REPUBLICA DE EL SALVADOR EN LA AMERICA CENTRAL

DIARIO OFICIAL

DIRECTOR INTERINO AD-HONOREM: Felipe Andrés Choto Matus

TOMO Nº 434 | SAN SALVADOR, MARTES 8 DE FEBRERO DE 2022 | NUMERO 27

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 EJECUTIVO

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

RAMO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Acuerdo No. 15-0158.- Se reconoce a la profesora Glenda Patricia Guardado Sánchez, como Directora del Centro Educativo privado denominado Colegio Católico "Kerygma"..... 3

Acuerdos Nos. 15-1007 y 15-1345.- Se reconoce la validez académica de estudios realizados en otro país..... 3-5

Acuerdo No. 15-1512.- Se autoriza al Instituto Especializado de Nivel Superior "Escuela Militar Capitán General Gerardo Barrios", actualización de Planes de Estudio..... 5

ORGANO JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdos Nos. 663-D, 1142-D, 1200-D y 1202-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas..... 6

INSTITUCIONES AUTÓNOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

Decreto No. 25.- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional El Salvador. 7-37

Pág.

ALCALDÍAS MUNICIPALES

Decreto No. 1.- Ordenanza Transitoria para el Pago de Tasas con Dispensa de Multas e Intereses Moratorios, del municipio de Santa Cruz Analquito, departamento de Cuscatlán..... 38

SECCION CARTELES OFICIALES

DE PRIMERA PUBLICACION

Aceptación de Herencia..... 39

Aviso de Inscripción..... 39

Herencia Yacente..... 39

DE SEGUNDA PUBLICACION

Aceptación de Herencia..... 40

DE TERCERA PUBLICACION

Aceptación de Herencia..... 40

Herencia Yacente..... 40

INSTITUCIONES AUTONOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

DECRETO No. 25

EL ORGANISMO DE DIRECCIÓN DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA,

CONSIDERANDO:

I. Que mediante Decreto No. 1, de fecha 16 de enero de 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno (NTCI).

II. Que el referido Reglamento se elaboró de conformidad al Marco Integrado de Control Interno COSO III, emitido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (conocido como COSO, por sus siglas en inglés).

III. Que según el artículo 62 del referido Decreto, cada Institución Pública elaborará un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE), según las necesidades, naturaleza y características particulares; el Art. 63 regula que dicho Proyecto deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

POR TANTO:

En uso de las facultades conferidas en el artículo 195, atribución 6ª 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 TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS

DEL HOSPITAL NACIONAL EL SALVADOR

CAPÍTULO PRELIMINAR

GENERALIDADES

Objeto y ámbito de aplicación

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, tienen por objeto constituir el marco regulatorio para el desarrollo de todas las actividades realizadas en el Hospital Nacional El Salvador, en adelante el "Hospital", las cuales serán de aplicación obligatoria en todas las unidades organizativas del Hospital y sus servidores.

El término el "Hospital" en las presentes Normas, se usará para referirse al Hospital Nacional El Salvador.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 2.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y actualización continua del Sistema de Control Interno, corresponde al director, subdirectores y jefes de División, según su competencia, todos realizarán las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno es el conjunto de procesos continuos e interrelacionados determinados por el director y demás jefaturas, diseñados para el control de las operaciones a su cargo, a fin de proporcionar seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales.

El control interno puede ser ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Los objetivos del Sistema de Control Interno son:

a. Lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones.

b. Garantizar la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de la información financiera, presupuestaria, de bienes o activos de la Institución.

c. Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico, aplicable como ejemplo, pero no las únicas leyes, reglamentos, decretos, lineamientos, instructivos u otros, conforme la estructura jerárquica de aplicación y disposiciones administrativas aplicables.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes del Sistema de Control Interno son: ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de supervisión, los cuales se desarrollarán e implementarán a través de los principios siguientes:

a. Entorno de control

Comprende las normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrollará el control interno del Hospital.

Principios:

1. Compromiso con la integridad y valores éticos.
2. Supervisión del Sistema de Control Interno.
3. Estructura, líneas de reporte o de comunicación, autoridad y responsabilidad.
4. Compromiso con la competencia del talento humano.
5. Cumplimiento de responsabilidades.

b. Evaluación de riesgos

Es un proceso dinámico e interactivo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos, considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el Hospital.

Principios:

1. Establecimiento o identificación de objetivos institucionales.
2. Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos.
3. Evaluación del riesgo de fraude.
4. Identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el Sistema de Control Interno.

c. Actividades de control

Son las acciones establecidas a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la Dirección, para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

1. Selección y desarrollo de actividades de control.
2. Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología.
3. Emisión de políticas y procedimientos de control interno.

d. Información y comunicación

La información permite al Hospital llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. La administración necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno. La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información.

Principios:

1. Información relevante y de calidad.
2. Comunicación interna.
3. Comunicación externa.

e. Actividades de supervisión

Constituyen las evaluaciones continuas e independientes, realizadas para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente.

Principios:

1. Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno.
2. Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno.

Seguridad razonable

Art. 6.- El Sistema de Control Interno proporcionará una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

CAPÍTULO I
ENTORNO DE CONTROL

Entorno de control

Art. 7.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores internos y externos, tales como: antecedentes del Hospital, principios y valores, innovaciones tecnológicas, leyes y regulaciones aplicables.

Comprende las normas, procesos y estructuras que conforman la base sobre la que se desarrolla el control interno en el Hospital para el cumplimiento de los objetivos, constituyendo la base para el funcionamiento de los demás componentes.

Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos

Compromiso con los principios y valores éticos

Art. 8.- El director, subdirectores y jefaturas en todos los niveles y dependencias del Hospital, demostrarán a través de sus actuaciones y conducta, la sujeción a la integridad y valores éticos, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Estándares de conducta

Art. 9.- Los estándares de conducta y valores éticos están definidos en el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, emitido y aprobado por el ministro y divulgado a todos los servidores de la entidad, para su cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

Seguimiento a desviaciones

Art. 10.- El director y todas las jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna, sobre las desviaciones a los estándares de conducta establecidos en la Ley de Ética Gubernamental, Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, Ley del Servicio Civil, Normas Técnicas de Control Interno Específicas y demás leyes, reglamentos y normas institucionales, mediante las acciones preventivas, correctivas o sancionatorias.

El seguimiento a los estándares de conducta se realizará de forma anual.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión

Art. 11.- El director, subdirectores y jefaturas de División, serán responsables de la supervisión del Sistema de Control Interno, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y necesidades del Hospital.

Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 12.- El director a través de las subdirecciones y jefes de División, evaluará periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema, revisando y actualizando los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse el logro de los objetivos institucionales; caso contrario, ordenará los ajustes correspondientes.

Art. 13.- El director a través de la Subdirección Administrativa y las jefaturas de División competentes, supervisará la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno de manera anual.

Principio 3: Estructura organizativa, líneas de reporte o de comunicación, autoridad y responsabilidad

Estructura organizativa

Art. 14.- El Hospital posee una estructura organizativa debidamente aprobada por su titular, para cumplir con los fines y objetivos, conformada por las unidades organizativas necesarias, según su naturaleza, complejidad y el marco legal aplicable.

Dicha estructura organizativa será evaluada de manera anual por parte de la Dirección y de considerarse necesario, se harán las respectivas modificaciones.

Establecimiento de funciones y competencias

Art. 15.- El director emitió el Manual de Organización y Funciones del Hospital El Salvador; además, de contar con el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud, Tomos I, II y III, que incluyen las líneas de autoridad y responsabilidad, el perfil y las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, los cuales son de estricto cumplimiento, a efecto de facilitar la supervisión y flujo de información.

Autoridad y responsabilidad

Art. 16.- El director debe delegar mediante Acuerdo, la autoridad y responsabilidad, asegurándose de la adecuada segregación de funciones en cada nivel de la estructura organizativa:

a. El director será el responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas anualmente y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.

b. Las jefaturas emitirán instrucciones escritas, para facilitar al personal el cumplimiento de sus responsabilidades.

c. El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión de:

   1. Estándares de conducta establecidos para el desempeño de sus funciones.
   2. Riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos institucionales inherentes a sus funciones.
   3. Actividades de control aplicables a sus funciones y competencias.
   4. Canales de comunicación.
   5. Actividades de supervisión existentes.

Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano

Establecimiento de políticas y prácticas

Art. 17.- Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomos I, II y III, y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deberán ser cumplidas por los servidores en el desempeño de sus funciones, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

La competencia consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas en temas relacionados a las funciones asignadas; los cuales deberán ser incorporados en el Plan Anual de Formación y Capacitaciones, a fin de que mejoren los procesos de la Institución y facilitar la obtención de certificaciones en áreas especializadas, que de acuerdo a las funciones asignadas sean requeridas.

Lo anterior, será manifiesto a través de las actitudes, conocimientos y comportamiento de los servidores públicos en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Evaluación de competencias

Art. 18.- El director a través del Departamento de Recursos Humanos, evaluará anualmente la competencia del talento humano, conforme lo establecido en el perfil del puesto y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

Desarrollo profesional

Art. 19.- El director facilitará que se brinde la capacitación necesaria para desarrollar las competencias profesionales del talento humano, según las funciones que desempeñe; lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos.

Será responsabilidad de las jefaturas de la Unidad de Desarrollo Profesional y del Departamento de Recursos Humanos, la elaboración del Plan Anual de Formación y Capacitaciones, de igual manera, el jefe del Departamento de Recursos Humanos deberá evaluar anualmente el cumplimiento de dicho Plan, remitiendo informe a la máxima autoridad.

Planes de contingencia

Art. 20.- El director a través de la Subdirección Administrativa y las jefaturas de División establecerá planes de contingencia para que los efectos de los riesgos identificados en el desempeño del talento humano, afecten lo menos posible la consecución de los objetivos, especialmente aquellos que sean de impacto y alta probabilidad de ocurrencia.

Dichos planes de contingencia deberán ser elaborados y evaluados anualmente, enviando informe a la Dirección, quien será responsable de dar seguimiento y garantizar su cumplimiento.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades

Responsabilidad sobre el control interno

Art. 21.- El director designará por escrito las responsabilidades al talento humano idóneo y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno.

El director como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno, a través de las subdirecciones y jefaturas de División, deberá efectuar una evaluación anual del cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura del Hospital, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos.

Evaluación del desempeño

Art. 22.- El director a través del jefe del Departamento de Recursos Humanos, establecerá y aplicará semestralmente evaluaciones del desempeño al talento humano en forma sistemática, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos del Hospital. Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que permitan fortalecer las capacidades del talento humano o ejercer medidas disciplinarias necesarias.

Establecimiento de la Unidad de Auditoría Interna

Art. 23.- El director deberá garantizar el establecimiento y funcionamiento de la Unidad de Auditoría Interna, la cual ejercerá una función independiente dentro de la Institución. La Unidad de Auditoría Interna estará bajo la dependencia directa del director del Hospital. Será responsabilidad del director, velar porque dicha Unidad formule y ejecute un Plan Anual de Auditoría y que sea remitido oportunamente a la Corte de Cuentas de la República, en forma anual.

El jefe de la Unidad de Auditoría Interna deberá remitir cada uno de los informes de las auditorías realizadas, a la Corte de Cuentas de la República.

Esta Unidad estará regulada por el Reglamento que contiene las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

CAPÍTULO II

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de riesgos

Art. 24.- Es un proceso dinámico e interactivo, para identificar y evaluar los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el Hospital.

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales

Objetivos institucionales

Art. 25.- El director, subdirectores y jefes de División, han definido en el Plan Anual Operativo Hospitalario, los objetivos institucionales con suficiente claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que son consistentes con la misión y visión institucional.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se han considerado al menos los siguientes aspectos:

a. Alineación de los objetivos establecidos con las prioridades estratégicas por el Ministerio de Salud.

b. Determinación de la tolerancia para cada nivel de riesgo asociado con los objetivos.

c. Armonización de los objetivos establecidos con la normativa aplicable.

d. Establecimiento de los objetivos en términos específicos, medibles, observables, realizables y relevantes.

e. Objetivos relacionados con los diferentes niveles de la organización.

Objetivos operacionales

Art. 26.- Las jefaturas de División, Departamento, Sección, Unidad y servicios, deberán elaborar el Plan Anual Operativo que contiene las metas y actividades de cada unidad organizativa, en función de los objetivos institucionales.

