



CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



DECRETO No. 23

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. (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 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; en 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 DE LA MUJER "DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ"

CAPÍTULO PRELIMINAR

Ámbito de aplicación

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas constituyen el marco básico que establece el Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", en adelante el Hospital, aplicables con carácter obligatorio a sus dependencias y servidores, para regular el Sistema de Control Interno.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 2.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y actualización del Sistema de Control Interno, corresponde a la Dirección del Hospital y a los demás servidores 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 la Dirección 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 las operaciones.
- b) Garantizar la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de la información.
- c) Cumplir con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

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 en nuestra 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 iterativo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos, considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por la dirección.

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.

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.

Principios:

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

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

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 constituyen la base sobre la que se desarrolla el control interno en el Hospital para el cumplimiento de los objetivos y el funcionamiento de los demás componentes.

Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos

Compromiso con los principios y valores éticos

Art. 8.- La Dirección y jefaturas en todos los niveles y dependencias del Hospital, demostrarán a través de sus actuaciones y conducta, sujeción a la integridad y a los 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, emitido por el Ministerio de Salud y divulgado a todos los servidores de la entidad, para su cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

Seguimiento a desviaciones

Art. 10.- La Dirección y jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna, sobre las desviaciones a los estándares de conducta establecidos en el Código de Ética, mediante las acciones preventivas, correctivas o sancionatorias.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión

Art. 11.- La responsabilidad de supervisión del Sistema de Control Interno recae principalmente en la Dirección y jefaturas, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y complejidad del hospital.

Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 12.- La Dirección y las jefaturas evaluarán el marco normativo del Sistema cada cinco años, revisando y actualizando 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, efectuará los ajustes correspondientes.

Art. 13.- La Dirección a través de las unidades organizativas competentes, tiene la atribución de supervisar la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno, implementado por el Hospital.

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

Estructura organizativa

Art. 14.- La Dirección para cumplir con los fines y objetivos en el diseño de la estructura organizativa, deberá considerar entre otros, los siguientes aspectos: naturaleza, complejidad, estilo de gerenciamiento y el marco legal aplicable.



Organigrama

Art. 15.- La máxima autoridad debe aprobar conforme a la normativa legal vigente la estructura organizativa institucional y las modificaciones que sean necesarias que permita planear, ejecutar, controlar y monitorear las actividades en función del cumplimiento de los objetivos y metas del Hospital.

Revisión de la estructura organizativa

Art. 16.- La Dirección a través de la Unidad de Planificación, deberá revisar y evaluar su estructura organizativa en un plazo no mayor de 5 años o cuando ésta así lo estime conveniente, a efecto de que se cumplan los objetivos y metas institucionales.

Definición de áreas de autoridad, responsabilidad y relaciones de jerarquía

Manuales de organización y funciones, de procesos y otros documentos técnicos administrativos

Art. 17.- El Hospital y todas sus unidades organizativas deben tener un Manual de Organización y Funciones de Procedimientos y otros documentos técnicos administrativos, según los Lineamientos Técnicos para la Elaboración y Publicación de Instrumentos Técnicos Jurídicos, que integren claramente el ámbito de control y supervisión, los objetivos y funciones de cada área con los niveles jerárquicos establecidos; así como, los canales de comunicación y la delegación de autoridad.

Aprobación de manuales de organización y funciones, de procesos y otros documentos técnicos administrativos

Art. 18.- Será potestad de la Dirección aprobar los manuales de organización y funciones, de procedimientos y otros documentos técnicos administrativos de cada unidad organizativa, siendo éstas las responsables de elaborar, socializar y cumplir lo establecido en dichas normativas. La Unidad de Planificación dará lineamientos específicos sobre la información a utilizar en el diseño y formulación de los documentos arriba mencionados. La Unidad Organizativa de Calidad, dará asesoría técnica en los contenidos de los documentos, según requerimientos específicos de cada unidad organizativa. Estos documentos deberán ser revisados para su actualización, al menos cada cinco años o según necesidades institucionales.

Unidad de mando

Art. 19.- En los manuales de organización y funciones del Hospital se deberá establecer claramente las líneas de autoridad y responsabilidad de cada empleado, los cuales responderán de sus funciones ante una sola autoridad, de acuerdo a lo establecido en el organigrama vigente.

Art. 20.- En ausencia de la jefatura de una unidad administrativa o servicio, la responsabilidad será delegada a la jefatura inmediata superior.



Art. 21.- Las funciones de las diferentes divisiones, unidades, departamentos y servicios deberán separarse, de tal manera que exista independencia entre la persona que autoriza, ejecuta, registra y custodia.

Delimitación de funciones y responsabilidades

Art. 22.- La Dirección del Hospital establecerá en forma clara y por escrito, el detalle de todos los aspectos importantes de las funciones de cada cargo y las responsabilidades de los servidores que las desempeñan, de acuerdo al Manual de Puestos del Ministerio de Salud y el Manual de Organización y Funciones del Hospital.

Los deberes, autoridad, responsabilidad y relaciones de cada persona en la estructura de la organización, deben de estar claramente establecidos por escrito. Es importante que, entre otros aspectos se especifique el objetivo de cada puesto de trabajo, la jefatura de quien depende o a quién se reporta, los cargos sobre los que tiene autoridad y los requisitos mínimos o el perfil de conocimiento y experiencia que debe de reunir la persona a quien se nombrará en dicho cargo.

Supervisión

Art. 23.- El director, subdirector, jefes de divisiones, unidades, departamentos y servicios, ejercerán supervisión sobre el trabajo de sus subalternos, para efecto de controlar de forma directa el rendimiento de las personas.

En el caso de médicos en proceso de formación y especialización, se supervisarán de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica para el Desarrollo de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en Hospitales y Escuela del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Canales de comunicación

Art. 24.- Las líneas de comunicación entre los diferentes entes organizativos, deberán facilitar la retroalimentación e intercomunicación; con el objeto de mantener los mejores niveles de relaciones entre las diferentes áreas organizativas, utilizando terminología clara y uniforme a través de los canales de comunicación normalmente establecidos, según se detallan a continuación:

- a) Comunicación interna, escrita según la "Guía para la Elaboración de Oficios, Memorandos y Circulares", modelo estándar de control interno.
- b) Correo electrónico.
- c) Redes sociales, plataforma de facebook, Hospital Nacional "María Isabel Rodríguez".
- d) Página web.

