definiéndose el número óptimo de personal capacitado en cada nivel para las respectivas réplicas en los subniveles y enfocándose en la implementación operativa ya en un modelo presencial de “Acompañamiento” guiado y supervisado por Calidad de los diferentes niveles desconcentrados y la Dirección Nacional de Procesos.

Cabe recalcar que este modelo ha sido ya aplicado con buenos resultados en este tipo de contextos, apoyándose además en un proceso de reforzamiento continuo a través de cursos virtuales (plataforma Moodle), y la emisión de certificados avalados por la Dirección Nacional de Gestión por Procesos. Incluyéndose todo esto dentro del el presupuesto ya contemplado desde nivel central para Capacitaciones.

Modelos similares serían los aplicables para los diferentes Subsistemas integrantes de la Red Pública Integral en Salud.

Tomando en consideración que esta propuesta de instrumentación va enfocada en que la misma se vuelva una Política de Estado, llevaría a su inclusión a largo plazo dentro de los pensum académicos volviéndose una vez más, como parte de un cambio de cultura organizacional, ya parte integrante de la formación de los profesionales de la salud, con lo que no se requerirían talleres o cursos extracurriculares o particulares que requieran un presupuesto o financiamiento elevado.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto Medina León, D. N. (2015). Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y Mejora Continua. Bogotá: EÍDOS.
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria en Salud. Rev. Salud Pública 12 sup(1), 8-27.
- Dirección Nacional de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.). Metodología de Autolevantamiento de Procesos. Quito.
- Ivani Bursztyn, e. a. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contexto de sistemas de salud segmentados. Rev. Salud Pública 12 (1), 77-88.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Manual del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Quito.
- Moya, J. L. (2000). Gestión por Procesos y Atención al Usuario en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. La Paz, Bolivia: Martinez Coll.
- OPS. (2007). Agenda de la Salud para las Americas 2008-2017. Washington D.C.
- OPS/OMS. (2007). Salud en las Américas. Obtenido de <http://www.paho.org/hia/>
- Secretaría Nacional de la Administración Pública del Ecuador SNAP. (2013). Norma Técnica de Administración por Procesos. Quito.

11 ANEXOS



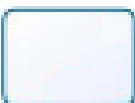









Anexo 1






Oferta Actual de Salud para Primer Nivel de Atención (Geosalud – MSP)

DISTRIBUCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS (*) RESUMEN NACIONAL					
Tipología	MSP	IESS	FUERZAS ARMADAS	TOTAL	
1 CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA	0	24	0	24	
2 CENTRO DE SALUD	1351	0	20	1371	
3 CENTRO DE SALUD TIPO A	68	0	0	68	
4 CENTRO DE SALUD TIPO B	10	0	0	10	
5 CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	23	0	0	23	
6 CONSULTORIO GENERAL	0	0	49	49	
7 PUESTO DE SALUD	482	658	0	1140	
8 UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA	0	43	0	43	
9 TOTAL	1934	725	69	2728	

Anexo 2

Simbología para Diagramación de Procesos

Elemento	Definición	Símbolo
Inicio	Indica el Inicio de un proceso	
Fin	Indica que el proceso ha terminado, es decir, cuando algún camino del flujo llega a este objeto el proceso termina completamente, sin importar que existan más caminos del flujo pendientes y que pueda existir más de una forma de finalizar el proceso.	
Actividad	Representan el trabajo que es ejecutado dentro de un proceso de negocio. No está definida a un nivel más detallado y es ejecutada por una persona y/o una aplicación	
Subproceso	Es una actividad compuesta que incluye un conjunto interno lógico de actividades (proceso) y que puede ser analizado en más detalle.	
Decisión exclusiva	Este símbolo es utilizado cuando únicamente se puede tomar uno de los dos caminos identificados, su uso más común es para la toma de decisiones.	
Compuerta inclusiva	Divergencia: Se utiliza cuando en un punto se activan uno o más caminos de varios caminos disponibles. Convergencia: Se utiliza para sincronizar caminos activados previamente por una compuerta inclusiva usada como punto de divergencia.	
Compuerta Paralela	Divergencia: Se utiliza cuando varias actividades pueden realizarse concurrentemente o en paralelo. Convergencia: Permite sincronizar varios caminos paralelos en uno solo. El flujo puede continuar cuando todos los flujos hayan llegado a la figura.	
Evento de Mensaje	Indica que un mensaje puede ser enviado o recibido. Si el evento de mensaje es de recepción, indica que el proceso no continúa hasta que el mensaje sea recibido.	 Envía  Recibe
Evento de temporización	Indica una espera dentro del proceso. Este tipo de evento puede utilizarse dentro del flujo de secuencia indicando una espera entre las actividades.	
Evento de Enlace	Este evento permite conectar dos secciones del proceso si se encuentran muy separadas, tal como lo haría un conector de secuencia. El evento de enlace ayuda a tener un flujo mejor	 Envía al evento  Ingresa el evento











































	ordenado.	
Artefactos	<p>Permite mostrar la información que una actividad necesita, como las entradas y las salidas. Es decir, representan los documentos, la información y otros objetos que son usados o actualizados como durante el proceso.</p> <p>Se asocian a los otros símbolos mediante una línea punteada.</p>	
Línea de secuencia de flujo	Representan la secuencia de las actividades.	
Línea de mensaje	Representan la interacción entre varios procesos o pools.	
Piscina (pool)	Actúa como contenedor de un proceso. El nombre del pool debe ser el del proceso.	
Carril (lane)	Son subdivisiones del Pool. Representan los diferentes participantes al interior de una organización.	

