

HOSPITAL NACIONAL METAPÁN



UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES
OPERATIVOS ANUALES 2022

HOSPITAL NACIONAL "ARTURO MORALES" METAPAN

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
BASE LEGAL	4
OBJETIVOS	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Resultados Institucionales	7
Producto esperado	9
DISPOSICIONES TÉCNICAS	10
A. De los participantes en la elaboración del Plan Operativo.	10
B. Del proceso de elaboración, revisión, aprobación, divulgación y ejecución.	10
C. De la estructura, los instrumentos para elaborar el POA y las instrucciones para su llenado. ..	11
Recomendaciones finales	16



INTRODUCCIÓN.

A fin de cumplir con lo establecido en el Reglamento Específicos del hospital, el Consejo Estratégico de Gestión, a través de la Unidad de Planificación pone a disposición de todo el personal involucrado en la formulación de los Planes Operativos Anuales 2022, las instrucciones para su elaboración, con el propósito de orientar, facilitar, ordenar y estandarizar dicho proceso en todos los niveles de gestión de la Institución.

Los lineamientos representan una guía para garantizar que los planes anuales operativos de todas las dependencias, comités y equipos formados, del Hospital aporten a los objetivos institucionales. Los planes anuales de los establecimientos hospitalarios de todo el país deben estar alineados en torno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030; el Plan de Desarrollo Social 2019 – 2024; la Política Crecer Juntos y el Plan Estratégico Institucional del MINSAL.

Los nuevos desafíos en materia de Salud Pública exigen que se establezca claramente el alcance de los servicios de salud que se requieren para cumplir con los objetivos y metas nacionales, principalmente entre la población históricamente empobrecida y excluida, por lo que resulta sumamente importante llevar a cabo un proceso de planificación institucional enfocado a lograr la equidad, al mejoramiento continuo de la calidad de la gestión pública centrada en la satisfacción de las y los usuarios, la eficiencia y la consecución de resultados. El presente documento inicia con la base legal que le da contexto al proceso de planificación institucional, así como los objetivos y disposiciones técnicas que deben orientar el periodo a programar. Finalmente, incluye los formularios requeridos para el proceso, en el área de anexos.

BASE LEGAL

Constitución de la República.

Nuestra carta magna establece que toda persona tiene derecho a la vida (art. 2) y que el Estado debe asegurar el goce de la salud (art. 1), la cual es considerada como un bien público (art. 65).

Código de Salud.

En su artículo 42 establece que el Ministerio de Salud es el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes, por medio de sus dependencias regionales y locales.

Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Su objeto es establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante un proceso progresivo hacia el acceso universal a la salud y cobertura universal en forma equitativa, oportuna y de calidad para la población en los diferentes niveles de atención.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral

Su objeto es regular las funciones y fines del Sistema Básico de Salud Integral, estableciendo en su artículo 5 que “el Nivel Local está conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales.”

Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA)

Tiene como finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, independiente de su nacionalidad. Con respecto al embarazo en adolescentes establece que toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado

de alto riesgo obstétrico y perinatal; por tanto, deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública.

Ley nacer con cariño

Su objeto es el de garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Ley de desarrollo y protección social

Su objeto establecer el marco legal para el desarrollo humano, protección e inclusión social, que promueva, proteja y garantice el cumplimiento de los derechos de las personas. En su artículo 30 establece que el acceso y cobertura universal a la salud integral, pública y gratuita forma parte de los programas del Subsistema de Protección Social Universal.

Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano “Crece Juntos”

Su objetivo general es el de propiciar que la niñez salvadoreña alcance al máximo su potencial de desarrollo durante la Primera Infancia (0-7 años), con atenciones de calidad en salud, nutrición, educación, aprendizaje y protección con estrategias, programas y acciones interinstitucionales e intersectoriales.

Reglamento general de hospitales del Ministerio de Salud

Su objeto es regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, así como su organización y funcionamiento, en atención a las necesidades de salud de la población.