El Plan Anual Operativo de cada dependencia, deberá ser elaborado en base a los lineamientos que elabore el jefe de la Unidad de Planificación Institucional, y será verificado y validado por las subdirecciones y jefes de División, que posteriormente remitirán a la Dirección y a la Unidad de Planificación.

Principio 7: Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos

Riesgos

Art. 27.- Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, anualmente son identificados y analizados, elaborando las respectivas Matrices de Valoración de Riesgos, para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto.

Gestión de riesgos

Art. 28.- Los riesgos se gestionan considerando los aspectos siguientes:

a. Identificación de riesgos.

b. Análisis de riesgos.

c. Determinación e implementación de acciones para mitigar su impacto.

Los responsables de la gestión de riesgos en el Hospital, serán los jefes de División, las subdirecciones y la Dirección.

Identificación de riesgos

Art. 29.- El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se considerarán las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos son generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto del Hospital (riesgos externos).

Los riesgos internos que podrían afectar al Hospital se pueden generar en áreas como:

a. Infraestructura.

b. Estructura organizativa.

c. Talento humano.

d. Acceso y uso de bienes.

e. Tecnologías de información y comunicación.

f. Medio ambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

a. Presupuestarios.

b. Medio ambientales.

c. Regulatorios.

d. Globales o regionales.

e. Políticos y sociales.

f. Tecnológicos.

Será responsabilidad de cada jefatura la identificación de los riesgos en la dependencia bajo su cargo, elaborando anualmente las respectivas matrices de valoración de riesgo, las cuales deberán ser remitidas a las jefaturas de División y subdirecciones del Hospital.

Análisis de riesgos

Art. 30.- Todas las jefaturas de los diversos niveles hospitalarios, efectuarán el análisis de riesgo anual después de identificarlos, tanto a nivel del Hospital como del entorno próximo y remoto. Este proceso incluye la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

En ese proceso se estima la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar su impacto en el cumplimiento de los objetivos. Esta estimación comprende dos variables: probabilidad e impacto. Con estas consideraciones se puede construir una matriz de riesgos para determinar los riesgos prioritarios.

La importancia de cada riesgo en su control interno, se basa en la probabilidad de ocurrencia y en el impacto que puede causar en el Hospital.

El impacto se refiere a: pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de información del Hospital, entre otros.

El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos.

La probabilidad es la posibilidad de que ocurra un incidente o evento, puede estimarse en base a su frecuencia histórica.

La exposición al riesgo, es el producto de multiplicar el impacto por la probabilidad.

El análisis de riesgo se efectuará de manera anual, siendo responsabilidad de las subdirecciones y jefaturas de División del Hospital, quienes deberán remitir a la máxima autoridad las respectivas matrices, conteniendo dichos análisis.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 31.- Analizados los riesgos, el director y las jefaturas del Hospital definirán las acciones para su administración y mitigación. Será necesario establecer un nivel de tolerancia al riesgo, para proporcionar a la administración la seguridad razonable del cumplimiento de los objetivos del Hospital.

Dicha actividad será responsabilidad de todas las jefaturas del Hospital y se realizará en forma anual, elaborándose un documento de evaluación de las acciones implementadas para mitigar los riesgos; subdirectores y jefes de División deberán elaborar un consolidado, a fin de remitirlo a la Dirección.

Principio 8: Evaluación de riesgo de fraude

Riesgo de fraude

Art. 32.- El director al evaluar anualmente los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos. Para este fin, deberá considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios y otros interesados.

El director elaborará un informe de la evaluación anual de riesgo de fraude, que será remitido al director nacional de hospitales.

Principio 9: Identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el Sistema de Control Interno

Cambios que afectan el Sistema de Control Interno

Art. 33.- El director a través de las subdirecciones y jefaturas de División, identifica, analiza y evalúa de forma anual los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso es desarrollado paralelamente a la evaluación de riesgos, estableciendo los controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos del Hospital, los cuales podrían referirse a lo siguiente:

a. Ambiente externo.

b. Medioambiente.

c. Asignación de nuevas funciones al Hospital o al personal.

d. Adquisiciones, permutas y ventas de activos.

e. Cambios en las leyes y disposiciones aplicables.

f. Cambios en el liderazgo, la administración, actitudes y filosofía.

g. Nuevas tecnologías de información y comunicación.

Por lo tanto, se emitirá por parte de cada subdirector y jefes de División, un informe conteniendo dicho análisis, el cual será remitido a la Dirección.

CAPÍTULO III

ACTIVIDADES DE CONTROL

Actividades de control

Art. 34.- Las actividades de control son las medidas establecidas por el director y las jefaturas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las acciones necesarias para mitigar los riesgos, con impacto potencial en los objetivos del Hospital.

Al establecer medidas de control se deberá tomar en cuenta que, el costo de su implementación no debe superar el beneficio esperado.

Los controles establecidos permiten:

a. Prevenir la ocurrencia del riesgo.

b. Minimizar el impacto o las consecuencias de los riesgos.

c. Restablecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno, en el menor tiempo posible.

Principio 10: Selección y desarrollo de las actividades de control

Selección y desarrollo de actividades de control

Art. 35.- El director y las jefaturas seleccionarán e implementarán en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuirán a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia en la consecución de los objetivos.

Las actividades de control incluyen, controles manuales y automatizados. El control previo y concurrente, es desarrollado por los servidores responsables de las operaciones y el control interno posterior, está a cargo de la auditoría interna y externa.

Factores que Influyen en el diseño e implementación

Art. 36.- Los factores que influyen en el diseño e implementación de las actividades de control establecidas para apoyar el Sistema de Control Interno del Hospital, son:

a. El ambiente y complejidad del Hospital.

b. La naturaleza y alcance de sus operaciones.

c. Estructura organizativa.

d. Sistemas de información.

e. Infraestructura tecnológica.

Procesos relevantes

Art. 37.- El director y las jefaturas definirán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos del Hospital.

Los controles están orientados a:

a. Lograr eficiencia, economía, efectividad y transparencia de las operaciones.

b. Confiabilidad, pertinencia y oportunidad de todo tipo de información.

c. Cumplimiento de las leyes: Ley del Servicio Civil, Ley Orgánica de Administración Financiera, Ley de Procedimientos Administrativos y Ley de Ética Gubernamental.

d. Reglamentos: Reglamento General de Hospitales, Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

e. Disposiciones administrativas: Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional El Salvador, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud, Tomo I, II y III.

f. Otras regulaciones aplicables: Normas Técnicas de Control Interno Específicas, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, Código de Salud, entre otras.

Diversidad de controles

Art. 38.- Las actividades de control incluyen una diversidad de controles aplicables a los procesos, algunos se relacionan solamente con un área específica y otros son de aplicación general. Los controles pueden ser: preventivos, de detección y correctivos, siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

Tipo de actividades de control

Art. 39.- La dirección a través de las jefaturas de las diversas áreas, implementarán actividades de control, las cuales pueden ser:

a. Autorizaciones y aprobaciones.

b. Verificaciones.

c. Administración de fondos y bienes.

d. Revisión de informes.

e. Comprobación de datos.

f. Controles físicos.

g. Rendición de fianzas.

h. Indicadores de gestión.

i. Asistencia y permanencia de personal.

j. Documentación de actividades.

k. Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.

l. Conciliaciones.

m. Rotación de personal.

n. Función de auditoría interna independiente.

o. Planes de contingencia.

p. Informes de resultados.

q. Uso de tecnologías de información y comunicación.

Rendición de fianza

Art. 40.- Los funcionarios y empleados del Hospital, encargados de la recepción, control, custodia e inversión de fondos o valores públicos, o del manejo de bienes públicos, estarán obligados a rendir fianza a favor del Hospital, de acuerdo con la Ley de la Corte de Cuentas de la República, para responder por el fiel cumplimiento de sus funciones.

Los cargos que dentro del Hospital rendirán fianza son los siguientes:

a. Asesor de medicamentos.

b. Asesor de suministros.

c. Auxiliares de farmacia.

d. Contador.

e. Director.

f. Encargado de caja chica.

g. Encargado de combustible.

h. Encargado de fondo circulante.

i. Guardalmacenes.

j. Jefe de almacenes.

k. Jefe de farmacia.

l. Jefe de servicios generales.

m. Jefe del Departamento de Alimentación.

n. Jefe del Departamento de Mantenimiento.

o. Jefe Subdirección Administrativa.

p. Jefe UACI.

q. Jefe UFI.

r. Refrendarios de cheques.

s. Subjefe de farmacia.

t. Tesorero.

Unidad financiera institucional

Art. 41.- La Unidad Financiera Institucional dependerá directamente del titular de la Institución y será responsable de la gestión financiera, de acuerdo a lo regulado en la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Estado y su Reglamento. Ésta incluirá la realización de las actividades relacionadas a las áreas de: Presupuesto, Tesorería y Contabilidad.

Art. 42.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional, supervisará los procedimientos vigentes para registrar las operaciones financieras en la aplicación del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), de acuerdo con los lineamientos y disposiciones legales establecidas por el Ministerio de Hacienda.

Art. 43.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional será el responsable de la aplicación a lo establecido en el Art. 15, de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado; así como también, del resguardo y adecuado manejo de facturas.

Presupuesto

Art. 44.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional será responsable de elaborar el Presupuesto Anual Institucional, de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, para ser presentado y aprobado, La Dirección conformará un Comité Técnico de Gestión del Presupuesto, para establecer un Presupuesto Operativo, que servirá de base para la formulación del Presupuesto Anual Institucional.

Art. 45.- La ejecución presupuestaria comprenderá los principios técnicos, métodos y procedimientos empleados en las diferentes etapas o fases que integren el proceso, orientando los recursos disponibles del presupuesto aprobado.

Para la ejecución presupuestaria se deberá hacer cumplir lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Art. 46.- El técnico de la Unidad Financiera Institucional, con funciones de encargado de presupuesto, será responsable de llevar control de los fondos asignados a la Institución (Fondo general, recursos propios y otros si fueren asignados por el nivel central); de tal manera que, las erogaciones que se realicen correspondan a lo presupuestado; asimismo, coordinará con el jefe de la Unidad Financiera Institucional (servicios básicos), jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (bienes y servicios) y jefe de Recursos Humanos (salarios y/o honorarios), para la elaboración de la Programación de la Ejecución Presupuestaria (PEP), tomando en cuenta los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, para su posterior registro en el subsistema de presupuesto del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Tesorería

Art. 47.- La gestión de Tesorería comprenderá la recepción, depósito, pago y registro de los recursos financieros; estará a cargo del tesorero institucional, quien tomará las acciones necesarias para garantizar el manejo eficiente y transparente de los mismos, y se regirá por la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero Integrado. Las cuentas bancarias institucionales serán respaldadas con una firma principal del tesorero y cualquiera de los refrendarios autorizados, siendo éstos últimos, ajenos a la Unidad Financiera Institucional.

Art. 48.- El tesorero institucional será responsable de gestionar la recuperación oportuna de reintegros de terceros cuando sea requerido. En lo relacionado al pago de remuneraciones, será el jefe de Recursos Humanos el responsable de realizar el cálculo y gestionar el reintegro para su posterior traslado al tesorero institucional.

Art. 49.- El tesorero y el contador del Hospital, previo a ingresar y registrar cualquier obligación en los diferentes subsistemas del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), deberán verificar que la documentación cumpla con los requisitos de ley vigentes; además, del compromiso presupuestario.

Art. 50.- El tesorero emitirá los cheques o realizará abono a cuenta, a nombre del beneficiario que proporcione el bien o servicio, respaldado por el quedan o documento de compromiso de pago. No se firmarán cheques en blanco o realizarán transferencias electrónicas a cuenta, a nombre de personas naturales o jurídicas diferentes a las que haya suministrado los bienes o servicios a la Institución (a excepción que exista un documento legal "notariado" de representación o poder otorgado). Las firmas en los cheques emitidos, serán estampadas manualmente.

Art. 51.- Todos los valores en efectivo y cheques que sean recaudados de manera íntegra en la Tesorería, deberán ser depositados en la Institución bancaria designada por el Hospital, en un lapso no mayor de veinticuatro horas (días hábiles) y estará respaldada por la respectiva documentación.