Anexo 3

Esquema de Gannt Proyecto de Implementación Manual de Procesos

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin
1		Alineación	3 días	lun 15/5/17	mié 17/5/17
2		Definición	9 días	jue 18/5/17	mar 30/5/17
3		Procesos asistenciales	4 días	jue 18/5/17	mar 23/5/17
4		Procesos administrativos	2 días	mié 24/5/17	jue 25/5/17
5		Procesos de apoyo asistencial	3 días	vie 26/5/17	mar 30/5/17
6		Identificación	8 días	mié 24/5/17	vie 2/6/17
7		Procesos asistenciales	4 días	mié 24/5/17	lun 29/5/17
8		Procesos administrativos	3 días	vie 26/5/17	mar 30/5/17
9		Procesos de apoyo asistencial	3 días	mié 31/5/17	vie 2/6/17

15 may '17	22 may '17	29 may '17	5 ju
L	L	L	L
M	M	M	M
X	X	X	X
J	J	J	J
V	V	V	V
S	S	S	S
D	D	D	D

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	5 jun '17							12 jun '17							19 jun '17						
						D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J		
10		Desarrollo Autolevantamiento de procesos	26 días	Lun 5/6/17	Lun 10/7/17																					
11		Apoyo administrativo	7 días	Lun 5/6/17	mar 13/6/17																					
12		levantamiento	4 días	Lun 5/6/17	jue 8/6/17																					
13		Registro de usuario	2 días	Lun 5/6/17	mar 6/6/17																					
14		Gestión de Agenda	2 días	mié 7/6/17	jue 8/6/17																					
15		Gestión de Trabajo Social	2 días	jue 8/6/17	vie 9/6/17																					
16		Validación	2 días	Lun 12/6/17	mar 13/6/17																					
17		Registro de usuarios	1 día	Lun 12/6/17	Lun 12/6/17																					
18		Gestión de Agenda	1 día	Lun 12/6/17	Lun 12/6/17																					
19		Gestión de Trabajo Social	1 día	mar 13/6/17	mar 13/6/17																					
20		Atención ambulatoria	12 días	Lun 5/6/17	mar 20/6/17																					
21		Levantamiento	7 días	Lun 5/6/17	mar 13/6/17																					
22		Consulta externa	2 días	Lun 5/6/17	mar 6/6/17																					
23		Procedimientos médicos	1 día	mié 7/6/17	mié 7/6/17																					
24		Emergencias	2 días	jue 8/6/17	vie 9/6/17																					
25		Centro obstétrico de primer nivel	2 días	Lun 12/6/17	mar 13/6/17																					
26		Validación	3 días	vie 16/6/17	mar 20/6/17																					
27		Consulta externa	1 día	vie 16/6/17	vie 16/6/17																					
28		Procedimientos médicos	1 día	vie 16/6/17	vie 16/6/17																					
29		Emergencias	1 día	Lun 19/6/17	Lun 19/6/17																					
30		Centro obstétrico de primer nivel	1 día	mar 20/6/17	mar 20/6/17																					

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	3 jul '17							10 jul '17							17 jul '17							24 jul '17						
						L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	
50		Compras descentradas	5 días	mar 4/7/17	lun 10/7/17	[Task bar from 3 Jul to 10 Jul]																											
51		Levantamiento	2 días	mar 4/7/17	mié 5/7/17	[Task bar from 3 Jul to 5 Jul]																											
52		Distribución de medicamentos por emergencia	2 días	mar 4/7/17	mié 5/7/17	[Task bar from 3 Jul to 5 Jul]																											
53		Abastecimiento de Bodega	2 días	mar 4/7/17	mié 5/7/17	[Task bar from 3 Jul to 5 Jul]																											
54		Validación	1 día	lun 10/7/17	lun 10/7/17								[Task bar from 10 Jul to 10 Jul]																				
55		Distribución de medicamentos por emergencia	1 día	lun 10/7/17	lun 10/7/17								[Task bar from 10 Jul to 10 Jul]																				
56		Abastecimiento de Bodega	1 día	lun 10/7/17	lun 10/7/17								[Task bar from 10 Jul to 10 Jul]																				
57		Elaboración del Manual	8 días	mar 11/7/17	jue 20/7/17								[Task bar from 10 Jul to 20 Jul]																				
58		Aprobación	5 días	jue 20/7/17	mié 26/7/17								[Task bar from 10 Jul to 26 Jul]																				

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	31 Jul '17							7 ago '17							14 ago '17							21 ago '17							28 ago '17						
						J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X
59		Socialización	25 días	vie 28/7/17	jue 31/8/17																																			
60		Nivel zonal	1 día	vie 28/7/17	vie 28/7/17																																			
61		Nivel Distrital	9 días	mar 1/8/17	vie 11/8/17																																			
62		Apoyo administrat	2 días	mar 1/8/17	mié 2/8/17																																			
63		Atención ambulatoria	2 días	jue 3/8/17	vie 4/8/17																																			
64		Apoyo Diagnóstico y terapéutico	2 días	lun 7/8/17	mar 8/8/17																																			
65		Compras descentradas	3 días	mié 9/8/17	vie 11/8/17																																			
66		Promoción y prevención	1 día	vie 11/8/17	vie 11/8/17																																			
67		Unidades operativas	12 días	mié 16/8/17	jue 31/8/17																																			
68		Unidades tipo A	3 días	mié 16/8/17	vie 18/8/17																																			
69		Unidades tipo B	4 días	lun 21/8/17	jue 24/8/17																																			
70		Unidades tipo C	4 días	lun 28/8/17	jue 31/8/17																																			

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	4 sep '17							11 sep '17							18 sep '17							25 sep '17							2 oct '17						
						J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D			
71		Monitoreo	26 días	vie 1/9/17	vie 6/10/17																																			