

**Plan Anual Operativo 2017**

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PUBLICA**

****

**INDICE**

[INTRODUCCION 3](#_Toc493186151)

[AUDITORÍA INTERNA 4](#_Toc493186152)

[UNIDAD ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA 5](#_Toc493186153)

[COMUNICACIONES 8](#_Toc493186154)

[UNIDAD FINANCIERA 10](#_Toc493186155)

[ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES 11](#_Toc493186156)

[UNIDAD DE INFORMATICA 13](#_Toc493186157)

[UNIDAD DE GÉNERO 16](#_Toc493186158)

[CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA 16](#_Toc493186159)

[UNIDAD DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO 18](#_Toc493186160)

[UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD 19](#_Toc493186161)

[MANTENIMIENTO Y ACTIVO FIJO 20](#_Toc493186162)

[Unidad de Recursos Humanos 23](#_Toc493186163)

[TRANSPORTE Y LOGISTICA 25](#_Toc493186164)

[JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICAPROGRAMAPROR 27](#_Toc493186165)

[JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION ODONTOLOGICA 32](#_Toc493186166)

[JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION EN LABORATORIO CLÌNICO 37](#_Toc493186167)

[Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria 43](#_Toc493186168)

[Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología 49](#_Toc493186169)

[JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION QUIMICO FARMACEUTICA 54](#_Toc493186170)

[UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. 61](#_Toc493186171)

[UNIDAD DE EDUCACION PERMANENTE EN SALUD 63](#_Toc493186172)

# INTRODUCCION

El Plan Operativo Anual 2017 contiene una serie de actividades que cada Unidad del Consejo Superior de Salud Pública deberá realizar.

Cabe mencionar que en esta oportunidad se contó con una consultoría extranjera para la realización de los POA 2017, la cual se realizó en una serie de jornadas permitiendo tener como resultado documentos de mucha calidad.

En esta oportunidad se definieron objetivos que estuvieran alineados con el plan estratégico institucional, con lo cual se puede realizar una integración del aporte de cada unidad del CSSP.

# AUDITORÍA INTERNA

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Acciones Centrales**

**UNIDAD: Auditoría Interna**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| Incrementar un 30% las auditorias en áreas de mayor riesgo identificadas por la administración del CSSP | 30% | Dic – 2017 | Número de auditorías realizadas a las áreas de mayor riesgo 2017 / Número de auditorías realizadas a las áreas de mayor riesgo 2016 | Matriz de riesgos administrativos | Semestral | Matriz de riesgo del CSSP elaborada sin especificaciones técnicas |
| Lograr que el 90% de las recomendaciones emitidas en el informe final de auditoría sean tomadas por la administración y unidades auditadas | 90% | Dic – 2017 | Total de recomendaciones tomadas por las unidades auditadas 2016 / Total de recomendaciones tomadas por las unidades auditadas 2017 | Cuadro de recomendaciones a seguir de Auditoría Interna  | Semestral | Unidades Auditadas no toman las recomendaciones emitidas por Auditoría Interna y Presidencia del CSSP |
| Aumentar que el 90% de las unidades auditadas superen las observaciones | 90% | Dic – 2017 | Total de observaciones superadas por unidades auditadas 2016 / Total de observaciones superadas por unidades auditadas 2017 | Evaluaciones de Satisfacción de la Actividad de Educación Continua | Semestral | Unidades auditadas con observación desconocen leyes, normas, reglamentos e instructivos |

# UNIDAD ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACION** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** | **OBJETIVOS DE 2º. NIVEL Y ACTIVIDADES** | **INDICADOR DE 2º. NIVEL** |
| **(que se hará con los factores críticos)** |
| **Lograr que el x% de los trámites de solicitudes de información se remitan en un plazo de 3 días a la OIR** | **60%** | **1 año** | **Número de solicitudes remitidas a la OIR en 3 días/número de solicitudes gestionadas** | **Sistema de gestión de solicitudes** | **mensual** | **1-      Archivos desordenados** |  |  |
| **2-      Información no digitalizada** |
| **3-      Falta de presupuesto** |
| **Lograr que el x% de las solicitudes de información recibidas lleguen cumpliendo los requisitos de calidad** | **90%** | **6 meses** | **Número de solicitudes recibidas, cumpliendo requisitos/total de solicitudes recibidas** | **Registro de reuniones con unidades o Juntas** | **Cada 2 semanas** | **1-      Desconocimiento de los lineamientos.** | **1-      Lograr que el % empleados del CSSP, mejoren sus capacidades/ habilidades sobre procesos de acceso a la información y participación ciudadana** | **1-      Número de empleados CSSP instruidos que han aprobado el curso/número de empleados CSSP instruidos** |
|  | **Oficios de gestión de la calidad de solicitudes** | **2-      Desconocimiento de las claves que permitan resolver los requerimientos de las solicitudes.** |
| **Lograr cumplir el x% de la normativa exigida por la LAIP, En lo referente a la publicación de la Información Oficiosa y Actualización del portal de Info útil.** | **100%** | **1 año** | **Número de documentos elaborados Actualizados en el Portal de Transparencia /total de documentos exigidos y actualizados en Portal e Inofmútil** | **Portal de tranbsparencia calificado por el IAIP y cumpliento de Art. 10 LAIP** | **mensual** | **1-        Falta de cumplimiento de las unidades involucradas para cumplimiento de solicitudes.** | **1-     Instruir al x% de los empleados sobre la normativa sancionatoria** | **Número de documentos revisados/documentos pendientes de revisión** |
|  |  |  |
| **2-      Falta de capacitación para la elaboración de la normativa.** | **2-      Alcanzar el x% de capacitaciones**  | **Número de capacitaciones recibidas/documentos elaborados** |
|  |  |  |
|  |  | **Número de empleados instruidos /número de empleados cumpliendo solicitudes** |
| **Realizar Evento de Rendición de cuentas cumpliendo los parámetros establecidos por la Secretaría de Transparencia**  | **100%** | **6 meses** | **Número de actividades indicadas por parámetros establecidos por la secretaría/Total de actividades realizadas**  | **Registro de asiatencia a actividades, evidencia fotografica y video, lista de remisión de correspondencia, tabuklador de estadísticas de Twitter** |  **mensual** | **Falta de cumplimiento de las tareas por parte de la comisión**  | **1.Realizar el X%de control interno del seguimento de tareas asignadas** | **1. Número de tareas realizadas / número de tareas asignadas** |

# COMUNICACIONES

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Acciones Centrales**

**UNIDAD: COMUNICACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| Incrementar en un 50% la notoriedad del CSSP respecto de los profesionales | 50% | Diciembre 2017 | Número de profesionales que conocen a CSSP \Total de profesionales encuestados que conocen a CSSP | Base de datos de profesionales de salud.Diagnóstico**Selección de muestra** | Semestralmente | 1.Insuficiente personal en la unidad de comunicaciones2.No existe suficiente presupuesto para la unidad de comunicaciones3.No existe un plan de comunicación dirigido a profesionales de salud4.No existen los recursos técnicos apropiados para la divulgación de la notoriedad de CSSP |
| Lograr la notoriedad de CSSP en un 30% de la población | 30% | Diciembre 2017 | Número de encuestados que manifiestan conocer que hace el consejo / Total de la población encuestada | Resultados de DiagnósticoSelección de muestra | Semestralmente | 1.Insuficiente personal en la unidad de comunicaciones2.No existen productos comunicacionales (Audiovisual y escrito) que ayuden a divulgar el quehacer de CSSP3.No hay un plan de promoción externa dirigido a la población4.No hay lineamientos para divulgar la información |
| Lograr que un 80% de los empleados del CSSP perciban la comunicación interna como buena o muy buenaEvaluar la satisfacción de la comunicación interna | 80% | Diciembre 2017 | Número de empleados que valoran muy buena o buena la comunicación/Total de empleados | DiagnósticoResultados de la encuesta | Semestralmente | 1.No hay un canal de comunicación definido2.No se informa sobre las actividades institucionales3. Los edificios no están señalizados correctamente4. El personal de CSSP desconoce el pensamiento estratégico de la institución, así como sus objetivos institucionales5. El personal de CSSP no está identificado con el trabajo de CSSP6. Problemas técnicos de correo electrónico |
| Incrementar en un 75% el tráfico de la página web | 75% | Diciembre 2017 | Número de visitas en el periodo actual/Número de visitas en el periodo anterior | Reporte de visitas a la página web | Mensualmente | 1.No existe información actualizada en la página web2.Información en la página web no está depurada3.No hay integración de información en página web y redes sociales4.Insuficiente personal en la unidad de Comunicaciones para la actualización de página web5.No hay recurso técnico suficiente para el soporte técnico4.No hay lineamientos claros sobre la responsabilidad de la actualización en la página web |