Correo electrónico

Art. 25.- La creación de las cuentas de correos electrónicos institucionales lo hará la Unidad de Informática, en coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, a partir de la previa autorización por parte de la Unidad de Informática y la debida justificación de la jefatura del usuario solicitante, tal como lo regula el Manual de Procedimientos de la Unidad de Informática.

Redes sociales, plataforma de facebook, Hospital Nacional de la Mujer "María Isabel Rodríguez"

Art. 26.- La administración del contenido publicado a través de plataformas de redes sociales institucionales, lo hará la Unidad de Comunicaciones en coordinación con las diferentes unidades responsables, según lo requerido y aprobado por la Dirección.

Página web

Art. 27.- La actualización y publicación de la página web institucional, lo hará la Unidad de Informática en coordinación con las diferentes unidades responsables, según lo requerido y aprobado por la Dirección, en cumplimiento al Manual Sobre la Metodología de Desarrollo de los Sistemas del Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez".

Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano

Establecimiento de políticas y prácticas

Art. 28.- Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de las Unidades y Departamentos de Recursos Humanos, Manual de Descripción de Puestos y otras normativas legales vigentes del Ministerio de Salud, que regulan las actividades que deben ser cumplidas por los servidores en el desempeño de sus funciones para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Reclutamiento, selección y contratación de personal

Art. 29.- El proceso de reclutamiento y selección de plaza nueva o vacante, se realizará por la Unidad de Recursos Humanos, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de las Unidades y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y el Manual de Procedimientos de la Unidad de Recursos Humanos del Hospital.

El proceso de selección de médicos residentes será coordinado por la Unidad Formadora Profesional, conforme a lo establecido en la "Norma Técnica para Desarrollo de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en Hospitales Escuela del Sistema Nacional Integrado de Salud".


Sistemas de nombramiento y contratación

Art. 30.- El nombramiento o contratación del personal se hará por el Sistema de Ley de Salarios o contratos, a través del Fondo General de la Nación y otras fuentes de financiamiento público.

Contratación de personal en carácter interino

Art. 31.- Para la contratación de personal en carácter interino se regirá en base a lo normado en la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos y Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Art. 32.- La Unidad de Recursos Humanos deberá impartir a todo el personal que ingrese a laborar a la Institución, una orientación e inducción de acuerdo al Manual de Inducción



para el Personal del Hospital; la inducción específica será impartida por el jefe inmediato del empleado, de tal manera que se le facilite integrarse a la Institución y con la naturaleza del trabajo a desarrollar.

Capacitación y desarrollo

Art. 33.- La formación y capacitación del personal estará a cargo de la Unidad de Desarrollo Profesional del Hospital (UDP), según lo establece el Manual de Organización y Funciones de las Unidades de Desarrollo Profesional del MINSAL y los Lineamientos Técnicos para la Gestión de la Formación y Educación Permanente de los Trabajadores del Ministerio de Salud.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades

Evaluación al desempeño

Art. 34.- El desempeño laboral de los empleados del Hospital será evaluado semestralmente, de conformidad al Reglamento Interno de la Unidad y al Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Las evaluaciones al desempeño efectuadas a los funcionarios y empleados del Hospital tendrán un efecto en el pago del incentivo salarial, según la Ley de Escalafón de los Empleados del Ministerio de Salud.

Para los empleados que ejerzan actividades en diferentes servicios del Hospital en un solo nombramiento, deberán ser evaluados por el jefe de la unidad, departamento o servicio, donde tenga el mayor número de horas asignadas, posterior a reportes evaluativos de los jefes de cada área donde ejerce las funciones. En caso del personal que tenga el mismo número de horas asignadas en diferentes unidades, departamentos o servicios, será el jefe de la división correspondiente quien realizará la evaluación del desempeño, posterior a los reportes evaluativos de los jefes de cada área donde ejerce las funciones.

El puntaje final anual, será el promedio de las evaluaciones semestrales.

Promoción

Art. 35.- La promoción del personal se hará de acuerdo a idoneidad, méritos, aptitudes, grado académico, eficiencia y evaluaciones al desempeño, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública.

Traslado de personal

Art. 36.- Cuando fuere conveniente y necesario para el Hospital, la máxima autoridad podrá autorizar el traslado de personal a otros cargos de igual clase o naturaleza, aún sin el consentimiento del empleado, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Servicio Civil y el Reglamento Interno de las Unidades y Departamentos de Recursos Humanos.

Traslados internos de personal

Art. 37.- Cuando por la necesidad institucional, la máxima autoridad autorice un traslado interno, se deberá emitir el correspondiente acuerdo de asignación de funciones. Dicho



acuerdo será elaborado por la Unidad de Recursos Humanos, a solicitud del jefe inmediato del área donde se desempeñen las nuevas funciones, con visto bueno de la dirección, por un período de un año prorrogable anualmente, según lo requerido por el jefe inmediato.

Rotación de personal

Art. 38.- Las jefaturas del Hospital podrán hacer las rotaciones de personal de acuerdo a las necesidades de operación institucional, debiendo informar a la Unidad de Recursos Humanos para los controles pertinentes.

Se faculta a las jefaturas realizar rotaciones temporales, según necesidades inmediatas.

Cambio de horarios

Art. 39.- Previo a la fecha de cambio de horario, el jefe inmediato deberá de enviar a la Unidad de Recursos Humanos con 15 días hábiles de anticipación, la documentación respectiva con visto bueno de la Dirección; dicho cambio, deberá iniciar el primer día calendario del mes siguiente al de la aprobación.

Programación y sus cambios en los turnos

Art. 40.- La programación y sus cambios en los turnos estarán regulados según lo establecido, en el Reglamento Interno de las Unidades y Departamentos de Recursos Humanos del MINSAL y los Lineamientos Internos de Recursos Humanos del Hospital.

Acciones disciplinarias

Art. 41.- Todo funcionario o empleado que incumpla con sus deberes y obligaciones inherentes a su cargo o que cometa actos de indisciplina, será sometido a las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Ley de Servicio Civil, Ley de Ética Gubernamental y el Código de Ética para el Personal de Salud.

Control de asistencia

Art. 42.- Todo el personal nombrado por ley de salarios, contratos de servicios personales, ad honorem y servicio social, deberán asistir con puntualidad a su trabajo y registrar de forma personal su asistencia. Se exceptúa de registrar su asistencia al director, subdirector y jefes de división del Hospital.

El control respectivo se hará a través del Sistema Biométrico del Hospital, a excepción de los médicos practicantes internos, quienes deberán presentar la hoja de control que acredite su asistencia en el lugar donde han realizado su rotación, debidamente firmada por la autoridad competente.

