

DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: Víctor Manuel Portillo Ruiz

TOMO N° 433

SAN SALVADOR, JUEVES 9 DE DICIEMBRE DE 2021

NUMERO 235

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.	Pág.
ORGANO LEGISLATIVO		
Decreto No. 203.- Reformas a la Ley del Registro y Control Especial de Contribuyentes al Fisco.	4-9	
ORGANO EJECUTIVO		
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES		
Decretos Nos. 9, 10 y 11.- Se Confieren Ordenes Nacionales, a diferentes personas en razón de los méritos que los distinguen.	10-12	
RAMO DE RELACIONES EXTERIORES		
Acuerdo No. 63.- Se confiere al Honorable Señor Gabriel José Rodríguez Marques, en su calidad de Ex Representante del Instituto Interamericano de Cooperación Agrícola, la Medalla al Mérito Diplomático "Dr. José Gustavo Guerrero", en la categoría plata.	13	
MINISTERIO DE ECONOMÍA		
RAMO DE ECONOMÍA		
Acuerdo No. 1413.- Se ordena la Reposición de la inscripción número Veinte del libro un mil setecientos noventa y seis, propiedad de San Salvador que llevó el Registro de la Propiedad Raíz e Hipotecas de la Primera Sección del Centro, con sede en la ciudad y departamento de San Salvador que ampara la titularidad del dominio a nombre de la señora Margoth Mártir Ascencio. .	14	
		Acuerdos Nos. 1457 y 1499.- Se autoriza a personas naturales, la construcción de "una estación de servicio" y de "un tanque para suministrar aceite combustible diésel a los vehículos de transporte de carga de su propiedad", respectivamente. 15-18
		Acuerdo No. 1494.- Se acepta la renuncia del Licenciado Eric Alexander Alvayero Chávez, al cargo de Director Propietario de la Comisión de Servicio Civil del Ministerio de Economía.. 19
		Acuerdo No. 1522.- Se modifica el Acuerdo Ejecutivo No. 1597, de fecha diecinueve de noviembre de dos mil dieciocho..... 20-21
		Acuerdo No. 1458.- Se modifica parcialmente el listado de incisos arancelarios no necesarios para la actividad autorizada, con sus respectivas excepciones a la sociedad Finos Textiles de El Salvador, Sociedad Anónima de Capital Variable. 21-22
MINISTERIO DE EDUCACIÓN		
RAMO DE EDUCACIÓN		
		Acuerdo No. 15-1058.- Se autoriza la ampliación de servicios del centro educativo privado denominado Colegio "Edith Stein" 23-24
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
RAMO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
		Acuerdos Nos. 15-0913 y 15-0916.- Acuerdos relacionados a planes de estudio de dos Universidades del país..... 24-2

Acuerdos Nos. 15-1010 y 15-1087.- Se reconoce la validez académica de estudios realizados en otro país. 26

Acuerdo No. 15-1342.- Se autoriza la creación, denominación y funcionamiento del centro educativo privado con el nombre de Colegio Villanueva. 27

Acuerdo No. 15-1423.- Se autoriza la ampliación de servicios del centro educativo privado denominado Colegio "La Asunción". 27

ORGANO JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdos Nos. 84-D, 765-D y 793-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas. 28

Acuerdo No. 1044-D.- Se acuerda modificar el acuerdo No. 290-D, de fecha veintiocho de enero de dos mil cinco, referente a autorización en el ejercicio de la abogacía en todas sus ramas. 28

INSTITUCIONES AUTÓNOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

Decreto No. 12.- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque. 29-58

ALCALDÍAS MUNICIPALES

Decreto No. 3.- Ordenanza Transitoria de Exención de Intereses y Multas, Generadas por Deudas en Concepto de Tasas por Servicios a favor del municipio de Oratorio de Concepción, departamento de Cuscatlán. 59

Decreto No. 3.- Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios a favor del municipio de Concepción Batres, departamento de Usulután. 60-71

Decreto No. 3.- Ordenanza Transitoria de Retiro Voluntario que otorga el pago de una indemnización para aquellos empleados que deseen renunciar de la Alcaldía de El Rosario, departamento de La Paz. 72-74

Decreto No. 5.- Ordenanza Reguladora de la Actividad de Distribución, Comercialización y Consumo de Bebidas Alcohólicas del municipio de Moncagua, departamento San Miguel. 75-81

Decreto No. 12.- Reforma a la Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios a favor del municipio de Sensuntepeque, departamento de Cabañas. 82-84

Acuerdo No. 15.- Ordenanza de Educación, Promoción y Control de la Diseminación de la Pandemia COVID-19 en el municipio de Mejicanos, departamento de San Salvador. 85-93

Decreto No. 22.- Reforma al Presupuesto Municipal 2021 de la ciudad de San Miguel. 94-95

Decreto No. 44.- Ordenanza de Dispensa Temporal de Intereses Moratorios por Tasas y Contribuciones Especiales Aplicables a la Propiedad Inmobiliaria del municipio de San Salvador. 96-98