Refrendarios de cheques

Art. 52.- A solicitud del jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), la Dirección deberá nombrar y autorizar mediante acuerdo interno, a los funcionarios responsables de refrenda de cheques. Este acuerdo deberá notificarse de forma oportuna a las instituciones bancarias involucradas, para proceder al registro de las firmas respectivas.

Fondo circulante de monto Fijo

Art. 53.- El Hospital creará el Fondo Circulante de Monto Fijo, cumpliendo con lo establecido en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y será aperturado de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

Los encargados de los fondos circulantes de monto fijo, serán responsables del manejo, registro y control de los recursos asignados para la operación de dichos fondos; para lo cual deberá establecer y mantener un adecuado control sobre el uso de formularios y cheques; así como, la custodia del efectivo en caja.

Art. 54.- El Fondo Circulante de Monto Fijo se creará mediante acuerdo y/o se podrá crear una caja chica, la cual dependerá del Fondo antes mencionado, y su manejo se hará a través de cuenta corriente, según su naturaleza y se utilizará específicamente para erogaciones de carácter urgente, de conformidad al Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado.

Art. 55.- El encargado del Fondo podrá solicitar el reintegro de los recursos en el momento que lo estime necesario, asegurándose que éste se realice antes de agotarse en un máximo del sesenta por ciento (60%) del monto autorizado para el manejo de dicho Fondo, a fin de evitar iliquidez en el mismo.

Para efectos de gestionar el reintegro, el encargado preparará la póliza y la remitirá a la Unidad Financiera Institucional, acompañada de la documentación probatoria (facturas, vales de caja chica, recibos, etc.).

Art. 56.- El encargado del Fondo Circulante deberá tramitar dentro de los primeros quince días calendario del mes de diciembre de cada año, la Póliza de Reintegro de Fondos, correspondiente a los recursos utilizados a esa fecha, con la finalidad de que la Unidad Financiera Institucional proceda a utilizar el compromiso presupuestario que se constituyó para garantizar la disponibilidad presupuestaria al inicio del año o al momento de constitución del Fondo.

Contabilidad

Art. 57.- El contador del Hospital será responsable de recopilar, registrar, procesar y controlar en forma sistemática y cronológica toda la información, referente a las transacciones del Hospital, expresable en términos financieros, con el objeto de proveer información sobre la gestión financiera.

El contador institucional, quien velará porque el sistema contable esté basado en los principios y normas emanados por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental, quien a su vez será la encargada de efectuar la supervisión técnica.

Al finalizar cada período mensual y ejercicio fiscal o según se requiera, se generarán los informes financieros contables para uso interno de Dirección del Hospital y para la Dirección General de Contabilidad Gubernamental, del Ministerio de Hacienda, según lo estipula la ley.

Conciliaciones bancarias

Art. 58.- Las conciliaciones bancarias formarán parte del control interno y su propósito será comparar los movimientos bancarios con los registros contables institucionales. Se deberá llevar registro de los libros de bancos diariamente y por estricto orden cronológico en cada una de las cuentas.

Las conciliaciones se ejecutarán dentro de los cinco primeros días hábiles del mes siguiente, para facilitar las revisiones posteriores y serán suscritas por el empleado que las elaboró, y autorizadas por el jefe de la Unidad Financiera Institucional.

El encargado de las conciliaciones bancarias será responsable del archivo y custodia de los documentos de respaldo. Dependerá directamente del jefe de la Unidad Financiera Institucional.

El tesorero institucional estará obligado a llevar controles mensuales de los cheques pendientes de cobro para su respectivo seguimiento.

Arqueo de fondos y valores

Art. 59.- Deberán practicarse arqueos semestrales y sin previo aviso sobre la totalidad de los fondos y valores.

Los arqueos serán practicados por el jefe de la Unidad Financiera Institucional y Unidad de Auditoría Interna. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se informará oportunamente al jefe inmediato, responsable de la custodia de los bienes auditados; así como también, al director, a efecto de que se tomen las medidas preventivas o correctivas correspondientes.

Art. 60.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional será responsable que toda información procesada a nivel financiero, cumpla con los requisitos mínimos ya establecidos en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, Ley de la Corte de Cuentas de la República, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, Disposiciones Generales del Presupuesto, a fin de que ésta sirva de insumo para la toma de decisiones.

Art. 61.- Los encargados de Tesorería, Presupuesto y Contabilidad, serán responsables de que los registros financieros, según su área de responsabilidad, sean elaborados con oportunidad, eficiencia y profesionalismo, incorporándolos a los módulos a que correspondan del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), deberán contar con la documentación de respaldo respectiva, la cual tendrá que reunir los requisitos de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, para tomarse como válida.

Art. 62.- Será responsabilidad del jefe de la Unidad Financiera Institucional, evaluar de forma mensual los resultados de los registros financieros que se generen, de manera que garantice que sean confiables, oportunos y útiles en la toma de decisiones.

Actividades de control para el apoyo financiero

Art. 63.- Será responsabilidad del jefe de la Unidad Financiera Institucional, informar trimestralmente y por escrito a la Dirección, en forma confiable, oportuna, suficiente y pertinente, respecto a presupuesto, tesorería y contabilidad.

Unidad asesora de suministros

Art. 64.- Los médicos asesores de suministros serán responsables de mantener la adecuada distribución y abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, en coordinación con el jefe del Departamento de Abastecimiento. Para ello, el jefe de Abastecimiento deberá contar con la información actualizada de los sistemas de almacenes (insumos médicos, medicamentos y suministros generales).

Deberán mantener una comunicación efectiva con el jefe del Servicio de Farmacia y Abastecimiento (Almacén de medicamentos, insumos médicos) e informar mensualmente a la Dirección sobre la situación de existencias, consumos, necesidades e informes de supervisión.

Art. 65.- Los médicos asesores de suministros deberán monitorear las existencias de medicamentos e insumos médicos mensualmente, a fin de evitar el vencimiento de los mismos.

Unidad de planificación

Art. 66.- El jefe de la Unidad de Planificación será responsable de dirigir, coordinar, monitorear y evaluar las actividades relacionadas con el cumplimiento de los objetivos institucionales, establecidos en el Plan Anual Operativo Hospitalario; será la Unidad Asesora de la Dirección, la que tome decisiones relacionadas al cumplimiento de indicadores y ejecución presupuestaria, los cuales se evalúan de manera mensual.

Unidad organizativa de la calidad

Verificación y seguimiento de la calidad

Art. 67.- La Dirección del Hospital velará por la calidad de atención médica a través del jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad, quien será responsable de coordinar con cada uno de los diferentes comités que conformen el Comité de Calidad de la Institución y del monitoreo permanente de los estándares de calidad hospitalario.

El Comité de Calidad, estará conformado por el coordinador de:

a. Comité de Farmacoterapia.

b. Comité de Infecciones Intrahospitalaria, Asociada a la Atención Sanitaria.

c. Comité de Mortalidad Hospitalaria.

d. Comité de Medicina Transfusional.

e. Comité de Emergencias y Desastres.

f. Comité de Seguridad y Salud Ocupacional.

g. Comité de Auditoría Clínica.

h. Comité de Bioética y Ética en la Investigación

Cada Comité estará a cargo de un coordinador, quienes tendrán la función de realizar de acuerdo al Manual de Funcionamiento y del Plan Anual Operativo, monitoreos permanentes de las actividades realizadas. Dichos comités deberán preparar informes como evidencia del trabajo realizado.

Art. 68.- El jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad, brindará orientación a las unidades para el levantamiento de procedimientos; sin embargo, es responsabilidad de cada jefatura contar con los procedimientos estandarizados de su área; además de mantenerlos actualizados.

Oficina por el Derecho a la Salud

Art. 69.- La Oficina por el Derecho a la Salud será dependencia de la Unidad Organizativa de la Calidad, siendo el jefe de dicha oficina, el responsable de colaborar en la evaluación de la satisfacción de los pacientes de alta y atender sugerencias, consultas, quejas y reclamos que estimen pertinentes, de acuerdo al artículo 21 de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud y el artículo 9 de su Reglamento.

Unidad Jurídica

Art. 70.- El jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica se encargará de brindar asesoría legal al director del Hospital; así mismo, de elaborar opiniones, informes y en general documentos con connotación legal o jurídica, como consecuencia del cumplimiento de sus funciones, de acuerdo a requerimientos hechos por el titular o quien haga sus veces.

La función de esta Unidad será de naturaleza asesora en materia legal, mediante la fundamentación e interpretación jurídica, de la normativa constitucional, legal y administrativa, aplicable a cada caso concreto; revisará los contratos, convenios y otros documentos celebrados por el titular en razón de sus funciones, en los que se obligue como parte suscriptora y realizar las gestiones jurídicas que le competan tendientes a materializarlos. Dará seguimiento a los procesos relativos a la imposición de multas por incumplimientos, tomando en cuenta lo dispuesto por las diferentes leyes y reglamentos aplicables al Hospital.

Art. 71.- La Unidad Jurídica asesorará a la Dirección y al personal del Hospital, previo aval del titular en la interpretación y aplicación de las normas constitucionales, legales y reglamentarias y otras disposiciones; así mismo, emitirá los informes que le sean requeridos.

Elaborará las resoluciones y acuerdos que deberá aprobar la Dirección del Hospital a requerimiento de ésta, y las demás funciones que las diversas normativas establezcan.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 72.- El director del Hospital deberá establecer y fortalecer con la dotación de recursos necesarios la Unidad de Auditoría Interna, con el objetivo de asegurar el control interno.

Art. 73.- La Dirección y todas las jefaturas colaborarán y realizarán las gestiones necesarias para que tanto la Unidad de Auditoría Interna y la Corte de Cuentas de la República, puedan disponer de la información y las condiciones necesarias para realizar su función.

Art. 74.- La Dirección del Hospital deberá asegurar y garantizar que la función de auditoría interna, se desarrolle de manera independiente; asimismo, velará para que sus evaluaciones del Sistema de Control Interno, contribuyan a lograr y mantener la eficacia de las medidas de control establecidas para mitigar los riesgos existentes.

Art. 75.- El jefe de la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, deberá contribuir al mejoramiento del control interno de los sistemas administrativos, operativos y financieros; para lo cual, deberá efectuar auditoría de las operaciones, actividades, programas del Hospital y de sus dependencias, de acuerdo al cronograma de su Plan Anual de Trabajo.

Art. 76.- El jefe de Auditoría Interna deberá dar respuesta a todas las solicitudes de exámenes especiales o revisiones solicitadas por la Dirección, remitiendo los informes correspondientes.

Art. 77.- El personal de la Unidad de Auditoría Interna deberá cumplir con todo lo establecido en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

Unidad de Relaciones Públicas

Art. 78.- El jefe de la Unidad de Relaciones Públicas será el responsable de mantener la comunicación efectiva interna y extra hospitalaria; así como, ser el enlace en el manejo y organización de eventos hospitalarios.

El jefe de Relaciones Públicas se encargará de la emisión de los boletines informativos relacionados al quehacer institucional, los cuales deberán ser socializados al personal a través de la Dirección por vía electrónica y a los usuarios de la Institución, por medio de la red de comunicaciones del Hospital.

Unidad de Desarrollo Profesional

Art. 79.- El jefe de la Unidad de Desarrollo Profesional será el encargado de gestionar los programas de educación permanente de postgrado con las universidades que tengan convenios con el Hospital; además, de dirigir el programa de educación continua a todo el personal profesional, técnico y administrativo. La selección de recursos para las residencias médicas será responsabilidad de cada universidad con la que se tenga convenio.

Art. 80.- El jefe de la Unidad de Desarrollo Profesional será el encargado de monitorear mensualmente el cumplimiento de los programas de la escuela de post grado de cada especialidad a través de evaluaciones, las cuales quedarán en el expediente de cada estudiante de post grado.

Capacitación a recursos humanos

Art. 81.- El jefe de la Unidad de Desarrollo Profesional, en coordinación con el jefe del Departamento de Recursos Humanos, en base a un diagnóstico de necesidades de capacitación, elaborará y ejecutará un Plan Anual de Formación y Capacitaciones, dirigido al personal administrativo, médico y paramédico del Hospital.