Ley de medio ambiente

La Ley de Medio Ambiente, en su artículo 4 establece que: “Se declara de interés social la protección y mejoramiento del medio ambiente. Las instituciones públicas o municipales están obligadas a incluir, de forma prioritaria, en todas sus acciones, planes y programas, el componente ambiental y la variación climática.” Por lo tanto, y dado que las actividades que realizan los hospitales pueden impactar de manera considerable el medio ambiente, es prioritario que incorporen el componente ambiental en sus planes anuales.

OBJETIVOS

Objetivo General

Fortalecer el proceso de planificación operativa anual en Hospital Nacional “Arturo Morales” para el año 2022, así como su monitoreo y evaluación, a fin de promover la transparencia, eficiencia, efectividad en la ejecución de los procesos administrativos, técnicos y financieros, incluyendo el uso y protección adecuada de todos los recursos de esta Cartera de Estado.

Objetivos Específicos

Establecer las pautas estandarizadas para la formulación de los planes operativos anuales de las dependencias, comités y equipos del Hospital

Facilitar las herramientas para la confección de los objetivos, metas, logros, indicadores y actividades; así como para el monitoreo y evaluación de los planes operativos.

Facilitar la herramienta para realizar la valoración de riesgos y determinar las actividades de control.

Resultados Institucionales

El Plan Estratégico Institucional 2021-2025 establece 13 resultados estratégicos globales y 40 resultados estratégicos específicos. Los directamente relacionados a los servicios hospitalarios de salud se citan a continuación:

Con base a los siguientes objetivos deberán definir actividades para dar cumplimiento a dichos objetivos, estos deberán ser plasmados en forma de prosa y apegados a la FUNCION de su departamento.

2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos.

2.3.4.1. Al 2025, el MINSAL ha implementado progresivamente un modelo de gestión de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

2.3.4.2. Al 2025, se ha certificado el 50 % de los procesos de atención en salud integral en el curso de vida, de acuerdo a normativa vigente, en el MINSAL.

2.3.4.3. Al 2025, al menos un 35 % de establecimientos han implementado un programa de seguridad del paciente.

2.3.5 Implementada la Transformación Digital.

2.3.5.1. Al 2025, el 100 % de instituciones del SNIS están utilizando la plataforma interoperable para el manejo del expediente clínico electrónico único, la ficha familiar georreferenciada y la telesalud.

2.3.5.2. *Al 2025, se ha reducido totalmente la brecha digital de los establecimientos de salud, en términos de conectividad.*

2.3.6 Fortalecida la Investigación en Salud.

2.3.6.1. *Al 2025, el 80 % de instituciones del SNIS y la Academia aplica la Política Nacional de Investigación en Salud vigente.*

2.3.6.2. *Al 2025, se ha ejecutado al menos un 70 % de la agenda nacional de investigación en salud.*

2.3.7 Fortalecidas las redes de salud para asegurar la entrega continua y complementaria de servicios de salud.

2.3.7.1. *Al 2025, se han establecido acuerdos y convenios para la entrega de servicios de salud continuos y complementarios por parte de los diferentes proveedores a nivel territorial.*

2.3.7.3. *Al 2025, al menos el 90 % de hospitales han sido intervenidos, según plan de mejoramiento de infraestructura sanitaria.*

2.3.7.4. *Al 2025, al menos el 70 % de establecimientos de salud han sido intervenidos, según plan de mejoramiento de equipamiento y mobiliario.*

2.3.7.5. *Al 2025, el total de establecimientos de salud cuentan con abastecimiento de al menos 95 % de medicamentos, según el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME).*

2.3.7.6. *Al 2025, se ha integrado el 100 % de instituciones del SNIS al Sistema de Emergencias Médicas (SEM), y aplican la normativa de traslados vigente.*

2.3.8 Fortalecida la gestión de recursos humanos.

2.3.8.1. *Al 2025, se ha incrementado la densidad y distribución del personal sanitario igual o mayor a 23 por 10,000 habitantes, con el objeto de disminuir la brecha en dotación de recursos humanos.*

2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal.