SECCION CARTELES OFICIALES

DE PRIMERA PUBLICACION

Declaratoria de Herencia 99-100

Aceptación de Herencia 100

Aviso de Inscripción 100-101

Herencia Yacente 101

Edicto de Emplazamiento 101

DE SEGUNDA PUBLICACION

Aceptación de Herencia 102

DE TERCERA PUBLICACION

Aceptación de Herencia 103

Herencia Yacente 103

INSTITUCIONES AUTONOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA

DECRETO No. 12

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 las Normas Técnicas de Control Interno (NCTI).
- 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 es necesario efectuar una adecuación del mencionado Reglamento, con el propósito de proporcionar un instrumento técnico, que les permita a las entidades sujetas a su ámbito de fiscalización, el diseño de sus Normas Técnicas de Control Interno Específicas.

POR TANTO:

En uso de las facultades que le confiere el artículo 195, atribución 6, de la Constitución de la República de El Salvador y el 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 "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA" DE COJUTEPEQUE

CAPÍTULO PRELIMINAR

GENERALIDADES

Objeto de las normas técnicas institucionales

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque, constituyen el marco básico para regular el Sistema de Control Interno. Estas son aplicables con carácter obligatorio a todos los empleados del Hospital, independientemente su forma de contratación, personal contratados bajo la modalidad de compra de servicios, servicio social y personal ad honoren sin excepción.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 2.- La responsabilidad del diseño, implantación, evaluación y actualización del Sistema de Control Interno, corresponde al Director, jefaturas y personal operativo del Hospital según su competencia, todos realizarán las acciones necesarias para su efectivo funcionamiento.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno es el conjunto de procesos establecidos, continuos e interrelacionados, tanto administrativos como operativos, los cuales han sido determinados por el Director, jefaturas y demás servidores, 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 el uso de los recursos para las diferentes operaciones.
- b) Generar información confiable, pertinente, razonable y oportuna para la toma de decisiones.
- c) Cumplir con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.
- d) Proveer servicios de salud con calidad y calidez, de acuerdo a líneas estratégicas establecidas por el Ministerio de Salud.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes del Sistema de Control Interno son: Entorno 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 de la entidad.

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. La evaluación es realizada de forma participativa, con representación de las diferentes unidades organizativas del Hospital; cada riesgo identificado es priorizado tomando en cuenta variables como la probabilidad de ocurrencia y magnitud del impacto, siendo el producto de las variables la exposición al riesgo. Debiendo realizar cada año un taller en donde cada una de las dependencias de la Institución identifica sus riesgos y llena la matriz proporcionada para tal fin; dicha matriz es parte de un anexo de su Plan Anual Operativo.

Principios:

1. Establecimiento o identificación de objetivos institucionales.
2. Identificación y análisis de los riesgos para el logro de los 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 administración, para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Debe identificarse el responsable de llevar a cabo cada acción e incorporarse en el Plan Anual Operativo de cada unidad organizativa.

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 a la entidad 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. El Hospital utiliza los sistemas de información establecidos por el Ministerio de Hacienda, en las áreas de: Recursos Humanos, Sistema Informático de Recursos Humanos Institucional (SIRHI), Unidad Financiera Institucional, Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI), en Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, COMPRASAL, en lo que respecta a los servicios de salud; así como, en otras disciplinas administrativas se utilizarán los sistemas de información establecidos por el Ministerio de Salud, tales como: Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP), Sistema de Morbi-Mortalidad, Estadísticas Vitales en la Web (SIMMOW), Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS), Vigilancia Nacional de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES), Sistema de Vigilancia VIH-SIDA (SUMEVE), Sistema de Programas, Monitoreo y Evaluación de Actividades (SPME), Sistema de Información Perinatal (SIP). En otras áreas administrativas se utilizan sistemas implementados por el Ministerio de Salud, tales como: Sistema Informático de Mantenimiento (SIM), Sistema Nacional de Abastecimientos (SINAB) y Sistema Informático de Activo Fijo (SIAF).

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. El Hospital elabora el Plan de Supervisión que incluye las áreas de atención en salud, servicios de apoyo y áreas administrativas.

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 proporciona una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

**CAPÍTULO I
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 constituyen 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, jefaturas, personal médico, técnico, enfermería y personal administrativo en todos los niveles y dependencias de la entidad, 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. Dicho Código se ha divulgado a todos los servidores de la entidad, para el cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

Seguimiento a desviaciones

Art. 10.- El Director y jefaturas, deberán intervenir de manera oportuna ante los incumplimientos a lo establecido en el Código de Ética para Personal del Ministerio de Salud y demás normativa aplicable, mediante las acciones preventivas y correctivas o sancionatorias.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión

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

Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 12.- El Director a través del Consejo Estratégico de Gestión, evaluará periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno, revisando y actualizando, en el caso que proceda los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, se harán los ajustes correspondientes.

Art. 13.- El Director a través de las unidades organizativas competentes, supervisará la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno.

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 la naturaleza, complejidad, estilo de gerencia y marco legal aplicable.

Todo ello en cumplimiento al Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud.