El control de la asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo será responsabilidad del jefe inmediato.

Art. 43.- Se establece un período de gracia de cinco minutos diarios por llegada tardía; en caso de que la marcación exceda a los cinco minutos, no se concederá al empleado este período de gracia y se descontará a partir del primer minuto que sobrepase su hora de



entrada. Los cinco minutos de gracia serán contabilizados diariamente y en ninguna circunstancia son acumulados.

Cuando se presentaren situaciones tales como: paros sindicales, paros al transporte, cierres de calles por fenómenos sociales de protestas y/o amenazas de grupos delincuenciales que obliguen al personal a ingresar o retirarse de sus labores fuera del horario establecido, el director emitirá resolución para efecto de exonerar a los empleados de los descuentos correspondientes.

Aplicación de descuentos por llegadas tardías y/o inasistencias

Art. 44.- Los descuentos deberán aplicarse en los tres meses posteriores a las faltas de puntualidad y/o inasistencia a las labores. Éstos se ejecutarán según lo establecido en el Art. 99 de las Disposiciones Generales de Presupuesto:

- a) Las faltas de puntualidad cometidas dentro del mismo mes, serán sancionadas por las primeras tres veces, con la pérdida del sueldo correspondiente al período comprendido entre la hora de entrada y aquella en que el empleado se haya presentado; pero si dichas faltas pasaren de tres, la pérdida del sueldo será igual al doble de lo dispuesto anteriormente.
- b) Las faltas de asistencia no justificadas se sancionarán con la pérdida del doble del sueldo correspondiente al tiempo faltado, pero si dichas faltas excedieren de dos en un mismo mes, el exceso se sancionará con el descuento del doble de lo que correspondería, de acuerdo con lo dispuesto anteriormente. Iguales sanciones se aplicarán a quienes se retiren de su trabajo sin licencia concedida en legal forma. Las faltas por audiencias o períodos de días continuos se considerarán como una sola falta, pero la sanción se aplicará a todo el tiempo faltado. Al computar el tiempo faltado, no se tomará en cuenta los días inhábiles.

Responsabilidad de elaborar permisos y plazos de presentación

Art. 45.- Los permisos y licencias del personal deberán ser solicitados por cada empleado a su jefe inmediato, según el formulario correspondiente. Para aquellos empleados que desempeñen funciones en dos o más servicios, el permiso deberá llevar la firma de los jefes de los servicios donde afecte su ausencia.

Las licencias se tramitarán de conformidad a los siguientes plazos:

- a) Para las licencias con goce de sueldo se tendrá como fecha límite de entrega a la Unidad de Recursos Humanos, una semana posterior a la fecha en que se hizo efectiva la acción de personal.
- b) Los trámites de licencias sin goce de sueldo, se recibirán en la Unidad de Recursos Humanos con al menos 5 días hábiles de anticipación. Cada jefe es el responsable de asegurar que dicho período se cumpla, a excepción de licencias por enfermedad, duelo o enfermedad grave de parientes. El resto de las licencias del personal se tramitarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento Interno de Recursos Humanos del Hospital.

- c) De igual forma, todas las jefaturas, previo al análisis correspondiente podrán autorizarlas y remitirlas a la Unidad de Recursos Humanos, de no hacerlo oportunamente, dicha unidad aplicará los descuentos respectivos en cumplimiento a las regulaciones establecidas.

Expedientes de personal

Art. 46.- La Unidad de Recursos Humanos será la responsable de elaborar, estructurar, clasificar, custodiar y mantener actualizados los expedientes de todo el personal; independientemente de la forma de contratación y fuente de financiamiento, con la información necesaria que facilite su ubicación en los archivos de la unidad.

Los expedientes del personal son propiedad del Hospital Nacional de la Mujer, "Dra. María Isabel Rodríguez". Todo empleado podrá solicitar por escrito su expediente para ser revisado por él, dentro de la Unidad de Recursos Humanos. Las jefaturas del Hospital podrán solicitar por escrito los expedientes del personal a su cargo para fines laborales y efectuar las revisiones correspondientes dentro del Hospital. Los expedientes no podrán ser retirados del Hospital, excepto por requerimientos de autoridad competente.

Los expedientes deberán ser foliados y contendrán toda la documentación general, laboral y profesional de cada uno de los empleados. Referente a la información relacionada con su ingreso, evaluaciones, ascensos, promociones y retiro del personal. Es responsabilidad del empleado presentar información y documentación, a efecto de mantener actualizados sus expedientes. Los expedientes del personal que dejare de laborar para el Hospital pasarán a formar parte del archivo institucional.

Aplicaciones informáticas en la gestión de recursos humanos

Art. 47.- Para la contratación y selección de personal, se usará la herramienta informática que se encuentre vigente.

Art. 48.- Para el registro de acciones de personal, planilla de salarios, evaluación de desempeño, emisión de acuerdos y resoluciones, se utilizará el Sistema Informático de Recursos Humanos, incluyendo el ITR TIME PLUS para el control de asistencia.


Art. 49.- Para el control de la ficha laboral se usará el Sistema Informático para la Administración de Recursos Humanos (SIARH).

Gestión de riesgo laboral

Art. 50.- Todos los empleados del Hospital deberán vigilar, identificar e informar a los delegados sobre la prevención de todos aquellos incidentes, accidentes y riesgos laborales a que el personal esté expuesto para dar cumplimiento a la Ley General de Prevención de Riesgo en los Lugares de Trabajo. Todo accidente de trabajo deberá ser notificado a la Unidad de Recursos Humanos en las siguientes 72 horas de haber ocurrido el accidente, a efecto de ser notificados al Ministerio de Trabajo y Previsión Social de El Salvador.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 51.- Se establecerá una sola Unidad de Auditoría Interna bajo la dependencia directa de la máxima autoridad, con plena independencia funcional y sin ejercer funciones en los



procesos de administración, control previo, aprobación, contabilización o adopción de decisiones dentro de la entidad.

El control interno posterior se llevará a cabo mediante la Unidad de Auditoría Interna, actividad profesional sujeta a las Normas de Auditoría Interna Gubernamental (NAIG), al Manual de Auditoría Interna del Hospital y el Estatuto de la Unidad de Auditoría Interna del Hospital Nacional de la Mujer.

La Unidad de Auditoría Interna efectuará exámenes o evaluaciones de las operaciones, actividades y programas del Hospital, según lo regulado por la Ley de la Corte de Cuentas de la República y demás disposiciones legales aplicables.

