Ministerio de Gobernación EL SALVADOR

DIARIO OFICIAL

DIRECTOR: Luis Ernesto Flores López

TOMO Nº 393 | SAN SALVADOR, MARTES 11 DE OCTUBRE DE 2011 | NUMERO 189

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

Pág.

ORGANO LEGISLATIVO

Decretos Nos. 832 y 833.- Se otorgan dos inmuebles en calidad de donación a la Alcaldía Municipal de Potonico, departamento de Chalatenango. 4-8

Decreto No. 834.- Ley de Concesión de la Terminal Portuaria Multipropósito Especializada en Contenedores, Fase I, del Puerto de la Unión Centroamericana (nueva publicación)..... 9-14

Decreto No. 852.- Reformas al Reglamento Interior de la Asamblea Legislativa..... 15-17

ORGANO EJECUTIVO

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Acuerdo No. 412.- Se nombran a dos Vocales del Comité de Apelaciones del Sistema Financiero. 18

Acuerdos Nos. 414, 431 y 436.- Se encargan Despachos Ministeriales, a funcionarios públicos..... 18-19

Acuerdos Nos. 434 y 435.- Se encarga el Despacho de la Presidencia de la República, al Profesor Salvador Sánchez Cerén, Vicepresidente de la República y al Licenciado Nicolás Salume Barake, Primer Designado a la Presidencia de la República, respectivamente..... 20

MINISTERIO DE ECONOMÍA
RAMO DE ECONOMÍA

Acuerdo No. 700.- Se otorga beneficio a favor de la Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito, Servicios, Producción y Consumo de Empleados de McCasa de Responsabilidad Limitada. 21

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
RAMO DE EDUCACIÓN

Acuerdo No. 15-0552.- Se reconoce la validez académica de estudios realizados por Mayra Concepción Callejas Lemus..... 22

Pág.

ORGANO JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdos Nos. 641-D, 827-D, 841-D, 850-D, 853-D, 854-D, 861-D, 874-D, 875-D, 887-D, 891-D, 892-D, 894-D y 944-D. Autorizaciones para el ejercicio de la abogacía en todas sus ramas. 22-25

INSTITUCIONES AUTÓNOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

Decretos Nos. 19 y 20.- Modificaciones a los Reglamentos de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fondo Nacional de Vivienda Popular y del Fondo de Conservación Vial. 26-31

Decretos Nos. 21 y 22.- Reglamentos de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "San Juan de Dios", de Santa Ana y del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima", de Cojutepeque. 32-96

ALCALDÍAS MUNICIPALES

Decreto No. 3.- Se hace nombramiento oficial de la 3ª. Calle Oriente y Poniente, que une al Barrio San José con el Barrio El Calvario, de la ciudad de Chalatenango, con el nombre de "Profesor Juan Ramón Mena". 97

Decreto No. 12.- Reforma a la Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios Municipales, de Santa Rosa Guachipilín... 98-100

Estatutos de la Asociación de Desarrollo Comunal de la Colonia Bolívar y Acuerdo No. 9, emitido por la Alcaldía Municipal de San Marcos, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica. 101-105

SECCION CARTELES OFICIALES

DE PRIMERA PUBLICACION

Aceptación de Herencia

Cartel No. 1017.- Mártir Bonifacio Guillén Echeverría (3 v. alt.). 106

Documento Derogado

DECRETO No. 21

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,

CONSIDERANDO:

I. Que mediante Decreto No. 4, de fecha 14 de septiembre del 2004, esta Corte emitió las Normas Técnicas de Control Interno (NTCI).

II. Que según el artículo 39, del referido Decreto, cada entidad del Sector Público presentaría a esta Corte un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a efecto de que sea parte del Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas que emita la Corte de Cuentas de la República para cada institución.

POR TANTO:

En uso de las facultades conferidas por el artículo 195, numeral 6, de la Constitución de la República de El Salvador y artículo 5, numeral 2, literal a) de la Ley de la Corte de Cuentas de la República,

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" DE SANTA ANA

CAPITULO PRELIMINAR
GENERALIDADES

Ambito de Aplicación

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana, que en lo sucesivo se denominará el "Hospital", constituyen el marco básico de control interno para el funcionamiento de las unidades organizativas debidamente estructuradas, en el desarrollo de políticas, programas, proyectos, procesos y planes; proporcionarán también, uniformidad en los procesos y procedimientos ejecutados por los funcionarios y empleados en el desempeño de sus funciones.

Constituirán además, el marco básico aplicable, con carácter obligatorio para todos los funcionarios y empleados de las divisiones, unidades organizativas, servicios y secciones, que formen la Estructura Organizativa del Hospital, como un instrumento regulatorio que garantice el logro de los objetivos institucionales, el buen uso y la transparencia de los bienes y recursos asignados, facilitando la rendición de cuentas.

Documento Derogado

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, al conjunto de procesos continuos e interrelacionados realizados por la máxima autoridad, funcionarios y empleados del Hospital, para proporcionar seguridad razonable en el logro de los objetivos institucionales, el cual comprenderá: Planes, métodos, procesos y procedimientos, tareas y actividades establecidas en el mismo. Se clasificará en Control Administrativo y Financiero, de acuerdo a su finalidad; según su oportunidad o momento de aplicación: En Control Interno Previo y Concurrente, que se efectuarán por los servidores responsables del trámite ordinario de las operaciones y no por unidades especializadas, para las cuales existe prohibición; y Control Interno Posterior, que evaluará la efectividad de los otros controles y será ejecutado por la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, de acuerdo a lo establecido en las Normas Técnicas de Auditoría Gubernamental.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno del Hospital, proporcionará seguridad razonable para que se logren los objetivos institucionales siguientes:

a) Lograr eficacia, eficiencia y efectividad de las operaciones;
b) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información dentro del Hospital; y
c) Cumplir con leyes, decretos, reglamentos, normas, acuerdos, resoluciones, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables, de acuerdo con la escala jerárquica de las fuentes del ordenamiento legal.

La Jefatura de cada Unidad Organizativa, será responsable del cumplimiento de estos objetivos en su ámbito de acción.

Componentes Orgánicos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Los componentes orgánicos del Sistema de Control Interno, son:

a) Ambiente de Control;

b) Valoración de Riesgos;

c) Actividades de Control;

d) Información y Comunicación; y

e) Monitoreo.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 5.- La responsabilidad por el diseño, implementación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno corresponderá al Director, Subdirector, jefes de División y demás jefaturas del Hospital, en el área de su competencia institucional.

Corresponderá a cada empleado, cumplir y asumir las responsabilidades asignadas, según el cargo desempeñado, a fin de realizar las acciones pertinentes para garantizar su efectivo cumplimiento.

Documento Derogado

Seguridad Razonable

Art. 6.- El Sistema de Control Interno del Hospital, proporcionará una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales, tomando en cuenta la relación costo beneficio, previa a la implementación de las actividades de control.

CAPITULO I
NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL

Integridad y Valores Eticos

Art. 7.- El Director, jefaturas y demás empleados del Hospital, deberán mantener y demostrar integridad y valores éticos en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones. Los funcionarios y empleados estarán obligados a cumplir sus deberes con prontitud, honradez y rectitud, sin esperar dádivas, recompensas u otros beneficios personales diferentes a la retribución acordada por la Institución.

Compromiso con la Competencia

Art. 8.- El Director, jefaturas y demás empleados del Hospital, deberán realizar acciones encaminadas a mantener un alto nivel de actitud e idoneidad que les permita realizar las funciones asignadas y entender la importancia de establecer y llevar a la práctica adecuados controles internos.

Estilo de Gestión

Art. 9.- El Director y las jefaturas del Hospital, deberán transmitir de manera explícita, pertinente y permanente, su compromiso respecto al cumplimiento de objetivos y metas institucionales que conlleven la misión, visión, objetivos estratégicos, controles internos y valores éticos; manteniendo un estilo de gestión que les permita la administración de riesgos, medir el nivel de desempeño según la eficacia, eficiencia, economía, transparencia y rendición de cuentas, promoviendo una cultura de auto control. Siendo necesario para tal efecto, los análisis correspondientes, la evaluación del clima organizacional, la valoración de riesgos con acciones de control para los riesgos identificados en todos los niveles organizativos del Hospital y midiendo la opinión y satisfacción del usuario.

Estructura Organizativa

Art. 10.- El Director y las jefaturas del Hospital, deberán evaluar y establecer la estructura organizativa bajo su responsabilidad, definiendo claramente las responsabilidades de cada cargo, los niveles jerárquicos y de autoridad; así como también, las líneas de mando para darle cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales.

Art. 11.- La estructura organizativa, se representará formalmente en el Organigrama Institucional, el cual contendrá los niveles de: Dirección, división y unidades organizativas del Hospital, según los manuales de Organización y Funciones de cada nivel, esta estructura estará diseñada para ser adaptada en caso de emergencia nacional o desastre, delimitando funciones, responsabilidades y niveles de autoridad de sus funcionarios. El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas del mismo, deberá revisar, evaluar y actualizar la

Documento Derogado

estructura organizativa con base a las necesidades, políticas, misión, visión, objetivos estratégicos y valores institucionales, para su posterior autorización y divulgación a todos los niveles bajo su responsabilidad.

DEFINICION DE AREAS DE AUTORIDAD, RESPONSABILIDADES Y RELACIONES DE JERARQUIA

Manuales de Organización y Funciones

Art. 12.- El Director del Hospital, autorizará los manuales de Organización y Funciones de las divisiones, departamentos, unidades y servicios del Hospital, los cuales deberán incluir su organigrama, definir sus funciones y responsabilidades, niveles de autoridad, líneas de mando, niveles jerárquicos y de comunicación. Será responsabilidad de todas las jefaturas, elaborar dichos manuales y velar por su estricto cumplimiento.

Art. 13.- La Institución contará con un Plan de Emergencia Permanente, que se actualizará de forma anual, delimitando funciones, responsabilidades y niveles de autoridad en caso de emergencia local o nacional, el cual deberá ser del conocimiento de todo el personal. De igual manera serán responsables los funcionarios en el cumplimiento de una competencia delegada, como la autoridad que delegue la función.

Políticas y Prácticas para la Administración del Recurso Humano

Art. 14.- El Director y las jefaturas del Hospital, serán responsables de cumplir y facilitar el cumplimiento de las políticas y procedimientos del personal en lo que se refiere a: Contratación, inducción, capacitación, promoción, evaluación y aspectos disciplinarios. Procurando el efectivo y eficiente control interno y garantizando no sólo la contratación de personal competente para lograr los objetivos y metas institucionales, sino también procurar su satisfacción personal y desarrollo profesional. Estas políticas y procedimientos de personal, estarán contenidas en manuales formalizados, mismos que deberán ser conocidos por todos y aplicados de forma permanente, actualizándolos según los períodos de vigencia que se establezcan para su adecuada utilización, siendo revisados para su posterior aprobación por el Director del Hospital.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 15.- El Director, asegurará y apoyará el fortalecimiento de la Unidad de Auditoria Interna del Hospital, la que estará debidamente estructurada, gozando de plena independencia en el ejercicio de sus funciones y dispondrá de los recursos necesarios para cumplir con sus responsabilidades. Las actuaciones del personal deberán ser objetivas, que sirvan de asesoría y proporcionen valor agregado, a efecto de mejorar las operaciones y controles institucionales. Para tal efecto, la Unidad de Auditoría Interna tendrá acceso irrestricto a registros, archivos y documentos que sustentan la información e inclusive a las operaciones en sí, en cuanto la naturaleza de la auditoría lo requiera.

En el desarrollo de sus funciones, el personal de la Unidad de Auditoría Interna, deberá mostrar las siguientes cualidades: Imparcialidad, objetividad, confidencialidad y profesionalismo.

Art. 16.- Será responsabilidad del Auditor Interno, darle seguimiento a los informes de auditoría de la Corte de Cuentas de la República y auditorías internas del Ministerio de Salud

Documento Derogado

Pública y Asistencia social; así como también, será responsable el Jefe de cada área, el dar a conocer y velar porque se cumplan las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital. El Auditor Interno, dependerá jerárquicamente del Director del Hospital.

Art. 17.- La Unidad de Auditoría Interna, remitirá a la Corte de Cuentas de la República, su Plan Anual de Trabajo, a más tardar el 31 de marzo de cada año, para el siguiente ejercicio fiscal y le informará por escrito de cualquier modificación que se le hiciere; así como también, le remitirá copia de los informes de las auditorías que realice.

En caso de destitución, traslado o supresión de partida presupuestaria del cargo de un servidor de la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, deberá razonarse con expresión de las causas legales y notificarlo a la Corte de Cuentas de la República, para efectos de posteriores auditorías.

CAPITULO II
NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS

Definición de Objetivos Institucionales

Art. 18.- Los objetivos y metas institucionales, la misión, visión, principios y valores del Hospital, estarán definidos y contenidos en el Plan Estratégico Institucional y en los planes anuales operativos de las unidades organizativas. La definición de objetivos y metas, será una condición previa para la valoración de riesgos y una parte clave del proceso administrativo, reconociendo que no es un componente de control interno, pero sí un prerrequisito esencial para hacer posible y que tenga razón de ser el control interno.

Plan Estratégico Institucional

Art. 19.- La Dirección del Hospital formulará el Plan Estratégico Institucional, el cual contendrá claramente definidos los objetivos a largo plazo; así como las estrategias que permitan anticiparse a los cambios que puedan afectar su capacidad para alcanzar los resultados previstos, a efecto de garantizar el logro de dichos objetivos; contendrá además, una integración de actividades y un enfoque sistemático que comprenda políticas y programas necesarios para ejecutar proyectos, a fin de concretar la misión y visión del Hospital.

Planificación Participativa

Art. 20.- El Director, jefes de división y jefes de unidades organizativas del Hospital, efectuarán la valoración de riesgos al menos una vez al año, siendo un componente del Sistema de Control Interno Institucional, sustentada en una estrategia de planificación participativa y de divulgación de los planes, para lograr un compromiso en el cumplimiento de los mismos.

Objetivos y Metas en Planes Anuales Operativos

Art. 21.- Todas las unidades organizativas del Hospital, elaborarán oportunamente sus planes anuales operativos, en los que deberán estar definidos sus propios objetivos y metas, encaminados a lograr los objetivos institucionales y por ende, el alcance de la visión institucional.

Documento Derogado

Art. 22.- Las unidades del Hospital, cuyo funcionamiento será ejercido por un solo servidor público, elaborará el Plan Anual de Trabajo, debiendo presentar periódicamente sus informes al Director del Hospital, conteniendo actividades realizadas, análisis, conclusiones y recomendaciones que coadyuven al proceso de mejoramiento continuo institucional.