2.3.9.2. *Al 2025, se ha reducido la mortalidad materna a 24 defunciones maternas o menos por 100,000 nacidos vivos.*

2.3.9.3. *Al 2025, se ha reducido la mortalidad en niñas y niños menores de 5 años a 10.3 defunciones o menos por 1,000 nacidos vivos.*

2.3.9.4. *Al 2025, se ha reducido la mortalidad neonatal a 5.4 defunciones o menos por 1,000 nacidos vivos.*

2.3.9.5. *Al 2025, se ha reducido la incidencia de VIH a 0.08 casos nuevos por 1,000 habitantes.*

2.3.9.6. Al 2025, se ha reducido la incidencia de tuberculosis a 22.9 casos nuevos por 100,000 habitantes.

2.3.9.7. Al 2025, se ha reducido la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a 196.9 defunciones por 100,000 habitantes.

2.3.9.8. Al 2025, se ha reducido a 2.5 la tasa de mortalidad por suicidio por 100,000 habitantes.

2.3.9.9. Al 2025, se ha reducido a 5.21 la tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico por 100,000 habitantes.

2.3.9.11. Al 2025, se ha reducido la tasa de fecundidad de las adolescentes a 60 nacimientos por cada 1,000 mujeres de ese grupo de edad.

2.3.10 Potenciada la intersectorialidad y la participación social.

2.3.10.1. Al 2025, el 100 % de las instituciones de salud integrantes del SNIS han adoptado el marco normativo para la vigilancia epidemiológica.

2.3.11 Fortalecida la Promoción de la salud, comunicación social y rendición de cuentas.

2.3.11.1. Al 2025, al menos el 70 % de las RIIS cuentan con procesos de rendición de cuentas y contraloría social.

2.3.12 Mejorada la salud ambiental.

2.3.12.2 Al 2025, el 100 % de los establecimientos de las instituciones integrantes del SNIS y colaboradores que proveen servicios de salud hacen un manejo adecuado de los residuos sólidos comunes y bioinfecciosos.

2.3.13 Fortalecida la gestión de respuesta ante emergencias sanitarias, pandemias y desastres.

2.3.13.2 Al 2025, se ha reducido la vulnerabilidad en el 15 % de hospitales, en cumplimiento del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.

Producto esperado

Planes Operativos Anuales 2022 de cada Unidad Operativa, elaborados de conformidad con los lineamientos institucionales.

DISPOSICIONES TÉCNICAS

El plan operativo anual (POA) deberá entenderse como la herramienta gerencial integrada con que cuentan los responsables de los equipos de trabajo de todas las dependencias del Hospital para asegurar —en su gestión— el logro de los objetivos, metas y actividades para el ejercicio anual.

A. De los participantes en la elaboración del Plan Operativo.

El POA deberá ser elaborado por el jefe o coordinador de cada departamento, equipos o comités formados, de manera participativa, considerando el personal directamente involucrado en los procesos de trabajo de área (Jefaturas y Personal Técnico), a fin de lograr el debido compromiso personal con los objetivos y metas institucionales.

B. Del proceso de elaboración, revisión, aprobación, divulgación y ejecución.

i. Elaboración: La formulación del POA inicia con la recepción y puesta en marcha de los presentes lineamientos e instrumentos.

Se deberán realizar las reuniones técnicas o consultas entre los miembros del departamento, comités y equipos a fin de obtener insumos e ideas de todos los participantes, (deberá dejar constancia escrita)

Se deberá elaborar el POA con base a los lineamientos brindados en este documento, incluyendo anexos

ii. Revisión: para la revisión del POA de departamento, comite o división, se formará una comisión integrada por: Jefe de Planificación, jefe de la división a la que pertenece el departamento, o Coordinador de la Unidad de calidad, un representante de dirección, y el POA se expondrá por el jefe o coordinador, y se harán los cambios respectivos en caso sean necesarios.