Establecimiento de funciones y competencias

Art. 15.- El Director ha emitido el Manual de Organización y Funciones del Hospital, el cual incluye las líneas de autoridad y responsabilidad. El Ministerio de Salud ha emitido el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, en donde se establece el perfil y las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, a efecto de facilitar la supervisión y flujo de información.

Autoridad y responsabilidad

Art. 16.- El Director delega mediante acuerdo o resolución la autoridad y responsabilidad, asegurándose de la adecuada segregación de funciones en cada nivel de la estructura organizativa:

- a) El Director será responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas de forma periódica y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.
- b) Las jefaturas emiten 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 la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deben ser cumplidas por los servidores en el desempeño de sus funciones, para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La competencia consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de actividades relevantes y pericia obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas en temas relacionados a las funciones asignadas, los cuales deberán ser incorporadas en el Plan de Capacitación, a fin de que se 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 periódicamente la competencia del talento humano, conforme a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y 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 del talento humano, según las funciones que desempeña mediante el

Plan de Capacitaciones Institucional; lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Planes de contingencia

Art. 20.- El Director a través de las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, servicios de apoyo, administrativas, financieras y demás áreas operativas, 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. Dentro de los principales planes contingenciales se incluyen: Plan de Emergencia y Evacuación antes Desastres, Plan de Vigilancia a Embarazadas, Púerperas y Recién Nacido menor de cinco años y Plan Contingencial para Agua.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades

Responsabilidad sobre el control interno

Art. 21.- El Director mediante el Manual de Organización y Funciones del Hospital y a través del Manual General de Descripción de Puestos del Ministerio de Salud, 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 cada Jefatura, deberá efectuar una evaluación al desempeño del personal para verificar el cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura organizativa de la entidad, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos, de acuerdo a la Ley de Creación del Escalafón del Ministerio de Salud.

Incentivos

Art. 22.- El Director aplicará los incentivos apropiados y factibles para el talento humano, según haya establecido el Ministerio de Salud, para que se realicen actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de los objetivos a corto y largo plazo.

Algunos incentivos que de acuerdo al Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud pueden otorgarse a los empleados, están las prestaciones tales como: Compra de telas para uniforme, áreas de descanso, capacitaciones y jornadas de salud.

Evaluación al desempeño

Art. 23.- El Director a través del Departamento de Recursos Humanos y según lineamientos recibidos y de acuerdo a la Ley de Creación del Escalafón del Ministerio de Salud, establecerá y aplicará de forma semestral, evaluaciones del desempeño al talento humano, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la Institución.

Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que fortalezcan las capacidades del talento humano o ejercer medidas disciplinarias necesarias.

CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de riesgos

Art. 24.- 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. La evaluación es realizada de forma participativa con representación de las diferentes unidades organizativas del Hospital, cada riesgo identificado es priorizado, tomando en cuenta variables como probabilidad de ocurrencia y magnitud del impacto del riesgo, siendo el producto de las variables la exposición al riesgo.

La matriz de evaluación de riesgos, forma parte del Plan Anual Operativo de cada Dependencia del Hospital.

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales

Objetivos institucionales

Art. 25.- Los objetivos institucionales serán plasmados en un Plan Estratégico y Plan Anual Operativo Institucional. La elaboración de estos planes será responsabilidad del Director y jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados.

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

- a) Alineación de los objetivos establecidos con las prioridades estratégicas.
- 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 estratégicos

Art. 26.- El Director y jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, han definido las directrices generales contenidas en el Plan Estratégico, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional.

Objetivos operacionales

Art. 27.- El Director y jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, en cumplimiento a las instrucciones emitidas por el Ministerio de Salud, elaboran el Plan Anual Operativo, que contiene las metas y actividades de cada unidad organizativa en función de los objetivos estratégicos.

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

Riesgos

Art. 28.- Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia, de hechos internos que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales, anualmente son identificados y analizados por las diferentes áreas del Hospital, para establecer las acciones necesarias que puedan mitigar su impacto, siguiendo la metodología establecida en el Manual de Gestión de Riesgos.

Gestión de riesgos

Art. 29.- 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.

Identificación de riesgos

Art. 30.- El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se consideran las interacciones significativas de recursos, servicios de atención en salud e información.

Los riesgos son generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (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) Atención al paciente
- f) Tecnologías de información y comunicación.
- g) Medio ambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

- a) Presupuestarios.
- b) Medio ambientales.
- c) Epidemiológicos.
- d) Regulatorios.
- e) Globales o regionales.
- f) Políticos y sociales.
- g) Tecnológicos.

Análisis de riesgos

Art. 31.- Las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, efectúan el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de la entidad como del entorno. Este proceso incluye la evaluación de las variables: Probabilidad de ocurrencia e impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

Con estas consideraciones se puede construir una matriz de riesgos, para determinar los riesgos prioritarios.

El impacto se refiere a pérdida de activos y tiempo, disminución de la eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de información de la entidad, entre otras.

El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos.