Todo el personal del Hospital deberá facilitar en todo momento la información requerida por el personal de la Unidad de Auditoría Interna, de conformidad al cumplimiento de sus funciones, competencias y con los procesos de dicha Unidad de Auditoría Interna.

Además, la Unidad de Auditoría Interna se apegará a lo regulado por el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en lo concerniente a las unidades de auditoría interna.

CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de riesgos

Art. 52.- Es un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos, considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por la entidad.

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales

Objetivos institucionales

Art. 53.- La Dirección y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, han definido 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.
- 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. 54.- El Titular del Hospital a través de la Unidad de Planificación deberá elaborar el Plan Estratégico Quinquenal, según los lineamientos de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia y del Ministerio de Salud, el cual contendrá las políticas y objetivos estratégicos de la Institución; así mismo, la elaboración de un Plan Anual Operativo Institucional que vaya orientado a la misión y visión que contenga sus indicadores de gestión.

7

Objetivos y metas en planes anuales operativos

Art. 55.- Todas las unidades organizativas elaborarán sus planes anuales operativos, en base a los lineamientos emitidos por la Unidad de Planificación.

Seguimiento y evaluación de objetivos y metas

Art. 56.- A fin de realizar acciones preventivas o correctivas oportunamente, que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales, semestralmente la Dirección a través de la Unidad de Planificación, supervisará y evaluará el cumplimiento de objetivos y metas institucionales; y los jefes de las diferentes unidades organizativas, las de sus correspondientes áreas. Todas las actividades de seguimiento y evaluaciones realizadas deberán documentarse.

9

Planes anuales operativos

Art. 57.- La Dirección a través de la Unidad de Planificación, emitirá los lineamientos necesarios para la elaboración de los planes anuales operativos y brindará asistencia técnica, con el propósito de que éstos sean coherentes y congruentes con los objetivos y metas institucionales y lineamientos del Ministerio de Salud.

Aprobación de planes anuales operativos

Art. 58.- Cada jefatura de las distintas unidades organizativas deberá involucrarse, autorizar y consolidar los planes anuales operativos de sus dependencias, a través de la Unidad de Planificación para obtener la aprobación de la Dirección del Hospital, a más tardar el último día hábil del mes de enero del siguiente año.

10

Aprobación del manual de organización y funciones institucional

Art. 59.- La Dirección a través de la Unidad de Planificación, es la responsable de elaborar, actualizar y socializar el Manual de Organización y Funciones Institucional.

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

Riesgos

Art. 60.- Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, al menos cada tres años serán identificados y analizados para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto, siguiendo la metodología establecida en los Lineamientos para la Elaboración de Matrices de Riesgo.



Gestión de riesgos

Art. 61.- Los riesgos se gestionarán considerando los aspectos siguientes:

- a) Identificación de riesgos.
- b) Análisis de riesgos.
- c) Determinación e implementación de acciones para mitigar su impacto.

La Dirección a través de la Unidad de Planificación será la responsable de la consolidación de las matrices de riesgos institucionales, con el objetivo de identificar, evaluar y ejecutar acciones que minimicen el impacto para la consecución de los objetivos.

Identificación de riesgos

Art. 62.- El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se consideran 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.

Análisis de riesgos

Art. 63.- La Dirección, subdirección, unidades asesoras, jefaturas de divisiones, departamentos, unidades y servicios, efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de la entidad 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 tres variables: Probabilidad, impacto y velocidad.

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.

La velocidad del riesgo, se refiere a la rapidez con la que el impacto se evidenciará.

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 otras.

El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos.

La identificación de los riesgos deberá realizarse de acuerdo a las necesidades de la Institución.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 64.- Analizados los riesgos la Dirección, subdirección, unidades asesoras, jefaturas de divisiones, departamentos, unidades y servicios, definirán las acciones para su administración y mitigación.

Principio 8: Evaluación de riesgo de fraude

Riesgo de fraude

Art. 65.- 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.

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

Cambios que afectan el Sistema de Control Interno

Art. 66.- La Dirección, subdirección, unidades asesoras, jefaturas de divisiones, departamentos, unidades y servicios, identifican, analizan y evalúan 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, en la administración, actitudes y filosofía.
- g. Nuevas tecnologías de información y comunicación.



CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL

Principio 10: Selección y desarrollo de actividades de control que contribuyen a la mitigación de riesgos para cumplir con los objetivos a nivel aceptable

Acciones para reducir los riesgos

Art. 67.- Después de identificar, analizar y cuantificar los riesgos, la máxima autoridad, subdirección, jefes de divisiones y demás jefaturas de todas las unidades organizativas, deberán definir las acciones de control y las actividades asociadas para prevenir o minimizar los efectos de los riesgos identificados.

La máxima autoridad y las distintas jefaturas son responsables de vigilar y dar cumplimiento a las actividades asociadas para prevenir y minimizar los efectos de los riesgos identificados.

La auditoría interna podrá apoyar a la Institución en la identificación, evaluación e implementación de metodologías de gestión de riesgo y controles dirigidos a aquellos riesgos de mayor incidencia en el logro de los objetivos institucionales.

Autorización de políticas de control

Art. 68.- La máxima autoridad emitirá y autorizará por escrito las políticas y procedimientos de control, que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno; asimismo, emitirá y autorizará las modificaciones y/o actualizaciones que sean necesarias.

La Dirección, subdirección, jefes de divisiones y demás jefaturas de todas las unidades organizativas, serán responsables de divulgarlas, cumplirlas y actualizarlas en función a las necesidades que se requieran institucionalmente.

Prácticas y medidas de control

Art. 69.- Todos los procesos institucionales deben integrar sus propias actividades de control interno que mejor se adapten en la Institución, que permitan una administración eficaz y eficiente de los riesgos y gestión, que coadyuven al logro de los objetivos y metas.

Los manuales, políticas, instructivos y demás normativa interna que sirva para fortalecer el control interno para los intereses del Hospital, serán emitidos y autorizados por la máxima autoridad.

La Unidad de Planificación será la responsable de brindar asesoría técnica en la elaboración de los manuales, políticas, instructivos y demás normativa interna.

Políticas sobre presupuesto, tesorería y contabilidad

Art. 70.- El marco presupuestario, tesorería y contabilidad, estarán regulados por las diferentes normativas, entre ellas: la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria y otros lineamientos emitidos por el



Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y lineamientos internos emitidos por la Dirección del Hospital.