A continuación, se presenta las fechas para la presentación:

N	UNIDAD, DEPARTAMENTO, COMITÉ O EQUIPO	SEMANAS
1	COMITES UOC	25- 30 OCTUBRE
2	DIVISION MEDICA	1-5 NOVIEMBRE
3	DIVISION ADMINISTRATIVA	8-12 NOVIEMBRE
4	GERENCIA DEL HOSPITAL	15-19 NOVIEMBRE

5	EQUIPOS UOC	22-26 NOVIEMBRE
6	DIVISION SERVICIOS APOYO Y DIAGNOSTICO	29-3 DICIEMBRE

Sera responsabilidad de cada jefe de división, jefe UOC, y jefe de gerencia la asignación por día, durante la semana correspondiente.

Posterior a esto, el POA estará listo para ser firmado por la jefatura superior para su aprobación final.

iii. Aprobación: la obtener la revisión por parte de la comisión formada, esta dará el visto bueno para la firma y aprobación del POA del departamento, comité o equipo

iv. Divulgación y ejecución: Una vez aprobado, el plan operativo debe ser divulgado a todos los miembros del departamento, comité o equipo con el fin de iniciar su ejecución y trabajar conjuntamente y de manera armónica hacia el logro de los objetivos planteados dentro del plan en el tiempo establecido, haciendo el mejor uso de los recursos asignados.

C. De la estructura, los instrumentos para elaborar el POA y las instrucciones para su llenado.

Para facilitar la elaboración y la ejecución del POA, se pondrá a disposición una serie de hojas de cálculo y anexos que deberán conformar su plan operativo.

ESTRUCTURA DEL POA:

1. Portada, según (**anexo 1.**)
2. Índice.
3. Introducción.
4. Misión y Visión.
5. Análisis del cumplimiento de metas en el POA 2021
6. Diagnostico de cada departamento, comité o equipo, que incluya
 - Descripción de funciones de cada departamento, comité o equipos
 - Miembros del comité o equipo (solo a comités y equipos)
 - FODA
 - Priorización de Problemas
7. Valoración de Riesgos
8. Programación de Actividades de Gestión
9. Programación de Actividades Asistenciales. (solo aplica a algunos departamentos, estos se agregarán posterior a manera que concuerden con la POA Institucional)
10. Medidas a adoptar.

EXPLICACIÓN Y EJEMPLOS.

- **INTRODUCCIÓN:** esta se deberá plasmar la presentación del documento de manera rápida, que es poa, como se elaboró, que contiene, etc., no deberá exceder de 1 pagina.
- **MISIÓN Y VISIÓN:** deberá plasmarse las del Hospital.
- **ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE METAS POA 2021:** se deberá realizar un análisis en conjunto con el equipo a manera, de dar respuesta a las actividades que se plasmaron durante el año 2021, explicar razones del no cumplimiento.
- **FODA**

Descripción de los factores positivos y negativos que facilitan o afectan el desarrollo y cumplimiento de las acciones y funciones encomendadas al departamento, comité o equipo según su categorización y caracterización epidemiológica, para brindar respuestas a las necesidades de las personas referidas por la red local de servicios de salud.

- **Análisis Interno**
 - Fortalezas
 - Debilidades
- **Análisis Externo**
 - Oportunidades
 - Amenazas

- **PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

El análisis de la información recolectada llevará a la identificación de problemas relacionados con la oferta y la demanda.

En vista que los recursos son finitos y las necesidades infinitas, los problemas se deben priorizar. A continuación, se deben determinar las causas directas de los problemas priorizados y, finalmente, definir las actividades para atacar las causas de los problemas. La ejecución de las actividades puede implicar la búsqueda o reorientación de recursos, externos o propios, respectivamente.

Priorización de Problemas, determinación de causas y definición de actividades			
No.	Problemas priorizados	Causas del problema	Actividades para atacar causas del problema priorizado
1			
2			
3			
n			

Para cada problema priorizado se requerirá definir un resultado. Estos elementos les servirán para llenar la hoja de Programación de Actividades de Gestión, pues las puramente asistenciales las programarán en el formulario respectivo.