Es importante mencionar que, en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 32.- Analizados los riesgos el Director y jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, definirán las acciones para su administración y mitigación. Las acciones que se determinen, se incorporarán a los

planes operativos de cada Área, con la finalidad de darle seguimiento a su cumplimiento.

Será necesario establecer un nivel de tolerancia al riesgo, para proporcionar a la administración la seguridad razonable del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Principio 8: Evaluación de riesgo de fraude

Riesgo de fraude

Art. 33.- El Hospital al evaluar 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 u otros interesados, estableciendo acciones que reduzcan dicho riesgo, dentro de cada proceso susceptible a fraude.

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

Cambios que afectan el Sistema de Control Interno

Art. 34.- El Director a través de jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, identifica, analiza y evalúa 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 de la entidad; éstos podrían referirse a lo siguiente:

- a) Ambiente externo.
- b) Medioambiente.
- c) Asignación de nuevas funciones a la entidad 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.

CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL

Actividades de control

Art. 35.- Las actividades de control son las medidas establecidas por el Director y las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, 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 de la entidad.

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

Los controles 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. 36.- El Director y las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, han seleccionado e implementado en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuirán a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos. El Ministerio de Salud como ente rector, es el responsable de emitir la normativa que regula muchos de los procesos que se desarrollan en los hospitales nacionales, a través de políticas, guías, manuales, reglamentos y protocolos, entre otros.

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. 37.- 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. 38.- El Director y jefaturas definirán las actividades de control, aplicables a los procesos de atención médica, enfermería, administrativos, financieros y operativos del Hospital, tomando en cuenta las regulaciones emitidas por el Ministerio de Salud.

Los controles están orientados a:

- a) Lograr eficiencia, economía, efectividad y transparencia de las operaciones.
- b) La confiabilidad, pertinencia y oportunidad de todo tipo de información.
- c) El cumplimiento de las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Diversidad de controles

Art. 39.- 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.

Tipos de actividades de control

Art. 40.- El Director a través de jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, ha implementado las actividades de control relacionadas, entre otras con los aspectos siguientes:

- 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 rendimiento hospitalario.
- i) Segregación de funciones incompatibles.
- j) Asistencia y permanencia del personal.
- k) Documentación de actividades.
- l) Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.
- m) Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
- n) Conciliaciones.
- o) Rotación de personal en las tareas claves.
- p) Función de auditoría interna independiente.
- q) Autoevaluación de controles.
- r) Actualización de los controles establecidos.
- s) Planes de contingencia.

- t) Estándares de calidad.
- u) Índice de seguridad hospitalaria.
- v) Índice de calidad ambiental hospitalaria.
- w) Informes de resultados.
- x) Uso de tecnologías de información y comunicación.

Autorizaciones y aprobaciones

Art. 41.- El Hospital a través del Manual de Organización y Funciones y el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud, ha definido los niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

Verificaciones

Art. 42.- El Director a través de las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, nombrará mediante acuerdo, una comisión que se encargue de las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de los activos fijos, al menos una vez al año. Los miembros de dichas comisiones, serán independientes al registro, custodia y control de los bienes.

El resultado de las verificaciones físicas será conciliado con los registros contables, de existir diferencias se tomarán las medidas establecidas en los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud y en los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, emitido por el Ministerio de Salud y el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado.

Administración de fondos y bienes

Art. 43.- El Director nombrará mediante acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los procedimientos en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos, de acuerdo al Manual Técnico para el Manejo de Cuentas Bancarias y Emisión de Cheques del Hospital.

Art. 44.- La Unidad Financiera a través del Área de Presupuesto y en coordinación con la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y el Departamento de Recursos Humanos, será responsable de la programación de los recursos del Presupuesto; así como, de establecer los controles necesarios para su administración efectiva y eficiente. De igual manera, toda erogación de fondos deberá contar con el respaldo presupuestario para financiar la adquisición de bienes y servicios, emitiendo previamente la certificación de fondos que garantice la disponibilidad presupuestaria.

Art. 45.- La Unidad Financiera a través del Área de Tesorería, será responsable de que los requerimientos de fondos, reflejen los compromisos reales a cubrir, según los documentos de respaldo correspondientes; de igual manera, establecer los mecanismos necesarios para garantizar el estricto control de las transferencias de fondos, las cuales deberán estar debidamente sustentadas y autorizadas.

Art. 46.- Los responsables de la recepción de bienes o suministros, será el Jefe de Almacén y Administrador de Contrato, quienes constatarán físicamente que los productos cumplan con las características establecidas en el contrato u orden de compra. En caso de que no cumplan con las especificaciones técnicas requeridas, no se recibirá el suministro, hasta que se subsane la deficiencia, debiendo levantarse el acta de recepción respectiva y entregar copia al suministrante. Tomando en cuenta lo establecido en los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

Art. 47.- El proceso de adquisición de bienes y servicios, se realizará por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, de conformidad a lo establecido en el Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y el Reglamento de la misma ley.

Art. 48.- El Director es responsable de velar por el resguardo de los bienes muebles e inmuebles asignados a la Institución, el control de los mismos será responsabilidad del administrador, a través del Encargado de Activo Fijo y los jefes de las dependencias serán responsables del mobiliario y equipo asignado a su área; así como del buen uso.