Convenios, acuerdos y cartas de entendimiento suscritos

Art. 71.- La Unidad Financiera Institucional (UFI), será responsable de registrar y controlar financieramente el cumplimiento de los convenios, acuerdos y cartas de entendimiento suscritos por el Hospital, en los cuales así se establezca; y deberá informar mensualmente y por escrito a la máxima autoridad, la ejecución financiera de las mismas.

Políticas y procedimientos relativos a las adquisiciones y contrataciones

Programación anual de adquisiciones

Art. 72.- Los procesos de adquisiciones y contrataciones serán ejecutados de conformidad a lo regulado en las leyes: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), Ley Orgánica del Sistema de Administración Financiera del Estado (SAFI), Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (RELACAP), manuales, normas y políticas vigentes emitidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC), los cuales a su vez deberán estar respaldados en el presupuesto institucional aprobado por la Asamblea Legislativa, a fin de cumplir con los objetivos y metas institucionales para cada ejercicio fiscal.

La programación anual de adquisiciones podrá ser modificada, de conformidad a la gestión de refuerzos presupuestarios y movimientos internos autorizados por el Ministerio de Hacienda, cuyos refuerzos sean recibidos en el ejercicio fiscal y normativa legal vigentes establecida por la UNAC.

Requerimiento de obras, bienes o servicios

Art. 73.- Toda solicitud de compra deberá ser elaborada por el responsable del que requiere del bien, obras y/o servicios, la cual deberá contener: objeto, cantidad, especificaciones técnicas y condiciones específicas, valor estimado del bien, obra o servicio, código del Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB), código ONU y el nombre de la persona designada como administrador de contrato.

Cuando se trate de adquisiciones de bienes, obras y servicios, la unidad solicitante requerirá por escrito las especificaciones técnicas especializadas y condiciones de instalación necesarias para el adecuado funcionamiento, según la naturaleza de la adquisición a la Unidad de Mantenimiento y/o Unidad de Informática según sea el caso, quienes tendrán la responsabilidad de brindar la información solicitada.

Las jefaturas de división de las unidades solicitantes y/o de mayor jerarquía, deberán verificar las existencias en la bodega del área respectiva, antes de autorizar, firmar y validar las solicitudes de compras a las unidades o servicios solicitantes.

La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), deberá verificar que las solicitudes de compras remitidas cuenten con la asignación presupuestaria correspondiente. Una vez el jefe de la unidad solicitante haya analizado la cantidad de los bienes a adquirir y tenga la autorización del jefe de división correspondiente, éste deberá



verificar las existencias en almacén, quienes serán los responsables de certificar la existencia o no de los bienes solicitados.

Recepción de ofertas en la libre gestión

Art. 74.- Para la modalidad de compra por libre gestión, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), dependiendo de la emergencia del bien, obra o servicio, determinará el plazo para la presentación de las ofertas.

Se establece que, para la recepción de ofertas, mediante la modalidad de libre gestión para compras mayores a 20 e iguales o menores a 160 salarios mínimos del sector comercio, el jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), mantendrá un buzón para depositar las ofertas y una vez finalizado el plazo para la recepción de las mismas, el jefe de la UACI designará rotativamente las personas que efectuarán la apertura de ofertas, levantando el acta correspondiente.

La Unidad de Auditoría Interna verificará aleatoriamente el proceso de apertura de ofertas de libre gestión.

Art. 75.- Si para compras por libre gestión establecidas en el artículo anterior, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) recibiera una sola oferta o no recibiera ninguna, ésta procederá de oficio a realizar un segundo proceso para evaluación de oferta.

En caso de no ser adjudicada, la UACI notificará a la unidad solicitante para el trámite correspondiente.

Art. 76.- Para compras iguales o menores a 20 salarios mínimos del sector comercio, las ofertas podrán ser presentadas por medio electrónico o físico a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), sin ser necesario la elaboración del acta de recepción de ofertas para dicho proceso.

Recepción de bienes, obras y servicios

Art. 77.- La recepción de bienes se realizará en el almacén, aplicando la normativa vigente.

La recepción de obras y servicios la realizarán: el administrador del contrato, las unidades técnicas correspondientes y en su caso, las unidades solicitantes, quienes deberán elaborar el acta de recepción correspondiente según la normativa vigente.

En caso de que los responsables de la recepción del bien, servicio u obra determinen que hay daños, defectos o servicios incompletos y deficientes o que no cumplan con especificaciones establecidas, no deberá darle por recibido y se extenderá acta de no recepción; y se harán los reclamos establecidos por la Ley.

En caso de no contar con bienes suficientes para suplir la demanda de los mismos, y existiere una resolución de adjudicación proveniente de procesos de licitación o libre gestión y ésta estuviese en firme, el administrador de contrato, en coordinación con la UACI gestionarán entregas de adquisiciones parciales o totales en calidad de anticipo, mediante notas de remisión, para lo cual el almacén llevará un registro de la recepción de dichos bienes.

Luego de finalizados los plazos establecidos en el documento contractual, se podrán recibir entregas parciales o totales de bienes y servicios, aplicándose las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), por los incumplimientos incurridos.

Durante la vigencia de los plazos de entrega, éstas se podrán recibir parciales, por cualquier forma de contratación o modalidad de compra.

Las responsabilidades de los administradores de contratos se implementarán de acuerdo a lo establecido en la LACAP y lineamientos internos respectivos.

Donaciones

Art. 78.- Todos los bienes obtenidos por el Hospital en carácter de donativos, deben estar sujetos a un proceso de aceptación y recepción, previo a un análisis técnico que emita para tal efecto él o los expertos del área que corresponda, a fin de determinar la conveniencia de contar con dicho bien antes de pasar a formar parte de los inventarios del Almacén; esto de conformidad a los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

La Dirección del Hospital decidirá la aceptación del donativo sustentado en el análisis técnico a que se refiere el inciso anterior, el cual deberá ser informado al Almacén, Unidad de Patrimonio, Unidad Financiera Institucional y Administración.

Las donaciones de medicamentos, insumos médicos y equipo médico quirúrgico por parte de instituciones u organismos nacionales o internacionales, se regularán de acuerdo a la Norma para la Aceptación de Donativos de Medicamentos, Insumos Médicos y Equipo Médico Quirúrgico, emitida por el Ministerio de Salud.

Transferencias

Art. 79.- Las transferencias de bienes las autorizará el director del Hospital cuando se trate de enviar; todos los bienes sujetos a transferencias deberán efectuarse en formulario de solicitud y vale de salida de materiales, el cual contará además con las firmas de: subdirección, administración y jefatura que transfiere el bien.