Seguimiento y Evaluaciones de Planes Anuales Operativos

Art. 23.- El Director del Hospital, por medio de los jefes de División, evaluará periódicamente la ejecución de los planes de cada Unidad Organizativa en sus áreas respectivas, a fin de realizar acciones preventivas o correctivas, que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales. Todas las actividades de seguimiento y evaluación que los jefes de División realicen, quedarán debidamente documentadas, debiendo presentar ante la Dirección el informe concerniente a cada evaluación ejecutada.

Integración de los Planes Anuales Operativos

Art. 24.- El Director, con el apoyo de la Unidad de Asesoría Técnica del Hospital, consolidará los planes anuales operativos de todas las unidades organizativas del Hospital, al Plan Anual Operativo Institucional.

Identificación de Riesgos

Art. 25.- El Director y todas las jefaturas del Hospital, por lo menos una vez al año, deberán identificar los factores de riesgos relevantes, internos y externos, que de llegar a producirse pueden impedir u obstaculizar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Para la identificación de riesgos, deberán estar los procesos bien definidos en cada Unidad.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 26.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas del Hospital, deberán analizar los riesgos identificados, tomando en cuenta su nivel de importancia, probabilidad de ocurrencia y el impacto que puedan provocar tanto interna como externamente, en la prestación de los servicios y en la calidad de los mismos.

Cada Unidad organizativa elaborará su propio documento de valoración de riesgos, en base a la experiencia, conocimiento y probabilidad de ocurrencia.

Gestión de Riesgos

Art. 27.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con el documento de valoración de riesgos debidamente aprobado por el Director del Hospital para efectos de Auditoría, afrontando el desafío de llevar la exposición del riesgo a niveles aceptables, tomando acciones de control con la finalidad de maximizar el desempeño de las operaciones del Hospital y evitar los efectos negativos por no tomar acciones a tiempo o por no aprovechar las oportunidades de forma estratégica. Dicho documento deberá contener: La Unidad organizativa, identificación, análisis y valoración de riesgos y las actividades o acciones de control del área de su responsabilidad, asegurándose que sea del conocimiento de todo el personal bajo su cargo, para su implementación, seguimiento y debido cumplimiento, considerando el costo-beneficio.

Documento Derogado

CAPITULO III
NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos

Art. 28.- El Director del Hospital, tendrá la responsabilidad de definir, autorizar e implantar las políticas y procedimientos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno; así como también, de las modificaciones y /o actualizaciones que sean necesarias en el mismo.

La Dirección y todas las jefaturas del Hospital, serán responsables de documentar, mantener actualizado y divulgar internamente y de forma efectiva, las políticas y procedimientos de control interno, que el resto de funcionarios y empleados deberán cumplir como parte de las obligaciones laborales.

Actividades de Control

Art. 29.- Las actividades de control interno, estarán establecidas de manera integrada a los procesos de cada Jefatura en particular, según el área de su competencia. El Director y las jefaturas operativas y/o administrativas del Hospital, asegurarán la implementación, funcionamiento y actualización de los sistemas administrativos, cuidando de incorporar en ellos el control interno, orientados a alcanzar las metas y objetivos como Institución que brinda atención integral en servicios de salud.

Art. 30.- El Control de Asistencia y Permanencia del personal del Hospital, podrá ser realizado por medios manuales o automatizados, que ofrezcan seguridad razonable para su resguardo y verificación posterior, para lo cual el Departamento de Recursos Humanos, deberá administrar el Sistema de Control de Asistencia en forma independiente por cada servidor público, generando un back-up diario a su protección.

Art. 31.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas del Hospital, serán responsables de controlar la asistencia, permanencia y puntualidad del personal bajo su cargo; así como también, de velar porque dicho personal se dedique a sus labores encomendadas en las audiencias señaladas, según lo establecido legalmente.

Definición de Políticas y Procedimientos Generales del Hospital

Art. 32.- El Hospital se clasificará según su estructura organizativa de la siguiente manera:

a) **Dirección:** Será la responsable de coordinar las acciones de salud del Hospital. Las unidades que dependan directamente de la Dirección serán: Unidad de Auditoría Interna, Unidad de Asesoría Jurídica, Unidad de Asesoría Técnica, Comités, Asesor de Suministros y Epidemiología.

   Unidades en Desarrollo: Unidad de Formación Profesional, Atención al Ciudadano y Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación.

b) **Área Administrativa y Financiera**: Estará conformada por las siguientes unidades organizativas: Unidad Financiera Institucional (UFI) que coordinará su quehacer institucional con Administración, pero dependerá jerárquicamente de la Dirección;

Documento Derogado

Departamento de Recursos Humanos, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) que forman parte de ésta; Servicios Generales, conformados por: Unidad de Patrimonio, Vigilancia, Transporte y Combustible, Alimentación y Dietas y Bienestar Magisterial.

Unidades en Desarrollo: Unidad de Proyectos, Comunicaciones e Informática.

c) **Área Médica y Servicios de Apoyo:** Los servicios médicos, serán los encargados de brindar atención médica a las personas que así lo demanden, a través de sus diferentes áreas que serán las siguientes:

- ✓ Servicios Ambulatorios: Emergencia y Consulta Externa;
- ✓ Servicios de Hospitalización;
- ✓ Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; y
- ✓ Unidad en Desarrollo: Salud Mental, que dependerá jerárquicamente de la División Médica.

UNIDADES DE DIRECCION

Asesoría Jurídica

Art. 33.- El Asesor Jurídico, tendrá como función principal asesorar en materia legal al Director y demás jefaturas del Hospital en las diferentes ramas del derecho cuando se requiera su opinión, preparar informes, revisar y dar visto bueno a contratos y convenios y atender asuntos legales relacionados con los usuarios. El Asesor Jurídico, dependerá jerárquicamente del Director del Hospital.

Art. 34.- La función de esta Unidad, será de naturaleza asesora en materia legal a todas las áreas del Hospital, organizando charlas, capacitaciones, jornadas y talleres que permitan comprender la Normativa legal vigente aplicable al Hospital y que cada una de las jefaturas, deberá conocer y aplicar para brindar seguridad razonable en el desempeño de sus funciones, aplicando el marco legal en la gestión por procesos de la Institución.

Unidad de Asesoría Técnica (UAT)

Art. 35.- La Unidad de Asesoría Técnica coordinará la formulación del Plan Estratégico Institucional, de acuerdo a lineamientos de la Dirección del Hospital, sometiéndolo a su aprobación y evaluando el cumplimiento de forma trimestral.

También proporcionará asesoría técnica a las distintas dependencias del Hospital, en cuanto a la elaboración y seguimiento de planes anuales operativos, capacitación en procesos de planificación, sistemas de información y análisis de resultados; además de proporcionar asesoría técnica a libre demanda, según la necesidad de la Dirección, divisiones y unidades organizativas.

Comités

Art. 36.- Atendiendo la complejidad, se organizarán los comités del Hospital con equipos de profesionales que contribuyan en la gestión hospitalaria, que asesoren y coordinen las

Documento Derogado

actividades, que permitan el logro de los objetivos institucionales; los comités conformados en el Hospital serán los siguientes:

1. Comité de Medio Ambiente;
2. Comité de Seguridad y Salud Ocupacional;
3. Comité de Farmacoterapia;
4. Comité de Normas y Guías Clínicas;
5. Comité de Recepción de Donativos;
6. Comité de Evaluación de la Calidad de Atención de Salud;
7. Comité de Expedientes Clínicos;
8. Comité de Sistema de Información Gerencial;
9. Comité Etica en Investigación;
10. Comité de Formulación de Presupuestos;
11. Comité de Vigilancia de la Morbilidad Materna Perinatal Infantil y de la Niñez;
12. Comité de Auditoría Médica;
13. Comité Epidemiológico;
14. Comité de Prevención de Infecciones Nosocomiales;
15. Comité Formulación de Proyectos;
16. Comité Académico;
17. Comité de Referencia y Retorno;
18. Comité de Lactancia Materna;
19. Comité de Emergencias y Desastres; y
20. Comité Transfusional.

La organización y el funcionamiento de estos comités, estará definida claramente en su Manual de Organización y Funciones, según su área de acción y acorde con la Normativa legal vigente, aplicable a los mismos. Los miembros de los comités, serán elegidos o ratificados cada dos años.

Art. 37.- Los comités elaborarán su Plan de Trabajo Anual y Manual de Organización y Funciones, mismos que serán revisados y posteriormente aprobados por el Director del Hospital, remitiendo a tal Dirección, informes mensuales, que contengan: Actividades realizadas, análisis, conclusiones y recomendaciones, con la finalidad de contribuir en la toma de decisiones y mejorar la atención en salud brindado por el nosocomio.

Asesor de Suministros

Art. 38.- El Médico Asesor de Suministros, dependerá jerárquicamente del Director del Hospital, a quien deberá informar periódicamente sobre existencias y consumo de medicamentos y otros suministros, coordinando con el Jefe de Farmacia y Guardalmacén, las asignaciones de medicamentos para controlar el desabastecimiento y coordinar las transferencias.

También deberá realizar inspecciones periódicas al Almacén del Hospital, para conocer el estado de conservación de los medicamentos, fechas de vencimiento y existencias, a efecto de elaborar y presentar periódicamente el informe respectivo a la Dirección del Hospital.

Art. 39.- El Médico Asesor de Suministros, velará porque se cumplan las normas establecidas por la Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos; así como también, las buenas prácticas de prescripción, con la finalidad de promover el uso racional de

Documento Derogado

los medicamentos y garantizar la correcta utilización que maximice su uso y disminuya los riesgos al paciente, contribuyendo a racionalizar los costos en la atención en salud del Hospital.

Coordinará actividades educativas para promover el almacenamiento, manejo y uso adecuado de los medicamentos; así como también, convocará a las reuniones del Comité de Farmacoterapia, adjuntando la agenda a tratar, según las situaciones identificadas.

Unidad de Vigilancia Sanitaria (Antes Epidemiología)

Art. 40.- La Unidad de Vigilancia Sanitaria del Hospital, deberá coordinar y mantener la vigilancia epidemiológica y los programas preventivos, conduciendo los procesos de identificación y monitoreo de los diferentes eventos sujetos a vigilancia epidemiológica y nosocomial; para ello, deberá recolectar, procesar, analizar, interpretar y difundir en forma sistemática y continúa la información de interés epidemiológico, proponiendo medidas de prevención y control.

Art. 41.- La Jefatura de la Unidad de Vigilancia del Hospital, deberá diseñar instrumentos que permitan la recolección de información de interés epidemiológico y mantendrá la vigilancia epidemiológica activa, pasiva y especializada en las diferentes áreas de atención, garantizando el cumplimiento de las normas epidemiológicas y asesorando oportunamente a la Dirección del Hospital, sobre las patologías de interés epidemiológico identificadas.

Para garantizar la toma de decisiones oportuna, la Jefatura de la Unidad de Vigilancia, deberá remitir mensualmente o según los eventos de interés epidemiológicos, informes de carácter técnico a la Dirección del Hospital.

Unidad de Formación Profesional (UFP)

Art. 42.- La Unidad de Formación Profesional, será una Unidad en desarrollo, dependerá jerárquicamente del Titular de la Institución y al estar establecida oficialmente, deberá coordinar, planificar, ejecutar y evaluar las actividades de educación permanente del recurso humano y del desarrollo de los programas de especialidades médicas, en estrecha coordinación con las instituciones formadoras; así como también, promover los procesos de investigación, de acuerdo a la Política y al Plan Nacional de Salud, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de la prestación de los servicios de salud, acordes a las necesidades de la población.

Art. 43.- La Dirección del Hospital, en coordinación con la Unidad de Formación Profesional, velarán por el cumplimiento de la Norma para la Ejecución de Especialidades Médicas y Odontológicas en los hospitales nacionales, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los convenios específicos establecidos entre los hospitales y las instituciones formadoras, a fin de lograr el buen funcionamiento y operatividad de los mismos.

Art. 44.- La Unidad de Formación Profesional del Hospital, estará conformada por:

a) Departamento de Formación Médica por Especialidad;
b) Departamento de Investigación; y
c) Departamento de Educación Permanente.

Documento Derogado

Art. 45.- El Departamento de Formación Médica por Especialidad, como parte de la Unidad de "Formación Profesional del Hospital", deberá ejecutar la supervisión, monitoreo y evaluación de los programas de especialidades médicas que desarrolle o administre la entidad formadora y velar por el cumplimiento de los programas de especialidades médicas y odontológicas, para contribuir a la mejora constante de la calidad académica en la formación de los profesionales de la salud.

Art. 46.- El Departamento de Investigación, como parte de la Unidad de Formación Profesional del Hospital, deberá promover, incentivar y apoyar la investigación para la salud a nivel hospitalario, promoviendo su desarrollo bajo cumplimiento de los principios científicos, éticos y legales.

Art. 47.- El Departamento de Educación Permanente, como parte de la Unidad de Formación Profesional del Hospital, deberá regular los procesos relacionados con el desarrollo del Programa de Educación Permanente dirigido al personal médico, paramédico, enfermería, técnico y administrativo de la Institución, en coordinación con la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos; además de velar por el fiel cumplimiento de la capacitación y desarrollo, según el Reglamento Interno, con el propósito de hacer más eficiente la ejecución de los mismos.

Oficina de Atención al Ciudadano

Art. 48.- La Oficina de Atención al Ciudadano del Hospital, será una Unidad en desarrollo dentro del Hospital, dependerá jerárquicamente del Titular y será la encargada de coordinar la atención al ciudadano, difundiendo información que lo oriente y asesore, respecto de los servicios que ofrece el Hospital de forma transparente, escuchando su opinión, recibiendo y tramitando sus sugerencias, quejas, reclamos y potenciando su participación; a efecto de mejorar la atención en el Hospital.

Art. 49.- La Oficina de Atención al Ciudadano del Hospital, promoverá la participación protagónica de la ciudadanía, por medio de la orientación de sus inquietudes, recepción de propuestas, avisos y quejas; privilegiando el estudio, la canalización de transparencia y respuesta oportuna de los casos y contribuyendo al control de la gestión pública.

Art. 50.- La Oficina de Atención al Ciudadano del Hospital, realizará encuestas de opinión y desarrollará sistemas de recogida de sugerencias de mejora y atención de reclamos, para identificar las necesidades y expectativas de los usuarios; así como también, el nivel de satisfacción respecto a los servicios recibidos, con la finalidad de identificar potenciales áreas de mejora de la calidad del servicio.

Art. 51.- La Oficina de Atención al Ciudadano del Hospital, desarrollará los procesos y procedimientos para obtener información, por medio de sugerencias, quejas y reclamos de los ciudadanos, con respecto al servicio de atención en salud prestado y la capacidad de escucha y respuesta efectiva y eficaz, asignando a los encargados de tal función, los cuales estarán sujetos a un proceso de evaluación, revisión y mejora continúa de la calidad del servicio.

Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación

Art. 52.- La Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, será una Unidad en desarrollo dentro del Hospital, dependerá jerárquicamente del Titular y será la encargada de fortalecer e

Documento Derogado

implementar un modelo de supervisión facilitadora, mediante la aplicación de herramientas y estrategias adecuadas de mejora continúa de la calidad, para la evaluación de los procesos de las diferentes unidades organizativas.

Desarrollará el monitoreo sobre la marcha de los procesos de las unidades organizativas del Hospital, comunicando los resultados de dicho monitoreo y las recomendaciones correspondientes, a la máxima autoridad y a los niveles gerenciales y de Jefatura, según corresponda, dando el debido seguimiento para su cumplimiento, a efecto de promover la mejora continúa de la calidad hospitalaria, logrando la satisfacción del cliente interno y externo.

Art. 53.- La Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, verificará los resultados de las metas propuestas, mediante el Sistema de Monitoreo y Supervisión Continúa, proponiendo acciones de mejora en la ejecución de los procesos, dándoles el debido seguimiento para desarrollar cultura de la evaluación continúa de la calidad.

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS – FINANCIEROS

Políticas y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional (UFI)

Art. 54.- La Unidad Financiera Institucional (UFI) dependerá jerárquicamente del Titular de la Institución, mantendrá estrecha relación con la Administración del Hospital y será responsable de la gestión financiera y presupuestaria del Hospital, desarrollando sus funciones de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (AFI) y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), Manual de Organización y demás normativas aplicables.

La Unidad Financiera Institucional, estará conformada por las siguientes áreas: Área de Presupuesto, Área de Tesorería y Área de Contabilidad Gubernamental, las cuales dependerán jerárquicamente del Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI).

Creación del Fondo Circulante de Monto Fijo

Art. 55.- El Hospital, como institución que percibe recursos del Fondo General, podrá crear el Fondo Circulante de Monto Fijo, cumpliendo con lo establecido en la Normativa legal vigente y mediante acuerdo institucional, nombrando al Encargado del Fondo Circulante de Monto Fijo y al Refrendario respectivo, quienes serán responsables solidaria y pecuniariamente por el manejo del Fondo para el cual se nombren, siendo seleccionados por su honradez, integridad y conocimiento de la Normativa aplicable a la Administración Financiera y control de los recursos del estado; debiendo rendir fianza de fidelidad, de conformidad a lo establecido legalmente.

Art. 56.- El Encargado del Manejo del Fondo Circulante, deberá solicitar el reíntegro de los recursos, antes de agotarse un máximo del sesenta por ciento (60%) del monto autorizado, para lo cual preparará la Póliza de Reíntegro y la remitirá a la Unidad Financiera Institucional (UFI) con la documentación sustentante y probatoria como: Facturas, vales, recibos y otros comprobantes autorizados, para que se genere el requerimiento de fondos correspondientes.

Documento Derogado

Art. 57.- El Manejo del Fondo Circulante de Monto Fijo, se regirá por las Normas C.2.7. establecidas para tal fin, en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Arqueos de Fondos

Art. 58.- Deberán practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes, sobre la totalidad de fondos y valores que maneje la Institución. Los arqueos serán practicados por la Unidad de Auditoría Interna o por servidores independientes que tengan la responsabilidad de custodia, manejo o registro de fondos. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos.

Depósito de Ingresos

Art. 59.- Todos los ingresos en efectivo, cheques o valores que se perciban, serán depositados completos y exactos en la cuenta bancaria destinada para el efecto, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción, su registro deberá ser diario y en orden cronológico, según su fuente de origen y será efectuado por personal independiente a la recepción.

Refrendario de Cheques

Art. 60.- Las cuentas bancarias institucionales tendrán como registro una firma principal y dos refrendarios, siendo éstos últimos, personal externo a la Unidad Financiera Institucional (UFI).

Área de Presupuesto

Art. 61.- La gestión presupuestaria comprenderá los principios, técnicas, métodos y procedimientos empleados en las diferentes etapas o fases que integren el proceso, estará a cargo del Técnico de la Unidad Financiera Institucional (UFI) con funciones presupuestarias, orientando los recursos disponibles del Presupuesto aprobado.

Art. 62.- El Proyecto de Presupuesto Institucional, será autorizado por el Director del Hospital y posteriormente remitido a la Dirección General de Presupuesto y de ésta ante la Asamblea Legislativa para su respectiva consideración y aprobación; de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (AFI). La Programación de Ejecución Presupuestaria (PEP) se enviará al Ministerio de Salud, donde procederán a su consolidación y remisión a la Dirección General de Presupuestos (DGP) para la aprobación respectiva. Dicha programación deberá realizarse mediante un análisis minucioso de cada necesidad presentada a la Unidad Financiera Institucional (UFI) por cada una de las dependencias que conformen el Hospital, a fin de programar las necesidades realmente sentidas en dichas unidades.

Art. 63.- La evaluación y seguimiento del Presupuesto, estará a cargo del Encargado del Área de Presupuesto, quien deberá elaborar informes periódicos con un análisis critico sobre la Ejecución Presupuestaria, comparando lo proyectado y los recursos utilizados con los resultados obtenidos, a efecto de establecer el grado de cumplimiento o desviación en el uso de los recursos y los porcentajes de ejecución presupuestaria, para aplicar medidas correctivas, si fuere necesario y garantizar el logro de los objetivos y metas institucionales, según lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (AFI) y su

Documento Derogado

Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) y Manual de Organización de la Unidad Financiera Institucional (UFI). A su vez, el Técnico Encargado del Área de Presupuesto, efectuará la revisión y monitoreo permanente de los saldos no utilizados, para poder reorientarlos, según las necesidades propias del Hospital.

De la verificación y validación de los informes sobre seguimiento y evaluación a nivel operativo institucional, será responsable el Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI).

Art. 64.- Toda erogación de fondos, deberá contener su respaldo presupuestario para validar la adquisición de bienes y/o servicios para tal efecto, previo a cualquier erogación será indispensable la certificación de la existencia de disponibilidad presupuestaria, con el objeto específico correspondiente.

Será responsabilidad del Técnico del Área de Presupuesto, verificar la disponibilidad presupuestaria, a solicitud de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) y remitir la certificación correspondiente, previa al inicio de los procesos de adquisiciones y contrataciones; así como también, registrar los compromisos presupuestarios que garanticen la disponibilidad presupuestaria, para cumplir con las obligaciones que se originen en la ejecución del presupuesto, de acuerdo a las disposiciones legales y técnicas vigentes.

Área de Tesorería

Art. 65.- La gestión de Tesorería comprenderá la percepción, depósito, pago y registro de los recursos financieros, estará a cargo del Tesorero Institucional, quien deberá rendir fianza de conformidad a la Ley y tomará las acciones necesarias para garantizar el manejo eficiente y transparente de los mismos oportunamente; se regirá además, por la Normativa legal vigente.

Requerimientos y Transferencias de Fondos

Art. 66.- El Hospital a través de Tesorería, deberá solicitar los recursos financieros para el pago de sus obligaciones, enviando a la Dirección General de Tesorería, el requerimiento de fondos, asegurándose que el monto de los fondos esté acorde a las programaciones y fuentes de financiamiento establecidas en el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal vigente, según la aplicación informática del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) y criterios establecidos en el Manual de Procesos, para la ejecución presupuestaria.

Los fondos solicitados, deberán utilizarse únicamente para efectuar el pago de los compromisos y obligaciones para los cuales fueran requeridos.

Art. 67.- El Tesorero Institucional, deberá gestionar las transferencias de fondos para el cumplimiento de las obligaciones adquiridas, mediante la presentación de los requerimientos o solicitudes de fondos. La percepción de fondos se registrará en la cuenta subsidiaria, según el calendario de pagos establecido por la Dirección General de Tesorería; y posteriormente se realizarán las transferencias a las cuentas desagregadas correspondientes, para realizar el pago de las obligaciones devengadas que amparen los requerimientos de fondos respectivamente. Todo lo anterior acorde con la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (AFI) y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria (PEP) y procedimientos para pago de bienes, servicios y remuneraciones del Hospital, asegurando que tales transacciones estén sustentadas por documentos debidamente autorizados.

Documento Derogado

Art. 68.- El Área de Tesorería será responsable de entregar el "quedan" al proveedor o suministrante, previa recepción de la factura o recibo correspondiente. Dichos documentos deberán contar con el sello y firma de recibido, de conformidad a la Unidad o Dependencia responsable de la recepción del bien o servicio o en su defecto, estarán acompañados de una copia del Acta de recepción de conformidad, según sea el caso. Asimismo, deberá detallarse en dichos documentos el número de Orden de Compra o Contrato, que respalde la adquisición y el número de compromiso presupuestario que la ampare.

Cuentas Bancarias

Art. 69.- El Director del Hospital, deberá solicitar la autorización de la Dirección General de Tesorería para aperturas de cuentas subsidiarias institucionales y demás desagregadas de éstas, tales como: Cuentas para el manejo de fondos circulantes de monto fijo y otras necesarias. Dichas cuentas, deberán identificarse con un nombre específico que identifique la naturaleza de las mismas, el cual como mínimo deberá contener lo siguiente: "Nombre de la Institución y naturaleza del uso de los recursos".

Art. 70.- El Director del Hospital, acreditará por escrito previo acuerdo interno, a solicitud de la Jefatura de la Unidad Financiera Institucional (UFI) el nombramiento y autorización de los funcionarios responsables de refrendar cheques, notificándolo oportunamente a los bancos depositarios, para que se proceda al registro de firmas autorizadas. Dichas firmas podrán estamparse manualmente o a través de sistemas automatizados que cumplan con los requisitos legales y de seguridad establecidos legalmente. Los nombrados no deberán ejercer funciones de autorización de gastos, ni de registros contables, dichos funcionarios deberán asegurarse de que los documentos que soporten los pagos cumplan con los requisitos de legalidad, veracidad y pertinencia. Para casos de vacantes en los refrendarios, se deberá comunicar al Banco dentro de las veinticuatro horas siguientes.

Art. 71.- Todos los pagos efectuados por la Tesorería del Hospital, se harán con cheque prenumerado o abono a cuenta, emitidos a nombre del beneficiario, expedidos contra las cuentas bancarias del Hospital, debiendo utilizar la numeración correlativa de una misma serie hasta que se agoten antes de iniciar otra chequera. Todos los gastos serán autorizados por un funcionario competente e independiente, de quienes realicen los registros contables, refrenden cheques o sean responsables del manejo de bienes y valores; y deberá cumplir con los atributos de pertinencia, legalidad, veracidad y acorde a los planes y presupuestos.

Queda terminantemente prohibida la firma de cheques en blanco y a nombre de personas o empresas diferentes a las que hayan suministrado los bienes o servicios. Las chequeras que contengan cheques en blanco serán debidamente custodiadas para evitar su mal uso, hurto o extravío.

Informes al Ministerio de Hacienda

Art. 72.- La Tesorería del Hospital, tendrá la obligación de informar semestralmente, de operaciones realizadas por médicos de Bienestar Magisterial, dicho informe lo remitirá a Tesorería, el Coordinador Médico de la Unidad de Bienestar Magisterial mensualmente, para que finalizado el semestre se tenga el consolidado de enero a junio y de julio a diciembre e informarlo a través del Formulario F958 v1, al Ministerio de Hacienda, en cumplimiento a lo establecido en el Código Tributario, artículo 122-A. Dicho informe contendrá lo especificado en los literales del artículo en mención.

Documento Derogado

Además, Tesorería deberá reportar las retenciones efectuadas por el Hospital mensualmente, (1% IVA retenido y la retención del Impuesto Sobre la Renta) como agente de retención calificado en la categoría de gran contribuyente.

Conciliaciones Bancarias

Art. 73.- Las conciliaciones bancarias, serán parte del control interno y su propósito será comparar los movimientos bancarios con los registros contables institucionales. El Tesorero Institucional del Hospital, será el responsable del manejo de las cuentas bancarias abiertas a nombre del Hospital y serán conciliadas mensualmente por una persona independiente de la custodia, registro y autorización del desembolso. Dichas conciliaciones deberán elaborarse dentro de los primeros ocho días hábiles del mes siguiente y serán suscritas por el empleado que las elaboró, quien será responsable del archivo y custodia de la documentación que las sustente.

Art. 74.- Para efectos de revisiones posteriores, el responsable de elaborar las conciliaciones bancarias deberá llevar registros de los libros de bancos diaria y cronológicamente en cada una de las cuentas bancarias existentes en el Hospital.

Será responsabilidad del Tesorero Institucional, llevar control mensual de los cheques pendientes de cobro para su debido seguimiento.

Área de Contabilidad Gubernamental

Art. 75.- El Subsistema de Contabilidad Gubernamental, será el elemento integrador de las operaciones del Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI) bajo la responsabilidad del Contador Institucional y estará constituido por un conjunto de principios, normas y procedimientos técnicos para recopilar, registrar, procesar y controlar en forma sistemática toda la información referente a las transacciones del Hospital; expresables en términos monetarios, con el objeto de proveer información sobre la gestión financiera y presupuestaria.

Art. 76.- El Contador del Hospital, deberá efectuar las anotaciones en los registros contables diariamente y por estricto orden cronológico, en moneda nacional de curso legal en el país, haciendo uso del Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI) y Módulo de Contabilidad Gubernamental, quedando estrictamente prohibido diferir la contabilización de los hechos económicos.

Art. 77.- El Contador del Hospital, deberá cerciorarse de que toda operación que de origen a un registro contable, cuente con la documentación necesaria y toda la información pertinente que respalde, demuestren e identifique la naturaleza y finalidad de la transacción que se está contabilizando. Dicha documentación deberá permanecer archivada como mínimo por un período de cinco años y los registros contables durante diez años.

Los archivos de la documentación financiera, serán propiedad del Hospital y no podrán ser removidos de las oficinas correspondientes, sino con orden escrita de la autoridad competente.

Documento Derogado

Cierre Contable Mensual

Art. 78.- El Contador del Hospital, previo al cierre contable mensual, emitirá los reportes que considere necesarios para verificar y analizar los saldos de las cuentas; así como también, los informes del mes a cerrar, para revisar la consistencia de los saldos y efectuar los ajustes pertinentes, en caso de existir diferencia alguna.

Art. 79.- El Contador del Hospital, haciendo uso de la aplicación informática del Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI) efectuará el cierre contable del mes e imprimirá los estados financieros para enviarlos a la Dirección General de Contabilidad Gubernamental del Ministerio de Hacienda, dentro de los diez días del siguiente mes, de conformidad a lo establecido legalmente.