# UNIDAD FINANCIERA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADORES** | **FUENTE DE INFORMACION PARA CONSTRUIR EL DATO** | **FRECUENCIA DE MEDICION (Cada cuanto tiempo mido el indicador)** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Lograr que el 25% de los usuarios realicen los pagos de forma electrónica. | 25% | Diciembre 2017 | Número de profesionales que efectúan su pago en línea/ Total de Profesionales Inscritos | Base de Datos de la Institución (Sistema de Colecturía) | Trimestral | El tiempo de entrega que se tarde la Unidad de Informática en generar mandamientos en línea.  |
| Asegurar que el 90% de las solicitudes de compras institucionales cuente con la disponibilidad de recursos financieros. | 90% | Cada Mes | No. de solicitudes con disponibilidad presupuestaria asignada/ Total de solicitudes de bienes y servicios recibidas en UFI | Estado de Ejecución Presupuestaria de Egresos | Mensual | Que no se tramiten las solicitudes de las diferentes Unidades Organizativas. |
| Lograr que el 100% de la Información Financiera solicitada a la Unidad, sea entregado en un tiempo efectivo. | 100% | Cada Mes | Informes Financieros entregados en tiempo efectivo/ Total de Informes financieros generados | Estados Financieros Institucionales, generados mensualmente. | Mensual | Se efectúen los cierres mensuales en fechas posteriores a las legalmente establecidas. Error en sistema de colecturía y aplicativo SAFI |

# ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Acciones Centrales**

**UNIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| **Alcanzar el 75% de las necesidades de compra con base a la prioridad y necesidades de cada unidad del CSSP**  | **75%** | **\*mayo 2017** | Cumplimiento de necesidades de compra 2016/ cumplimiento de necesidades de compra 2017 | **Requerimientos** | Trimestralmente según el PAC | **\*Imposibilidad de proyección por parte de las Unidades****\*Falta de presupuesto****\*Desfase en la autorización de la ejecución presupuestario** **\*Falta de actualización de los usuarios sobre los procedimientos de compra** |
| **PROVEER EL 80 % DE LOS BIENES DE CONSUMO ORDINARIO A LAS UNIDADES**  | **80%** | **\*DICIEMBRE 2017** | **NUMERO DE BIENES ENTREGADOS /NUMERO DE BIENES SOLICITADOS**  | **\*SOLICITUDES DE BIENES DE CONSUMO ORDINARIO****\*REQUISICIONES DE BIENES DE ALMACEN** | **SEMANALMENTE** | **\*Limitado personal****\*atraso en la entrega por parte de los proveedores****\*Solicitudes extemporánea de bienes**  |
| **BRINDAR EL 80% DE CAPACITACION EN EL PROCESO DE ADQUISICION DE BINES Y SERVICIOS A LAS UNIDADES DEL CSSP** | **Que el 100% de las Unidades involucradas conozcan el proceso para la adquisición de bienes y servicios** | **Mayo 2017**  | Que las unidades realicen el proceso como esta establecido | **Unidades/ áreas** | **Con el numero de procesos realizados efectivamente con los lineamientos sugeridos y numero de procesos erróneos** |  Falta de cooperación entre las unidades |

# UNIDAD DE INFORMATICA

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional**

**UNIDAD DE INFORMATICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| 1. Lograr que el x% de los mandamientos de pago se efectué en línea.
 | Mantener el servicio en línea al menos en un 70%. | Diciembre 2017 | Numero de mandamientos generados en línea/Total de mandamientos. | Base de datos de la plataforma de mandamientos en línea. | Mensual | 1. Insuficientes recursos humanos
2. Presupuesto
 |
| 1. Lograr que el %x% de los registros de profesionales de la salud se efectué en línea.
 | Mantener el servicio en línea al menos en un 70%. | Diciembre 2017 | Número de profesionales registrados en línea/Total de profesionales registrados. | Base de datos de la plataforma de registro de profesionales de salud en línea. | Mensual | 1. Insuficientes recursos humanos
2. Presupuesto
 |
| 1. Lograr que el x% de los documentos entregados por los profesionales se realicen con el uso de la firma electrónica.
 | Entregar firma electrónica y reconocer firma electrónica de terceros. | Diciembre 2018 | Cantidad de documentos entregados con firma electrónica/Total de documentos entregados. | Unidades internas que gestionan con firma electrónica . | Mensual | 1. Presupuesto
2. Falta del manual de uso y aplicación por parte del Ministerio de Economía
 |
| 1. Lograr que el x% de los expedientes de profesionales estén digitalizados.
 | Digitalizar al menos un 20% de los expedientes de profesionales. | Diciembre 2018 | Número de expedientes digitalizados/Total de expedientes. | Base de datos de digitalización de profesionales | Mensual | 1. Insuficientes recursos humanos
2. Presupuesto
 |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Escuela de capacitación permanente en salud**

**UNIDAD DE INFORMATICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| 1. Lograr que el x% de las capacitaciones sea en línea.
 | Realizar un 10% de las capacitaciones en línea. | Diciembre 2018 | Número de profesionales capacitados en línea/Número de profesionales capacitados. | Base de datos de Capacitaciones. | Mensual | 1. Insuficientes recursos humanos
 |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Acciones Centrales**

**UNIDAD DE INFORMATICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| 1. Lograr que el x% de equipos informáticos se encuentre en óptimas condiciones.
 | Mantener los equipos informáticos al menos en un 90% en condiciones óptimas. | Diciembre 2017 | Número de equipos informáticos en óptimas condiciones/Total de equipos informáticos. | Base de datos del inventario de equipo informático. | Trimestral | Presupuesto |

# UNIDAD DE GÉNERO

**PLAN OPERATIVO ANUAL 2017**

# CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBJETIVOS | METAS | PLAZO | INDICADORES | FUENTE DE INFORMACIÓN DE DATO | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | FACTORES CRÍTICOS |
| Completar el x% de etapas en la construcción de un diagnóstico con enfoque de género | 100% etapas completadas | Diciembre 2017 | Etapas finalizadas/Total de etapas de elaboración de diagnóstico | -Planes de trabajo de las Unidades.-Registros documentales - Aplicación de instrumentos de análisis - trabajo con grupos focales-Entrevistas | Semestralmente | 1. Desconocimiento sobre la realidad de la institución en cuanto género.
2. No se cuenta con estudios previos que posibiliten medir el nivel de avances en la temática.
 |
| Lograr que el x% de la plantilla del CSSP sea sensible en su conducta en el enfoque de genero | 30%Del personal sensibilizado | Diciembre 2017 | Número de personas de la plantilla del CSSP sensibles al enfoque de género/Total de plantilla de empleados del CSSP.  | Listado de conductas observables que concretan que existe sensibilidad al enfoque de género.Encuesta sobre género | Semestralmente | 1. Desconocimiento de la teoría de género por parte del personal del CSSP.
2. Existencia de un porcentaje de rechazo sobre la temática, por considerarse un tema tabú.
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lograr que el x% de las denuncias por violencia laboral recibidas sean resueltas en el plazo objetivo | 75% | Diciembre 2017. | Número de denuncias resueltas en plazo / total de denuncias recibidas.  | -Registro de denuncias- Actas de dictámenes  | Anualmente | 1. Falta de una cultura de denuncia.
2. Desconocimiento del procedimiento de denuncia.
3. Falta de un espacio adecuado que garantice la privacidad del denunciante.
 |

# UNIDAD DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACION** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Lograr que el x% de las solicitudes de información se respondan en el plazo indicado | 80% | 1 año | Número de solicitudes que se entregan en el plazo objetivo/total de solicitudes recibidas | Cantidad de documentos entregados en el plazo solicitado | Mensual | 1. Archivos desordenados
2. Falta de recurso humano designado
 |
| Lograr que el x% de los documentos que se solicitan se localicen de forma integra | 80% | 1 año | Número de solicitudes que se informan íntegramente/total de solicitudes recibidas | Cantidad de documentos localizados | Mensual | 1. Archivos desordenados
2. Falta de recurso humano designado
 |
| Lograr cumplir el x% de la normativa archivística exigida por el IAIP | 60% | 1 año | Número de documentos cumplen normativa IAIP/total de documentos exigidos | Normativa elaborada, revisada, autorizada y socializada | Bimensual | 1. Falta de revisión de la normativa.
2. Falta de capacitación para la elaboración de la normativa.
3. Falta de cumplimiento de las unidades involucradas para cumplimiento de solicitudes.
 |

# UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional**

**UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| 1-Elaborar proyecto para la implementación de la Norma ISO/IEC 17024 Requisitos generales para los organismos que realizan certificación de personas. | Disponer del certificado de acreditación | Finales del 2017 | Aprobación del proyecto | la Norma ISO/IEC 17024Material de capacitaciones | No aplica | Falta de capacitación |

# MANTENIMIENTO Y ACTIVO FIJO

**PLAN OPERATIVO ANUAL 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Acciones Centrales**

**UNIDAD: MANTENIMIENTO Y ACTIVO FIJO (UMAF)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACION DEL DATO PARA CALCULAR EL INDICADOR** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Reducir el consumo de energía eléctrica | 30% | Diciembre / 2017 | KW consumidos /KW consumidos en el año anterior | Factura de consumo de energía eléctrica. | Mensual | 1. No cambio de equipos acondicionadores de aire.
2. No cambiar luminarias a tecnología LED.
3. No cumplir lineamientos de ahorro energético.
 |
| Lograr x% de los empleados se encuentren satisfechos con respecto a su temperatura ambiente. | 70% | Diciembre / 2017 | Número de empleados satisfechos/total de empleados.  | Encuesta de temperatura ambiente.  | Mensual | 1. No adquisición de acondicionadores de aire.
2. No climatizar todas las áreas
 |
| Sustituir el X% de inodoros convencionales por los de uso industrial, para evitar el taponamiento.  | 48% | Seis meses | Número de inodoros sustituidos / Total de inodoros a ser sustituidos | -Reporte de no taponamiento de inodoros.-Satisfacción de los usuarios. | diaria | 1. No tenerse disponibilidad presupuestaria.
2. No comprar oportunamente los inodoros, según programa de sustitución.
 |
| Inventariar físicamente y tener codificados el X% de los activos fijos. | 100% | Diciembre / 2017 | Número de activos fijos inventariados y codificados / total de activos fijos. | Reportes de inventarios realizados y debidamente codificados. | Semanal | 1. No accesibilidad inmediata de los bienes.
2. Ubicación de los bienes en diferente lugar al asignado.
3. Haber descargado el bien sin avisar al Responsable del Activo Fijo.
4. Limitado personal de apoyo.
5. Aprobación de nueva normativa.
 |
| Elaborar Proyecto de construcción de un nivel en año 2018, para albergar nuevas oficinas, en la zona sur del parqueo interno del Consejo. Para incorporarlo al presupuesto del Consejo del año 2018.  | 100% | Mayo/ 2107 | Número de etapas realizadas del proyecto/ Total de etapas del proyecto | Proyecto listo para ser incorporado en el Presupuesto del Consejo correspondiente al año 2018. | 15 días | 1. No tener los fondos para contratar servicios de consultoría.
2. El resultado del estudio de suelos indique que en el terreno no se puede construir.
3. Ministerio de Hacienda no autorice los fondos del proyecto.
 |
| Elaborar Proyecto para la sustitución de la Planta de emergencia Generadora de Energía Eléctrica del edificio No.1 del Consejo y su aprobación por Presidencia del Consejo | 100% | Mayo / 2017 | Número de etapas realizadas del proyecto/ Total de etapas del proyecto | Proyecto listo para ser aprobado por Presidencia del Consejo | 1. días
 | 1-La dificultad para obtener fondos para la compra.2-No existencia de Planta requerida en plaza del Planta.  |
| Lograr el x% del cumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo 2017. | 90% | Diciembre / 2017 | Actividades desarrolladas/ total de actividades del Plan de Trabajo | Resultado de la evaluación.  | Semestral | 1-No suministrar oportunamente los materiales necesarios.2-Limitado personal.  |

# Unidad de Recursos Humanos

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADORES** | **FUENTE DE INFORMACION** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Lograr que el x% de las personas capacitadas mejoren su desempeño (logro de objetivos) en los procesos que realiza. | Fijar % de meta una vez determinada la línea base | Diciembre 2017 | Número de personas mejorado su desempeño/Número de personas capacitadas | Evaluaciones del grado de cumplimiento de objetivos | 1. falta de recursos humanos
2. desplegar los objetivos del POA a las personas clave
 |
| Lograr que el x% de los puestos de trabajo estén fijados bajo los estándares de CAPRES  | 100%,  | Diciembre 2017 | Número de puestos de trabajo fijados bajo los estándares de CAPRES/Total de puestos | Formularios CAPRES | 1. falta de recursos humanos
2. Falta de fondos
 |
| Lograr que el x% de las unidades del CSSP dispongan de estudiantes de horas sociales y/ practicantes | 40% | Diciembre 2017 | Número de unidades con estudiantes/Total de unidades del CSSP | Base de datos de RRHH | 1. falta de colaboración de universidades
 |
| Lograr que el X% de las solicitudes de licencias y permiso de los empleados del CSSP se realicen de forma homogénea. | 100% | Diciembre 2017 | Numero de solicitudes de licencias y permiso de los empleados del CSSP conforme a lineamientos/Total de solicitudes de licencias y permiso de los empleados | Base de datos de RRHH | 1. falta de aprobación de lineamientos
2. resistencia a cambio
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADORES** | **FUENTE DE INFORMACION** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Lograr que el x% de los empleados estén sujetos a una evaluación del desempeño vinculada a cumplimiento de indicadores de POAS de unidades | Fijar % | Diciembre 2017 | Número de empleados sujetos a evaluación del desempeño vinculada a cumplimiento de indicadores de POAS de unidades /Total de empleados | Base de datos de RRHH | 1. desplegar los objetivos del POA a las personas clave
 |
| Lograr que el x% de las vacantes estén cubiertas en un plazo inferior a x días, y que se mantengan en el puesto | Fijar % | Diciembre 2017 | Número de vacantes cubiertas en plazo/Total de vacantes  | Base de datos de RRHH | 1. No disponer de pruebas psicológicas
2. No contar con candidatos idóneos
 |
| Lograr que el x% de los empleados manifiesten que existe una buena comunicación interna | Fijar % | Diciembre 2017 | Numero de personas que manifiestan una buena o muy buena comunicación/Total de empleados del CSSP | Encuesta de clima laboral | 1. No disponer de falta de recursos humanos
2. Falta de fondos
 |

# TRANSPORTE Y LOGISTICA

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Acciones centrales**

**UNIDAD: TRANSPORTE Y LOGISTICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACION** | **FRECUENCIA DE MEDICION** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Depurar el x% de la flota de vehículos institucionales. |  | 12 meses | - Número de diligencias asignadas a vehículo/total de diligencias - Gasto de combustible en diligencias/consumo promedio- Diligencias incompletas por fallas/diligencias completas | Número de solicitudes de servicio de las unidades organizativas. | Anual | - Costo acumulado de mantenimiento y otros- Costo acumulado pago de seguro- Costo acumulado pago de servicio GPS- Satisfacción del usuario en el traslado hacia destino |
| Determinar el x% de la flota vehicular institucional cumple el consumo promedio de combustible |  | 6 meses | - Kilometraje de recarga -Kilometraje de carga/número de galones | Datos obtenidos de las mediciones realizadas con presencia en diligencias de vehículos institucionales. | Mensual | - Uso de AA aumenta el gasto de combustible- Irrespetar límites de velocidad a mayor aceleración más gasto- Falta de calibración de llantas mayor esfuerzo del motor- Forma de conducir incorrecta, no mantener ritmos constantes- Apagar vehículo cuando llegue al destino- No cumplir con la ruta planificada de viaje |
| Lograr un x% de las diligencias con destino común o diligencias conjuntas. |  | semanal | Cantidad de solicitudes conjuntas / cantidad de solicitudes con destino común  | Programación de solicitudes de servicios de diligencia de las unidades organizativas. | Mensual | - Resistencia de los delegados a realizar diligencias conjuntas- Tiempos de duración de diligencias diferentes |
| Lograr el 38.46% de los vehículos institucionales en óptimas condiciones de aseo e higiene. | 5 | semanal | Tabulación de los comentarios recibidos de cada vehículo institucional / número de vehículos con mayor demanda | Comentarios vía correo electrónico de los solicitantes del servicio. | Semanal | -Usuarios del servicio no envíen comentarios del estado de las unidades- Responsable de vehículo institucional no realice aseo e higiene- Hábitos de aseo e higiene de usuarios de vehículos institucionales no sean los adecuados |

# JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICAPROGRAMAPROR

|  |
| --- |
| **PROGRAMA.: Regulación de prestadores de servicios de salud****SUBPROGRAMA: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional** |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADORES** | **FUENTE DE INFORMACION**  | **FRECUENCIA DE MEDICION**  | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| 1. Lograr que el 100% de los profesionales egresados que hayan presentado su documentación completa sean autorizados de forma provisional.
 | Inscribir al 100% de los egresados en el registro. | Un mes después de la recepción de los documentos | Número de profesionales egresados autorizados/Número de profesionales egresados. | Listados de egresados enviados por Universidades y MINSAL.Base de registro. |  Anual  | Falta de personal administrativo, técnico (inspectores) y de apoyo.Falta de recurso tecnológico Inadecuada orientación por parte de las universidades para realizar el trámite correspondiente  |
| 1. Lograr que el 100% de los profesionales graduados que hayan presentado su documentación completa, sean autorizados de forma permanente.
 | Inscribir al 100% de los graduados en el registro. | Un mes después de la recepción de los documentos | Número de profesionales graduados autorizados/Número de profesionales graduados | Listados de graduados enviados por Universidades y MINSAL.Base de registro. | Anual | Falta de personal administrativo, técnico (inspectores) y de apoyo.Falta de recurso tecnológico,  |
| 1. Verificar que el 100% de profesionales que se encuentran durante las inspecciones realizadas estén autorizados para el ejercicio profesional
 | Que del 100% de inspecciones realizadas a profesionales, estos sean profesionales autorizados. | Cada año | Número de profesionales Inspeccionados que ejercen de forma autorizada/ Número de profesionales inspeccionados | Base de datos de registroInformes de inspección | Anual | Falta de personal técnico (inspectores). |
| 1. Actualizar el 50 % del registro de profesionales activos
 | Lograr la actualización de los datos del sistema de registro de por lo menos el 50% de los profesionales inscritos activos. | 6 meses | Número de registros de profesionales activos actualizados/Número de profesionales registrados activos. | Hojas de datos llenas.Base de datos actualizada. | Anual | Falta de personal administrativo.Falta de recurso tecnológico que permita actualizar los datos vía digital por el usuario. |
| 1. Lograr el 75 % de profesionales activos, se encuentren solventes de su anualidad conforme al decreto 373.
 | 75% de los profesionales inscritos se encuentren solventes en la anualidad conforme Decreto 373.(18,095) | 6 meses | Número de profesionales solventes () /número de profesionales activos=24,127.[[1]](#footnote-1) | Base de datos de profesionales solventes**.** | Anual  | Falta de parqueo para usuarios.Personal administrativo insuficiente para remitir mandamientos vía correo electrónico.Falta de software que permita obtener mandamiento de pago vía electrónica. |
| 1. Vigilar al 100% los profesionales extranjeros que vienen en jornadas provenientes de países amigos.
 | Autorizar y supervisar el 100% de los profesionales que provienen del extranjero en Jornadas Médicas previa solicitud de las respectivas instituciones responsables y presentación de documentos. | Todo el año | Número de profesionales extranjeros que vienen al país en jornadas extranjeras autorizados / total de profesionales extranjeros que vienen al país en jornadas extranjeras. | Registro de Jornadas recibidas y autorizadas.Registro de profesionales extranjeros autorizados en forma temporal. | Anual | Los coordinadores y/o responsables de las jornadas realizan el trámite de autorización fuera de tiempo.Pocos recursos de Inspectoría para verificación de las jornadas y profesionales autorizados. |
|  | **PROGRAMA: Regulación de prestadores de servicios de salud** **SUBPROGRAMA: Autorización y vigilancia de establecimientos de salud.** |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADORES** | **FUENTE DE INFORMACION**  | **FRECUENCIA DE MEDICION**  | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| 1. Reducir en un 100% el número de establecimientos no inscritos encontrados por cada 100 inspecciones de oficio .
 | Inspeccionar el 100% de los establecimientos que se encuentren durante las inspecciones de oficio realizadas. | Un año | Número de establecimientos no inscritos por cada 100 inspecciones en el periodo actual/ Número de establecimientos Inspeccionados que están inscritos  | Informes de inspección realizados. | Anual | Falta de inspectores  |
| 1. Lograr que el 15% de los establecimientos inscritos cumplan con los RTA actualizados.
 | Controlar un 15 % de los establecimientos inscritos y autorizados por el CSSP. (Total 1150) | Un año | Número de establecimientos inscritos que cumplen con los RTA actualizados./número de establecimientos inspeccionados. | Informes de inspección realizados. | Anual | Falta de inspectores |
| 1. Inspeccionar el 100% de los establecimientos que son competencia de la Junta, que solicitan apertura en el CSSP.
 |  Inspeccionar y emitir informe del 100% de los establecimientos de salud que soliciten el trámite de apertura, en un plazo máximo de 10 días hábiles. | 10 días después de recibida la solicitud. | Número de inspecciones de establecimientos que solicitan apertura /número de solicitudes de apertura  | Informes de inspección realizados. | Anual | Pocos recursos de inspectoría.Retraso en la remisión de las solicitudes. |
| **PROGRAMA.: Regulación de prestadores de servicios de salud** **SUBPROGRAMA: Escuela de capacitación permanente en salud** |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADORES** | **FUENTE DE INFORMACION**  |  | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| 1. Implementar la divulgación del Código de Salud y la LDDPPS en el 5% de los profesionales inscritos.
 | Preparar, planificar e implementar jornadas de capacitación al 5% profesional inscrito. | Un año | Número de profesionales conocen el LDDPPS y Código de Salud /número de profesionales inscritos (hay que determinar que preguntas nos darán conocer si realmente conocen el LDDPPS | Informe de jornadas , lista de asistencia y fotografías. | Anual | Convocatorias fuera de tiempo a los profesionales. |
| 1. Lograr que el 100% de las denuncias recibidas sean tramitadas de forma oportuna.
 | Analizar y emitir resolución del 100 % de procesos administrativos iniciados de forma oportuna por denuncias o avisos. | Un año | Números de denuncias prescritas/número de denuncias tramitadas | Base de denuncias  | Anual | * Poco personal de Inspectoría.
* Dificultad en la disponibilidad de profesionales en la actuación como peritos.
* Expedientes de denuncias o avisos enviados de forma inadecuada.
 |
| 1. Implementar un proceso formativo sobre la responsabilidad profesional durante el ejercicio de la profesión a los estudiantes egresados de las profesiones de la salud.
 | Proceso formativo a desarrollarse en el 100% de profesionales egresados y graduados cada año. | Un año | Número de egresados que participan en el proceso formativo /total de Egresados  | Listado de asistencia informe de la jornada y fotografías. | Anual | * Poco personal de Inspectoría
* Gestión inadecuada de las universidades formadoras.
* Ausencia de dicho proceso formativo en los pensum de carrera.
 |

# JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION ODONTOLOGICA

**SUBPROGRAMA 1: Registro, Autorización y Vigilancia de Profesionales en Odontología.**

| OBJETIVO | META | PLAZO | INDICADOR | FUENTE DE INFORMACION | FRECUENCIA DE MEDICION | FACTORES CRITICOS DE ÉXITO O QUE LIMITAN EL ÉXITO |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lograr que el 100 % de los estudiantes egresados en odontología cuenten con su autorización provisional para realizar su servicio social | 100 por ciento | Marzo 2017 | N° de estudiante autorizados /N° de estudiantes egresados | Listado de egresados de las diferentes instituciones formadorasArchivo de la Junta de Vigilancia | Anual | - Falta de conocimiento en los requisitos exigidos.- Permisos limitados de la institución para realizar el trámite de servicio social.- Distancia entre los lugares de trabajo asignados y Junta de Vigilancia- No obtener a tiempo el listado de parte de las instituciones formadoras- Desorganización del trabajo administrativo de la Junta de Vigilancia.  |
| Lograr que el 100 % de los profesionales graduados en 2016 obtengan su autorización para el ejercicio de la profesión odontológica | 100 por ciento | Diciembre 2017 | N° de profesionales inscritos/ N° de profesionales graduados | Listado de profesionales graduados por las diferentes instituciones formadoras | Anual | - Falta de conocimientos de los requisitos exigidos.- Burocracia de las instituciones formadoras en la entrega de la documentación correspondiente.- Profesionales que realizan sus estudios de especialización en el extranjero.- Desinterés del profesional graduado para realizar los trámites de inscripción correspondiente. |
| Lograr que el 100% de los profesionales de odontología inspeccionados estén debidamente autorizados | 100 % | Diciembre 2017 | N° de profesionales inspeccionados correctamente autorizados / N° total de profesionales inspeccionados | Archivos de inscritos en Junta de VigilanciaActas de Inspecciones | Cada 6 meses | - Personal técnico insuficiente - Desactualización de la base de registro de profesionales autorizados.- Eventualidades con el área de transporte. |
| Lograr que el 100% de los profesionales de odontología que solicitan trámites en la JVPO tengan sus datos actualizados | 100 % | Diciembre 2017 | N° de profesionales que acuden a la JVPO y tengan datos actualizados / N° de total de profesionales que acuden a realizan tramites  | Hoja de actualización de datos en JVBase de datos digital | Cada 6 meses | Terceras personas q realizan el trámite y desconocen datos del profesional.Retardación en la digitación de la base de datos en físico a digital.No cumplimiento de las indicaciones por el personal administrativo. |
| Reducir en un 20% la mora del pago de anualidades de los profesionales | 100 % | Diciembre 2017 | No. de profesionales en mora / No. de profesionales inscritos | Base de datos actualizadaReporte de mora generado por informática | Anual | Desinterés del profesional inscrito Base de datos desactualizadaProfesionales que residen fuera del país o que no ejercen la profesión |
| Lograr que el 50% del personal auxiliar que labora en establecimientos odontológicos inspeccionados estén autorizados | 100 % | Diciembre 2017 | N° de personal auxiliar inspeccionado / N° de personal auxiliar autorizados | Archivo de los inscritos en la Junta de VigilanciaActas de inspección | Cada 6 meses | Falta de conocimientos de los requisitos exigidos.Falta de conocimientos sobre la obligación legal de obtener su autorización.Falta de interés por parte del profesional y del personal auxiliar |
| Reducir en un 20% la mora del pago de anualidades del personal auxiliar en odontología | 100 % | Diciembre 2017 | No. de personal auxiliar en mora / No. de personal auxiliar s inscritos | Base de datos actualizadaReporte de mora generado por informática | Anual | Desinterés del personal auxiliar inscrito Base de datos desactualizadaPersonal auxiliar que ya no ejerza la función o que resida fuera del país |
| Incrementar el número de inspecciones en un X% para la vigilancia del ejercicio profesional | 100% | Diciembre 2017 | Número de profesionales inspeccionados 2016/ Número de profesionales inspeccionados en 2017 | Archivo de JVActas de inspección del año 2016 | 6 meses | Falta de personal técnicoEventualidades en el transporte |
| Tramitar el 100% de las denuncias, avisos u oficios recibidas  | 100% | Diciembre 2017 | Nº de denuncias tramitadas / Nº de denuncias recibidas | Denuncias recibidas en la JV | Cada 6 meses | Personal técnico insuficienteFalta de regulación de especialidades para la asignación de peritosProblema de inseguridad |

**SUBPROGRAMA 2: Autorización y Vigilancia de Establecimientos de Salud en Odontología**

| OBJETIVO | META | PLAZO | INDICADOR | FUENTE DE INFORMACION | FRECUENCIA DE MEDICION | FACTORES CRITICOS DE ÉXITO O QUE LIMITAN EL ÉXITO |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aumentar en un 20 % la inscripción de los consultorios odontológicos generales ante el CSSP | 100% | Diciembre 2017 | N° de consultorios odontológicos generales inscritos ante el CSSP / N° de consultorios odontológicos generales según censo del CSSP | Archivos de Junta de VigilanciaActas de InspecciónCenso de los establecimientos de salud realizado por el CSSPRegistro de la URES | Cada 6 meses | - Personal técnico insuficiente - Censo de establecimientos incompleto - Eventualidades con el área de transporte.- Saturación de trabajo de la URES que no envíe información a tiempo |
| Aumentar en un 20 % la inscripción de otros establecimientos odontológicos ante el CSSP | 100% | Diciembre 2017 | N° de otros establecimientos odontológicos inscritos ante el CSSP / N° de otros establecimientos odontológicos según censo del CSSP | Archivos de Junta de VigilanciaInspeccionesCenso de los establecimientos de salud realizado por el CSSPRegistro de la URES | Cada 6 meses | - Personal técnico insuficiente - Censo de establecimientos incompleto -Eventualidades con el área de transporte.Saturación de trabajo de la URES que no envíe información a tiempo |
| Inspeccionar el 100% de los establecimientos odontológicos que solicite CSSP con el procedimiento especial de registro en el 2017 | 100% | Diciembre 2017 | No. de establecimientos odontológicos solicitados / No. de establecimientos odontológicos inscritos | Solicitudes enviadas por CSSPActas de inspección | Cada 6 meses | Solicitudes programadas en DiciembrePersonal técnico insuficiente Eventualidades con el área transporte |

**SUBPROGRAMA 3: Educación continua**

| OBJETIVO | META | PLAZO | INDICADOR | FUENTE DE INFORMACION | FRECUENCIA DE MEDICION | FACTORES CRITICOS DE ÉXITO O QUE LIMITAN EL ÉXITO |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Programar 5 charlas sobre legislación en salud con estudiantes de último año de la carrera de Doctorado en Odontología, de las cinco Facultades del país.  | 100 % | Diciembre | Número de estudiantes de último año que asisten a la actividad / Número de estudiantes que cursan el ultimo año | Registros de asistenciaListado de estudiantes de último año | Anual | Escasa promoción de la actividadDesinterés del estudiante |
| Aumentar el porcentaje de asistencia en un 20% de los profesionales en odontología en las actividades de educación continua | 50% | Diciembre 2017 | Número de profesionales asistentes en las actividades educación continua 2017 / Número de profesionales asistentes en los actividades de educación continua 2016 | Registro de asistencia | Cada 6 meses | Escasa promoción de las actividadesDisponibilidad de horarios de parte del profesionalDesinterés del profesional  |
| Aumentar el porcentaje de asistencia en un 20% del personal auxiliar en odontología en las actividades de educación continua | 50% | Diciembre 2017 | Número de personal auxiliar en odontología asistentes en las actividades educación continua 2017 / Número de personal auxiliar en odontología asistentes en los actividades de educación continua 2016 | Registro de asistencia | Cada 6 meses | Escasa promoción de las actividadesDisponibilidad de horarios de parte del personal auxiliar en odontologíaDesinterés del profesional  |

# JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION EN LABORATORIO CLÌNICO

**PLAN OPERATIVO ANUAL 2017**

 **Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

 **No.1- Subprograma: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional**

UNIDAD: Junta de Vigilancia de la Profesiòn en Laboratorio Clìnico

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR**  | **FUENTE DE INFORMACION** | **FRECUENCIA DE MEDICION** | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| 1- Autorizar a los Profesionales | Autorizar al 100% de profesionales que lo solicitan | Cada mes | Número de solicitudes que ingresan/No. de solicitudes aprobadas | Libro de registro/Archivo digital | Cada mes | Que no se presenten a la juramentación |
| 2- Vigilar en caso de denuncias a los profesionales | Inspeccionar los casos de denuncias un 100% | Mensual | No. de denuncias recibidas /No de denuncias realizadas | Denuncias presentadas por interesados  | Cada tres meses | Las personas no quieren hacer una denuncia formal |
| 3- Vigilar el Ejercicio profesional | Vigilar el 35% de los profesionales | Un año | No. de profesionales vigilados/No. de profesionales inscritos | Registro de profesionales | Bimensual | Falta de transporteCapacitaciones limitan las salidas a los inspectores |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL 2017**