Será responsabilidad de todas las jefaturas presentar las necesidades de capacitación y entrenamiento del personal bajo su cargo; así como también, colaborar para el desarrollo de las capacitaciones propuestas.

Será responsabilidad del jefe de Recursos Humanos dar seguimiento al cumplimiento del Plan de Educación Continua de todos los Servicios y Departamentos del Hospital e informar anualmente a la Dirección.

Investigación

Art. 82.- La Sección de Investigación como parte de la Unidad de Desarrollo Profesional, será responsable de gestionar la investigación para la salud dentro del Hospital en todos sus aspectos: promover la misma dentro de éste, capacitando, asesorando y/o coordinando las investigaciones que se realicen en la Institución. Así mismo, deberán desarrollar las investigaciones que se requieran.

División de enfermería

Art. 83.- El jefe de División de Enfermería será responsable de controlar cada uno de los procesos de atención de enfermería, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos de éstas. Será responsable del monitoreo, cuidado a los pacientes, creación de lineamientos de trabajo, realización de acciones para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios; para lo cual, deberá elaborar el Manual de Procedimientos de Enfermería.

Art. 84.- El jefe de la División debe cumplir y hacer cumplir las normas y regulaciones técnicas contenidas en el Manual de Procedimientos de Enfermería y Manual de Organización y Funciones de la División de Enfermería, en todas las unidades organizativas donde exista personal de enfermería.

Art. 85.- Todo el personal de enfermería tiene la obligación de cumplir con lo establecido en los Lineamientos Administrativos para el Uso de Uniforme del Personal de Enfermería y velar por su cumplimiento.

Art. 86.- Las jefaturas de servicios de enfermería, en coordinación con el jefe de División deberán establecer la Normativa Interna de Enfermería que incluya los controles necesarios, para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio.

Art. 87.- El jefe de la División de Enfermería, en coordinación con las jefaturas de los servicios, será el responsable de garantizar que todo el personal de enfermería cumpla con las horas laborales de cada mes, según su Plan de Trabajo.

Central de equipos y esterilización

Art. 88.- El jefe de Central de Equipo y Esterilización será responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento del Manual Organizativo y de Funcionamiento de la Central de Esterilización Hospitalaria Tomos I, II, III, IV, V y VI.

La Central de Equipos y Esterilización, es un servicio del Hospital que se encarga de: recibir, clasificar, esterilizar, almacenar y despachar el material de consumo, ropa quirúrgica e instrumental a los servicios del Hospital.

El jefe del Servicio, en coordinación con el jefe de la División de Enfermería, deberá establecer la Normativa Interna de Central de Equipos y Esterilización, que incluye los controles necesarios para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio.

División médica

Art. 89.- El jefe de la División Médica será responsable de coordinar y monitorear el funcionamiento de las diferentes dependencias bajo su cargo; además, deberá elaborar las medidas de control respectivas que le permitirán obtener seguridad razonable en el buen desempeño y manejo de recursos asignados, debiendo informar a la Dirección del Hospital de forma frecuente.

Art. 90.- El jefe de la División Médica será responsable de vigilar el mantenimiento de la disciplina, eficiencia y permanencia del personal médico del que es jefe inmediato; así como, del correcto funcionamiento de las áreas de los servicios que se encuentran bajo su jurisdicción. Para cumplir este objetivo, deberá realizar monitoreos semestralmente de asistencia y permanencia; debiendo crear una herramienta que le permita verificar la producción individual de cada recurso; de lo cual deberá remitir informe por escrito a la Dirección del Hospital para su seguimiento.

Departamentos médicos

Art. 91.- Las dependencias de la División Médica son: Departamento de Medicina Crítica, Departamento de Medicina Interna y Unidad de Cuidados Paliativos.

Los jefes de cada una de esas áreas son responsables de planificar, organizar y controlar las actividades de aseguramiento de la atención médica y trabajo administrativo, incluidos en el Plan Anual Operativo; así como también, monitoreo de asistencia, permanencia y producción del personal bajo su cargo.

Servicios de hospitalización

Art. 92.- El Área de Hospitalización comprenderá los servicios destinados al ingreso de pacientes, incluye Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios y Hospitalización de Medicina Interna, los cuales trabajarán en base a la aplicación de los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Personas con COVID19 (segunda edición), Lineamientos Técnicos para la Atención Nutricional de Personas con COVID19, Lineamientos Técnicos para la Atención en Terapia Respiratoria de Personas con COVID19, Lineamientos Técnicos para Uso de Plasma Convalecientes en Pacientes con COVID19 (segunda edición), Manual de Precauciones Estándares y de Aislamiento de Pacientes, Lineamientos Técnicos sobre Bioseguridad, Lineamientos Técnicos para el Uso de Mascarillas y Trajes de Protección Personal por la Emergencia por COVID-19 (Tercera Edición), la Ley de Medicamentos y las Guías para las Buenas Prácticas de Prescripción. Los jefes de cada servicio serán los responsables de la gestión administrativa y del uso adecuado de los bienes de cada área.

Unidad de Epidemiología

Art. 93.- El jefe de esta Unidad será responsable de mantener un monitoreo diario en la vigilancia epidemiológica y su digitación en los sistemas informáticos en salud, con la finalidad de brindar las alertas epidemiológicas oportunas, que permitan tomar decisiones a la Dirección.

Deberá mantener comunicación constante con la Unidad de Planificación y garantizar que la información de los sistemas se encuentre actualizada, de acuerdo a los plazos establecidos por el nivel superior.

Art. 94.- El Jefe de esta Unidad es el responsable de monitorear el cumplimiento de la Normativa de Vigilancia Centinela y coordinar con todos los actores del Sistema de Vigilancia. Al mismo tiempo deberá informar oportunamente a la Dirección, sobre cualquier evento de interés epidemiológico.

Art. 95.- El jefe de la Unidad de Epidemiología será el responsable de cumplir con lo establecido en los Lineamientos Técnicos para el Desarrollo de la Epidemiología Hospitalaria y los Lineamientos Técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador (VIGEPES).

Cuidados paliativos

Art. 96.- El jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos será responsable de controlar cada uno de los procesos en los servicios asignados a su área, verificando el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos emitida por el Ministerio de Salud. Tendrá la responsabilidad del resguardo y control de medicamentos, materiales e insumos utilizados, al mismo tiempo es el responsable de la gestión administrativa de las necesidades de su servicio.

División de servicios de diagnóstico y de apoyo

Art. 97.- El jefe de la División de Servicios de Diagnóstico y de Apoyo será responsable de coordinar y monitorear el funcionamiento de las diferentes dependencias bajo su cargo: Alimentación y Dietas, Radiología e Imágenes, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Farmacia, Servicio de Trabajo Social y Estadística y Documentos Médicos.

Será el responsable de la implementación de medidas de control establecidas en los procedimientos de control interno, que le permitan obtener seguridad razonable en el buen desempeño y manejo de los recursos asignados, debiendo informar a la Subdirección y a la Dirección del Hospital de forma frecuente.

Art. 98.- Los servicios de Diagnóstico y de Apoyo, serán unidades productoras de servicios de salud que funcionarán y brindarán apoyo independientemente; además, ofrecerán servicios complementarios o auxiliares de la atención médica y tendrán por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y apoyo a los pacientes de hospitalización, de acuerdo a la complejidad del Hospital. Los jefes de los servicios de Diagnóstico y de Apoyo, serán responsables de supervisar y monitorear semestralmente los procesos de sus áreas, verificando el cumplimiento de las normas y políticas establecidas para cada una de ellas, debiendo informar al jefe de División de forma escrita.

Servicio de Alimentación y dietas

Art. 99.- El jefe del Servicio de Alimentación y Dietas será responsable de la gestión y dispensación de las dietas corrientes y terapéuticas de los diferentes servicios, atendiendo las dietas indicadas por el personal médico y el estado clínico del paciente hospitalizado, de acuerdo a procesos establecidos y basados en los Lineamientos Técnicos de Prescripción de Dietas en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS).

El jefe del Servicio de Alimentación y Dietas efectuará monitoreos y revisión mensual de las medidas de control, establecidas para el buen uso de los recursos asignados a dicha sección; debiendo a la vez, remitir informes de dichos consumos y de las supervisiones al jefe de su División.

El jefe del Servicio de Alimentación y Dietas será responsable de supervisar que se proporcione la alimentación y el soporte nutricional a pacientes hospitalizados; así como también, de generar informes por los incumplimientos de las empresas contratadas para la adquisición de insumos que conlleve a la prestación del servicio de alimentación.

Servicio de radiología e imágenes

Art. 100.- El jefe y subjefe del Servicio de Radiología e Imágenes serán responsables de verificar el cumplimiento de la Norma de Radiología Diagnóstica e Intervencionista, Norma de Radioterapia, Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica y Manual de Procedimientos de la Dirección de Protección Radiológica. La Unidad de Radiología e Imágenes será responsable de brindar los estudios radiológicos que el médico solicite para el paciente, y velar porque los procedimientos de la Unidad se les dé el debido cumplimiento.

El jefe y subjefe del Servicio, en coordinación con el jefe de División, deberá establecer la normativa interna, que incluya los controles necesarios para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento de la Unidad.

Laboratorio clínico

Art. 101.- El jefe de Laboratorio Clínico será responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de la Norma Técnica y Lineamientos Técnicos para los Laboratorios Clínicos del Ministerio de Salud. El Laboratorio Clínico será responsable de recibir, procesar y entregar los resultados de los exámenes a las áreas solicitantes, de acuerdo a los procedimientos establecidos.

El jefe de Laboratorio Clínico deberá presentar informes mensuales de producción y abastecimiento de insumos y reactivos al jefe de División.

Banco de sangre

Art. 102.- El jefe de Banco de Sangre será responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de los estándares de trabajo en el Banco de Sangre, Guía de Práctica Clínica para el Buen Uso de la Sangre, sus Componentes y Derivados, Manual de Promoción, Capacitación y Selección de Donantes de Sangre, Lineamientos Técnicos para Facilitar la Asistencia de Donantes Voluntarios Altruistas de Sangre, a los Bancos de Sangre del Sistema Nacional Integrado de Salud, en la Emergencia Nacional por la Pandemia de COVID19 y Lineamientos Técnicos para la Gestión de Plasma de Donantes Convalecientes de COVID19.

Art. 103.- El personal del Banco de Sangre será responsable de recibir, procesar y entregar los resultados de las pruebas a las áreas solicitantes, de acuerdo a los procedimientos establecidos. Así mismo, de cumplir con las transfusiones según protocolos y necesidades.

Se deberá reportar oportunamente cualquier reacción adversa provocada por un hemo componente, al Banco de Sangre para su seguimiento.

El jefe del Banco de Sangre, en coordinación con el jefe de División, deberá establecer la normativa interna que incluya los controles necesarios para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio.

Servicio de farmacia

Art. 104.- El Servicio de Farmacia se encargará de la recepción, registro, almacenamiento, custodia, control de inventarios y distribución de los medicamentos a los servicios de hospitalización, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos.

El levantamiento de inventarios físicos se realizará semestralmente y será responsabilidad del jefe de Farmacia informar al titular del Hospital, durante los primeros quince días del mes subsiguiente.

La jefe del Servicio de Farmacia en coordinación con el jefe de División, deberá establecer la normativa interna que Incluya los controles necesarios para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio; además, deberá velar por el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Medicamentos y su Reglamento y en la Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción.

Las recetas de medicamentos, incluidas en el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales y Medicamentos Controlados, serán elaboradas, recibidas, procesadas y despachadas de manera electrónica, de acuerdo al Sistema Informático en uso.

Definición de políticas y procedimientos para la administración de medicamentos

Art. 105.- Las Normas sobre Administración de Medicamentos estarán constituidas por el conjunto de principios y métodos, que se aplicarán a la administración de los medicamentos a favor de los pacientes, en concordancia con la Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción.

El Sistema de Utilización de Medicamentos incluirá procesos de selección, prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento.

Prescripción

Art. 106.- La Dirección del Hospital en conjunto con las jefaturas de División, departamentos médicos, Comité de Farmacoterapia, jefes de servicios clínicos y demás niveles clínicos 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. Prescribir electrónicamente en el Sistema Informático, 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 electrónica. No sobre prescribir un cambio de dosis, frecuencia o vía, cuando se trate del mismo medicamento (deberá digitarse nuevamente).

d. Verificar la dosis máxima, interacciones, dilución, velocidad de infusión, etc.

e. Confirmar cualquier duda con el prescriptor.

f. Será responsabilidad de cada médico, el uso de su identificación digital o código QRS en el Sistema Informático.

g. Indicar día y hora de prescripción registrada en el Sistema.

h. Realizar las prescripciones en el horario establecido, a excepción de medicamentos de urgencia.