Cierre Contable Anual

Art. 80.- El Contador del Hospital, efectuará el cierre contable anual al finalizar el ejercicio financiero fiscal, que comprenderá del primero de enero al treinta y uno de diciembre, en forma secuencial y tomando en cuenta los procesos siguientes: Cierre preliminar, cierre anual y cierre y apertura.

Art. 81.- El Contador del Hospital, a más tardar dentro de los primeros once días hábiles del mes de enero del ejercicio financiero fiscal, posterior a que se está cerrando, presentará movimientos acumulados o simplemente saldos al cierre del período y dentro de los trece primeros días hábiles del mes de enero, del ejercicio financiero fiscal posterior al que se esté cerrando, haciendo uso de la aplicación informática del Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI) efectuará en forma automática el cierre anual definitivo.

Posteriormente al proceso del cierre anual el Contador Institucional, haciendo uso de la aplicación informática del Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI) deberá generar los informes contables respectivos, de conformidad a la Normativa vigente. Al 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, deberán prepararse los siguientes estados financieros básicos:

a) Estado de Situación Financiera;
b) Estado de Rendimiento Económico;
c) Estado de Ejecución Presupuestaria; y
d) Estado de Flujo de Fondos.

Los estados financieros deberán incluir notas explicativas que formarán parte integral de ellos, destinadas a proporcionar información complementaria para una adecuada interpretación de la información.

Art. 82.- Al treinta y uno de diciembre de cada año, el Estado de Situación Financiera, deberá estar respaldado por inventarios de las cuentas contables que registren saldos. Ninguna cuenta podrá presentarse por montos globales, siendo obligatorio explicitar su composición.

Depreciación

Art. 83.- Los bienes muebles o inmuebles, propiedad del Hospital, destinados a las actividades institucionales y productivas, deberán depreciarse anualmente aplicando el método de depreciación basado en el cálculo lineal o constante.

Documento Derogado

Políticas y Procedimientos de Recursos Humanos

Art. 84.- El Departamento de Recursos Humanos del Hospital, será responsable de coordinar, ejecutar, controlar y evaluar las acciones del personal, con base al Reglamento Interno de Unidades y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normativa legal vigente y demás disposiciones emanadas por el ente rector que garantice la adecuada y oportuna gestión, dotación y desarrollo de los recursos humanos.

El Departamento de Recursos Humanos, será el responsable de:

a) Reclutamiento y Selección del Personal;
b) Promoción de Personal y Casos Especiales;
c) Nombramiento, Contratación, Refrenda, Permutas, Traslados e Inducción del Personal Hospitalario;
d) Registro Laboral del Personal;
e) Control de Asistencia, Puntualidad y Permanencia del Personal;
f) Control de Licencias del Personal;
g) Aplicación de Asuetos y Vacaciones;
h) Aplicación del Sistema de Incentivos (Económicos y No Económicos);
i) Aplicar Medidas Legales para la Adquisición de Fianzas y Declaración Jurada Patrimonial;
j) Actualización del Sistema Informático de Recursos Humanos;
k) Conformar el Libro de Acuerdos;
l) Remuneración del Personal;
m) Desarrollo y Capacitación del Personal en Coordinación con la Unidad de Formación Profesional (UFP);
n) Prestaciones Laborales y Sociales; y
o) Rotación del Personal Hospitalario.

Contratación de Personal

Art. 85.- La Dirección del Hospital, por medio del Departamento de Recursos Humanos y en coordinación con todas las Jefaturas del mismo, deberá ejecutar el proceso de reclutamiento y selección para las contrataciones de personal, lo cual le permitirá seleccionar a la persona idónea para cada puesto, dando prioridad al proceso de reclutamiento y selección interno, ascensos y promociones; y para los casos en que no existan recursos internos idóneos, se reclutarán y seleccionarán mediante procesos externos, todo ello con base al Manual de Clases del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás normativas legales.

Formas de Contratación

Art. 86.- El Hospital, utilizará para la contratación del personal los siguientes sistemas o modalidades: Ley de salarios, contratos, servicios personales y contratos por servicios profesionales, pagados con el Fondo General de la Nación, fondos propios o por financiamiento de organismos internacionales, mediante convenios formalmente establecidos.

Podrá contratarse personal de forma eventual para el Área Administrativa, Médica y Paramédica, según las necesidades institucionales.

Documento Derogado

Inducción de Personal

Art. 87.- El Departamento de Recursos Humanos del Hospital, proporcionará al personal de nuevo ingreso, la Inducción general sobre la Institución, establecida en el Manual elaborado para tal fin y la inducción específica del cargo, será impartida por el Jefe inmediato del empleado, con el objetivo de facilitarle su integración al Hospital y asegurar el éxito en su desempeño.

Capacitación y Desarrollo al Personal

Art. 88.- El Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con la Unidad de Formación Profesional (UFP) y con las diferentes unidades organizativas del Hospital, elaborará un Plan Anual de Capacitación, para fomentar el desarrollo de las capacidades y aptitudes de los empleados de la Institución.

Art. 89.- La Dirección del Hospital, podrá destinar fondos del Presupuesto General como fondos de recursos propios, que permitan desarrollar capacitaciones para el personal, a fin de proporcionarle las competencias y el desarrollo en los puestos de trabajo, incrementando la productividad laboral y mejorando la calidad en atención a los pacientes.

Evaluaciones al Personal

Art. 90.- El Departamento de Recursos Humanos, evaluará el trabajo de los servidores públicos semestralmente, utilizando para ello los formatos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; su rendimiento deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidos por cada Unidad Organizativa del Hospital. Cada Jefatura será responsable de la evaluación del personal a su cargo, tomando en cuenta el desempeño real del empleado con objetividad e imparcialidad; posteriormente serán remitidos al Departamento de Recursos Humanos para fines de archivo en los expedientes del personal y aplicación de la Ley de Escalafón de los Empleados del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Acciones Disciplinarias

Art. 91.- El Hospital, a través del Departamento de Recursos Humanos, aplicará la Ley del Servicio Civil y demás normativa de Ley vigente, a todo funcionario o empleado que obstaculice el desarrollo de las actividades institucionales o que cometa actos que alteren la disciplina del Hospital.

Control de Asistencia, Puntualidad y Permanencia

Art. 92.- Todo el personal del Hospital, deberá asistir con puntualidad a su trabajo y registrar en forma personal la hora de entrada y salida de su jornada laboral, utilizando el medio establecido para tal fin en la Institución.

Art. 93.- El Control interno relativo a la asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, deberá ejercerlo la Jefatura inmediata de cada Unidad organizativa; así como también, velar por el cumplimiento de las labores encomendadas en las audiencias señaladas.

Documento Derogado

Ética del Servidor Público

Art. 94.- Los funcionarios y empleados del Hospital, deberán cumplir con sus labores encomendadas con oportunidad, honradez y rectitud, sin recibir por el desempeño de sus funciones, dádivas u otros beneficios personales diferentes a su retribución convenida con el Hospital.

Jornada Laboral

Art. 95.- El Hospital, deberá brindar atención médica las veinticuatro horas del día. El personal que labora por turnos rotativos, deberá establecer de forma mensual su Plan de Trabajo, presentándolo oportunamente al Departamento de Recursos Humanos.

El Hospital como Institución Pública, tendrá un despacho ordinario de lunes a viernes, en jornada de ocho horas diarias para el personal administrativo, con un receso de 40 minutos al medio día para tomar los alimentos, en horario de 12:30 a 13:10 horas, con base a lo establecido en las Disposiciones Generales del Presupuesto y en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Seguridad y Salud Ocupacional

Art. 96.- La Dirección y jefaturas del Hospital, deberán velar y propiciar seguridad laboral de sus empleados en sus puestos de trabajo, procurándoles las condiciones adecuadas, herramientas y equipos necesarios para el normal desempeño de las funciones encomendadas, con la finalidad de minimizar los riesgos por accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Art. 97.- El Director, deberá nombrar mediante acuerdo interno a los integrantes que conformarán el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, quienes deberán poseer formación e instrucción en materia de prevención de riesgos laborales y se encargarán de identificar, analizar y formular estrategias orientadas a minimizar los riesgos laborales en las diferentes unidades organizativas del Hospital.

Art. 98.- El Director, en coordinación con el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, deberán formular y ejecutar el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales del Hospital, siendo garantes de la participación efectiva de trabajadores y trabajadoras en la elaboración, puesta en práctica y evaluación del referido programa, el cual deberá actualizarse cada año y tenerse a disposición del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Para efectos de certificación, los miembros del Comité serán capacitados por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

El funcionamiento y demás requisitos se regirán, según lo establecido por el Organo Legislativo en el Decreto No. 254, de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.

Documento Derogado

Adquisición de Fianzas

Art. 99.- La Jefatura del Departamento de Recursos Humanos del Hospital, será la responsable de gestionar en coordinación con la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) la compra de fianzas para el funcionario o empleado público encargado del manejo, recepción, control, custodia o de inversión fondos públicos y que estará obligado a rendir fianza de acuerdo a lo establecido legalmente. Así mismo, de resguardar la póliza colectiva emitida por la empresa afianzadora y los certificados individuales, anexando la copia correspondiente al expediente personal de cada empleado o funcionario público afianzado y al empleado o funcionario público interesado; todo lo anterior se realizará previo acuerdo interno del Departamento de Recursos Humanos del Hospital.

Obligación Legal de Declarar el Estado Patrimonial

Art. 100.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, deberá reportar a la Corte Suprema de Justicia, Sección Probidad, el listado de las personas que estén obligadas a rendir Declaración Jurada del Estado de su Patrimonio, por ser de nuevo ingreso, por asignación de nuevas funciones o por finalización de su relación laboral con el Hospital.

Será responsabilidad de todo empleado o funcionario público que esté obligado, según la ley, a rendir Declaración Jurada del Estado de su Patrimonio, entregar al Departamento de Recursos Humanos, el comprobante de haber realizado el trámite obligatorio ante la Corte Suprema de Justicia, Sección Probidad.

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

Art. 101.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) será la responsable de la programación y ejecución de los procesos de adquisiciones y contrataciones del Hospital y para ello se regirá por la Ley y Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP y RELACAP respectivamente), Manual de Procedimientos Integrado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y demás Normativa emitida por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC).

Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM)

Art. 102.- La Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) dependerá jerárquicamente del Jefe de la División Administrativa y deberá asegurar el buen estado de las instalaciones, equipos y mobiliarios; así como también, la provisión de servicios de apoyo general y administrativos a todas las dependencias del Hospital, mediante la dirección, gestión y evaluación de los programas y planes operativos.

Art. 103.- El Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) deberá establecer un formato para solicitud de mantenimiento. Las solicitudes deberán ser analizadas dando prioridad a las áreas críticas del Hospital.

Art. 104.- El Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) será el responsable de verificar y garantizar la existencia del Plan Anual Operativo y del funcionamiento de las diferentes áreas bajo su responsabilidad, dándole el debido seguimiento para asegurar su cumplimiento.

Documento Derogado

Art. 105.- El Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) deberá verificar la aplicación y supervisión realizada por el Jefe de Servicios Generales, a efecto de que los empleados del Área de Segregación de Desechos Bio-infecciosos, utilicen el equipo de protección personal adecuada; así como también, de colocar las bolsas según el color, indicado en las diferentes áreas del Hospital.

La Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) estará conformada por las siguientes áreas: Transporte y Combustible, Mantenimiento y Servicios Generales, que lo conforman: Patrimonio, Lavandería, Ropería y Vigilancia; las cuales dependerán jerárquicamente del Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento (UCYM) y del Jefe de Servicios Generales respectivamente.

Mantenimiento

Art. 106.- El Mantenimiento de los bienes del Hospital, deberá estar organizado según las áreas siguientes: Equipo básico, equipo médico, planta física y mobiliario.

Art. 107.- El Jefe de Mantenimiento, será responsable de: Elaborar el Plan Anual Operativo, Plan Anual de Mantenimiento Preventivo, términos de referencia para la contratación de servicios a terceros, elaborar y presentar las solicitudes de compra de repuestos y materiales; además, velará por el cumplimiento de los procesos estandarizados de mantenimiento.

Transporte

Art. 108.- El Jefe de Transporte, será responsable de la distribución y autorización de vehículos y combustible; además, velará por el cumplimiento de las normas relacionadas con la utilización de los vehículos y elaborará un Plan de Trabajo Mensual.

Normas para el Uso de Vehículos

Art. 109.- Los vehículos propiedad del Hospital, estarán destinados para el uso exclusivo en las actividades propias de la Institución y llevarán en un lugar visible el distintivo que identifique el nombre del Hospital. Los vehículos deberán ser guardados al final de cada jornada diaria en el estacionamiento dispuesto en las instalaciones del Hospital, salvo las excepciones debidamente autorizadas.

Todas las salidas de los vehículos propiedad del Hospital, deberán ser autorizadas mediante una misión oficial, en la que explique: Lugar, hora y fecha, nombre del motorista y motivo de la misión oficial.

La exclusividad del servicio de los vehículos, consiste en destinarlos y utilizarlos únicamente para los fines propios del Hospital, salvo las excepciones permitidas por las disposiciones legales y casos de emergencia nacional.

Art. 110.- Las personas que tengan a su cargo el manejo de los vehículos propiedad del Hospital, estarán obligados al cuido y conservación de los mismos; así como también, al resguardo apropiado cuando no se encuentren en uso. Serán responsables por los daños al vehículo ocasionados por negligencia, mal uso y de las infracciones a las leyes de tránsito.

Documento Derogado

Art. 111.- Las personas que manejen los vehículos del Hospital, transportando medicamentos e insumos médicos, deberán tener cuidados especiales en cuanto a conocimiento de lo que transportan y cantidades para recepción y entrega, en prevención de cualquier extravío, caídas durante la ruta y otros acontecimientos que puedan alterar las cantidades recibidas y/o entregadas.

Art. 112.- En caso de accidentes de tránsito y cuando el responsable del manejo del vehículo fuere culpable, tendrá que responder por los daños ocasionados a la unidad de transporte, de acuerdo al valúo efectuado, caso contrario se deducirán responsabilidades con la intervención de las autoridades competentes.

La revisión de los vehículos en cuanto a llantas, nivel de aceite y de agua, deberá realizarla cada motorista en el parqueo del Hospital, antes de emprender la marcha.

Cuando se compruebe reincidencia en desperfectos y daños ocasionados por el inadecuado uso de vehículos o cuando ésto ocurra por negligencia, mala intención o falta de precaución del responsable del vehículo, se procederá de acuerdo a lo que establece la Ley de Servicio Civil vigente.

Art. 113.- Se prohíbe el uso de las unidades de transporte en fines de semana, días festivos o vacaciones, sin la autorización respectiva de la autoridad competente, aplicándose únicamente las excepciones.