Al funcionario o empleado que se le asignen bienes responderá pecuniariamente por la pérdida, destrucción o deterioro culposo en el uso de ellos; en su defecto podrá restituir el bien dañado o perdido por otro similar, todo previo al debido proceso, según lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, emitido por el Ministerio de Salud.

Art. 49.- El Asesor Jurídico del Hospital en coordinación con la Unidad Jurídica del Ministerio de Salud, será responsable de legalizar y gestionar la inscripción de los bienes inmuebles, asignados al establecimiento. Los antecedentes inscritos serán custodiados en el Archivo Central del Ministerio y se remitirán copias certificadas a la Unidad Financiera Institucional y Unidad de Activo Fijo de Patrimonio del Hospital.

Art. 50.- El control del combustible se realizará de acuerdo a los Lineamientos Técnicos para la Administración del Combustible, emitido por el Ministerio de Salud. Se nombrará mediante acuerdo al Encargado para Control de Consumo de Combustible para Vehículos; así como, al Encargado para Control de Consumo de Combustible a Granel para Uso en Calderas y Planta de Emergencia. La autorización para el uso de combustible será por parte del Administrador del Hospital.

Art. 51.- La creación del Fondo de Caja Chica de Recursos Propios, dependerá de la disponibilidad presupuestaria y de las necesidades del Hospital, el manejo se hará en efectivo para cubrir gastos misceláneos menores y serán controlados de acuerdo a Instructivo creado para tal fin.

Revisión de informes

Art. 52.- El Director y jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, efectuarán revisión de los informes generados en las diferentes áreas de la Institución, según su competencia, para verificar su contenido, oportunidad, actualización y exactitud. La revisión garantiza la calidad de la información que se utilice interna o externamente.

Comprobación de datos

Art. 53.- El Director y jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, deben asegurarse que los datos presentados en los informes, registros y controles, estén debidamente sustentados.

Controles físicos

Art. 54.- El Director nombrará mediante acuerdo a una Comisión que se encargará de realizar la verificación física de bienes muebles, inmuebles y existencias de consumo, quienes efectuarán el levantamiento del inventario, por lo menos una vez al año.

El resultado de las verificaciones físicas, será conciliado con los registros contables, de existir diferencias, se tomarán las medidas establecidas en los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud y en los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, emitido por el Ministerio de Salud y el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, emitido por el Ministerio de Hacienda.

Art. 55.- La Comisión responsable de la verificación física de bienes, fondos y valores institucionales efectuará arqueos sorpresivos, los cuales realizará de forma periódica, dejando constancia escrita y firmada por los participantes en el procedimiento.

Rendición de fianzas

Art. 56.- Previo a tomar posesión del cargo los responsables de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, el Director gestionará ante el Ministerio de Salud su inclusión para que éstos rindan fianza a favor del Hospital.

Indicadores de rendimiento

Art. 57.- El Director y las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, con base a instrucciones recibidas del Ministerio de Salud, implementarán indicadores hospitalarios de rendimiento para verificar el desempeño y el cumplimiento de planes, procesos y funciones asignadas en el cumplimiento de los objetivos y lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones.

Los indicadores de rendimiento hospitalarios están relacionados principalmente con servicios de atención final, tales como: Emergencia, consulta externa, hospitalización, actividad quirúrgica y epidemiológica.

Los resultados obtenidos de los indicadores hospitalarios, se compararán con estándares nacionales que el Ministerio de Salud establezca, determinando, si fuera necesario, las acciones pertinentes para mantenerse dentro de los parámetros establecidos; así como, los responsables de ejecutar las acciones acordadas.

Segregación de funciones incompatibles

Art. 58.- El Director y las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, evitarán la asignación de funciones incompatibles en las unidades y de sus servidores, como las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y control de las operaciones, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

Asistencia y permanencia del personal

Art. 59.- El Ministerio de Salud ha emitido el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, aplicable al Hospital, el cual establece mecanismos de control para la asistencia y permanencia de los funcionarios y empleados en su lugar de trabajo. Es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos administrar el Sistema de Control de Asistencia y los jefes en las diferentes áreas, son responsables de verificar la asistencia, permanencia y puntualidad del personal bajo su cargo.

Documentación de actividades

Art. 60.- Las actividades realizadas en las diferentes áreas, deberán estar debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, facilitar la supervisión, validar los resultados y verificación posterior. La documentación de respaldo deberá conservarse en el tiempo que requiera la normativa relacionada con cada área.

Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos

Art. 61.- Las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, deberán remitir oportunamente al Contador Institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generen, para garantizar el registro oportuno de los hechos económicos; así como, la emisión de información útil para la toma de decisiones.

Acceso restringido a los recursos, activos y registros

Art. 62.- El acceso será restringido a los recursos, activos y registros del Hospital, identificando a los responsables de la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

La Unidad Financiera a través del Área de Contabilidad, será la responsable de resguardar adecuadamente y por el período establecido en las disposiciones legales, los documentos que respalden los registros contables.