Para verificar lo anterior, la Dirección delegará al Comité de Farmacoterapia el monitoreo semestral del cumplimiento, remitiendo informe escrito al titular de la Institución, el cual le dará seguimiento.

Dispensación

Art. 107.- La Dirección del Hospital en conjunto con las jefaturas de División, departamentos médicos, Comité de Farmacoterapia, jefes de servicios clínicos y demás niveles clínicos gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de dispensación:

a. Verificar que el medicamento a dispensar, sea el prescrito en la receta electrónica y en el expediente electrónico.

b. Realizar el cálculo de dosis en Farmacia.

c. Preparar los medicamentos de acuerdo a indicaciones para ser despachados a los servicios de hospitalización.

Para verificar lo anterior, la Dirección delegará al Comité de Farmacoterapia el monitoreo semestral del cumplimiento, remitiendo informe escrito al titular de la Institución, el cual le dará seguimiento.

Administración

Art. 108.- La Dirección del Hospital en conjunto con las jefaturas de División, departamentos médicos, Comité de Farmacoterapia, jefes de servicios clínicos y demás niveles clínicos gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas para la administración de los medicamentos, la cual es función de la División de Enfermería:

a. Revisar diariamente la prescripción médica electrónica y la hoja de administración electrónica y confrontar que sean coincidentes.

b. Efectuar control de los cálculos de las dosis de medicamentos enviadas por Farmacia.

c. Leer la 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 los medicamentos.

f. No registrar la administración antes de haberla realizado.

g. Respetar la dilución recomendada y velocidad de administración de medicamentos endovenosos.

h. Devolver a Farmacia los medicamentos que no se hayan administrado, en base al proceso de devolución de medicamentos.

i. Escuchar al paciente si cuestiona la administración de un fármaco.

j. Reportar oportunamente cualquier reacción adversa, provocada por un fármaco al referente de farmacovigilancia del Hospital.

Para verificar lo anterior, la Dirección delegará al Comité de Farmacoterapia el monitoreo semestral del cumplimiento, remitiendo informe escrito al titular de la Institución, el cual le dará seguimiento.

Servicio de trabajo social

Art. 109.- El jefe del Servicio de Trabajo Social será responsable de brindar apoyo e información a los usuarios de los servicios de hospitalización; además, de brindar información solicitada por las diferentes instituciones relacionadas con la actividad hospitalaria y por los familiares de los pacientes.

El jefe de Trabajo Social deberá presentar informes semestrales al jefe de División en cumplimiento a la Ley de Deberes y Derechos de Pacientes y Prestadores de Salud y Reglamento General de Hospitales.

Estadísticas y documentos médicos

Art. 110.- El jefe del Servicio de Estadística y Documentos Médicos será responsable de digitar y mantener actualizada toda la información hospitalaria de los sistemas de información en salud; así como, de llevar al día toda la vigilancia en salud institucional y de cumplir con la Norma Técnica para la Conformación, Custodia y Consulta del Expediente Clínico, en lo que aplique internamente.

Toda información suministrada a través de los sistemas de estadística, deberá coordinarse con las jefaturas de la Unidad de Tecnología y Comuncaciones y de la Unidad de Epidemiología, quienes deberán informar oportunamente a la Unidad de Planificación y a la Dirección.

El expediente clínico

Art. 111.- El expediente clínico es el conjunto de documentos físicos o electrónicos, que recoge toda la información de la atención médica brindada al paciente. Se mantendrá un expediente clínico por cada paciente.

Se utilizará el módulo del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) de Seguimiento Clínico, el cual sustituirá al expediente clínico en físico, atendiendo las indicaciones del Manual de Usuario.

Art. 112.- Los datos del expediente clínico son para uso exclusivo médico, científico, docente y legal, todo el personal del Hospital estará obligado a mantener reserva sobre el contenido del mismo, según lo dispuesto en la Ley de Acceso a la Información Pública. De igual forma, el incumplimiento a la presente se considerará una falta grave.

Art. 113.- El Servicio de Estadísticas y Documentos Médicos es la instancia responsable de la custodia, manejo y cuidado del expediente clínico, tanto físico como electrónico.

Art. 114.- El expediente clínico debe estar en resguardo en el Hospital; por lo que, se prohíbe terminantemente su extracción total o parcial de la Institución, a excepción de lo dispuesto en la Ley de Acceso a la Información Pública, en cuanto al acceso a los datos personales en casos de interés científico que requerirán autorización previa y expresa del director o por orden de la Fiscalía General de la República, los tribunales judiciales, o de otras disposiciones de las leyes.

En el caso del expediente clínico electrónico, éste se compartirá a través de la red interna institucional, con las medidas de seguridad informáticas adecuadas, para conformar un expediente único por paciente. No se podrá compartir acceso electrónico a personal no autorizado por la Dirección.

Art. 115.- El contenido y ordenamiento del expediente deberá ser escrito con letra clara y legible, o haber llenado completamente todos los campos obligatorios en el formato electrónico.

Art. 116.- Es obligación de todo médico para ingresar o egresar a un paciente, elaborar y mantener actualizada la historia clínica, adecuadamente firmada y sellada por los diferentes profesionales que participen de la atención del usuario, lo que aplica de igual forma en el expediente clínico electrónico mediante la aplicación de las disposiciones legales vigentes sobre firma electrónica o códigos de verificación. No se podrá compartir la firma electrónica o código de identificación de usuarios para acceder a los expedientes clínicos.

Art. 117.- El cierre y revisión final del expediente clínico lo hará el médico especialista, coincidente con la alta clínica, y en caso de fallecimiento, debe llenar el certificado de defunción.

Subdirección Administrativa

Art. 118.- La Subdirección Administrativa será la responsable de las acciones administrativas y operativas, relativas al quehacer institucional, sus dependencias son: Departamento de Recursos Humanos, Departamento de Conservación y Mantenimiento, Departamento de Servicios Generales, Departamento de Abastecimiento, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, Unidad de Medio Ambiente y Unidad de Tecnología y Comunicaciones.

Art. 119.- La Subdirección Administrativa será la responsable de velar por la dirección, gestión, control y evaluación de los planes operativos de las áreas bajo su cargo; así mismo, deberá realizar supervisión y monitoreos para la verificación y cumplimiento de las operaciones o actividades.

Departamento de Recursos Humanos

Art. 120.- El director, subdirector Administrativo y el jefe de Recursos Humanos, serán responsables de cumplir y garantizar el cumplimiento de las políticas y procedimientos, en lo que se refiere a: contratación, inducción, capacitación, promoción, evaluación y aspectos disciplinarios; garantizando el estricto cumplimiento de lo establecido en la Ley del Servicio Civil, el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomo I, II y III del Ministerio de Salud y otras normativas que regulen la administración de recursos humanos.

Reclutamiento y selección de personal

Art. 121.- La Dirección por medio de la jefatura del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con el resto de jefaturas, deberán realizar procesos de reclutamiento y selección, que permitan reclutar al personal idóneo para los lugares y puestos adecuados, acorde a la disponibilidad de vacantes y personal que las diferentes áreas demanden, para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

Cuando se disponga de una plaza nueva o vacante, deberá darse prioridad a los procesos de reclutamiento y selección por fuente interna, ascensos y promociones, donde podrá participar personal interno prioritariamente y luego de cualquiera de las dependencias del Ministerio de Salud, en aquellos casos que no existan recursos internos con idoneidad para el puesto, se reclutarán y seleccionarán a través de procesos por fuente externa.

El director será el responsable de tomar la decisión final de la persona idónea para ocupar el cargo, con base al acta de resultados del proceso.

En el caso de cargos de confianza, quedará a criterio del director ordenar el reclutamiento por fuentes interna o externa.

Todo proceso de reclutamiento y selección deberá ser realizado con base a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, relativo al Reclutamiento y Selección de los Empleados y Funcionarios Públicos, a efecto de determinar su capacidad técnica, profesional, experiencia y competencias, verificando que no exista impedimento legal o ético para el desempeño del cargo.

Contratación de personal

Art. 122.- Las formas de contratación del personal se podrán realizar bajo el Sistema de Ley de Salarios, Contratos y Servicios Personales. Dichas contrataciones podrán ser financiadas a través del Fondo General de la Nación, fondos propios, préstamos externos o financiamiento de organismos internacionales, según los convenios suscritos. Deberá contar con los procedimientos que garanticen el cumplimiento a lo establecido en la Ley del Servicio Civil, el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomo I, II y III del Ministerio de Salud.

Capacitación a recursos humanos

Art. 123.- El Departamento de Recursos Humanos por medio de la Unidad de Relaciones Humanas y Desarrollo de Carrera, en coordinación con la Unidad de Desarrollo Profesional y en conjunto con cada una de las jefaturas de la Institución, elaborará anualmente el Plan de Capacitación Institucional, con base a un diagnóstico de necesidades de capacitaciones; para lo cual se deberá identificar una partida presupuestaria que pueda financiar dicho Plan.

Asimismo, se deberá hacer gestiones de índole financiera y docente, de manera interna y externa, como también llevar un registro de la gestión de las actividades de formación y remitir periódicamente los informes correspondientes, para su incorporación a los expedientes de personal. El Plan de Capacitaciones estará dirigido al personal administrativo, médico y paramédico del Hospital.

Inducción de personal

Art. 124.- El jefe del Departamento de Recursos Humanos será el responsable de establecer un proceso de inducción, a efecto de familiarizar a los empleados con la Institución, de acuerdo al Manual de Inducción, el cual se socializará a todo empleado de nuevo ingreso, reingreso o personal interno que sea promovido a otro cargo; la inducción específica, será impartida por el jefe inmediato del empleado, de tal forma que se le facilite integrarse a la Institución y desempeñar con éxito el cargo.

Asignación de funciones ad honórem

Art. 125.- Cuando exista necesidad de recurso humano que no pueda ser cubierta con plaza vacante, el director podrá autorizar mediante Acuerdo, asignación de funciones ad-honórem de personal calificado, previa anuencia del interesado, quien deberá cumplir con el perfil requerido para ocupar el cargo. El jefe inmediato deberá justificar técnicamente dicha necesidad.

Toda persona con asignación de cargo ad-honórem deberá cumplir con las leyes, normas, reglamentos y demás regulaciones relativas a recursos humanos; en caso de incumplimiento, el director podrá dejar sin efecto el acuerdo sin responsabilidad alguna por parte del Hospital; para ello, deberá contar previamente con un informe del jefe inmediato.

El Hospital no tendrá ningún compromiso de contratación u otra obligación laboral, con las personas asignadas en cargos con carácter ad honórem; por lo que, en caso de existir una plaza vacante, el personal ad-honórem deberá participar en el proceso de reclutamiento y selección, teniendo que cumplir con el perfil y competencias requeridas para el mismo.

Las asignaciones de funciones ad honórem podrán ser renovados cada seis meses, previa solicitud del jefe inmediato, quien deberá presentar al director justificación técnica que demuestre la persistencia de la necesidad..

El jefe inmediato no podrá autorizar la asistencia o permanencia de personal en carácter ad-honórem, si éste no cuenta con el correspondiente acuerdo de nombramiento.

Pasantías

Art. 126.- La Dirección podrá autorizar pasantías en las diferentes unidades organizativas de la Institución, las cuales no podrán exceder un período de seis meses. El recurso autorizado deberá cumplir con el perfil académico y competencias del área en la que desempeñará la pasantía, debiendo regirse por todo el marco normativo institucional.

El Hospital no tendrá ningún compromiso de contratación u otra obligación laboral, con las personas que realicen pasantías.

Evaluaciones al personal

Art. 127.- El Departamento de Recursos Humanos administrará las evaluaciones del personal, utilizando para ello, los formatos proporcionados por el Ministerio de Salud, los cuales suministrará a los jefes de las unidades organizativas, quienes serán los responsables de realizar la evaluación del personal a su cargo, cuyos resultados serán del conocimiento del evaluado y formará parte del expediente personal. Se realizarán de forma semestral las evaluaciones al desempeño y tendrán un efecto en el pago del incentivo salarial, según la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud.