Cuando el Hospital tenga que enviar el bien a otra institución; además del formulario establecido, deberá existir la solicitud escrita entre los titulares de las instituciones involucradas. En el caso de los bienes de activo fijo, deberá ser informado a las unidades de Patrimonio y Financiera Institucional.

Las transferencias de medicamentos e insumos médicos se realizarán en base a lo establecido en las Normas y Procedimiento para Efectuar Transferencias de Medicamentos e Insumos Médicos, emitidas por el Ministerio de Salud y deberá contar con el visto bueno del Médico Asesor de suministros.

Control de bienes en existencia

Art. 80.- La recepción, almacenamiento, registro, distribución, control de inventario y niveles de seguridad, se registrará por lo establecido en los Lineamientos Técnicos para las



Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de la Subdirección en Almacenes del Ministerio de Salud y Manual de Procedimientos del Almacén General del Hospital.

Art. 81.- Las diferentes jefaturas serán responsables del resguardo, uso y custodia de los bienes distribuidos a los diferentes servicios y dependencias. El funcionario o empleado al cual 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 el debido proceso. Todas las jefaturas son responsables de verificar que el proceso de control interno se cumpla.

Uso del kardex

Art. 82.- Para el control de las existencias en Almacén General, el personal de dicha área llevará sus registros de kardex por medio de los siguientes sistemas informáticos: Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB) y Sistema Integrado de Control de Inventario (SICI).

Averías y vencidos

Art. 83.- Los bienes averiados o vencidos que no estén regulados en otras normativas, serán tratados conforme lo establecido en el Manual de Procedimientos del Almacén General del Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez". Para el caso de los suministros médicos se aplicará lo normado en los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

Activo fijo

Art. 84.- Para el control, transferencia y descargo de los activos fijos de la Institución, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud.

La creación, cambio, fusión o eliminación de las distintas áreas del Hospital y de sus ambientes, corresponderá a la Dirección del Hospital, quien deberá notificar estos cambios a la Unidad de Patrimonio, Unidad Financiera Institucional y Administración, especificando el origen y destino de los bienes.

La Unidad responsable de llevar el control y registro de los activos fijos institucionales será la Unidad de Patrimonio, quien a su vez conciliará con la Unidad Financiera a través del Área de Contabilidad, los activos fijos depreciables distribuidos por Almacén, a las diferentes dependencias del Hospital en el ejercicio fiscal correspondiente, por lo menos una vez al año.

La Unidad de Patrimonio deberá efectuar inventario físico de los activos fijos del Hospital mayores de seis cientos dólares (\$ 600.00), por lo menos una vez al año. El control administrativo de aquellos bienes menores de seis cientos dólares, será responsabilidad de cada jefatura de División, Departamento, Unidad o Servicio que integre el Hospital.

Todas las jefaturas que tengan a su cargo bienes muebles, serán responsables de la aplicación oportuna y adecuada de los procedimientos relacionados al traslado, reparación, sustitución y/o descarte de los mismos.



Entrega de activos fijos

Art. 85.- Cuando el funcionario o empleado deje de laborar por cualquier motivo o sea trasladado a otra dependencia, tendrá que entregar inmediatamente los bienes que estaban bajo su responsabilidad a la persona que lo sustituirá, los cuales deben estar de conformidad a los registros de la Unidad de Patrimonio. En caso de faltante, será responsabilidad de la jefatura que entrega. De igual manera, el nuevo funcionario o empleado recibirá los bienes que se le asignen y que estarán bajo su responsabilidad; este procedimiento se realizará por medio de acta posterior a su constatación física.

Sera responsabilidad de cada jefe de división, constatar o verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior.

Sistema de registro de bienes

Art. 86.- El Almacén llevará un registro de los bienes en existencias dentro del mismo, de tal manera que facilite su identificación, fecha y costo de adquisición, ubicación y resguardo; con el propósito de contar con la información que facilite la toma de decisiones.

Art. 87.- La Unidad de Patrimonio llevará un registro sobre los activos fijos, de tal manera que facilite la identificación, fecha, costo de adquisición y ubicación; con el propósito de contar con la información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento y descarte. El Almacén deberá remitir el acta de recepción y demás documentación de soporte necesaria de los activos fijos recibidos, para que la Unidad de Patrimonio pueda registrar los activos fijos distribuidos hacia las diferentes unidades, departamentos y servicios del Hospital.

En el caso de equipos informáticos, la Unidad de Patrimonio llevará únicamente el control del componente principal.

Art. 88.- El registro de los bienes en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Salud, se efectuará en el caso de activos fijos mayores de seiscientos dólares (\$600.00).

Codificación del activo fijo

Art. 89.- Todo bien mueble propiedad del Hospital debe de identificarse por medio de un código de inventario, que deberá ubicarse en la parte más visible del bien. Ésto será aplicable, incluso a los bienes cuyo valor de adquisición sea inferior al límite establecido por las Normas de Contabilidad Gubernamental.

En el caso de aquellos equipos que están compuestos por varias partes que puedan ser separadas del conjunto, a cada una de las partes deberá colocársele el mismo código de inventario y el valor del bien debe registrarse al componente principal.

Mantenimiento y reparaciones

Art. 90.- Se deberá elaborar y ejecutar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos, básico, transporte, informáticos y otros que se consideren de vital importancia y/o que su funcionamiento lo demande y emplear todos los medios que permitan prolongar hasta el máximo posible su funcionamiento.



Descarte y descargo de bienes

Art. 91.- Para el descarte de mobiliarios, equipos, vehículos y otros, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud.

En caso de que se requiera descarte de un componente y/o accesorio de un equipo del que no se posea costo de adquisición, será a través de un especialista según la naturaleza del bien, el que asigne el costo del componente y/o accesorio a descartar; en este caso, tanto la Unidad Financiera Institucional como la Unidad de Patrimonio, deberán disminuir dicho valor del equipo principal.

Para el caso de suministros médicos, se procederá como lo establecen los Lineamientos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud. Estas acciones deberán quedar debidamente documentadas.

Vehículos institucionales

Art. 92.- La asignación, uso, cuidado y conservación de todos los vehículos institucionales y el consumo del combustible, se regirá de conformidad al Instructivo establecido por la Corte de Cuentas de la República, Reglamento para el Uso de Combustible del Ministerio de Salud y Manual de Procedimientos de la Sección de Transporte.