 **Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

 **No.2- Subprograma: Autorización y vigilancia de Establecimientos de salud**

UNIDAD: Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACION** | **FRECUENCIA DE MEDICION** | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| 1-Realizar inspecciones por Apertura y Funcionamiento | Realizar el 100%. de inspecciones de Apertura de solicitudes recibidas | 10 días | Número de solicitudes recibidas/Número de inspecciones realizadas | Auto electrónico y control físico de libro de registro de establecimientos | Cada trimestreCoordinadora con anterioridad | Limitación de transporteNo disponibilidad de recurso por asistencia a capacitaciones yEventos que programa la Institución. |
| 2- Realizar inspección por control | Realizar el 100% de inspecciones solicitadas por el Consejo | 3 meses | Número de solicitudes emitidas por el Consejo/Número de inspecciones realizadas | Oficio enviado por el ConsejoRegistro de Inspectoría | Cada trimestre | Limitación de transporte y no disponibilidad de inspectores por algún evento |
|  3- Realizar Inspecciones Post-registro | Realizar el 100% de inspecciones solicitadas | 30 días | Número de solicitudes recibidas/Número de inspecciones realizadas | Unidad de Registro de Establecimientos de Salud (URES)Registro de Inspecciones | Cada trimestre | Limitación de transporte y no disponibilidad de inspectores por algún evento |
|  4- Realizar las inspecciones de Denuncias, aviso y oficio | Realizar el 100% de las inspecciones por denuncia, aviso y de oficio recibidas | Un mes | Número de denuncias, aviso y de oficio recibidas/No de inspecciones realizadas | Denuncias, aviso y oficio recibidasLa persona que presenta a denuncia y las actas de la Junta | Trimestral | No disponer de transporte y personal de inspectoría  |

 **CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**No.3- Subprograma: Escuela de capacitación permanente en salud**

UNIDAD: Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR**  | **FUENTE DE INFORMACION** | **FRECUENCIA DE MEDICION** | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| 1- Realizar diplomados en Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico | Llevar a cabo 2 diplomados | 4 meses de duración cada diplomado | Número de diplomado programado/Número de diplomados realizados | Reglamento Técnico Salvadoreño de Buenas Práticas de Laboratório Clínico | Cada 4 meses | - La inasistencia de los profesionales- La ausencia de los facilitadores |
| 2- Realizar el primer Congreso de Laboratorio Clínico | Llevar a cabo un Congreso cada año | Una semana | Lo planificado/Lo llevado a cabo | Los temas impartidos por los ponentes relacionados a Laboratorio Clínico | Evaluar la semana en que se llevó a cabo el Congreso | -La inasistencia de los profesionales- Falta de financiamiento- Falta de capacitadores |
| 3- Formar a Consejeros para Pre y Post prueba de VIH | Llevar a cabo 2 jornadas en el año | 2 meses | Numero de jornadas programadas/Numero de jornadas realizadas | Cumplimiento de la Normativa de VIH | Cada 6 meses | - Falta de formadores- Inasistencia de los profesionales |

# Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional**

**Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO/ EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA** **DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS** **DE ÉXITO** |
| **Lograr que el 40% de los graduados profesionales de Medicina Veterinaria, estén actualizados en la base de datos de la JVPMV, en un periodo de un año.** | 40% de Médicos Veterinarios, según base de datos de la JVPMV | Diciembre 2017 | Número de médicos veterinarios que han actualizado sus datos por medio físico ­o digital/Número de médicos veterinarios inscritos en la base de datos activos. | 1. Base de datos de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria.
2. Listado de médicos veterinarios actualizados en el año.
3. Listado de graduados médicos veterinarios enviado y solicitadas a las Universidades.
 | Cada 6 meses | 1. Falta de colaboración e interés de los Médicos Veterinarios.
2. Insuficiencia de parqueo en las instalaciones del Consejo.
3. Falta del instrumento de actualización de datos en las inspecciones.
4. Falta de interés de las autoridades de la Universidad.
 |
| **Lograr que el 75% de los estudiantes en horas sociales de Medicina Veterinaria se inscriban en JVPMV** | Ordenar y vigilar la inscripción provisional de los estudiantes en horas sociales | Diciembre 2017 | Número de estudiantes inscritos aptos para realizar el ejercicio profesional supervisado en JVPMV/Listado de estudiantes en horas sociales a nivel nacional. | 1. Listados de los estudiantes de Medicina Veterinaria que optan para realizar horas sociales, enviadas por las 3 universidades.
2. Listado de estudiantes inscritos (base de datos) procedimientos de inscripción de estudiantes en horas sociales u horas prácticas.
 | Cada 6 meses | 1. Falta de información de parte de las Universidades.
2. Falta de interés de los estudiantes egresados.
3. Falta de interés de las autoridades involucradas.
 |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional**

**Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO/ EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA** **DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS****DE ÉXITO** |
| **Reducir en un 25% el tiempo de respuesta del proceso administrativo sancionatorio. (tomando como standard la prescripción)** | El 25% de los procesos sancionatorios reducir del total en la agilidad del trámite del proceso sancionatorio. | Diciembre 2017 | Plazo medio actual de respuesta del proceso administrativo sancionatorio/Plazo medio año anterior de respuesta del proceso administrativo sancionatorio. | Base de datos del proceso administrativo sancionatorio | Cada 6 meses | 1. Falta de registro de respuesta de proceso en el trámite administrativo sancionatorio.
2. Falta de protocolos que aseguran la sostenibilidad del interés de las autoridades de la Junta Directiva.
3. Falta de experiencia en el procedimiento administrativo sancionatorio.
 |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia de establecimientos de salud**

**Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO/ EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA** **DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| **Lograr con el 40% de los establecimientos profesionales de Medicina Veterinaria cumplan con los requerimientos técnicos administrativos (RTA) requeridos por el Consejo Superior de Salud Pública** | 40% de establecimientos de salud en el área médica veterinaria cumplan con los requerimientos técnicos administrativos | Diciembre 2017 | Número de establecimientos inspeccionados que cumplen/Total de establecimientos programados y supervisados | 1. Requerimiento Técnico Administrativo (RTA) de los establecimientos veterinarios.
2. Listado de inspecciones semestral.
3. Listado de inspecciones aprobadas con visto bueno.
4. Ficha del Inspector.
 | Cada 6 meses | 1. Falta de motivación de Inspectoras.
2. Falta de información y disposición de los profesionales.
3. Falta de claridad y objetividad de los requerimientos técnicos administrativos.
4. Falta de conocimientos de los requerimientos técnicos administrativos necesarios para realizar la inspección.
 |
| **Reducir en un 30% las denuncias recibidas, como consecuencia de personas que ejercen sin título o de forma indebida la Profesión.**  | 30% de denuncias por ejercicio ilegal de la Profesión. | Diciembre 2017 | N° de denuncias como consecuencia de personas que ejercen sin título o de forma indebida la Profesión en el período actual/N° de denuncias, como son consecuencia de personas que ejercen sin título o de forma indebida la profesión en el periodo anterior. | Registro de denuncias | Cada 6 meses | 1. Falta de recursos de personal de Inspectoría.
2. Falta de vehículo nacional.
3. Falta de motivación, cultura en ejercer las denuncias por parte de los ciudadanos.
4. Falta de conocimiento sobre como ejercer las denuncias por parte de los ciudadanos.
 |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Escuela de capacitación permanente en salud**

**Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA** **DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS** **DE ÉXITO** |
| **Lograr que el 60% de los estudiantes egresados de Medicina Veterinaria conozcan sobre las leyes de legislación del área de medicina veterinaria y el código de ética veterinario** | 60% de estudiantes conozcan la normativa que rige el ejercicio profesional de la carrera de Medicina Veterinaria en centros de educación superior. | Diciembre 2017 | Resultado de pruebas de conocimiento realizadas a los estudiantes que se les impartieron las charlas informativas/Número de estudiantes que asistieron a las charlas informativas. | 1. Listado enviado por Secretaria General de las Universidades de El Salvador (UES); Universidad de Oriente (UNIVO) y Universidad Salvadoreña “Alberto Masferrer” (USAM).
2. Prueba de conocimiento.
3. Resultados de las pruebas de conocimientos.
 | Cada 6 meses | 1. Poca convocatoria o ausencia de parte de los estudiantes de medicina veterinaria.
2. Poco interés al momento de recibir la información sobre la responsabilidad profesional.
3. Facilidad del expositor para dar a conocer la charla informativa de legislación.
4. Poco interés de las autoridades de los involucrados.
5. Falta de coordinación con los involucrados.
 |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Escuela de capacitación permanente en salud**

**Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO/ EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA** **DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS** **DE ÉXITO** |
| **Lograr que el 35% de los profesionales Médicos Veterinarios actualicen sus conocimientos, e incentivarlos a especialidades** | 35% de profesionales inscritos actualizan sus conocimientos médicos o posean una especialidad | Diciembre 2017 | Número de profesionales que actualizan sus datos (diplomados o especialización)/Total de profesionales activos en la base de datos de la Junta  | 1. Listado de profesionales activos en la base de datos en la JVPMV.
2. Listado de profesionales que han actualizado sus datos (diplomados o especialización).
 | Cada 6 meses | 1. Poca disponibilidad de los profesionales a actualizar los conocimientos en el área.
2. Poca facilidad económica de parte de algunos profesionales para actualizarse.
 |

# Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia del ejercicio profesional**

**UNIDAD: Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRITICOS DE EXITO** |
| Lograr el X% en la inscripción de Profesionales graduados de Psicología de las diferentes Universidades  | 100% | Diciembre 2017 | No. de Profesionales inscritos/No. de Profesionales graduados | Libro de Registros de SellosListado de Profesionales graduados por las Universidades | Semestral | Desconocimiento de los nuevos profesionales en el área legal |
| Alcanzar el X% autorizaciones temporales a profesionales extranjeros que laboraran para Instituciones Nacionales. | 100% | Diciembre 2017 | No. de Profesionales inscritos/No. de Profesionales que laboran en Instituciones Nacionales por un período no mayor de un año | Instituciones que reportan Jornadas de Atención con Profesionales en Psicología | Semestral | Desconocimiento de los profesionales que ingresan al país a laborar en Jornadas para Instituciones |
| Lograr el X% en la inscripción provisional de estudiantes de Psicología de las diferentes Universidades | 100% | Diciembre 2017 | No. de estudiantes inscritos/No. de estudiantes que llenan el requisito  | Listado de estudiantes que llenan los requisitos para la autorización provisional de las diferentes Universidades | Semestral | Desconocimiento de los estudiantes de las Universidades, que llenan los requisitos para la autorización provisional |
| Reducción de mora de pago de anualidad | 40% | Diciembre 2017 | No. de Profesionales solventes/Universo de Profesionales en Psicología | Banco de datos de Junta.Banco de Datos de Unidad Informática.Banco de Datos de Unidad Recuperación de Mora | Trimestral | Incumplimiento de entrega de informes por las Unidades involucradas.Falta de inversión en Jornadas Regionales para realización de pagos.Insuficiencia de recurso humano para realizar Jornadas.Incumplimiento de trámites en el plazo estipulado por parte de los Profesionales |
| Incrementar X% la vigilancia del ejercicio profesional | 60% | Diciembre 2017 | # de inspecciones a Profesionales en ejercicio ilegal realizadas/ # de Profesionales activos muestreados que cumplen los requisitos legales | Informes de Inspecciones realizadas.Banco de datos de Junta.Banco de Datos de Unidad Informática. | Semestral | Incumplimiento de entrega de informes por las Unidades involucradas.Falta de inversión en Jornadas Regionales para realización de inscripciones.Insuficiencia de recurso humano para realizar Jornadas.Incumplimiento de trámites en el plazo estipulado por parte de los Profesionales |
| Tramitar el X% de las Denuncias, avisos y oficios recibidos | 100% | Diciembre 2017 | # de denuncias recibidas/# Dictamen o resolución de casos  | Resoluciones de Procesos sancionatorios tramitados o finalizados.Seguimiento de casos activos | Semestral | Procesos sancionatorios prescritos.Coordinación Junta y Unidad Jurídica para agilizar procesos |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia de establecimientos de salud**

**UNIDAD: Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBJETIVO | META | PLAZO | INDICADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO |
| Lograr el X% del registro de Establecimientos de Salud en Psicología. | 90% | Diciembre 2017 | No. de Resoluciones/ No. de demandas de apertura.  | Autos enviados por URES | Trimestral | Incumplimiento del período de envío de autos y resoluciones por la URES.Falta de Recurso Humano para asignar inspecciones.Insuficiencia de transporte para inspecciones.Incumplimiento de trámites en el plazo estipulado por parte de los Profesionales |
| Incrementar X% la vigilancia de Establecimientos funcionando ilegalmente | 60% | Diciembre 2017 | # de inspecciones a Establecimientos en funcionamiento ilegal realizadas/ # de Establecimientos activos muestreados que cumplen los requisitos legales | Informes de Inspecciones realizadas.Banco de datos de Junta.Banco de Datos de Unidad Informática. | Semestral | Incumplimiento de entrega de informes por las Unidades involucradas.Falta de inversión en Jornadas Regionales para realización de inscripciones.Insuficiencia de recurso humano para realizar Jornadas. |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Escuela de capacitación permanente en salud**

**UNIDAD: Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBJETIVO | META | PLAZO | INDICADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | FACTORES CRITICOS DE EXITO |
| Lograr el X% en la Capacitación de aspectos Ético-legales a los Profesionales graduados y Estudiantes de Psicología del País.  | 70 % | Diciembre 2017 | No. de Profesionales convocados /No. de Profesionales asistentes | Listado de Profesionales graduados por las UniversidadesBanco de Datos con Correos Electrónicos de los Profesionales asistentes | Semestral | Listados de Base de Datos actualizados de Junta y de las Universidades e Instituciones participantes |
| Alcanzar el X% de Capacitaciones en temas actualizados a Profesionales y Estudiantes de Psicología del País.  | 70 % | Diciembre 2017 | No. de Profesionales convocados /No. de Profesionales que asisten | Listado de Profesionales graduados por las UniversidadesBanco de Datos con Correos Electrónicos de los Profesionales asistentes | Semestral | Listados de Base de Datos actualizados de Junta y de las Universidades e Instituciones participantes.Falta de interés por parte de los Profesionales. |
| Lograr el X% en la Capacitación de aspectos Ético-legales y otros temas a los Estudiantes de Psicología de las diferentes Universidades del País. | 70 % | Diciembre 2017 | No. de Profesionales convocados /No. de Profesionales que asisten | Listado de Profesionales graduados por las UniversidadesBanco de Datos con Correos Electrónicos de los Profesionales asistentes | Semestral | Listados de Base de Datos actualizados de Junta y de las Universidades e Instituciones participantes |
| Lograr el X% en la Capacitación de aspectos Ético-legales y otros Temas de actualidad a Profesionales graduados y Estudiantes de Psicología a las regiones Oriental y Occidental del País. | 70 % | Diciembre 2017 | No. de Profesionales convocados /No. de Profesionales que asisten | Listado de Profesionales graduados por las UniversidadesBanco de Datos con Correos Electrónicos de los Profesionales asistentes | Semestral | Listados de Base de Datos actualizados de Junta y de las Universidades e Instituciones participantes.Falta de interés por parte de los Profesionales. |

#  JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION QUIMICO FARMACEUTICA

**SUB-PROGRAMA: AUTORIZACION Y VIGILANCIA Y DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACIÓN DEL DATO** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN**  | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO**  |
| Lograr inscribir al 90% en el registro de profesionales a los Químicos Farmacéuticos Graduados de las diferentes universidades legalmente establecidas en el país y a los incorporados. | 90%. | Diciembre 2017 | Nº de profesionales inscritos/ Nº de profesionales graduados. | Libro de Registro y Listado de profesionales graduados de las universidades: UES, USAM, UNSSA. | Semestralmente | Desconocimiento de los nuevos profesionales en el área legal.No obtener a tiempo el listado de parte de las Universidades.Tiempo en el que el interesado lleva a autenticar su título al MINED, y el tiempo que este tarde en entregarlo |
| Lograr inscribir al 50% en el registro a los egresados de Química y Farmacia de las diferentes universidades legalmente establecidas en el país. | 50%. | Diciembre 2017 | Nº de egresados inscritos/ Nº total de egresados. | Libro de Registro y Listado de profesionales egresados de las universidades: UES, USAM, UNSSA. | Semestralmente | Desconocimiento de los nuevos profesionales en el área legal.No obtener a tiempo el listado de parte de las autoridades. |
| Incrementar en 20% la Vigilancia del ejercicio profesional | 20% | Diciembre 2017 | Nº de inspecciones al ejercicio profesional realizadas/Nº de profesionales activos muestreados. | Informes de inspecciones realizadas.Registro de profesionales. | Semestralmente | Base de datos desactualizada (profesionales y establecimientos).Nº de inspectores.Calificación del equipo de inspectores en diferentes campos profesionales.Limitación en infraestructura. |
| Lograr que el 70% de los profesionales activos cumplan con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión | 70% | Marzo 2017 | N° de profesionales solventes/ Nº de profesionales activos. | Archivo de profesionales JVPQF.Catálogo de Profesionales actualizado en el Sistema. | Semestralmente | Falta de conocimiento de los requisitos establecidos para la legalidad del ejercicio profesional (anualidad, vigencia de carnet, sello profesional).Falta de interés de los profesionales en el cumplimiento de requisitos. Falta de convenios Institu- cionales y con la Empresa privada en relación a la exigencia para que sus profesionales estén legalmente ejerciendo. |
| Tramitar el 100% de las denuncias, avisos u oficio recibidos. | 100% | Diciembre 2017 | N° de denuncias, avisos u oficios procesados/ N° de denuncias, avisos u oficios recibidos. | Archivo de la JVPQF. | Semestralmente | Pocas denuncias. |