Promoción y ascenso

Art. 128.- Las promociones y ascensos del personal se harán de acuerdo a cualidades personales, competencia para el cargo, idoneidad, experiencia, grado académico, eficiencia y rendimiento en el desempeño.

Cuando exista más de un empleado que pueda ser promovido en una plaza nueva o vacante, deberá realizarse proceso de selección interno entre ellos, a fin de obtener al candidato más idóneo para ocupar el cargo y solamente en caso de empate, prevalecerá la antigüedad del empleado.

Rotación de personal

Art. 129.- La rotación de personal en cada una de las áreas se realizará cuando la naturaleza de las funciones permita efectuarla, con base a las disposiciones legales y técnicas vigentes, para el caso.

El director a través del jefe del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con las diferentes jefaturas deberá establecer por medio de un documento las Políticas y Procedimientos sobre Rotación Sistemática del Personal, entre quienes realicen tareas claves y afines.

Las jefaturas inmediatas serán las responsables de garantizar la rotación de personal en los diferentes puestos de trabajo, afines al cargo de cada empleado; así también, en los diferentes horarios establecidos en las áreas de servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones necesarias para la prestación de servicios.

Acciones disciplinarias

Art. 130.- El Hospital deberá contar con normativas internas que regulen las acciones disciplinarias del personal de la Institución, apegadas a las leyes y reglamentos vigentes.

El jefe del Departamento de Recursos Humanos será el responsable de elaborar la normativa interna, apegada a lo establecido en la Ley del Servicio Civil, el Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomo I, II y III del Ministerio de Salud.

Art. 131.- Todo funcionario o empleado que en el desarrollo de sus funciones y en general, en las actividades institucionales que le sean requeridas, existan indicios razonables que haya cometido alguna o varias de las infracciones contenidas y tipificadas en la Ley de Servicio Civil y otras que le fueran aplicables; será sometido a un proceso administrativo disciplinario, para determinar su presunta participación y responsabilidad en el hecho atribuido. En las diligencias así instruidas, se dará al encausado el derecho de audiencia y defensa.

Cuando la permanencia del empleado en su puesto de trabajo o en el lugar que se le haya asignado, constituya por cualquier razón objetivamente verificable un grave riesgo o peligro que no ofrezca garantía de acierto, eficiencia y calidad en el desempeño del cargo, el jefe inmediato con el visto bueno del jefe de Servicio, Departamento o División, según corresponda, lo requerirá para determinar los motivos de incumplimiento; si éstos fueren

subsanables incontinenti, lo devolverá a sus obligaciones, caso contrario solicitará se habilite el proceso disciplinario correspondiente al Departamento de Recursos Humanos, en el que se tomarán las providencias necesarias como medidas cautelares y otras que garanticen el correcto e ininterrumpido servicio público de salud. De todo lo actuado se dejará constancia en acta, debiendo firmarla todos los presentes.

El acta dispuesta en el párrafo anterior, será remitida por el jefe al Departamento de Recursos Humanos, con copia al expediente personal del empleado, solicitando la sanción disciplinaria correspondiente.

Controles de asistencia

Art. 132.- Todo el personal del Hospital deberá marcar o registrar la hora de entrada y salida de su jornada laboral, a excepción del director, fundamentado en el hecho de la labor administrativa que realice dentro y fuera de la Institución, debiendo establecer controles que le permitan justificar ante el organismo fiscalizador, sus ausencias parciales o completas de sus jornadas laborales.

Los controles de asistencia se harán a través de los medios que establezca la Dirección y de los recursos disponibles, contando con un control de asistencia único para todo el personal del Hospital, en caso de falla del Sistema Electrónico, se optará por el Sistema Manual (tarjeta o libro). La asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, será responsabilidad de la jefatura inmediata.

Art. 133.- Por la existencia de diferentes horarios de trabajo y dependiendo del área donde el empleado ejerza sus funciones para garantizar el control de asistencia, el jefe inmediato deberá presentar al Departamento de Recursos Humanos, la programación mensual de trabajo de su área. Asimismo, se deberá presentar por escrito las modificaciones a dichas programaciones, derivadas de movimientos de personal por causas variadas, de conformidad con lo regulado en el Capítulo VI, artículo 54 y siguientes, del Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Los planes de trabajo deberán ser remitidos por cada jefatura al Departamento de Recursos Humanos, a más tardar en los últimos 5 días hábiles del mes en curso, a fin de efectuar su registro oportuno en el Sistema de Control de Asistencia.

Jornada laboral

Art. 134.- El Hospital deberá brindar servicio las veinticuatro horas del día y el personal que trabaje mediante turnos rotativos corresponderá sujetarse al Plan de Trabajo; quien solicite y justifique conforme a lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, podrá realizar cambio de turno. Todo cambio de turno, deberá ser previamente autorizado por el jefe inmediato, quien evaluará la conveniencia de otorgarlo o no, en base a las necesidades del servicio.

El jefe inmediato por necesidades en el servicio, podrá realizar cambios en la asignación de horarios del Plan de Trabajo, los cuales tendrá que informar oportunamente al Departamento de Recursos Humanos, con su debida justificación.

El personal que no tenga rotación de horarios, laborará de acuerdo a la jornada de ocho horas, con base en las Disposiciones Generales del Presupuesto, salvo instrucciones giradas por Decreto u otro, que defina un cambio de horario que afecte al personal del Ministerio de Salud.

Todo cambio de horario solicitado por el personal administrativo, deberá contar con el visto bueno de la jefatura inmediata; en todo caso, dicho cambio no deberá afectar o interrumpir la prestación de los servicios.

Queda prohibido a todos los empleados, realizar cambios de turnos en jornadas laborales que ya estén siendo afectadas por uno previamente autorizado.

Queda prohibido a todos los empleados efectuar subcontrataciones con personas ajenas al Hospital para cubrir turnos. Caso contrario, el jefe inmediato o el titular, deberá iniciar el proceso de denuncia pertinente a las instancias internas y/o externas correspondientes.

Cada jefatura es responsable de remitir al jefe de Recursos Humanos un informe mensual del tiempo de trabajo en jornada extraordinaria del personal a su cargo, para el debido registro en el Sistema de Control de Asistencia, el cual deberá estar debidamente justificado y cumpliendo con los formatos remitidos por el Departamento de Recursos Humanos.

Prestaciones laborales

Art. 135.- La Dirección velará por el cumplimiento de todas las prestaciones laborales y sociales, reguladas en la legislación nacional vigente y otras que se consideren necesarias, de acuerdo a disponibilidad financiera en cada caso en particular.

Se catalogarán como otros beneficios que podrán ser otorgados al personal, según corresponda: uniformes y/o tela, licencia para lactancia materna, gimnasio, clínica médica y psicológica, cafetería para empleados, centro de documentación digital, actividades recreativas y culturales, capacitaciones, transporte, seguros colectivos opcionales y viáticos, entre otros.

Trámites de licencias

Art. 136.- Todas las licencias con o sin goce de sueldo, deberán ser solicitadas por cada empleado en forma oportuna al jefe inmediato y éstos deberán tramitarlas de conformidad a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Las jefaturas serán responsables de remitir oportunamente todo trámite de permiso, licencia u otra acción de personal que afecte planillas de pago al Departamento de Recursos Humanos, a fin de no aplicar descuentos o pagos indebidos en planillas.

Se contará con 72 horas hábiles para la presentación del trámite de permiso o licencia con o sin goce de sueldo al Departamento de Recursos Humanos, posterior a la emisión del documento que justifique la acción, salvo casos en los que pueda demostrarse la demora en el otorgamiento del mismo por parte de fuentes externas o internas. Será obligación de cada empleado presentar oportunamente ante su jefe inmediato, toda solicitud de permiso o licencia con o sin goce de sueldo, salvo casos de emergencia.

Todo trámite presentado con extemporaneidad, será sujeto del descuento correspondiente.

Expediente de personal

Art. 137.- El Departamento de Recursos Humanos será el responsable del control de los expedientes; así como también, de sus inventarios referentes a todo el personal, debidamente clasificados y actualizados, a fin de garantizar la ubicación inmediata y control de los mismos.

Los expedientes deberán contener toda la documentación general y datos personales, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, para la administración y resguardo de expedientes de personal y tarjetas de registro.

Remuneraciones

Art. 138.- Se retribuirán a los servidores, de tal manera que se compensen las tareas realizadas en el puesto de trabajo, según el grado de responsabilidad de cada cargo.

Además, deberá establecerse un Sistema de Remuneraciones Equitativo, de tal manera que a las mismas funciones y responsabilidades les corresponda el mismo salario básico, estableciéndose las diferencias a través del Sistema del Escalafón.

La Dirección podrá solicitar nivelaciones salariales entre los rangos de salario básico y máximo de escalafón, establecidos en la Ley de Salario, a fin de mantener la equidad salarial, regulando aquellos casos que conlleven responsabilidad técnica, administrativa y en los que el personal subalterno devengue mayor salario que el jefe en su área de responsabilidad.

Seguridad e higiene ocupacional

Art. 139.- La Dirección y demás jefaturas velarán y propiciarán la salud y seguridad laboral de sus empleados en cada puesto de trabajo, brindando las condiciones adecuadas de infraestructura; así como también, la asignación de herramientas de trabajo y equipo adecuado para el mejor desempeño de las funciones, minimizando los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La Dirección deberá establecer el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, con el objeto de identificar, analizar y formular estrategias para minimizar los riesgos laborales de las diferentes áreas del Hospital.

A fin de evitar accidentes laborales será de carácter obligatorio para todos los empleados, el uso de uniformes; así como también, accesorios y herramientas que garanticen la seguridad en el desempeño de sus funciones.

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

Art. 140.- El jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será responsable de la programación y ejecución de los procesos de adquisiciones y contrataciones del Hospital y para ello, se regirá bajo la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) y demás instrumentos legales aplicables, emitidos por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones.

Art. 141.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), tendrá un enlace entre la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones y las dependencias del Hospital, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven de la gestión de adquisiciones y contrataciones. Así mismo, el jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será el encargado de preparar y consolidar en coordinación con el jefe de la Unidad Financiera Institucional, la programación anual de adquisiciones y contrataciones, con base a los lineamientos emitidos por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones del Ministerio de Hacienda.

Art. 142.- El jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será responsable de garantizar el buen funcionamiento y cumplimiento de funciones de las áreas de Licitación y Libre Gestión; así como, de velar porque los procesos se realicen de forma oportuna y eficiente dentro de la Unidad.

Art. 143.- Deberá evitarse el fraccionamiento de compras, con el fin de modificar la cuantía de la misma y eludir el requisito establecido para las diferentes formas de contratación, reguladas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Art. 144.- Será responsabilidad del jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), remitir trimestralmente a la Dirección del Hospital un informe de las contrataciones realizadas bajo todas las modalidades.

Art. 145.- La jafetaura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será la responsable de brindar acompañamiento, seguimiento y control a los procedimientos de los administradores de contrato.

Departamento de Abastecimiento

Art. 146.- Los guardalmacenes serán los encargados de la recepción de medicamentos, insumos médicos y no médicos, por medio de registros en los sistemas de kárdex (informático), almacenamiento, conservación, custodia, levantamiento y control de inventarios semestralmente, y distribución de los suministros hospitalarios, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos y estará a cargo del guardalmacén, supervisados por el jefe del Departamento de Abastecimiento del Hospital y el jefe de la Subdirección Administrativa.

El jefe del Departamento de Abastecimiento será el responsable de velar por el cumplimiento de los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

Art. 147.- Los informes de entradas y salidas mensuales de los almacenes, se entregarán a más tardar los primeros cinco días hábiles correspondiente al mes siguiente, al Área de Contabilidad.

Departamento de Conservación y Mantenimiento

Art. 148.- El jefe del Departamento de Conservación y Mantenimiento será el encargado de asegurar el buen estado de las instalaciones, equipos médicos y no médicos y mobiliarios; así como también, la provisión de servicios de apoyo a todas las dependencias del Hospital, mediante la dirección, gestión y evaluación de los programas y planes preventivos y correctivos establecidos anualmente, los cuales serán monitoreados por el jefe de la Subdirección Administrativa.