Uso de vehículos

Art. 93.- Los vehículos se utilizarán exclusivamente para fines institucionales y llevarán en un lugar visible el distintivo que los identifique como propiedad del Hospital, el cual no deberá ser removible.

Arqueo de fondos y valores

Art. 94.- Los arqueos serán practicados por la Unidad de Auditoría Interna o por servidores independientes de quienes tienen la responsabilidad de custodia, manejo o registro de los fondos, sin previo aviso y frecuentes sobre la totalidad de fondos y valores, de ser posible en forma simultánea, dejando constancia escrita y firmada por las personas que participen.

Se informará por escrito oportunamente al jefe inmediato y a la máxima autoridad, a efecto de que se tomen las medidas preventivas o correctivas correspondientes, en caso de ser pertinente.

Procedimientos sobre arrendamientos

Art. 95.- En beneficio de los empleados y personal visitante, el Hospital podrá dar en arrendamiento áreas físicas de su estructura a personas naturales o jurídicas interesadas en dar servicios de cafeterías, máquinas dispensadoras o cualquier otra actividad que beneficie a los mismos.

Concurso

Art. 96.- Para el arrendamiento de cafetines será necesario someter a concurso las instalaciones asignadas para tal fin, éste se hará mediante publicaciones hechas a través



de rótulos y/o avisos en carteleras que permitan dar a conocer el concurso y se obtenga la mayor participación posible. Las ofertas deberán presentarse en sobre sellado y serán abiertos en la fecha establecida por la comisión designada para tal fin.

Si como resultado de la convocatoria se presentare solo un interesado, se dejará constancia de tal situación en el acta respectiva. Esta oferta única, será analizada para verificar si cumple con las especificaciones requeridas en las condiciones técnicas de participación. Si la oferta cumpliera con los requisitos requeridos y fuese de beneficio a los intereses del Hospital, se adjudicará a ésta la contratación.

Condiciones técnicas de participación

Art. 97.- Previo al concurso deberán elaborarse las bases de participación donde se regulen las condiciones en las que será dado el arrendamiento.

Las bases deberán redactarse en forma clara y precisa, a fin de que los interesados conozcan en detalle las obligaciones, los requerimientos y las especificaciones a las que se someta todo participante.

Las condiciones técnicas se harán en concordancia con la Norma Técnica Sanitaria para Cafetines en Establecimientos de Salud y Secretaría de Estado del Ministerio de Salud.

Plazo o período del arrendamiento

Art. 98.- El período de vigencia del arrendamiento será definido en el contrato respectivo, y este vencerá el 31 de diciembre, no obstante, el Hospital a través del director podrá prorrogarlo por un período igual al inicialmente contratado, siempre y cuando las condiciones sean favorables al Hospital.

Ingresos

Art. 99.- Los ingresos generados en concepto de los arrendamientos, serán ingresados al Hospital a través de la Tesorería, según lo pactado en los contratos que se suscriban.

Servicios privados de vigilancia y limpieza

Art. 100.- Los servicios privados de vigilancia y limpieza, estarán regulados por los contratos respectivos suscritos para tal fin.

Los contratos por servicios privados de vigilancia y limpieza, serán supervisados por la jefatura de Servicios Generales o por quien ésta designe.

Uso de ropa hospitalaria

Art. 101.- La recolección, selección, lavado, secado, doblado y distribución de ropa hospitalaria que se suministra a los diferentes servicios y áreas del Hospital; así como, la confección de piezas nuevas y reparación de ropa de circulación, se realiza en base a lo normado en el Manual de Procedimientos del Área de Lavandería.

Una vez la ropa hospitalaria sale de la lavandería a las diferentes áreas y servicios del Hospital, cada jefatura es responsable del uso y cuidado correspondiente.



En el caso de la ropa que la lavandería entrega a cambio y que cada empleado deja su documento de identificación personal como respaldo, éste será responsable del cuidado y devolución correspondiente.

Uso de formularios prediseñados, producidos y distribuidos a los servicios

Art. 102.- La producción y distribución de formularios impresos, está regulado en el Manual de Procedimientos de Impresos.

Luego de distribuido el material impreso a las divisiones, departamentos, unidades y servicios, corresponderá a cada jefatura el uso y control de dicho material.

Normas relativas a los servicios médicos

Servicios médicos hospitalarios

Art. 103.- La Dirección del Hospital y la subdirección, en coordinación con la División Médica, División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo, y demás jefaturas serán las responsables de planificar, administrar y garantizar los servicios médicos hospitalarios a los pacientes, según lo establecido en: la Constitución de la República de El Salvador, Código de Salud, Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia y las Guías Clínicas para la Atención del Neonato.

Los servicios médicos hospitalarios comprenden: Emergencia, Atención Ambulatoria y Hospitalización.

Formación de recurso humano para especialidades médicas

Art. 104.- La formación de las especialidades médicas estará regida por el convenio entre la Universidad de El Salvador y Ministerio de Salud, Ley de Educación Superior y por la Norma para la Ejecución de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud.

Art. 105.- La formación de las subespecialidades médicas estarán regidas por los diferentes programas manejados por la Unidad de Desarrollo Profesional del Hospital, previa autorización de la Dirección del Hospital.

Utilización del expediente clínico

Art. 106.- El personal de salud deberá cumplir con la Norma Técnica para Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales, emitida por el Ministerio de Salud.

Estadísticas de los servicios de salud

Art. 107.- La recopilación, procesamiento y análisis de toda información médica que se genere en el Hospital, se elaborará según lo establece la Norma Técnica para los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales, emitido por el Ministerio de Salud.



La estadística para la elaboración de informes y divulgación de información oficiosa se realizará de acuerdo a la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP).

Art. 108.- El movimiento de expedientes para su descarte se realizará conforme a los lineamientos emitidos por el MINSAL y de acuerdo a la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP).

Art. 109.- La emisión de citas será única y de exclusiva responsabilidad de Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED), previa indicación médica.

Administración de medicamentos en los servicios hospitalarios

Art. 110.- Las jefaturas que dependen del Departamento de Enfermería, serán responsables de la recepción, almacenamiento, custodia y cumplimiento de los medicamentos que contienen los stocks; debiendo mantener control diario de todas las existencias de éstos, del cual dará cuenta al Delegado de Farmacia que visita dicho servicio para constatar su consumo.

Administración de insumos médicos y no médicos

Art. 111.- Las jefaturas que dependen del Departamento de Enfermería y de la División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo, serán responsables del control, registro, almacenamiento, custodia y distribución de los insumos médicos y no médicos retirados del Almacén Institucional para ser utilizados en sus servicios.