Art. 114.- Corresponderá al Hospital establecer los procedimientos administrativos relacionados con el control, mantenimiento, abastecimiento de combustible y cumplimiento de aspectos legales, relacionados con la circulación de vehículos.

Servicios Generales

Art. 115.- El Jefe de Servicios Generales, será el responsable de elaborar el Plan Anual Operativo, Plan de Funcionamiento así como también, los términos de referencia para la contratación de servicio a terceros, elaborar y presentar las necesidades de compra de materiales e insumos; además, velará por el cumplimiento de las diferentes normas de las áreas bajo su cargo.

Alimentación y Dietas

Art. 116.- La Jefatura del Departamento de Alimentación y Dietas, será la responsable de garantizar y supervisar que se proporcione la alimentación a pacientes hospitalizados y albergues maternos; así como también, elaborar y presentar informes conteniendo los resultados de los contratos formalizados con empresas para la prestación de servicios o productos de alimentación; también deberá supervisar el local y las medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los pacientes, previendo los riesgos procedentes de agentes bacteriológicos en la alimentación.

Art. 117.- La Jefatura del Departamento de Alimentación y Dietas, será responsable de proporcionar la alimentación y educación nutricional a los pacientes del Hospital, de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluirá la elaboración, conservación y distribución de las fórmulas lácteas.

Documento Derogado

Para cumplir oportunamente con las dietas programadas a los pacientes, los jefes de servicios deberán reportar oportunamente el listado de los pacientes de nuevo ingreso y los que tienen cambio de dieta; para lo cual el Departamento de Alimentación y Dietas, realizará supervisiones diarias para verificar los cambios en las dietas por nuevo ingreso y por cambio de dieta; así como también, que los carros transportadores de alimentos estén preparados en los horarios programados con todos los insumos para servir todas las dietas solicitadas, evitando los desperdicios.

Procedimientos sobre Activos

Art. 118.- El Director y cada Jefatura del Hospital, serán responsables de garantizar el cumplimiento de las políticas y procedimientos para proteger y conservar los activos institucionales.

Almacenamiento, Custodia y Utilización

Art. 119.- El Hospital, establecerá un Sistema adecuado para el almacenamiento y custodia de los bienes. Estos estarán bajo el cuidado del Jefe de Almacén, quien rendirá fianza conforme a la Ley. Los bienes se destinarán exclusivamente a los propósitos institucionales que motivaron su adquisición. La administración de los inventarios, se llevará a cabo empleando métodos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Activo Fijo

Art. 120.- Todas las jefaturas del Hospital deberán responder por la aplicación de los procedimientos establecidos sobre los activos institucionales; así como también, de dar cumplimiento a lo señalado en la Norma para la Administración de Activo Fijo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, haciendo uso de los formatos que la Norma emite en sus anexos para ingresos, movimientos, traslados, salidas, etc., de activo fijo de una Unidad Organizativa y/o del Hospital.

Administración del Activo Fijo

Art. 121.- El Área de Activo Fijo, será responsable de la incorporación de los bienes muebles e inmuebles al inventario y el registro detallado de los mismos; así como también, de realizar la constatación física de los inventarios, por lo menos una vez al año o cuando sea requerido, apegado a las Normas para la Administración del Activo Fijo.

Art. 122.- La Unidad de Activo Fijo, será la responsable del control, registro y descargo de los activos fijos de la Institución, para lo cual se aplicarán las Normas para Administración del Activo Fijo, emitidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Constancia de Recepción

Art. 123.- El Guardalmacén del Hospital, será el responsable de elaborar la constancia de que el suministro cumple con las características establecidas en la Orden de Compras o Contrato, al momento de elaborar el acta de recepción del mismo. Todo bien adquirido por el Hospital, deberá ingresar por esta única vía.

Documento Derogado

Protección y Seguridad de los Bienes

Art. 124.- La Dirección del Hospital, girará las instrucciones para que todos los responsables de salvaguardar bienes almacenados contra eventuales riesgos y siniestros, rindan fianza y cuenten con los instrumentos para implementar las medidas necesarias que garanticen su conservación íntegra.

Además, deberán proteger mediante controles administrativos, los bienes de poco valor que no sean considerados activos fijos, de acuerdo a las Normas de Contabilidad Gubernamental; ya que contribuyen a la realización de las actividades propias de las entidades públicas.

Constatación Física

Art. 125.- La Dirección del Hospital girará instrucción, a fin de que se realicen constataciones físicas de inventarios y activos fijos; lo cual deberá estar a cargo por personal independiente de quienes controlen o registren los bienes; en los almacenes y farmacias, se realizarán dos inventarios anuales. En Activo Fijo, se realizará un inventario anual. En caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes correspondientes y en su caso, determinar las responsabilidades conforme a la Ley.

Mantenimiento y Reparaciones

Art. 126.- El Departamento de Mantenimiento, deberá elaborar un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, para todo el activo fijo de la Institución; así como también, de implementar todos los medios que permitan prolongar la vida útil de éstos.

En caso de contratación de terceros para el mantenimiento o reparación de bienes, deberá vigilarse el fiel cumplimiento de lo pactado e incluirse en el Plan Anual de Compras.

Baja o Descargo de Bienes

Art. 127.- Para la baja o descargo de bienes, se deberá contar con la justificación técnica o legal requerida y se aplicará lo establecido en las disposiciones legales que regulen tal fin.

Los bienes descargados podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o cualquier otro destino, de conformidad a las disposiciones legales, debiendo quedar legalmente documentado.

Sistema de Registro de Bienes

Art. 128.- El Sistema diseñado para el registro de las existencias de Almacén y activos fijos, deberá facilitar la codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, fecha, costo de adquisición y depreciación o revalúo cuando aplique; con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo.

Documento Derogado

Registro y Revalúo de Bienes Inmuebles

Art. 129.- Los bienes inmuebles propiedad del Hospital, deberán estar documentados en escrituras públicas, que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente inscritos en el registro correspondiente, según indica la Ley. Los documentos que amparen la propiedad de los bienes, deberán estar debidamente custodiados por un servidor responsable e independiente de los que autoricen y aprueben las adquisiciones.

Art. 130.- Cuando existan modificaciones por adiciones o mejoras en el inmueble, en los planos de las edificaciones, la Unidad de Ingeniería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá enviar copia de tales modificaciones al Archivo General del mismo Ministerio, para ser agregados al expediente respectivo; así mismo también, realizar el revalúo de todos los inmuebles del ramo de Salud, entre los cuales estará el Hospital.

Para los inmuebles del Hospital, el incremento de su valor por trabajos realizados estará sujeto al valúo ejecutado por peritos valuadores. Tal como está regulado en las Normas sobre Inversiones en Bienes de Larga Duración, del Manual Técnico del Sistema de Administración Integrado.

Bienes en Custodia

Art. 131.- Los bienes personales de los pacientes ingresados en el Hospital, quedarán bajo la custodia y responsabilidad del Encargado del Servicio a que ingrese el paciente, siempre y cuando no se encuentre a ningún pariente a quien entregarle dichos bienes al momento del ingreso, debiendo dicho Encargado explicarle al paciente o a sus familiares sobre la política del Hospital en cuanto a sus pertenencias.

Los artículos custodiados que se mencionan en el párrafo anterior, deberán ser devueltos a los pacientes o personas que comprueben su parentesco con el paciente, el día que sean solicitados o cuando sea dado de alta.

Si transcurridos seis meses después del alta del paciente o si éste ha fallecido y no se presentare nadie a retirar las pertenencias custodiadas, de ser convertible en efectivo la División Administrativa, previo recuento y realización, deberá ingresarlo a Tesorería del Hospital en concepto de donación.

Vigilancia

Art. 132.- La Vigilancia del Hospital, será responsable de proporcionar seguridad, custodia, control y protección a servidores públicos y al patrimonio del Hospital, debiendo realizar actividades de control de personas y bienes que ingresen y salgan del nosocomio, brindando orientación e información a personal, pacientes, familiares y público en general que lo requieran; además, deberán vigilar los alrededores de las instalaciones, proporcionando seguridad al inmueble.

Art. 133.- La vigilancia del Hospital, deberá mantener el ordenamiento vehicular en los parqueos autorizados; así como también, llevar el control de entrada y salida de personas visitantes y de bienes, debiendo verificar las autorizaciones pertinentes y dejando las anotaciones respectivas en los libros autorizados para tal fin, según la programación de turnos.

Documento Derogado

Art. 134.- La Vigilancia del Hospital, será responsable de la entrega de cadáveres en la morgue y deberá responder por dicha entrega, cerciorándose que la documentación exigida esté debidamente autorizada y cumpliendo con oportunidad, honradez y rectitud, sin recibir por el desempeño de tal función, dádivas, comisiones u otros beneficios personales diferentes a su retribución convenida con el Hospital. De comprobarse la aceptación de dádivas u otros beneficios personales, serán sancionados según la Ley.

Lavandería y Ropería

Art. 135.- La Unidad de Lavandería y Ropería del Hospital, será la responsable de proporcionar ropa limpia y planchada para pacientes y personal; así como también, de confeccionar la ropa a utilizar en áreas específicas del Hospital, la conformarán las áreas de: Recepción de ropa sucia, lavado y planchado, confección y remiendos, almacenamiento, entrega de ropa limpia y planchada.

Para el control de la recepción y entrega, tanto de materiales e insumos, como de ropa terminada, se deberá llevar registro diario y cronológico en tarjetas kárdex, presentándolas semestralmente a la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, para su revisión y visto bueno.

Bienestar Magisterial

Art. 136.- El Hospital, brindará los Servicios de Médico-hospitalarios de atención de emergencias, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios, cirugías electivas, consulta externa de especialidades y otros servicios, a los usuarios del programa de salud del sector docente y su grupo familiar, administrado por la Dirección de Bienestar Magisterial, mediante Convenio de Prestación de Servicios Hospitalarios, oficializado entre este Hospital y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art. 137.- El Medico, coordinador de la Unidad de Bienestar Magisterial del Hospital, será el responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para el área de Bienestar Magisterial. Será un servicio donde se preste asistencia médica ambulatoria y hospitalaria, según lo demanden los usuarios provenientes del gremio docente y sus beneficiarios, se regirá por la Normativa legal vigente y por la Norma Técnica Administrativa para la prestación de servicios hospitalarios a usuarios del programa especial de salud, del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Bienestar Magisterial, tendrá estrecha relación con la Unidad Financiera Institucional, en lo que se refiere a la administración de los recursos financieros.

Obligación de Informar Operaciones Realizadas por Médicos

Art. 138.- El Médico Coordinador de la Unidad de Bienestar Magisterial del Hospital, será el responsable de remitir mensualmente a Tesorería, el detalle de las cirugías y tratamientos médicos realizados a los usuarios y beneficiarios de Bienestar Magisterial, en las instalaciones del Hospital, para que Tesorería al finalizar el semestre lo informe al Ministerio de Hacienda en el formulario F958 V1, en cumplimiento a lo establecido en el Código Tributario artículo 122-A.

Documento Derogado

Unidad de Proyectos

Art. 139.- La Unidad de Proyectos, será una Unidad en Desarrollo dentro del Hospital, que deberá elaborar la carpeta de proyectos necesarios en el Hospital, a efecto de construir un instrumento que permita identificar las áreas físicas que puedan mejorarse y con ello, la atención en salud. Dicha carpeta será de mucha utilidad para el mejor aprovechamiento del espacio.

Comunicaciones

Art. 140.- La Dirección del Hospital, por medio de la Unidad de Comunicaciones, establecerá los mecanismos adecuados para la comunicación y la difusión de información relativa a los servicios que brinde el Hospital y la forma de acceder a ellos; así como también los derechos y deberes de los ciudadanos, utilizando los instrumentos y medios más adecuados para tal fin.

Art. 141.- La Unidad de Comunicaciones del Hospital, deberá canalizar la información que se emita a los usuarios internos y externos, a través de los medios de comunicación más adecuados (vía escrita, telefónica, electrónica y/o virtual), a efecto de divulgar la información pública en el momento oportuno.

Art. 142.- La Unidad de Comunicaciones del Hospital, elaborará el Plan de Comunicación y el Plan de Medios, que serán aprobados por el Director del Hospital para su implementación, debiendo informar mensualmente sobre su ejecución y logros a la fecha.

Art. 143.- La Unidad de Comunicaciones, buscará asegurar que la interacción comunicativa en el Hospital, garantice la divulgación y difusión amplia y focalizada de la información y del sentido hacia los diferentes grupos de interés; para ello, integrará los sistemas de información, establecerá criterios de manejo de la información y de crisis y definirá parámetros de relaciones con la prensa y otros medios de comunicación.

Art. 144.- La Unidad de Comunicaciones del Hospital, apoyará y deberá validar por los jefes de Unidad, el diseño y producción de los materiales de carácter educativo e informativo (Comunicados de Prensa, manuales, folletos, afiches, materiales audiovisuales, etc.) para proveer diariamente información oportuna, confiable, suficiente y pertinente.

Art. 145.- El personal de la Unidad de Comunicaciones del Hospital, actualizará a diario la página Web del Hospital, para que la información esté disponible a los diferentes grupos de interés y al público en general; también colaborará en la gestión comunicacional interna, enviando las gacetillas por e-mail, a todos los jefes de las diferentes unidades organizativas y posteriormente, remitirá a la Dirección del Hospital, un informe consolidado de forma mensual o según requerimientos del mismo.

Art. 146.- El Director del Hospital, designará al vocero oficial y alterno de la Institución quienes en coordinación con la Unidad de Comunicaciones, serán responsables de comunicar información institucional de interés público y de mantener la lista con datos actualizados de los periodistas responsables del Área de Comunicación de los diferentes medios.

Documento Derogado

Art. 147.- La Unidad de Comunicaciones del Hospital, será la responsable del monitoreo de los medios de comunicación radial, escrito, televisivo y electrónico, sobre los temas que atañen al Hospital, a efecto de garantizar que la difusión se realice conforme al sentido y lenguaje establecido por el nosocomio; además, recopilará y archivará cronológicamente las publicaciones de los medios escritos (notas, entrevistas y comentarios sobre el Hospital) y remitirá informe al Director, jefes de División, asesores y jefes de Unidad.

Informática

Art. 148.- La Unidad de Informática, será una Unidad en desarrollo dentro del Hospital, se proyectará que una vez establecida, deberá elaborar un Plan de Contingencias de los Sistemas de Información del Hospital, para brindar una seguridad razonable en casos de siniestros, fallas de servidores de red y otros eventos similares, que faciliten el reestablecimiento oportuno e íntegro de dichos sistemas.