- **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN, SEGÚN ANEXO**

En esta sección deben incluirse las actividades que se definieron para resolver los problemas priorizados que se identificaron en el literal g “Priorización de problemas”, pero también actividades relacionadas con los procesos claves que se desarrollan en el departamento, equipo y gestión, incluyendo las relacionadas con el componente medio ambiental.

La primera columna es para registrar las **actividades**, una por cada fila, para cuya redacción se debe iniciar con un verbo en infinitivo: realizar, ampliar, adecuar, entre otros. Ejemplos de actividades son: realizar reuniones, realizar jornadas de capacitación, elaborar estudios, realizar monitoreos, ejecutar procesos de compra, elaborar informes de ejecución presupuestaria, etcétera.

Las siguientes columnas corresponden a:

Indicador: indica o señala algo, es el medio para verificar el logro de resultados esperados. Generalmente se construyen mediante la relación de dos o más variables (proporción, porcentaje, tasa); pero también puede quedar a nivel de número en cifras absolutas.

Meta 2022: Dato cuantitativo o cualitativo que representa el total de la actividad que se programa para el año 2022.

Unidad de medida: Si el indicador plantea un número absoluto, registrar la unidad básica de la actividad: reuniones, consultas, egresos, etcétera. Si el indicador plantea porcentaje, registrar la palabra porcentaje.

Dependencia responsable: Anotar el nombre de la dependencia de la cual dependerá directamente la realización de la actividad o proyecto.

Dependencia que apoya: Anotar el nombre de la dependencia que apoyará la realización de la actividad o proyecto.

Fecha de inicio: anotar la fecha estimada para iniciar la actividad o proyecto.

Fecha de fin: anotar la fecha estimada en que debe estar finalizada la actividad o proyecto.

Aporta a resultado PEI: En caso aporte a alguno de los resultados del PEI, escoja el correspondiente, de una lista que se desplegará en la respectiva celda

Supuestos externos: Son los elementos facilitadores para la consecución de la actividad. Se redactan en positivo y el razonamiento para su formulación es: Si ciertos supuestos se cumplen, entonces se logrará realizar los objetivos. Deberá redactarse un supuesto para cada actividad.

- **VALORACIÓN DE RIESGOS.**

En línea con el Reglamento de las NTCIE del hospital; al menos una vez cada año y previo a la elaboración del Plan Operativo Anual, todas las jefaturas de la estructura organizativa, deben identificar los riesgos que puedan afectar la consecución de los **objetivos institucionales**. Cada Jefatura procederá al análisis de los riesgos identificados a fin de establecer las acciones que ejecutarán para atenuar el riesgo. El ejercicio quedará sistematizado en esta segunda hoja del libro de cálculo, la cual equivaldrá al documento que consigna los riesgos identificados y las acciones de control explícitamente solicitado en el mencionado reglamento, y deberá darse a conocer a todo el personal de la Dependencia. El instrumento consta de siete columnas.

Columna 1 “Proceso”. Generalmente asociado a sus productos o salidas: consultas, egresos, partos y cirugías, pero puede ser cualesquiera otros que se considere esenciales para la entrega de servicios de salud. No agregar riesgos a la seguridad laboral (esto lo realiza el CSSO)

Columna 2 “Riesgos”. Falla, rompimiento, cuello de botella, nudo crítico. Es la acción que de manera negativa podría evitar el logro de los objetivos de trabajo establecidos en un proceso determinado. Por ejemplo, no disponer de la información con oportunidad y veracidad; recepción tardía de solicitudes; retrasos en la revisión y/o aprobación de documentos por otras instancias, no disponer de recursos humanos, etc.