Art. 149.- El jefe del Departamento de Conservación y Mantenimiento será responsable de verificar y garantizar la existencia y cumplimiento del Plan Anual Operativo, en las diferentes áreas bajo su responsabilidad; así como, de garantizar la oportuna respuesta a las solicitudes de las diferentes áreas hospitalarias, a través de sus cuatro dependencias: Equipo Básico, Equipo Médico, Planta Física y Mobiliario y Activo Fijo.

Mantenimiento

Art. 150.- El jefe del Departamento de Conservación y Mantenimiento será responsable de elaborar el Plan Anual Operativo, planes anuales de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, Términos de Referencia para la Contratación de Servicios de Mantenimiento Varios a Terceros y realizar las solicitudes de compras de repuestos y materiales; además, velará por el cumplimiento de los procesos estandarizados de mantenimiento. Para el cumplimiento de esta actividad, deberá contar con el apoyo técnico de las áreas que soliciten los mantenimientos.

Art. 151.- El mantenimiento de equipo, mobiliario e infraestructura, deberá proveerse mediante un programa preventivo y correctivo, cuyo cumplimiento será responsabilidad del jefe del Departamento de Conservación y Mantenimiento.

Activo fijo

Art. 152.- La Dirección como responsable del resguardo de los bienes muebles e inmuebles del Hospital, establecerá a través de la Subdirección Administrativa la implantación del Sistema para el Manejo y Control del Activo Fijo, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud en sus Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo. Dicho Sistema estará a cargo del responsable de la Sección de Activo Fijo, que rendirá fianza conforme a la ley. Los bienes se destinarán exclusivamente a los propósitos institucionales que motivaron su adquisición.

Art. 153.- El jefe de la Sección de Activo Fijo del Hospital por medio de su responsable, definirá los procedimientos para la constatación física de los inventarios, relativo a existencia y ubicación, los traslados, baja o descargo del equipo y mobiliario y demás procesos concernientes al activo fijo, de conformidad a los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo.

Todas las jefaturas del Hospital y todo servidor público que tenga bajo su cargo bienes muebles, serán responsables de la custodia y cuido del bien que se le asigne; así como también, de la aplicación oportuna y adecuada de dichos procedimientos. Además, estará obligado a informar de inmediato a la Unidad de Activo Fijo de todo bien que reciba, adjuntando la documentación respectiva para su debido ingreso en el Inventario Institucional, protección y seguridad de los bienes.

Descarte y descargo de bienes

Art. 154.- Para el descarte y descargo de bienes de consumo, mobiliarios, equipos, bienes tangibles, vehículos y otros, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Disposición Final de Medicamentos, Insumos y Químicos Peligrosos, Deteriorados y Vencidos y los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud, según sea el caso, contando con las justificaciones requeridas por parte de quien los custodie o resguarde y con la opinión técnica sobre el estado y utilidad.

Los bienes considerados en desuso podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o cualquier otro destino, de conformidad al Instructivo para Procesos de Permuta o Venta en Subasta Pública de Bienes Muebles a Descargo, emitido por el Ministerio de Salud. Estas acciones, deberán quedar debidamente documentadas.

Art. 155.- El Hospital mediante acuerdo interno de la Dirección, nombrará a la Comisión de Bienes en Desuso (Chatarra) y Comisión de Medicamentos e Insumos Médicos Vencidos, Averiados y no Deseados, para que se inicie el proceso interno de descarte y descargo, las cuales estarán conformadas por un coordinador y por personal de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales para cada proceso. Las gestiones para el descarte y descargo, deberán realizarse por lo menos una vez al año o cuando se considere necesario por las autoridades.

Departamento de Servicios Generales

Art. 156.- El jefe del Departamento de Servicios Generales, será responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento a lo establecido en el Reglamento General de Hospitales, Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible del Ministerio de Salud y Reglamento de Uso de Vehículos Nacionales. El jefe de Servicios Generales, será responsable de elaborar el Plan Anual Operativo de todas las secciones bajo su cargo.

El jefe del Departamento de Servicios Generales será responsable de coordinar y supervisar el desempeño y buen funcionamiento de sus servicios en las áres de: Transporte, Ropería y Servicios Varios.

Deberá presentar informes semestrales sobre el funcionamiento de cada una de las secciones que lo conforman, a la Subdirección Administrativa y a la Dirección.

Transporte

Normas para uso de vehículos

Art. 157.- Los vehículos propiedad del Hospital, estarán destinados para el uso exclusivo en las actividades propias de la Institución.

Los vehículos deberán ser guardados al final de cada jornada diaria, en el estacionamiento dispuesto en las instalaciones del Hospital.

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.

El jefe de Servicios Generales llevará un control diario de kilometraje y salidas de vehículos, debiendo verificar rutas diarias, según salidas autorizadas y compararlas con el kilometraje recorrido; de lo anterior, emitirá informes mensuales a la Subdirección Administrativa, quien validará la información.

Cuidado de los vehículos

Art. 158.- Los motoristas que tengan a 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; además, serán responsables administrativamente por los daños al vehículo, ocasionados por negligencia o mal uso y de las infracciones a las leyes de tránsito.

Corresponderá a los jefes de Servicios Generales y de Transporte, establecer los procedimientos administrativos relacionados con el control, mantenimiento, abastecimiento de combustible y cumplimiento de aspectos legales, relacionados con la circulación de vehículos, los cuales se encuentran establecidos en el Reglamento para Controlar el Uso de Vehículos Nacionales y en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible del MINSAL.

Daños en los vehículos

Art. 159.- En caso de accidentes de tránsito y cuando el responsable del manejo del vehículo fuere culpable, tendrá que responder por daños ocasionados, de acuerdo al valúo realizado por la inspección; caso contrario, habrá que deducir responsabilidades con la intervención de las autoridades respectivas.

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.

Prohibiciones

Art. 160.- Se prohíbe el uso de las unidades de transporte en fines de semana, días festivos o vacaciones, sin la autorización respectiva de la Dirección del Hospital o en su defecto de la Subdirección General.

Combustible

Art. 161.- El jefe de Transporte deberá establecer los controles específicos para la administración y manejo del combustible y presentar informes mensuales a la Subdirección Administrativa y a la Dirección del Hospital; de igual forma, coordinará con el jefe de Servicios Generales los monitoreos frecuentes de los consumos de combustible, para garantizar el estricto cumplimiento a lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible del MINSAL.

Mantenimiento y reparaciones de vehículos

Art. 162.- El jefe de Servicios Generales junto con el jefe de Transporte, deberá elaborar y ejecutar un Programa de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los Vehículos y emplear todos los medios que permitan prolongar hasta el máximo posible su vida útil.

Ropería

Art. 163.- El jefe de Ropería será responsable de coordinar el lavado y secado de la ropa Hospitalaria; así como también, de la entrega de ésta a los diferentes servicios, apegadas al cumplimiento de los Lineamientos Técnicos sobre Bioseguridad, aplicados a los hospitales y a los procedimientos establecidos.

El jefe de Ropería deberá establecer las medidas necesarias que le permitan mantener un control en el manejo, distribución, recolección y descarte de la ropa hospitalaria e informar mensualmente al jefe de Servicios Generales.

Servicios varios

Art. 164.- El personal de servicios varios será responsable de mantener permanentemente limpias todas las áreas de la Institución asignadas; además, realizarán limpieza terminal en áreas de hospitalización de acuerdo a la programación. De igual forma, realizarán funciones de mensajería interna según las necesidades; será responsabilidad del jefe de Servicios Generales, garantizar el cumplimiento de dichas funciones.

Bioseguridad del personal

Art. 165.- Todo el personal del Hospital debe conocer y cumplir los Lineamientos Técnicos para el Uso de Mascarillas y Trajes de Protección Personal por la Emergencia del COVID-19, Lineamientos Técnicos de Seguridad y Salud Ocupacional para Empleados del MINSAL, en el marco de la emergencia por COVID-19, y los Lineamientos Técnicos Sobre Bioseguridad.

Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

Controles generales

Art. 166.- El director a través del jefe de la Unidad de Tecnología y Comunicaciones, garantizará el cumplimiento de los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, en el que se establecen los controles generales para la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyen las medidas, políticas y procedimiento para el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 167.- El Hospital para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza tecnologías de información y comunicación, de acuerdo a los Lineamientos Técnicos Para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, estableciendo actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genere, las cuales estarán bajo la responsabilidad del jefe de la Unidad de Tecnologías y Comunicaciones.

Políticas de seguridad de los sistemas

Art. 168.- El director a través del jefe de la Unidad de Tecnología y Comunicaciones, en coordinación con el jefe de Relaciones Públicas, establecerá políticas de seguridad de la información, mediante los documentos necesarios que contengan los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información que consisten en:

a. **Autenticación:** Mediante la identificación del usuario y contraseña; así como, certificaciones emitidas por las autoridades competentes.

b. **Integridad:** Medidas preventivas y reactivas en los sistemas de información, que permiten resguardar y proteger la información, garantizando que ha sido modificada por personas autorizadas.

c. **Confidencialidad:** La privacidad de los datos, impidiendo que terceros puedan tener acceso a la información sin la debida autorización. La privacidad o confidencialidad, se consigue mediante sistemas de cifrado o encriptación de la información.

d. **No repudio:** Debe existir evidencia que un mensaje se envió y fue recibido en realidad y el receptor cuenta con la certeza de la autoría del emisor.

Art. 169.- Los sistemas de información implementados por el Hospital dan apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos; para dichos sistemas, el jefe de la Unidad de Tecnología y Comunicaciones deberá establecer los controles necesarios que aseguren su correcto funcionamiento y la confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información cuentan con mecanismos de seguridad de entrada, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permite los cambios o modificaciones necesarios y autorizados, manteniendo las huellas de auditoría requeridas para efectos de control de las operaciones.

Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno

Políticas y procedimientos

Art. 170.- El director deberá girar instrucciones para que las diversas jefaturas del Hospital establezcan actividades de control aplicables a las áreas Administrativa, Financiera y Operativa, a través de políticas y procedimientos que permiten su implementación.

Las políticas se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, las que estarán documentadas en los instrumentos técnicos que serán elaborados por cada jefatura y debidamente autorizados por la Dirección del Hospital. Los procedimientos son las actividades definidas para cumplir las políticas establecidas y también deberán ser elaborados por cada jefatura del Hospital.

Las políticas y procedimientos cumplen con los aspectos siguientes:

a. Son establecidos por escrito.

b. Realizados oportunamente y por el personal responsable.

c. Incluyen acciones preventivas y correctivas.

d. Son sujetos a evaluación periódica para actualizarlos.

CAPÍTULO IV

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información

Art. 171.- La información es necesaria para que el Hospital ejecute sus responsabilidades de control interno y documente el logro de sus objetivos; por lo que, será relevante y de calidad, tanto la que proviene de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes de control interno.

El Sistema de Información incluye un conjunto de actividades, involucrando: usuarios internos y externos, procesos, datos y/o tecnología, para permitir al Hospital obtener, generar, usar y comunicar la información, manteniendo la responsabilidad sobre la misma y facilitando la evaluación del desempeño o progreso hacia el cumplimiento de los objetivos.

La información será de calidad y cumplirá con los siguientes aspectos:

a. Contenido: presentará toda la información necesaria.

b. Oportunidad: se obtendrá y proporcionará en el tiempo adecuado.

c. Actualidad: la información más reciente estará disponible.

d. Exactitud: corrección y confiabilidad en los datos.

e. Seguridad: resguardada y protegida de manera apropiada.

f. Accesibilidad: la información podrá ser obtenida fácilmente por los usuarios.

Comunicación

Art. 172.- La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna que fluye en sentido ascendente y descendente en todos los niveles; como externa, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés. Puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por la Direccion del Hospital.

Principio 13: Información relevante y de calidad

Información relevante y de calidad

Art. 173.- El director en coordinación con las subdirecciones y jefaturas de División, desarrollarán e implementarán controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información es obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por las jefaturas y demás personal, para que contribuya a la consecución de los objetivos del Hospital.