Art. 149.- La Unidad de Informática, una vez establecida en el Hospital, será la responsable del mantenimiento del equipo informático del nosocomio; también establecerá los lineamientos generales para la elaboración y actualización de inventario del software, realizando el diagnóstico de los diferentes sistemas de información, coordinará con la Unidad de Estadística y Documentos Médicos, los accesos oportunos de las fuentes de información, brindará soporte informático a las autoridades, a los responsables del Sistema de los distintos sectores y a los usuarios finales. Además, ejecutará acciones destinadas a asegurar el correcto funcionamiento del equipamiento informático y desarrollará y administrará soluciones tecnológicas, que permitan a los diferentes usuarios de las unidades organizativas, contribuir al buen estado de los equipos.

Servicios Médicos Hospitalarios

Art. 150.- El Director y el Jefe de la División Médica, velarán por la atención integral en los servicios médicos brindados por el Hospital, tales como: Servicios ambulatorios, conformados por Emergencia y Consulta Externa; y servicios de hospitalización, propiciando el mejoramiento continuo de la calidad en las atenciones a los pacientes, siendo éste uno de los compromisos más importantes, por considerarse uno de los principales objetivos para consolidar el modelo de atención eficaz, eficiente, con calidad y calidez.

Verificación y Seguimiento de la Calidad Médica

Art. 151.- La Dirección del Hospital, velará por la calidad en la atención médica, para ello se creará el Comité de Auditoría Médica, el cual estará a cargo del Jefe de la División Médica, Jefe de la Unidad de Formación Profesional y jefaturas de áreas clínicas y otras unidades afines, quienes tendrán la función de realizar auditorías médicas de acuerdo con su Manual de Funcionamiento y su Plan de Trabajo.

Además, se deberá mantener el monitoreo permanente para garantizar el mejoramiento continúo de la calidad, en coordinación con la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, equipo facilitador de la calidad de los procesos de gestión hospitalaria, quienes monitorearán el quehacer médico–hospitalario, entre otros.

Documento Derogado

Atención Ambulatoria: Emergencia

Art. 152.- El Jefe Médico y la Jefe de Enfermería del Área de Emergencia, velarán porque ésta cuente con los ambientes necesarios y que disponga de los elementos básicos requeridos para proporcionar una atención médica inmediata y satisfactoria; el Servicio de Emergencia tendrá por objeto la atención inmediata del paciente que presente cualquier condición del estado de salud que ponga en riesgo la vida.

Art. 153.- El Jefe Médico y la Jefe de Enfermería del Área de Emergencia, velarán por la aplicación, control y cumplimiento de los procesos y procedimientos, guías y protocolos de atención clínica para todas aquellas patologías en las que se dispongan de ellos.

La priorización de las emergencias estará a cargo del personal médico del área y éstas serán atendidas por un equipo de profesionales que hagan uso de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento; así como también, de servicios administrativos en general.

Plan de Emergencias

Art. 154.- El Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital, será el responsable de coordinar el Comité Permanente por Emergencias y Desastres, elaborará el Plan de Desastres, el cual deberá actualizarse cada dos años; además de mantener un Plan Anual de Actividades, que dirija las acciones en caso de presentarse un acontecimiento de esta clase.

Atención Ambulatoria y Consulta Externa

Art. 155.- El Médico y la Enfermera Jefe de Consulta Externa del Hospital, velarán porque esta Área cuente con el ambiente necesario y que disponga de los elementos básicos requeridos para proporcionar una atención médica ambulatoria, satisfactoria a los pacientes que demanden el servicio. Estará orientada a proporcionar atención integral al paciente, familia y Comunidad.

El Médico y la Enfermera Jefe de Consulta Externa del Hospital, velarán por la aplicación, control y cumplimiento de los procesos, procedimientos, guías y protocolos de atención clínica para todas aquellas patologías en las que se dispongan de ellos. El horario de atención será acorde con la distribución racional de los recursos humanos disponibles.

Art. 156.- La atención al usuario en Consulta Externa, deberá contar con un Sistema de citas concertadas que coadyuven a la disminución en el tiempo de espera, concientizando y retroalimentando al personal involucrado sobre su importancia.

También, deberán promover y desarrollar charlas educativas a usuarios en todo lo relativo a la atención ambulatoria.

Servicios de Hospitalización

Art. 157.- Serán responsables médicos y enfermeras jefes de cada área de hospitalización, de los servicios que se brinden por la internación de pacientes que lo requieran, de acuerdo a la patología diagnosticada; el Área de Hospitalización comprenderá los servicios de:

Documento Derogado

Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatos, Medicina Interna y Bienestar Magisterial; así como también, las unidades de apoyo con camas, tales como: Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, Unidad de Neonatología y unidades especiales: Diálisis, Gastroenterología, Centro Quirúrgico y Enfermería.

El Jefe Médico de cada Departamento, a través de los jefes de Servicio, será el garante de la aplicación, control y cumplimiento de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos; en caso de inexistencia, será el responsable conjuntamente con los jefes de Servicio de elaborarlos, para la atención de las causas de morbi–mortalidad de su área.

Cirugía

Art. 158.- El Servicio de Cirugía, dará tratamiento médico y quirúrgico a personas que lo soliciten; todo paciente operado deberá estar registrado en el respectivo libro de Cirugía Electiva, con fecha, hora, nombre, tipo de procedimiento, tipo de anestesia y nombre del Cirujano responsable.

Art. 159.- El Médico y Enfermera jefes de Servicio, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para el Servicio de Cirugía; manteniendo a su vez, una estrecha relación y efectiva comunicación con la Jefatura del Centro Quirúrgico, para el cumplimiento del programa de cirugía electiva, ambulatoria y de emergencia.

La enfermera Jefe de cada Servicio, deberá supervisar que el expediente esté completo y el cumplimiento de prescripciones médicas, previo a cada cirugía.

También se deberán establecer criterios de priorización en la aplicación de medidas de seguridad y protección al paciente para evitar prolongaciones de estancia hospitalaria por presencia de fracturas y traumas ortopédicos ocasionados por caídas u otros riesgos. Entre los criterios se incluirá la actualización en conocimiento y entrenamiento para aplicación de técnicas y procedimientos en cuidados médicos y de enfermería que permitan reducir la estancia hospitalaria y agilicen la recuperación del paciente.

Anestesiología

Art. 160.- El Servicio de Anestesiología del Hospital, será el responsable de brindar el apoyo al Centro Quirúrgico, para la evaluación y preparación preoperatorio de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente; estará bajo la responsabilidad de un Médico Jefe y dependerá jerárquicamente de la Jefatura del Centro Quirúrgico.

Art. 161.- El Médico Jefe de Anestesiología, será responsable de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para el Área de Anestesiología. A su vez, deberá mantener el debido control sobre los medicamentos en existencia y deberá establecer controles específicos para verificar la asistencia, puntualidad y permanencia en el lugar de trabajo del personal bajo su cargo.

Documento Derogado

Ginecología y Obstetricia

Art. 162.- El Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital, estará destinada a la atención del aparato reproductor femenino y lo relacionado con el embarazo. Consta de los servicios de: Ginecología, Maternidad y Sala de Partos; cada servicio estará bajo la responsabilidad de un Médico y una Enfermera, jefes de servicios.

Art. 163.- El Médico y Enfermera Jefe de Servicio, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas, guías de práctica clínica y protocolos establecidos para el servicio.

Art. 164.- El Director del Hospital, a través del Médico y Enfermera Jefe de Ginecología y Obstetricia y la Jefatura del Área de Estadística y Documentos Médicos, deberá garantizar la existencia de la ficha médica de nacimiento, tomando en cuenta los lineamientos para la elaboración de la ficha médica de nacimiento, en cumplimiento a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA).

La Jefe de Enfermería, del Departamento de Ginecología y Obstetricia, deberá solicitar semanalmente a la Jefatura de Estadística y Documentos Médicos, la cantidad de formularios a utilizar y garantizar la existencia en el servicio, debiendo devolver los registros inutilizados, con la justificación respectiva.

Art. 165.- La Enfermera Jefe, del Departamento de Ginecología y Obstetricia, deberá cerciorarse que la ficha médica individual de la persona recién nacida contenga todos los datos exigidos por la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), siendo según el artículo 75 de la citada Ley, los siguientes:

a) Datos médicos relacionados con el nacimiento;
b) Identificación del recién nacido, nombre y apellidos, conforme las indicaciones proporcionadas por la madre, padre, representante o responsable;
c) Registro de la impresión del plantar de la persona recién nacida;
d) Datos de identificación de la madre, con su firma y huellas dactilares;
e) Datos de identificación del padre, con su firma y huellas dactilares, cuando estuviere presente; y,
f) Fecha y hora del nacimiento, sin perjuicio de otros métodos de identificación.

Para registrar la información anterior en la ficha médica individual, será necesario contar con información fidedigna, suficiente y pertinente, a efecto de evitar posteriores reclamos e inconformidades.

Pediatría

Art. 166.- El Médico y Enfermera jefes de Pediatría del Hospital, serán los responsables de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para dicho servicio, el Área de Pediatría ofrecerá atención a la población infantil y se dividirá en: Medicina, Cirugía Pediátrica, Neonatos y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, atendiendo las diferentes patologías, según la especialidad.

Documento Derogado

Art. 167.- El Médico Jefe del Departamento de Pediatría, en coordinación con los jefes de servicios médicos y de enfermería y con el Comité Epidemiológico del Hospital, diseñará e implementará un Plan Contingencial de respuesta ante eventos epidémicos, dicho Plan deberá ser por patologías específicas de interés epidemiológico, con la finalidad de soportar la presencia de eventos epidémicos que ocasionen aumento de la capacidad de respuesta, aumentando así la necesidad de personal, abastecimiento e incremento de la morbi mortalidad hospitalaria, lo cual incrementará los costos del Hospital.

Art. 168.- El Médico y Enfermera jefes de Servicio, velarán por el cumplimiento de las recomendaciones a seguir durante la hospitalización del paciente pediátrico. Toda madre de paciente pediátrico que permanezca en el Hospital junto al niño/a, deberá tener los siguientes cuidados:

a) Sólo podrá permanecer junto al niño/a la madre o familiar del niño/a del sexo femenino;

b) Mantendrá la cuna con las barandas arriba y bañará al niño/a todos los días;

c) Deberá mantenerse junto a su hijo/a y no le proporcionará alimentos que no estén indicados por el Médico;

d) No recargará baterías de celulares dentro del Hospital y mantendrán dos visitas por paciente y en las horas autorizadas por el Hospital;

e) Deberá consultar sobre cualquier duda al Médico o Enfermera que lo atienda;

f) No ingresará objetos, ni prendas de valor al Hospital;

g) Deberá lavarse las manos antes de tocar al niño/a y no permitirá que otras personas lo toquen con las manos sucias;

h) Deberá mantener su aseo personal diariamente (bañarse, cambiarse de ropa, no comer en el servicio, ni sobre la cuna, no quitarse los zapatos, etc.);

i) Deberá colaborar con el aseo del servicio, depositando la basura en los lugares correspondientes; y

j) Cuando el niño/a sea dado de alta, deberá depositar en la canasta del servicio, cualquier prenda, propiedad del Hospital, evitando inconvenientes con vigilancia en la revisión rutinaria realizada en la salida del Hospital.

Neonatos

Art. 169.- El Médico y Enfermera jefes de Servicio, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para dicho servicio. El Servicio de Neonatos será el responsable de brindar cuidados especializados en el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con morbilidad.

Documento Derogado

Medicina Interna

Art. 170.- El Médico y Enfermera jefes de Servicio, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para su Servicio. El Área de Medicina Interna estará organizada para dar atención a personas mayores de 12 años y la conformarán los servicios de Medicina Mujeres y Medicina Hombres, siendo los responsables de ofrecer a los pacientes adultos una atención integral a sus problemas de salud. Utilizarán un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades del adulto, incluyendo también su rehabilitación y curación.

Art. 171.- El Médico Jefe del Departamento de Medicina Interna, en coordinación con los jefes de servicios médicos y de Enfermería del Hospital, diseñará e implementará un Plan Contingencial de respuesta ante eventos epidémicos, en coordinación con el Comité Epidemiológico del Hospital y deberá ser por patologías específicas de interés epidemiológico, con la finalidad de soportar la presencia de eventos epidémicos que ocasionen aumento de la capacidad de respuesta, aumentando así la necesidad de personal, abastecimiento e incremento de la morbi mortalidad hospitalaria, incrementando los costos del Hospital.

También se deberán establecer criterios de priorización en la aplicación de medidas de seguridad y protección al paciente, para evitar prolongaciones de estancia hospitalaria por presencia de fracturas y traumas craneanos ocasionados por caídas u otros riesgos. Entre los criterios se incluirá la actualización en conocimiento y entrenamiento para aplicación de técnicas y procedimientos en cuidados médicos y de enfermería, que permitan reducir la estancia hospitalaria y agilizar la recuperación del paciente.

Unidad de Terapia Intensiva

Art. 172.- El Médico y Enfermera jefes de Servicio, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su Area, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para su servicio. El Area de Terapia Intensiva, estará organizada para dar atención a personas mayores de 12 años, siendo los responsables de ofrecer a los pacientes adultos una atención integral en su estado crítico de salud de pacientes provenientes de: Ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía, emergencia y/o referidos de la red hospitalaria de la región. Utilizará además, un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades del adulto, incluyendo también su rehabilitación y curación.

Unidad de Terapia Dialítica

Art. 173.- El Médico y Enfermera jefes de Servicio, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para dicho servicio. El Área de Diálisis estará organizada para dar atención a personas mayores de 12 años y estará constituida internamente para procedimientos de diálisis y hemodiálisis, siendo los responsables de ofrecer a los pacientes adultos una atención integral a sus problemas de función renal. Utilizará un abordaje médico en: Prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades renales del adulto, incluyendo también su rehabilitación y mejoría.

Documento Derogado

Enfermería

Art. 174.- La Jefatura del Departamento de Enfermería, a través de las enfermeras supervisoras y jefes de Servicio, controlará cada uno de los procesos en su Area, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada área interna. Dicho Departamento será responsable del cuidado integral de los pacientes con: Calidad y calidez, creación de lineamientos de trabajo, realización de acciones para el fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, estando bajo la autoridad de la Jefatura del Departamento de Enfermería.

El Departamento de Enfermería, estará integrado por: Jefe del Departamento de Enfermería, enfermeras jefes de servicios, enfermeras hospitalarias, enfermeras auxiliares y ayudantes de Enfermería. Siendo responsabilidad de la Jefatura de Enfermería, revisar y generar como política de rotación de personal, la reingeniería del personal del Departamento cada año, para generar valor y habilidades en el recurso humano del Hospital y con la finalidad de ampliar el conocimiento, el cual permitirá el reforzamiento en áreas deficitarias.