Columna 3 “Frecuencia del riesgo”. Probabilidad de que ocurra o número de veces que el proceso está expuesto para que suceda el riesgo. Calificar numéricamente si Ocurre muy ocasionalmente (Baja = 1); ocurre regularmente (Media = 2); ocurre permanentemente (Alta = 3).

Columna 4 “Impacto del riesgo”. Es el grado de afectación sobre el logro de las metas en caso ocurra el riesgo. Calificar numéricamente si afecta poco el resultado (Leve = 1); afecta parcialmente (Moderado = 2); afecta en un alto porcentaje la consecución del resultado (cumplimiento de objetivo) (Severo = 3).

Columna 5 “Exposición al riesgo (F x I)”: Es el resultado de la multiplicación entre frecuencia e impacto, lo que denotaría que, a mayor frecuencia e impacto, mayor es la exposición al riesgo. Producto: 1 – 3 (no prioritario); 4 – 6 (puede considerarse como prioritario); 7 – 9 (es prioritario, urge intervenir).

Columna 6 “Acciones de Control”. Son las medidas o acciones a poner en práctica, acordadas por la unidad o jefatura y su equipo, para minimizar o eliminar el riesgo identificado. Deben ser claras, precisas y concisas.

Columna 7 “responsables”. Es aquella instancia, oficina, departamento, responsable en la que recae la ejecución de la acción de control para la minimización del riesgo, será necesario describir el nombre y cargo de la persona que monitoreará y supervisará el cumplimiento de la acción determinada.

- **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES.**

En esta tabla se incorporará la producción específica de cada departamento, a manera que cumpla con lo establecido en la POA Institucional, se incorporará por parte de planificación, durante la explosión.

- **DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL**

Esta etapa sirve para determinar si se están logrando las metas planteadas y detectar posibles desviaciones con respecto a lo programado, a fin de aplicar las medidas preventivas y correctivas según sea el caso. Es en esta etapa que se retroalimenta el proceso de planificación, abriendo la posibilidad de realizar los ajustes al plan que se consideren pertinentes.

Durante el mes siguiente al mes ejecutado, se debe de reunir el equipo, comité o departamento y analizar objetivamente el cumplimiento de las actividades programadas, pero principalmente el impacto en los resultados al hospital.

Se considera no alcanzado cualquier resultado por debajo del 80%

Resultado	Cumplimiento	Proceso a seguir
100-80%	Adecuado	Continuar y mejorar

60-79%	No adecuado	Realizar justificación y/o plan de mejora
Menos de 59%	incumplimiento	Elaborar plan de mejora. Y evaluar en 2 meses

Con el fin de estandarizar la sistematización de los hallazgos y las decisiones que se tomen en el marco del seguimiento al plan se debe utilizar el formulario “Medidas a adoptar”. (**anexo 7**).

La matriz de **Medidas a adoptar** se debe llenar según los resultados que no se lograron alcanzar, determinando el factor o situación que impidió su consecución y las medidas que se pondrán en práctica para corregir la situación:

Resultado esperado: Registrar el resultado no alcanzado, tanto de la matriz de programación de actividades asistenciales, como la de actividades de gestión.

Factor o situación que impidió la realización de la meta: Describir qué fue lo que no permitió el cumplimiento del resultado en cuestión.

Medidas a adoptar: Enumerar las medidas que se pondrán en práctica para corregir la situación.

Antes de (qué fecha): Indicar la fecha antes de la cual la situación debe estar corregida conforme la aplicación de las medidas a adoptar.

Responsable: Registrar el nombre de la persona que deberá responder por la corrección de la situación encontrada.

Recomendaciones finales.

- Trabajar el documento de Word, y posteriormente al documento de Excel. (se anexa formatos de ambos)
- En la medida de lo posible usar tipo de letra Arial, 12 con interlineado a 1.5 cm, justificado.
- Realizar de manera conjunta, enfermería, médicos etc. Son Programaciones de departamento, no de diciplinas.
- Cumplir con los tiempos establecidos
- TODAS LAS POAS debes estar validadas y autorizadas antes del 15 de diciembre del presente.