El acceso, uso, conservación y resguardo de los expedientes clínicos, se realizará de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica para la Conformación, Custodia y Consulta del Expediente Clínico y el Departamentos de Estadística y Documentos Médicos del Nivel Hospitalario, será responsable de su cumplimiento.

Conciliaciones

Art. 63.- En los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud y en los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, emitido por el Ministerio de Salud y Manual Técnico para el Manejo de Cuentas Bancarias y Emisión de Cheques del Hospital, se definen los procedimientos de conciliación periódica de los registros administrativos de fondos, bienes y derechos con los registros contables, por un servidor independiente de su registro y manejo para asegurar la congruencia de las cifras y de existir diferencias, investigar las causas y los servidores responsables, para tomar las medidas correctivas necesarias.

Art. 64.- Las conciliaciones bancarias se efectuarán dentro de los ocho primeros días hábiles del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por el servidor que las elaboró.

Rotación del personal en las tareas claves

Art. 65.- El Ministerio de Salud ha definido procedimientos de rotación de personal en áreas claves, tomando en consideración las tareas o funciones afines al puesto, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable.

Se aborda la rotación de personal en el Reglamento Interno de Recursos Humanos de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, el cual es aplicable al Hospital.

Función de Auditoría Interna independiente

Art. 66.- El Director garantiza que la función de Auditoría Interna del Ministerio de Salud, en lo relacionado a exámenes practicados a este Hospital, se desarrolle de manera independiente, 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.

Los exámenes de auditoría interna del Ministerio de Salud, se realizarán de acuerdo a su planificación anual o según requerimiento que el Director del Hospital realice al Ministerio de Salud.

Autoevaluación de controles

Art. 67.- Los jefes de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, deberán implementar, ejecutar y supervisar controles adecuados para lograr los objetivos del Sistema de Control Interno, aplicables a los procesos y funciones bajo su responsabilidad.

Actualización de los controles establecidos

Art. 68.- Los jefes de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, serán responsables de verificar en forma periódica que los controles establecidos de acuerdo a las operaciones que realizan, son funcionales o ameritan ser actualizados.

Al menos una vez al año, posterior a la identificación y valoración de los riesgos de cada unidad organizativa, la jefatura respectiva determinará las actividades de control que sean necesarias para el logro de los objetivos, actualizando algunos controles que no hayan resultado efectivos o que debido a diversos factores ya no sean aplicables.

Planes de contingencia

Art. 69.- El Director a través de las jefaturas de las unidades organizativas relacionadas con los procesos, formulará y mantendrá actualizados diferentes Planes de Contingencia, entre ellos para la atención masiva de pacientes por diferentes eventos adversos, dentro de los cuales se puede mencionar: Pandemia por coronavirus, de acuerdo con Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Personas con COVID-19 y Lineamientos Técnicos para el Manejo y Disposición Final de Cadáveres de Casos de Covid-19, así como los Lineamientos Técnicos para el uso de Mascarillas y Trajes

de Protección Personal por la Emergencia por Covid-19. El resguardo y protección de personas, bienes e información, asegurando la continuidad de las operaciones ante eventos que podrían alterar el normal funcionamiento, para la minimización de los riesgos no previsibles, críticos o de emergencias y facilitar la recuperación de las actividades normales.

Entre otros planes de contingencia estará el Plan de Emergencia Hospitalario, planes de contingencia de acuerdo a principales patologías o eventos que se presentan en el Hospital o epidemias, Plan de Vigilancia a Embarazadas, Puérperas, Recién Nacido y Menor de 5 años, como parte de la prevención de la mortalidad materno infantil; así como, el Plan de Contingencia por Desabastecimiento de Agua, entre otros, de acuerdo a áreas críticas identificadas.

Estándares de calidad

Art. 70.- El Ministerio de Salud a través de la Dirección Nacional de Calidad, ha establecido el funcionamiento en cada Hospital de la Unidad Organizativa de la Calidad, quien es el área responsable de establecer y hacer cumplir el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad en los Servicios Hospitalarios, de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud.

Con la finalidad de cumplir con el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, el Ministerio de Salud ha establecido estándares a cumplir en áreas prioritarias, tales como: Atención de la mujer embarazada, neonato o recién nacido crítico, tiempos de espera en la emergencia, hospitalización de medicina, cirugía, pediatría, procesos quirúrgicos, calidad de atención y trato humanizado, entre otros.

El Coordinador de la Unidad Organizativa de la Calidad deberá informar de forma mensual el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad en el Hospital; así como, dar seguimiento a planes de mejora en las áreas que hayan presentado deficiencia.

Informes de resultados

Art. 71.- Las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, prepararán informes de resultados y de las actividades desarrolladas de acuerdo al Plan Anual Operativo, de forma trimestral, los que deberán ser presentados al responsable de planificación, para efectos de revisión, consolidación y medición de resultados.

El no cumplimiento de las metas establecidas, implicará la presentación de justificación; así como, el compromiso de cumplimiento por parte del área responsable.