Art. 175.- Para garantizar la atención con calidad y calidez que muestre los cuidados de Enfermería en prevención, curación y rehabilitación del paciente que demande atención del Hospital, será necesario que el personal de Enfermería, posea el perfil adecuado para desempeñar eficientemente sus funciones, siendo tales funciones de índole administrativo, técnico, educativo, investigativo entre otros.

Central de Equipos y Esterilización

Art. 176.- El Jefe de la Central de Esterilizaciones, será el responsable de supervisar y monitorear cada uno de los procesos en su Area, verificando el cumplimiento de las normas y lineamientos establecidos para cada Área.

La Central de Equipo y Esterilización será un servicio del Hospital que se encargará de: Obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar, guardar, controlar y distribuir el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental a los servicios existentes; en éste se realizará ensamble, corte y preparación del material de curación y ropa quirúrgica.

Unidad de Salud Mental

Art. 177.- El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas de unidades, integrará el componente de Salud Mental a cada una de las especialidades médicas y en los programas que se desarrollen en la atención a los usuarios del Hospital, garantizando la atención en salud mental en cada uno de los grupos de apoyo, Unidad de Emergencias y servicios de hospitalización, con el fin de desarrollar la Normativa de Salud Mental, en cuanto a prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente; además de integrar las redes interinstitucionales que permitan unificar acciones encaminadas a defender los derechos de los grupos más vulnerables como son: Niños/as, adolescentes y adultos mayores.

Art. 178.- La Jefatura de Salud Mental del Hospital, deberá desarrollar jornadas y capacitaciones en salud mental para los diversos departamentos y servicios del Hospital, a fin de coadyuvar en la salud mental del recurso humano intrainstitucional que le permita un mejor desempeño de sus funciones, cultivando un clima laboral agradable.

Documento Derogado

Estadística y Documentos Médicos

Art. 179.- El Departamento de Estadística y Documentos Médicos, será una estructura de apoyo técnico dentro del Hospital, responsable de la apertura, mantenimiento y conservación de los expedientes clínicos de los pacientes que se atiendan; así como también, responsable del procesamiento de la información estadística sobre producción de servicios de salud, rendimiento, recursos y otras estadísticas que apoyen significativamente la toma de decisiones; estará bajo la responsabilidad del Jefe de Estadística y Documentos Médicos, quien deberá supervisar y monitorear a través de la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, los procesos y programas relativos a las citas concertadas y a otros procesos de su Área, verificando el cumplimiento de las normas y lineamientos establecidos para el Departamento de Estadística y Documentos Médicos, el cual dependerá jerárquicamente del Jefe de la División Médica.

Art. 180.- La Jefatura y el Personal de Estadística y Documentos Médicos del Hospital, deberá mantener el archivo pasivo, organizado y ordenado para su utilización, según el tiempo indicado en la Normativa para Departamentos de Estadísticas y Documentos Médicos.

Art. 181.- La Jefatura y el Personal de Estadística y Documentos Médicos del Hospital, deberán revisar la información consignada en la ficha médica individual de nacimiento, asegurándose que le sean entregadas dos copias: Una para el Libro de Registros de Nacimientos del Hospital y la otra para la carpeta denominada "Registros de Nacimiento/Registro del Estado Familiar, que se remitirá con el informe mensual a la Alcaldía del domicilio del usuario.

Médicos Residentes

Art. 182.- Los médicos residentes del Hospital, dependerán jerárquicamente del Médico Jefe de Residentes, serán responsables de dar atención médica permanente y continúa, cumpliendo con las funciones que le asigne el Jefe del Departamento o Servicio respectivo, funciones que deberán estar claramente definidas en el Manual de Funciones del Departamento o Servicio y se clasificarán en médicos residentes becarios y médicos residentes ad honoren.

Art. 183.- Los médicos residentes, deberán cumplir con los procesos y procedimientos, guías y protocolos de atención clínica para todas aquellas patologías en las que se dispongan de ellos, según su Área; además de lo especificado en el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y lo normado en acuerdo No. 430, Norma para la ejecución de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, publicado en Diario oficial Tomo No. 384, de fecha 25 de Septiembre de 2009.

Servicios de Diagnóstico y Apoyo

Art. 184.- Los jefes de servicios auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital, serán los responsables de: Planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnicas administrativas, docentes del servicio; así como también, del resguardo y control de inventarios de los insumos de cada Área.

Documento Derogado

Serán unidades productoras de servicios de salud que funcionen independientemente y que brinden servicios complementarios o auxiliares de la atención médica y tendrán por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de problemas clínicos; estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital; estos servicios podrán ser: Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Farmacia, Radiología, Fisioterapia, Anatomía Patológica y Trabajo Social.

Laboratorio Clínico

Art. 185.- El Jefe de Laboratorio Clínico, será el responsable de supervisar y monitorear cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada área interna. Dicho servicio será el encargado de realizar los exámenes de los productos orgánicos: Sangre, secreciones, exudados, trasudados, etc., que fueren requeridos por los servicios clínicos del hospital.

El Laboratorio Clínico de acuerdo a la complejidad, capacidad y recursos, podrá contar fundamentalmente con las secciones siguientes: **a)** Hematología, **b)** Bioquímica, **c)** Microbiología, **d)** Parasitología, **e)** Uro análisis, **f)** Química Clínica, **g)** Inmunología e Inmuno Hematología y **h)** Preparación, Esterilización de Materiales, Reactivos y otros.

Art. 186.- La Jefatura y coordinadores del Laboratorio Clínico del Hospital, deberán divulgar y posteriormente monitorear el cumplimiento de la Normativa para la toma, manejo y envío de muestras al Laboratorio; así como también, el debido cumplimiento a las normas de bioseguridad, para garantizar la utilización óptima de los recursos disponibles y evitar desperdicios; así mismo para proteger la salud del personal de dicha Área.

Banco de Sangre

Art. 187.- La Jefatura del Banco de Sangre del Hospital, será el responsable de supervisar y monitorear cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada área interna. Tendrá a su cargo la recolección, clasificación, almacenamiento y aplicación de la sangre y sus derivados, teniendo la responsabilidad de que el personal técnico cumpla con las normativas establecidas en el Manual de Bioseguridad.

Art. 188.- La sangre y sus productos obtenidos de los donantes, serán propiedad del Hospital y su empleo se sujetará a las normas del mismo.

La solicitud de sangre y derivados para administración a los pacientes, deberán ser llenadas por el Médico responsable, utilizando el formulario establecido e indicando la urgencia del caso; para aplicar la transfusión sanguínea a los pacientes se hará previo análisis clínico de la sangre del mismo y según normas establecidas.

Se prohíbe la compra de sangre con fines lucrativos, la venta de la que hubiere sido donada o la práctica de la plasmaféresis y la exportación de sangre, plasma o sus derivados.

Documento Derogado

Art. 189.- El Banco de Sangre del Hospital, recibirá donantes para reposición de sangre, procedentes de familiares y/ o amigos de pacientes que se sometan a cirugías electivas.

Todo paciente para cirugía electiva, deberá presentar al Banco de Sangre del Hospital dos donantes para reposición de sangre, que serán aceptados luego del análisis clínico correspondiente.

Campañas de Donación Altruista

Art. 190.- La Jefatura del Banco de Sangre, elaborará el Programa de Hemodonaciones, coordinando campañas promocionales para motivar la donación altruista; dicha programación deberá incluir las instituciones en donde se realicen las campañas, fechas de realización, requerimientos del Hospital, recurso humano, material y reactivo.

Selección de Donantes y Compatibilidad

Art. 191.- Para la selección de donantes y compatibilidad, se deberá mantener el control en la entrevista, tamizaje, descarte de unidades reactivas o indeterminadas y se motivará a que el donante sea honesto en sus respuestas; para la compatibilidad se deberá realizar tipeo inverso, corroboración del fenotipo antes de la transfusión, aplicando controles de calidad a los reactivos usados en fenotipificación. Además se mantendrán las medidas de bioseguridad propias a empleados del Banco de Sangre para la seguridad y salud ocupacional del mismo.

Farmacia

Art. 192.- La Jefatura de Farmacia del Hospital será responsable de supervisar y monitorear los procesos de su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para la misma; además de consolidar la información relacionada con todo el trabajo realizado en la Farmacia. Dicho servicio será el encargado de la recepción de medicamentos procedentes del Almacén, para posteriormente generar su propio registro, almacenamiento, custodia, control en kárdex y distribución de tales medicamentos a los servicios de internación; así como también al paciente ambulatorio, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos.

El Jefe de Farmacia se encargará de proporcionar información adecuada sobre uso y manejo de los medicamentos, facilitando datos útiles cada mes, como existencias y consumos a los diferentes niveles de Gerencia Operativa responsables del suministro de medicamentos, que servirá para la toma de decisiones. Esta Área dependerá jerárquicamente del Jefe de la División de Diagnóstico y Apoyo.

Normas para la Administración de Medicamentos

Art. 193.- Las Normas sobre Administración de Medicamentos en la Farmacia del Hospital, estarán constituidas por el conjunto de principios y métodos, que se aplicarán a la administración de los medicamentos a favor de los pacientes.

El Sistema de utilización de medicamentos incluye: Procesos de selección, prescripción, validación, dispensación, administración, supervisión y seguimiento.

Documento Derogado

Prescripción

Art. 194.- La Dirección del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de prescripción:

a) Asegurarse de la identificación del paciente y de la Unidad de hospitalización;
b) Indagar si hay alergia medicamentosa conocida;
c) Escribir de forma clara, legible y sin abreviaturas los nombres genéricos de los medicamentos, dosis, frecuencia y vía de administración, tanto en el expediente como en la receta, ubicándolos con una distancia significativa;
d) No sobrescribir un cambio de dosis, frecuencia o vía, cuando se trate del mismo medicamento. Deberá escribirse nuevamente, anulando la anterior;
e) Firmar la prescripción;
f) Indicar día y hora de prescripción; y
g) Realizar las prescripciones en el horario establecido, a excepción de medicamentos de urgencia.

Transcripción

Art. 195.- La Dirección del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de trascripción:

a) Asegurarse de la identificación correcta del paciente, antes de transcribir la indicación médica a la receta;

b) Verificar si existe alguna alergia medicamentosa y escribirla en la tarjeta de tratamiento;

c) Verificar dosis máxima, interacciones, dilución, velocidad de infusión, etc.; y

d) Confirmar cualquier duda con el prescriptor.

Dispensación

Art. 196.- La Dirección del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de dispensación:

a) Verificar que el medicamento a dispensar sea el prescripto en la receta y en el expediente;
b) Utilización de cálculo de dosis o doble control del cálculo de dosis, en el servicio de Farmacia.

Administración

Art. 197.- La Dirección del Hospital, en conjunto con la Jefatura de farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas para la administración de medicamentos:

a) Revisar diariamente la prescripción médica y la hoja de administración de cuidados de Enfermería y confrontar que sean coincidentes;
b) Efectuar doble control de los cálculos;

Documento Derogado

c) Leer viñeta del fármaco para verificar fecha de vencimiento y vía de administración;
d) Preparar la medicación y administrarla de forma individualizada, sin acumular preparaciones de varios pacientes;
e) Asegurarse de la identificación del paciente antes de administrar la medicación;
f) No registrar la administración antes de haberla realizado;
g) Respetar la dilución recomendada y la velocidad de administración de los medicamentos endovenoso;
h) Devolver al servicio de Farmacia los medicamentos que no se hallan administrado; y
i) Escuchar al paciente si cuestiona la administración de un fármaco

Radiología

Art. 198.- La Jefatura de Radiología del Hospital, será responsable de la provisión, monitoreo y control de los insumos, placas y medios de contraste para la toma de los diferentes exámenes y dependerá del Jefe de la División de Diagnóstico y Apoyo.

Art. 199.- La Unidad de Radiología, será la especialidad médica que tendrá como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental las imágenes y datos funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía. Comprenderá el conocimiento, desarrollo, realización e interpretación de las técnicas diagnosticas y terapéuticas englobadas en el llamado "Diagnóstico por imagen". La Unidad de Radiología deberá elaborar y mantener su propia política de rotación de personal, con la finalidad de cubrir las 24 horas del día y evitar imprevistos; También deberá mantener y cumplir con las medidas del Manual de Bioseguridad para su área, evitando la contaminación con sangre y secreciones y previendo enfermedades por contagio como medida de seguridad y salud ocupacional.

Art. 200.- El Jefe de la División de Diagnóstico, en coordinación con el Jefe de la División Médica del Hospital, deberá mantener el listado de los médicos autorizados para indicar estudios de TAC, PEV, ENEMA BARRIADO, CEPRES y Angioplastia, TDS, regulando con ello tales procedimientos y evitando así, la indicación de estudios innecesarios o indicados más de una vez, con la finalidad de garantizar la satisfacción del paciente y la economía en el uso de los recursos.

Fisioterapia

Art. 201.- La Jefatura de Fisioterapia del Hospital, será responsable de supervisar y monitorear cada uno de los procesos en su Área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para dicha Área y dependerá del Jefe de la División de Diagnóstico y Apoyo.

El Departamento de Fisioterapia, será el responsable de la rehabilitación del paciente ambulatorio y hospitalizado, con patologías motoras y con atención respiratoria; para ésto trabajarán básicamente las siguientes áreas: Terapia física, Fisioterapia, Hidroterapia y Terapia Respiratoria.

Art. 202.- Los aditamentos entregados a pacientes en calidad de depósito, deberán ser devueltos al Hospital según lo indicado en el formulario establecido para tal fin, el Departamento de Fisioterapia, deberá contar con los lineamientos debidamente aprobados para tal situación; también deberá levantar inventario físico anualmente y registrar en tarjetas

Documento Derogado

kárdex la entrada y salida para efectos de conciliación, elaborando acta por los aditamentos deteriorados y/o declarados en desuso para el descargo correspondiente, todo lo anterior considerando el valor y vida útil, según lo establecido legalmente.

Anatomía Patológica

Art. 203.- La Anatomía Patológica se ejecutará en el Hospital, según su capacidad instalada y realizará autopsias a los fallecidos en el establecimiento y a solicitud de los tribunales que conformen el Órgano Judicial, de acuerdo a los convenios establecidos.

El Departamento de Anatomía Patológica, brindará los servicios siguientes:

1. **Servicio de Citología**: Será el encargado de la recepción, registro, coloración y lectura de citologías de las unidades de salud de la Zona Occidental;

2. **Servicio Quirúrgicos:** Recibirá, registrará, tallará, procesará, coloreará y diagnosticará todas las biopsias del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana y las referidas por los 4 hospitales restantes de la Zona Occidental;

3. **Servicio de Autopsias:** Recibirá, eviscerará, disecará, diagnosticará y presentará las investigaciones sobre la muerte de un determinado paciente del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana y las referencias de los 4 hospitales restantes de la Zona Occidental;

4. **Servicio Administrativo:** Elaborará reportes de citologías, biopsias y autopsias; elaborará y enviará informes y reportes, secretaría y limpieza.