Sistema de información

Art. 174.- El Hospital utilizará los sistemas de información oficiales del Ministerio de Salud para obtener, capturar y procesar datos de fuentes tanto internas como externas, para convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

La información se obtiene a través de diversos medios legalmente establecidos. El volumen de la información de la entidad puede presentar tanto oportunidad como riesgos; por esta razón, la Dirección del Hospital deberá implementar controles que garanticen el uso y manejo adecuado de la información.

Los sistemas de información desarrollados de conformidad a los procesos implementados en la entidad y soportados con tecnología, proporcionan oportunidades para mejorar la efectividad, velocidad y acceso de la información a los usuarios.

La información para que sea de calidad, deberá cumplir con las siguientes características:

a. Accesible.

b. Apropiada.

c. Actualizada.

d. Protegida.

e. Conservada.

f. Suficiente.

g. Oportuna.

h. Válida.

i. Verificable.

j. Pertinente.

k. Auténtica.

l. De no repudio.

Principio 14: Comunicación interna

Comunicación interna

Art. 175.- El director en coordinación con las jefaturas establecerá e implementará la Política de Comunicación Interna y Externa del Hospital, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y cumplimiento de objetivos institucionales.

Para esos efectos, la comunicación interna permite:

a. Que cada servidor conozca sus funciones y tenga acceso a la información que sirve de base para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de su responsabilidad en el Sistema de Control Interno.

b. Contar con medios alternos de comunicación, en caso de que existan fallas en la operación de los canales establecidos.

c. Seleccionar métodos de comunicación que permitan la oportunidad y efectividad en la obtención y entrega de la información.

Niveles de comunicación

Art. 176.- La comunicación entre el director, mandos medios y demás personal está orientada a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Las comunicaciones deberán ser frecuentes, a fin de que el director en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, analice el impacto de sus resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que tome las decisiones adecuadas y oportunas, en caso de un control interno inefectivo.

La Dirección deberá establecer las Políticas de Comunicación Interna y Externa del Hospital.

Canales de comunicación

Art. 177.- Para que la información fluya a través de la organización, la Dirección del Hospital establecerá canales adecuados de comunicación y de tecnologías de información. Además, ha creado canales de comunicación electrónicos, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan hacer sugerencias para mejorar la prestación de los servicios y reportar situaciones irregulares.

Efectividad de la comunicación

Art. 178.- El director y las jefaturas utilizan métodos adecuados de comunicación, tomando en cuenta el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

a. Correo electrónico, de preferencia institucional.

b. Memorandos.

c. Circulares.

d. Acuerdos.

e. Actas.

f. Carteleras.

g. Reuniones de trabajo.

h. Mensajes de texto.

i. Mensajes por chats electrónicos tipo WhatsApp.

j. Intranet.

k. Sitio web institucional.

l. Publicaciones.

m. Reuniones virtuales.

n. Video conferencias.

Se establecerá el correo electrónico institucional como principal medio de comunicación interna.

Principio 15: Comunicación externa

Comunicación externa

Art. 179.- Para realizar la comunicación externa, el director en coordinación con las jefaturas establecerá las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas relacionadas con el quehacer institucional; para lo cual el director establecerá la Política de Comunicación Interna y Externa del Hospital.

La comunicación con terceros permite que éstos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con el Hospital.

Deben utilizarse canales apropiados de comunicación para los usuarios de los servicios, a fin de obtener una comunicación directa con los niveles organizativos que correspondan. Los servicios soportados con tecnología de información y comunicación, deberán asegurar el no repudio, aportar pruebas de que un mensaje se envió y recibió en realidad.

CAPÍTULO V

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Supervisión

Art. 180.- La supervisión implica la realización de evaluaciones continuas e independientes a todos los procesos, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

Las evaluaciones al Sistema de Control Interno deberán ser elaboradas por cada jefatura de forma anual, y recopiladas por cada jefe de División y subdirectores.

El Sistema de Control Interno es flexible, permite reaccionar a los cambios y adaptarse a las circunstancias. Para evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, se considera lo siguiente:

a. Las actividades de supervisión son realizadas mensualmente por las subdirecciones, jefaturas de División, departamentos, unidades, secciones y servicios, y por los ejecutores de los procesos, en el curso ordinario de las operaciones.

b. Toma de acciones por parte de las jefaturas de División, subdirecciones y de la Dirección, respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno.

c. Rol asumido por cada miembro de la organización en los niveles de control.

d. Las deficiencias detectadas que afecten al Sistema de Control Interno deben ser informadas oportunamente a la Dirección con su respectivo Plan de Mejora, el cual deberá ser elaborado por el jefe de División, que reporte las deficiencias para garantizar una adecuada toma de decisiones.

Principio 16: Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno

Evaluaciones continuas e independientes

Art. 181.- El Hospital desarrollará y llevará a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones continuas

Art. 182.- El Hospital integrará en los procesos administrativos, financieros y operativos, las evaluaciones continuas que le permitan contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Las evaluaciones operativas serán efectuadas por las jefaturas de cada unidad organizativa, por la Subdirección Administrativa y por los jefes de División; por lo cual, cada jefatura deberá crear los instrumentos necesarios para realizarlas y elaborarán un informe anual con los resultados, el cual deberá remitir a su jefe inmediato superior.

Evaluaciones independientes

Art. 183.- El Hospital es sujeto a evaluaciones independientes por parte de su Unidad de Auditoría Interna y de la Corte de Cuentas de la República; estas evaluaciones se ejecutarán periódicamente y determinarán si cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, es desarrollado de manera efectiva. El alcance y frecuencia de las acciones de control que realice la Unidad de Auditoría Interna, dependerá de los resultados de la evaluación de los riesgos y de la efectividad de las acciones implementadas.

El Sistema de Control Interno será evaluado en cada una de las dependencias del Hospital, en la fase de planificación de las auditorías que se encuentren programadas en el Plan Anual de Trabajo de la Unidad de Auditoría Interna.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

Evaluación y comunicación de deficiencias

Art. 184.- El director en coordinación con las subdirecciones y jefaturas de División, evaluará y comunicará de forma oportuna las deficiencias de control interno a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Art. 185.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital, las unidades organizativas deberán revisar cuando sea necesario la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

Art. 186.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Hospital cuando las circunstancias lo ameriten, esta labor estará a cargo de una Comisión conformada por miembros de las áreas Administrativa, Financiera y Operativa, nombrada por el director. El proyecto de modificación o actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 187.- El director del Hospital a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a los funcionarios y empleados de todos los niveles; el director, subdirector general, Subdirección Administrativa y las jefaturas de División, serán responsables de verificar la aplicación de las mismas en los procesos administrativo, financiero y operativo, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Art. 188.- El glosario de términos relacionados con las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional El Salvador; forma parte del presente reglamento.

Art. 189.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los diecisiete días del mes de diciembre de dos mil veintiuno.

LIC. ROBERTO ANTONIO ANZORA QUIROZ
PRESIDENTE
CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

LICDA. MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ BARAHONA
PRIMERA MAGISTRADA.

LIC. JULIO GUILLERMO BENDEK PANAMEÑO
SEGUNDO MAGISTRADO.

GLOSARIO

ACTIVIDADES: Conjunto de acciones necesarias para mantener en forma continua y permanente, la operatividad de las funciones del gobierno.

ACTIVIDADES DE CONTROL: Son las políticas y procedimientos que permiten obtener una seguridad razonable de que se llevan a cabo las disposiciones emitidas por la máxima autoridad y los niveles gerenciales y de jefatura.

AMBIENTE DE CONTROL: Es el conjunto de factores del ambiente organizacional, que la máxima autoridad y los niveles gerenciales y de jefatura deben establecer y mantener, para permitir el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el control interno y para una administración escrupulosa.

AUTORIZACIÓN: Procedimiento certificador de que sólo se efectúan operaciones y actos administrativos válidos y de acuerdo con lo previsto por la Dirección.

BIOSEGURIDAD: Es el conjunto de comportamientos y normas preventivas que el personal de salud debe cumplir, destinadas a mantener el control de factores de riesgos laborales, procedentes de agentes biológicos, químicos y físicos, logrando la prevención de impactos nocivos a la salud de trabajadores, pacientes, familia, visitantes y comunidad.

COMUNICACIÓN: Implica proporcionar un apropiado entendimiento sobre los roles y responsabilidades individuales involucradas en el control interno de la información financiera y de gestión dentro de una entidad.

CONTROL INTERNO: Se entiende por Sistema de Control Interno el proceso continuo realizado por la máxima autoridad, funcionarios y personal en general, diseñado para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los siguientes objetivos: efectividad y eficiencia de las operaciones, confiabilidad y oportunidad de la información, cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico aplicables.

COVID-19: La enfermedad causada por el nuevo coronavirus que se detectó por primera vez en Wuhan, China, denominada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). "Co" hace referencia a "corona", "vi" a "virus" y "d" a *disease;* es una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2. Extendiéndose a nivel mundial, por lo que se ha catalogado como pandemia.

Produce síntomas similares a los de la gripe o catarro, entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea (dificultad respiratoria), mialgia (dolor muscular) y fatiga. En casos graves se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a cerca de 3.75 % de los infectados a la muerte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

DELEGACIÓN DE AUTORIDAD: Autorización formal para el desarrollo de funciones y actividades de altos niveles organizativos, a favor de los niveles inferiores.

EFECTIVIDAD: Mide eficacia y eficiencia, logra los objetivos con el mayor aprovechamiento de recursos.

EFICACIA: Relación entre los objetivos a alcanzar y lo conseguido realmente, mide lo que entregamos contra lo que se espera que logremos

EFICIENCIA: Rendimiento óptimo de recursos e insumos para conseguir los objetivos, aprovechamiento de los recursos para lograr lo propuesto sin desperdicios.

EPIDEMIOLOGÍA: Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

ÉTICA: Valores morales que permiten a la persona adoptar decisiones y determinar un comportamiento apropiado, esos valores deben estar basados en lo que es correcto, lo cual puede ir más allá de lo que es legal.

INDICADORES DE DESEMPEÑO: Parámetros utilizados para medir el rendimiento de una gestión, con respecto a resultados deseados o esperados.

LEY AFI: Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado.

MEDICINA INTERNA: Es la especialidad de la medicina que se ocupa de la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos; así como, a su prevención.

MINSAL: Ministerio de Salud.

MONITOREO DEL CONTROL INTERNO: Es el proceso que se realiza para valorar la calidad del funcionamiento del Sistema de Control Interno en el tiempo y asegurar razonablemente que los hallazgos y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.

RIESGO: Evento interno o externo, que si sucede impide o compromete el logro de los objetivos institucionales.

ROTACIÓN DE PERSONAL: Es la acción de regular dentro de períodos preestablecidos, que conlleva al desplazamiento del servidor a nuevos cargos, con el propósito de ampliar sus conocimientos, disminuir errores y evitar la existencia de "personal indispensable".

SEGURIDAD: Es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas utilizadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente e instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas para evitar pérdidas o daños.

SELECCIÓN: Análisis de la información obtenida de varios candidatos a optar por una plaza y verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para el puesto, para determinar la elegibilidad de los mismos.

SEPARACIÓN DE FUNCIONES: Principio administrativo, tendiente a evitar que un servidor desarrolle tareas laborales incompatibles con su puesto de trabajo.

SISTEMA DE INFORMACIÓN: Métodos y procedimientos establecidos para registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones de una entidad. La calidad de la información que brinda el sistema afecta la capacidad de la gerencia para adoptar decisiones adecuadas, que permitan controlar las actividades de la Institución.

VALORACIÓN DE RIESGOS: Es la identificación y análisis de los riesgos relevantes para el logro de los objetivos, formando una base para la determinación de cómo deben administrarse los riesgos.

TITULAR: Máxima autoridad, sea que su origen provenga de elección directa, indirecta o designación. También se conoce como autoridad competente o autoridad superior.

TRANSPARENCIA: Disposición de la entidad de divulgar información sobre las actividades ejecutadas, relacionadas con el cumplimiento de sus fines y, al mismo tiempo, la facultad del público de acceder sin restricciones a tal información, para conocer y evaluar su integridad, desempeño y forma de conducción.

VIGILANCIA CENTINELA: Es la vigilancia epistemológica que se realiza a un problema de salud en particular, debido a compromisos internacionales o prioridades nacionales, campañas de erradicación, enfermedades transmisibles de notificación individual, etc.

RIISS: Red Integral e Integrada de Servicios de Salud.

(Registro No. A032611)