Uso de tecnologías de Información y comunicación

Art. 72.- El Director a través de la Unidad de Informática, aplicará los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación, emitido por el Ministerio de Salud, en los cuales se define los controles aplicables al procesamiento electrónico de datos, con el propósito de salvaguardar el diseño, el ciclo de operación y desarrollo de los sistemas; así como también, la utilización de los sistemas operativos y equipos tecnológicos.

Los niveles de autoridad, responsabilidad y la separación de funciones, debe reflejarse en los permisos de acceso otorgados sobre los sistemas y tecnología de información.

Art. 73.- La seguridad de la información deberá ser gestionada por la Unidad de Informática, en todos los niveles de la organización, de acuerdo a las necesidades operativas que garantizan el cumplimiento de los siguientes objetivos para la información:

- a) **Confidencialidad:** Se garantiza que la información sea accesible, sólo a aquellas personas autorizadas a tener acceso de la misma.
- b) **Integridad:** Se salvaguardará la exactitud u totalidad de la información y métodos de procesamiento.
- c) **Disponibilidad:** Se garantiza que los usuarios autorizados tengan acceso a la información y a los recursos relacionados con la misma, toda vez que lo requieran.

Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

Controles generales

Art. 74.- El Director con el apoyo de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación del Ministerio de Salud y a través de la Unidad de Informática del Hospital, aplicará los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación, los cuales contienen los controles generales para la infraestructura tecnológica, seguridad de la información de la base de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyen las medidas, políticas y procedimientos para garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 75.- El Director para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza tecnologías de información y comunicación, aplicando actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genera, según los Lineamientos Técnicos para el

Mantenimiento y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación y recomendaciones emitidas por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación del Ministerio de Salud.

Políticas de seguridad

Art. 76.- El Director a través de la Unidad de Informática, aplica políticas de seguridad de la información establecida por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación del Ministerio de Salud, mediante la Unidad de Redes y Seguridad del mismo, las cuales contienen los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas, que consisten en:

- a) **Autenticación:** Mediante un mecanismo de autenticación único, basado en un servicio de directorio de identidades, el cual estará preferiblemente distribuido para evitar que un problema de comunicación en la intranet afecte al funcionario del servicio.
- b) **Certificados digitales:** Para garantizar la seguridad y privacidad del acceso a los diferentes sistemas de información y servicios ofrecidos por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, dichos servicios serán encriptados, utilizando certificados digitales válidos, emitidos a favor del Ministerio de Salud. En Caso de que el Estado de El Salvador carezca de una autoridad certificadora propia, será responsabilidad de la Unidad de Redes y Seguridad la gestión para la adquisición e implantación de los certificados digitales raíz del Ministerio de Salud.
- c) **Seguridad física y lógica:** Todos los equipos de cómputo deberán contar con las suficientes medidas de seguridad física que la infraestructura del edificio que los contiene permita, siendo responsabilidad de la Unidad de Redes y Seguridad, asesorar a las autoridades de los diferentes establecimientos y dependencias, de defectos de seguridad física para su corrección a la brevedad posible.
- d) **Mecanismos de protección contra malware:** Es responsabilidad de la Unidad de Redes y Seguridad, el disponer de los mecanismos de protección contra programas de cómputo, de propósito maligno o inconveniente (virus, programas espía, publicidad no solicitada en navegación y correo electrónico, entre otros).

Art. 77.- Los sistemas de información implementados por el Ministerio, dan apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos, para los que se han establecidos los controles necesarios que aseguran su correcto funcionamiento y la confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información cuentan con mecanismos de seguridad de la entrada, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con la flexibilidad que

permite los cambios o modificaciones necesarios y autorizados, manteniendo huellas de auditoría requeridas para efectos de control de operaciones.

Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno

Políticas y procedimientos

Art. 78.- El Director siguiendo lineamientos del Ministerio de Salud, ha establecido actividades de control aplicables a las áreas Médica, Enfermería, Administrativa, Financiera y demás áreas operativas. Las políticas y procedimientos relativos a la atención en salud, son establecidas por el Ministerio de Salud como ente rector.

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.

CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información

Art. 79.- 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 componentes de control interno.

El Sistema de Información, incluye un conjunto de actividades, involucrando: Usuarios internos, externos, procesos, datos y/o tecnología, para permitir al Hospital obtener, generar, usar y comunicar la información 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 de los datos.
- e) **Seguridad:** Resguardada y protegida de manera apropiada.
- f) **Accesibilidad:** La información podrá ser obtenida fácilmente por los usuarios.

Comunicación

Art. 80.- 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. El Hospital utilizará comunicación de manera física o digital, según sea necesario.

Principio 13: Información relevante y de calidad

Información relevante y de calidad

Art. 81.- El Director en coordinación con las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, ha desarrollado e implementado 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 de la entidad.

Sistema de información

Art. 82.- El Hospital cuenta con sistemas de información que ha desarrollado la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación 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 medios físicos y digitales. El volumen de la información de la entidad puede presentar tanto oportunidad como riesgos; por esta razón se deberán 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. 83.- El Director en coordinación con las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, ha establecido e implementado políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para esos efectos la comunicación interna permite:

- a) Que cada servidor conozca su rol 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 de la información.