5. **Servicio de Sección Técnica:** Recibirá y registrará biopsias, participará en la talla, autopsias, biopsias por congelación, procesado, corte, coloración y montaje de las biopsias.

6. Los informes de autopsias y biopsias, deberán consignarse por escrito y serán anexados al expediente clínico.

Documento Derogado

Servicios de Apoyo

Art. 204.- Los Servicios de Apoyo del Hospital, serán las unidades que funcionen independientemente y que brinden servicios complementarios o auxiliares de la atención médica y tendrá por finalidad coadyuvar a brindar una mejor atención al paciente ambulatorio y hospitalizado, los servicios de apoyo serán: Trabajo Social/Atención al Usuario, Alimentación y Dietas, Estadística y Documentos Médicos.

Los jefes de Servicio de Apoyo, velarán por el cumplimiento de los planes de trabajo y que cada Área cuente con los insumos, equipos e instrumentos médicos que como mínimo se deberá contar para poder proporcionar el servicio encomendado.

Trabajo Social

Art. 205.- La Jefatura de Trabajo Social del Hospital, será la responsable de supervisar la atención a los problemas médico sociales del paciente, brindando orientación a la familia sobre la situación del mismo y otras actividades que la Dirección le encomiende.

El Departamento de Trabajo Social, será responsable de brindar apoyo e información a los usuarios de los servicios ambulatorios y a los de internación del Hospital.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 206.- El Director del Hospital, deberá aplicar procedimientos y políticas establecidas para la autorización y aprobación de procesos administrativos y técnicos. Para el cumplimiento de esta Normativa, será necesario aplicar las leyes y demás normativas existentes.

Art. 207.- Las divisiones, departamentos, servicios, comités y unidades del Hospital, deberán contar con los manuales Técnico–Administrativos, siendo: Manual de Organización y Funciones, Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de inducción y Bienvenida, entre otros, necesarios para el normal funcionamiento y serán autorizados por el Director del Hospital.

Art. 208.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas y los comités del Hospital, deberán elaborar cada año, en coordinación con su equipo de trabajo el Documento de Valoración de Riesgos, Plan Anual Operativo y otros que coadyuven al normal funcionamiento de sus unidades, los cuales serán revisados y posteriormente aprobados por el Director del Hospital.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 209.- El Director del Hospital y demás jefaturas, deberán contar con políticas y procedimientos sobre el diseño y uso de documentos institucionales, que contribuyan en la anotación adecuada de las transacciones y hechos significativos que se realicen, estos documentos deberán contar con un Sistema de Control concernientes a la emisión, custodia y manejo de los mismos, sobre los comprobantes como formularios y cualquier documento significativo que registre operaciones financieras o administrativas.

Definición de Políticas y Procedimientos de Conciliaciones Periódicas de Registros

Art. 210.- El Director del Hospital y demás jefaturas, conciliarán periódicamente los registros que se manejen en los diferentes departamentos y unidades, para verificar su exactitud, determinar y enmendar errores y omisiones, sobre información relacionada que contribuya a la gestión propia de cada uno, entre éstos se destacan todos los controles administrativos.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal

Art. 211.- El Director, jefes de División y demás jefaturas del Hospital, deberán elaborar documentalmente y de forma sistemática, la rotación del personal que se desempeñe en funciones afines dentro del Hospital, brindando con ello, una seguridad relativa, ya que la rotación de personal suministra parámetros de eficiencia, mediante la comparación del

Documento Derogado

desempeño de empleados distintos en la misma tarea o actividad, lo cual permitirá identificar con claridad las habilidades personales de cada empleado y así, asignarles las tareas que mejor desempeñen.

La rotación de personal deberá considerarse como un mecanismo de capacitación, ya que el empleado desarrollará actividades diferentes y estará en contacto con las diversas etapas del proceso organizativo de las unidades; de tal forma, que comprenderá mejor su participación en el logro de los objetivos. Las áreas en las cuales se podrá generar rotación de personal serán aquellas en las que la naturaleza de las funciones permita efectuarla, tomando en consideración las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes.

Art. 212.- La rotación de personal con funciones afines, podrá darse de forma anual, previo análisis de las unidades organizativas que se considere con funciones similares y también se efectuará en casos especiales en cualquier período del año, cuando el Titular del Hospital lo considere conveniente. Las unidades organizativas que documentarán su Política de Rotación de Personal en el Hospital serán:

División Médica:

a) Enfermería; y
b) Anestesiología.

División de Diagnóstico y Apoyo:

a) Farmacia;
b) Laboratorio Clínico;
c) Radiología;
d) Banco de Sangre; y
e) Trabajo Social.

División Administrativa:

a) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI);
b) Recursos Humanos;
c) Lavandería y Ropería;
d) Alimentación y Dietas;
e) Servicios Generales;
f) Vigilancia;
g) Personal con Funciones Secretariales; y
h) Personal Auxiliar de Servicios y Ordenanzas.

Todas las jefaturas de las unidades organizativas descritas, deberán elaborar y presentar en documento su Política y Procedimiento sobre Rotación Sistemática de Personal, ante la Dirección del Hospital, para su revisión y posterior aprobación; así mismo también, deberán incluir las excepciones de su Área, en consideración a servicios y cuidados especiales, los cuales podrán rotarse solamente si se dispone del tiempo y los recursos necesarios para la capacitación previa a la rotación.

Documento Derogado

Será responsabilidad de cada Jefatura de unidades, estimular la rotación del personal con el propósito de asegurar que los empleados incrementen la posibilidad de respuesta en la emergencia diaria y en los desastres.

Art. 213.- Todas las jefaturas de unidades organizativas, que documenten su política de rotación del personal, deberán establecer claramente los puestos que no rotarán, mismos que se analizarán y evaluarán previamente para demostrar que son casos especiales. Tales evaluaciones serán justificadas por el Jefe de la Unidad Organizativa y avaladas por el Titular del Hospital.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías o Cauciones

Art. 214.- Los funcionarios y empleados del Hospital, encargados de la recepción, control, custodia de valores o manejo de bienes de la institución, estarán obligados a rendir fianzas conforme lo establece el Art. 104, de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, Art. 2,086 Código Civil, Art. 1,539 y 1,540 Código de Comercio, Art. 115 Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (AFI) y demás normativas legales.

Atendiendo al Instructivo para el Rendimiento de Fianzas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS-UADRH-NO. 01-2009) los servidores públicos que deberán rendir fianza a nivel del Hospital Nacional serán:

a) Director del Hospital;

b) Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI);

c) Tesorero Institucional;

d) Contador Institucional;

e) Colectores, si los hubiere;

f) Encargado de Farmacia;

g) Encargados de Bodega, si los hubiere;

h) Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI);

i) Encargados de Despensas;

j) Encargado de Combustible;

k) Encargado de Fondo Circulante y Caja Chica;

l) Refrendarios;

m) Guardalmacén; y

n) Auxiliares de Almacén.

Todo acto cometido por servidores públicos, que conlleve al detrimento de fondos o bienes bajo su responsabilidad, deberá ser informado por el Jefe inmediato a la Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, para agilizar la gestión correspondiente ante la empresa afianzadora.

Documento Derogado

Responsabilidad de Controlar Pólizas

Art. 215.- Será responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos, buscar los mecanismos necesarios para la contratación de pólizas de seguros, como una medida de control interno, encaminada a la protección de bienes, siempre que los beneficios superen los costos de dichas contrataciones, en coordinación con la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

Garantías de Proveedores

Art. 216.- El Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) será el responsable de la solicitud de las respectivas garantías a los proveedores, apegadas a los lineamientos establecidos en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Pérdida por Extravío de Valores

Art. 217.- Los Jefes de las unidades organizativas y demás empleados del Hospital, serán responsables del cuido de los bienes que estén a su cargo; por lo tanto, en caso de daño o pérdida no justificada se procederá a la respectiva deducción de responsabilidades.

Definición de Políticas y Procedimientos de Controles Generales de los Sistemas de Información

Art. 218.- La Unidad de Informática del Hospital, será responsable de contar con los respaldos actualizados de la información que se genere en las diferentes unidades organizativas; además instalará software con sus respectivas licencias en los equipos de la Institución; así como también, la creación de usuarios, cuentas de correo electrónico, acceso a la navegación de Internet, previo a la autorización de la Administración.

Definición de Políticas y Procedimientos de Controles de Aplicación

Art. 219.- Las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con sistemas informáticos para el desarrollo de sus funciones, a fin de garantizar que la información sea oportuna y actualizada, que facilite la toma de decisiones.

CAPITULO IV
NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y COMUNICACION

Adecuación de los Sistemas de Información

Art. 220.- El Director del Hospital, deberá establecer y mantener líneas de comunicación con todos los niveles de la Institución, por lo que será indispensable utilizar terminología clara y uniforme de forma escrita; por lo que, entre las herramientas técnico-administrativas del Hospital, deberá contar con el Manual de Comunicaciones.

Procesos de Identificación, Registro y Recuperación de la Información

Art. 221.- La información institucional interna y externa, deberá ser monitoreada, identificada, analizada y distribuida a través de los procedimientos implementados, de acuerdo a la Normativa de cada Área de la Institución.

Documento Derogado

Características de la Información

Art. 222.- Cada Dependencia de la Institución, deberá contar con mecanismos y procedimientos de identificación, registro y recuperación de la información, tanto de eventos internos como externos, debidamente documentados; de tal manera que aseguren que la información que procesen sea confidencial, oportuna, suficiente y pertinente.

Archivo Institucional

Art. 223.- Cada Unidad Organizativa del Hospital, deberá poseer un archivo en su área de trabajo, con el objeto de preservar, resguardar y controlar la información, en virtud de su utilidad y requerimiento jurídico–legal y técnico.

La documentación que respalde todas las operaciones del Hospital, deberá ser archivada siguiendo un orden lógico, de fácil acceso y utilización.

CAPITULO V
NORMAS RELACIONADAS CON EL MONITOREO

Monitoreo sobre la Marcha

Art. 224.- El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas, deberán revisar y evaluar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Juan de Dios, del Departamento de Santa Ana en forma anual, a fin de identificar irregularidades e implementar acciones de control, mismas que se podrán incluir en la actualización de la Normativa Interna como reformas presentadas ante la Corte de Cuentas de la República, para su revisión y posterior publicación.

El Director y demás jefaturas del Hospital, vigilarán que cada Unidad Organizativa, ejerza control interno, previo y concurrente, que verifiquen la legalidad y veracidad de las operaciones para garantizar una transparente gestión institucional.

Art. 225.- Los jefes de División y jefaturas de unidades organizativas del Hospital, deberán monitorear periódicamente la ejecución de los planes anuales operativos, presentando los informes respectivos a cada nivel. Los jefes de División, presentarán informe ejecutivo ante la Dirección, consolidando la información sobre ejecución de los planes de las unidades organizativas bajo su responsabilidad; a efecto de identificar desviaciones y/o incumplimientos a corto plazo y poder implementar actividades que orienten las labores diarias hasta lograr los objetivos y metas propuestos; todo lo anterior en coordinación con los responsables asignados para cada proceso y según la medición realizada, utilizando los indicadores previamente establecidos para cada fin.

Art. 226.- Todas las jefaturas del Hospital, deberán monitorear los procesos y procedimientos de su Unidad organizativa, teniendo bien definidas en su Manual de funciones, lo encomendado a cada empleado; ésto permitirá identificar las áreas deficitarias e implementar acciones correctivas, a fin de garantizar el desempeño de las funciones encomendadas al personal, garantizando a su vez, la calidad en la atención al paciente.

Documento Derogado

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 227.- Los jefes o encargados de las distintas dependencias, deberán de verificar la efectividad del Sistema de Control Interno, aplicada en sus respectivas áreas de competencia, mediante evaluaciones que permitan corregir errores o reorientar acciones por lo menos una vez al año.

Los resultados de la evaluación de Control Interno, deberán documentarse e incluir las actividades que permitan corregir las debilidades detectadas.

Evaluaciones Separadas

Art. 228.- La Unidad de Auditoría Interna del Hospital, Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y la Corte de Cuentas de la República, deberán evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento del Sistema de Control Interno del Hospital.

Art. 229.- El Director del Hospital, por medio de las unidades de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, fortalecerá e implementará un modelo de supervisión facilitadora, mediante la aplicación de herramientas y estrategias adecuadas de mejora continua de la calidad, para la evaluación de procesos de las diferentes unidades organizativas.

Art. 230.- El Director, con el apoyo de la Unidad de Asesoría Técnica del Hospital, deberá evaluar periódicamente la ejecución del Plan Anual Operativo Institucional, a fin de identificar desviaciones y/o incumplimientos y establecer actividades de control que permitan reorientar las actividades con sus responsables para lograr los resultados esperados.

Art. 231.- Los jefes de las divisiones Médica, de Diagnóstico y Apoyo y Administrativa del Hospital, tendrán la responsabilidad de evaluar periódicamente los planes anuales operativos de las unidades organizativas a su cargo y presentarán el informe correspondiente ante la Dirección, con el afán de identificar desviaciones y/o incumplimientos e implementar actividades que permitan encausar a los responsables de las actividades establecidas para garantizar el logro de los resultados esperados.

Art. 232.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas, deberán mantener un archivo de los acontecimientos que ocurran con el personal bajo su responsabilidad, a efecto de tener documentación de soporte que permita la evaluación real cada semestre. También deberá mantener controles propios a sus actividades, que permitan lograr la ejecución de los planes operativos de su Unidad.

Comunicación de los Resultados del Monitoreo

Art. 233.- Los resultados o hallazgos de las actividades de monitoreo del Sistema de Control Interno, realizados por la Unidad de Auditoría Interna y por la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Hospital, deberán ser comunicados por escrito al Director del Hospital y demás jefaturas de las áreas involucradas.

Además, de los informes de la Unidad de Auditoría Interna, deberá enviarse una copia a la Corte de Cuentas de la República, para su respectivo análisis, seguimiento y evaluación.

Documento Derogado

CAPITULO VI
DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA

Art. 234.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, serán realizadas por el Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana, al menos cada dos años, considerando los resultados de las mismas evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas, practicadas al Sistema de Control Interno, esta labor estará a cargo de una Comisión, nombrada por el Director del Hospital. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 235.- El Director del Hospital, será responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas a sus funcionarios y empleados; así como, de la aplicación de las mismas.

Art. 236.- La presente Normativa entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, veintiséis de septiembre de dos mil once.

Dr. Marcos Gregorio Sánchez Trejo
Presidente de la Corte de Cuentas de la República

(Registro No. F012518)

Documento Derogado