**SUB-PROGRAMA: ACREDITACION DE DEPENDIENTES DE FARMACIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACIÓN DEL DATO** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN**  | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO**  |
| Acreditar al personal que labora en farmacias y que realiza la dispensación de medicamentos prescritos por un facultativo. | 90% Inscripción de los Dependientes de Farmacia que lo soliciten según convocatoria. | Diciembre 2017 | Número de Dependientes de Farmacia Acreditados/N° de solicitudes recibidas. | Datos en el sistema (catálogo de dependientes de farmacia y botiquín).Cursos de acreditación de Dependientes de Farmacia privadas.Curso de acreditación de Dependientes de Botiquines y Farmacias Hospitalaria No Farmacéuticos.Curso de acreditación de Dependientes de Botiquines y Farmacias Hospitalarias No Farmacéuticos, ISSS y MINSAL. | Semestralmente | Que los cursos se ejecuten actualmente únicamente en la sede central.Demanda de participantes variable.Limitantes en difusión de las convocatorias. Falta de convenio tanto con ISSS y MINSAL, en el tema de la acreditación de su personal (No farmacéutico) que trabaja en farmacia en la Dispensación de Medicamentos. |
| Renovar la acreditación al Dependiente de Farmacia y Botiquines que su período de validez se encuentre vencido. | 100% Re acreditación de los Dependientes de Farmacia que lo soliciten según convocatoria. | Diciembre 2017 | Número de Dependientes de Farmacia Re-Acreditados/N° de solicitudes recibidas. | Datos en el sistema (catálogo de dependientes de farmacia y botiquín). | Semestralmente | Que las capacitaciones se ejecuten únicamente en la sede central.Demanda de participantes variable.Limitantes en difusión de las convocatorias.  |

**SUB-PROGRAMA: ESCUELA DE CAPACITACION PERMANENTE EN SALUD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACIÓN DEL DATO** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN**  | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO**  |
| Informar sobre la responsabilidad profesional durante el ejercicio de la profesión a los estudiantes egresados de Química y Farmacia. | 80% Divulgación de la normativa que rige el ejercicio profesional de la carrera de Química y Farmacia, en Centros de Educación Superior a estudiantes de último año de Química y Farmacia. | Diciembre 2017 | -N° de actividades de inducción ejecutadas/N° de actividades de inducción programadas. | Archivo de la JVPQF y Listado de profesionales egresados de las universidades: UES, USAM, UNSSA. | Semestralmente | No obtener a tiempo el listado de parte de las autoridades.Falta de convenios establecidos con las instituciones formadoras. |
| Informar sobre la responsabilidad profesional durante el ejercicio de la profesión a los profesionales de Química y Farmacia. | 100% Divulgación de la normativa que rige el ejercicio profesional de la carrera de Química y Farmacia, a los nuevos profesionales en proceso de juramentación. | Diciembre 2017 | -Planificar las actividades de capacitación en diferentes modalidades a los profesionales autorizados. -Desarrollo de capacitaciones.-Reuniones de coordinación y seguimiento con la Unidad de Educación Permanente en Salud.-Reuniones de Coordinación con asociaciones e instituciones afines. | Archivo de la JVPQF. | Semestralmente |  |
| Promover la actualización del profesional Químico Farmacéutico. | 80% del Universo programado. | Diciembre 2017 | N° de Charlas,N° de Capacitaciones,N° de Diplomados ejecutados. / N° de eventos programados. | Archivo de la JVPQF. | Semestralmente | Falta de interés profesional en la actualización.Poca difusión de las mismas.Falta del marco legal que actualmente obligue la certificación y recertificación profesional.  |

# UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN OPERATIVO ANUAL – 2017**

**Programa: Regulación de Prestadores de Servicios de Salud**

**Subprograma: Autorización y vigilancia de establecimientos de salud**

**UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **METAS** | **PLAZO** | **INDICADOR PROYECTADO / EJECUTADO** | **FUENTE DE INFORMACIÓN** | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO** |
| Verificar el X% de establecimientos de salud que ya no existen. | 30% | Diciembre 2017 | Número de establecimientos verificados/número de establecimientos registrados. | Informes de inspecciones de las JVPS.Informes de los notificadores. | Anual  | Limitado número de personal. |
| Lograr que el x% de la totalidad de establecimientos activos que no han sido inspeccionados en diez años, sean supervisados por las JVPS. | 20% | Diciembre 2017 | Número de establecimientos inspeccionados/Número total de establecimientos que no han sido inspeccionados en diez años. | Informes de inspección de las JVPS.Expedientes de establecimientos | Anual | Limitado número de personal técnico. |
| Digitalizar el x% de expedientes establecimientos de salud registrados. | 5% | Diciembre 2017 | Número de expedientes digitalizados/Número total de establecimientos registrados. | Expedientes en físico | Anual | Ausencia de base de datos.Limitado número de personal administrativo. |
| Alcanzar el X% de mejora en atención a usuarios que se avocan a la Unidad. | 50% | Diciembre 2017 | Número de usuarios satisfechos con la atención brindada/Número de usuarios atendidos en la Unidad. | Resultado de la aplicación del instrumento de medición. | Mensual | Ausencia de instrumentos de medición de satisfacción.Limitado número de personal.  |

# UNIDAD DE EDUCACION PERMANENTE EN SALUD

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVO** | **META** | **PLAZO** | **INDICADOR** | **FUENTE DE INFORMACION**  | **FRECUENCIA DE MEDICIÓN** | **FACTORES CRITICOS DE ÉXITO** |
| Incrementar un X % de los profesionales hayan sido formados por programas desarrollados por el CSSP | 20% | Diciembre del 2017 | Número de profesionales inscritos en los programas de educación continua 2017 / Número de profesionales inscritos en los programas de educación continua 2016 | Registros de asistencia | semestral | 1. Ausencia de un Diagnóstico de Necesidades de Capacitación (DNC) de los profesionales del sector salud.
2. Ausencia de un proyecto integrador de las actividades de educación continua en el sector salud del CSSP
3. Insuficiente personal Técnico Externo que forme parte de la UEPS que facilite Capacitaciones
4. Acceso de las personas a las capacitaciones que se ofertan
5. Insuficiente Promoción y Publicidad de la oferta de los Programas de Educación continua
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aumentar el X% de profesionales formados que mejoren sus competencias profesionales | 15% | Diciembre del 2017 | Número de profesionales que han aprobado los criterios de evaluación del curso de educación continua /Número total de profesionales inscritos en el curso de educación continua | Cuadro de evaluaciones sumativas y formativas reflejando cumplimiento de indicadores de evaluación establecidos | Por curso o programa  | 1. No todas las JVPS desarrollan este tipo de actividades de educación continua.
 |
| Lograr que un X % de los participantes en las actividades de educación continua se encuentren satisfechos de la oferta | 80% | Diciembre del 2017 | Número de participantes en las actividades de educación continua satisfechos / Número total de participantes | Evaluaciones de Satisfacción de la Actividad de Educación Continua | Por curso o programa | 1. Ausencia lineamiento uniforme para las evaluaciones de acuerdo a la actividad realizada
2. Número insuficiente de personal en UEPS para sistematización de las evaluaciones
3. Falta de las Bases de datos de la Evaluación por tipo de actividad
 |

1. Total de profesionales solventes al 18 de abril: 12,639. [↑](#footnote-ref-1)