Niveles de comunicación

Art. 84.- La comunicación entre el Hospital, 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 médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, analice el impacto de los resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que se tome las decisiones adecuadas y oportunas, en caso de un control interno inefectivo.

Canales de comunicación

Art. 85.- Para que la información fluya a través de la organización, el Hospital ha establecido canales adecuados de comunicación por medios escritos y de tecnologías de información y comunicación. Además, ha colocado buzones de sugerencias en diferentes áreas de atención a usuarios 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. 86.- El Director y jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, utilizan el método adecuado de comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

- a) Circulares.
- b) Memorandos.
- c) Correo electrónico.
- d) Acuerdos.
- e) Resoluciones.
- f) Actas.
- g) Carteleras.
- h) Reuniones de trabajo.
- i) Mensajes de texto.
- j) Sitio web institucional.

Principio 15: Comunicación externa**Comunicación externa**

Art. 87.- Para realizar la comunicación externa, el Director en coordinación con jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, ha implementado políticas y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud, para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer institucional.

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

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 en realidad.

CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Supervisión

Art. 88.- 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.

Para evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, se considera lo siguiente:

- a) Las actividades de supervisión son realizadas continuamente por las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas y por los ejecutores de los procesos, en el curso ordinario de las operaciones.
- b) Implementación de evaluaciones independientes.
- c) Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno.
- d) Rol asumido por cada miembro de la organización en los niveles de control.

Las deficiencias detectadas que afecten al Sistema de Control Interno, deben ser informadas oportunamente para garantizar una adecuada toma de decisiones.

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

Evaluaciones continuas e independientes

Art. 89.- El Hospital desarrolla y lleva a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones continuas

Art. 90.- El Hospital ha integrado en los procesos de atención médica, enfermería, administrativos, financieros y operativos, las evaluaciones continuas que permiten 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.

Evaluaciones Independientes

Art. 91.- El Hospital es sujeto de evaluaciones independientes por parte de la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y de la Corte de Cuentas de la República, estas evaluaciones se ejercen periódicamente y determinan 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 realiza la Unidad de Auditoría Interna, dependen de los resultados de la evaluación de riesgos y de la efectividad de las evaluaciones continuas.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno**Evaluación y comunicación de deficiencias**

Art. 92.- El Director en coordinación con las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, evaluará y comunicará las deficiencias de control interno de forma oportuna a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

**CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES FINALES**

Art. 93.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital, las unidades organizativas deben revisar la normativa interna aplicable a las áreas de 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. 94.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima", cuando las circunstancias lo ameriten. Esta labor estará a cargo de una Comisión conformada por miembros de las áreas médicas, enfermería, 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, previa cancelación de los derechos de publicación por el Hospital.

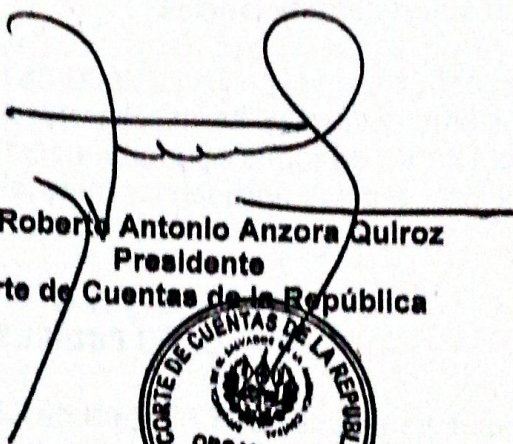
Art. 95.- El Director a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas a los funcionarios y empleados de todos los niveles; así también, de verificar la aplicación de las mismas en los procesos de atención médica, enfermería, de otros profesionales de salud; así

como, los procesos administrativos, financieros y operativos, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Art. 96.- Derógase el Decreto No. 22, emitido por la Corte de Cuentas de la República, el 26 de septiembre de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 189, Tomo 393, de fecha 11 de octubre de 2011.

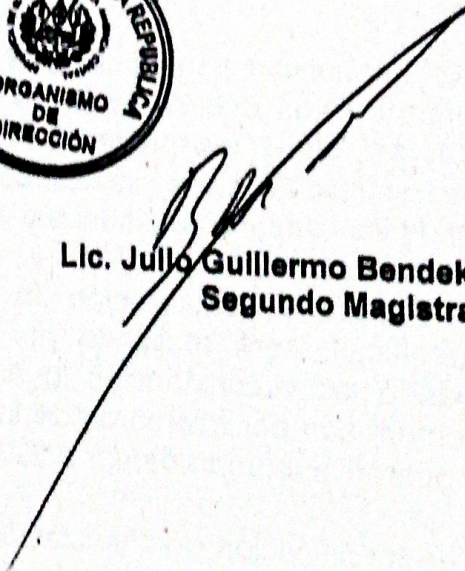
Art. 97.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los diecinueve días del mes de julio del año 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