Prescripción de medicamentos

Art. 112.- Toda prescripción de medicamentos se efectuará conforme a las Normas de Prescripción Interna de Medicamentos, emitidas por el Hospital, y Guías para las Buenas Prácticas de Prescripción del MINSAL y la Ley de Medicamentos.

Políticas y procedimientos relativos al manejo de material médico quirúrgico

Art. 113.- La recepción, lavado, empaque, esterilización, almacenamiento y despacho del material médico quirúrgico, se realizará de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procesos de la Unidad de Arsenal y Central de Esterilización.

El almacenamiento, custodia y control del material nuevo en bodega, se llevará a través de kardex.

El extravío y recuperación de material quirúrgico, se hará en cumplimiento al Manual de Procesos de la Unidad de Arsenal y Central de Esterilización.

Políticas y procedimientos relativos a la atención ambulatoria

Control de asistencia de consultas médicas

Art. 114.- La jefatura de la Unidad de Consulta Externa, a través del personal de enfermería y/o secretarías, llevará un control de inicio y finalización de la consulta del personal médico que proporcione servicios en dichas áreas, con el fin de verificar el cumplimiento del horario de consulta asignado.



Art. 115.- En caso de que el médico no asista a su consulta programada, la jefatura que corresponda a las diferentes especialidades médicas, deberá de notificar al jefe de Consulta Externa, si cuenta con otro recurso médico que cubra la consulta o en su caso reprogramarla.

Referencias, interconsultas y retornos

Art. 116.- Toda paciente referida a esta Institución deberá ser atendida en selección de pacientes para evaluar la pertinencia según diagnóstico. De no ser pertinente, retorna al nivel de atención según corresponda, excepto para aquellas pacientes con riesgo social, de ser pertinente se le brindará consulta médica programada. Para los casos de pacientes con sospecha o cáncer comprobado y embarazos de alto riesgo, se brindará en lo posible una atención inmediata.

Art. 117.- Toda paciente que se le haya resuelto su problema médico, deberá ser retornada hacia el primer y segundo nivel de atención, según área geográfica que corresponda, con el objetivo de mantener cupos disponibles y poder brindar un servicio oportuno e inmediato a nuevas pacientes que ameriten asistencia del tercer nivel de atención.

Coordinación de citas de pacientes oncológicas

Art. 118.- El Hospital a través de Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED), facilitará a los referentes de los diferentes niveles, una atención de citas telefónicas para pacientes con diagnósticos oncológicos, con el fin de asignarle una cita programada con la especialidad.

Consentimientos informados

Art. 119.- Se formalizará un consentimiento informado cuando haya aceptación de todo tipo de intervención quirúrgica de parte de un paciente o su representante legal, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención y sus riesgos y beneficios; así como, la existencia de otras alternativas posibles. Dichos procedimientos serán regulados según Acuerdo No. 186, sobre el Formato Único de Consentimiento Informado del Ministerio de Salud.

Normas relativas a las unidades de diagnóstico y apoyo

Norma sobre la realización e intervención de procedimientos radiológicos

Art. 120.- El proceso de realización de estudios radiológicos y procedimientos intervencionistas, serán regulados por las siguientes normativas: Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, Norma de Radiología Diagnóstica Intervencionista y el Manual de Procesos de Radiología.

Norma relativa a la gestión de medicamentos

Art. 121.- La dispensación, distribución, almacenamiento, registro y control de los medicamentos, se hará en base a las Normas de Prescripción de Medicamentos del Hospital Nacional de la Mujer, la Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción del

Ministerio de Salud, y el Plan de Prevención y Contingencia, relativo a Medicamentos Vencidos y Otros Químicos Peligrosos Almacenados.

Norma sobre medicamentos controlados

Art. 122.- Los medicamentos controlados por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), estarán regidos por el Instructivo para el Manejo de Medicamentos Controlados en los Establecimientos de Salud, sujetos a la Ley de Medicamentos.

Art. 123.- Para disminuir el vencimiento de medicamentos, la jefatura del Servicio de Farmacia revisará y analizará las existencias, consumos y fechas de vencimiento, para que con aquellos medicamentos que se estime que no se consumirán antes de su fecha de vencimiento, efectúe las gestiones correspondientes para ser transferidos a otras instituciones del Sistema Nacional de Salud que lo requieran, con excepción de aquellos medicamentos en que exista un compromiso contractual de cambio.

Normas relativas a la fisioterapia y rehabilitación

Art. 124.- Los procesos de identificación y tratamiento de alteraciones, músculo esqueléticas y neurológicas del recién nacido y del adulto, serán regulados por los lineamientos descritos en el Manual de Procesos de Fisioterapia del Hospital Nacional de la Mujer, Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Fisioterapia y los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud del Prematuro con Peso Menor de Dos Mil Gramos al Nacer.

Normas relativas a la prestación de servicios nutricionales

Fórmulas infantiles estériles, suministro de alimentación de pacientes hospitalizadas y las intervenciones nutricionales en hospitalización y consulta externa

Art. 125.- La jefatura y personal de la Unidad de Nutrición implementarán sus actividades, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procesos de Elaboración de Fórmulas Infantiles Estériles Vigente y el Manual de Procesos del Servicio de Nutrición.

Art. 126.- Es responsabilidad de la jefatura del Departamento de Neonatos, establecer oportunamente las diluciones de las fórmulas Infantiles en polvo, cada vez que se adquiriera una fórmula diferente y entregarlas a la Unidad de Nutrición.

Dietas de pacientes

Art. 127.- Las dietas a servir se establecen de acuerdo a: Lineamientos Técnicos para la Evaluación del Estado Nutricional en el Ciclo de Vida y Desarrollo en la Niñez y la Adolescencia y los Lineamientos Técnicos para la Prescripción de Dietas en Hospitales de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de El Salvador, en base a diagnósticos clínicos y nutricionales de la población atendida.

Normas relativas a la realización de estudios ultrasonográficos

Art. 128.- La jefatura, subjefatura y personal de la Unidad de Ultrasonografía será la responsable de la realización de los estudios de ultrasonografía, en cumplimiento con el



Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos de la Unidad de Ultrasonografía.

Art. 129.- Para los estudios ultrasonográficos intervencionistas, se deberá realizar el consentimiento informado por parte del médico ejecutante del procedimiento y la aceptación de la paciente, de acuerdo a la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud (artículos 15,16,17 y 18).

Art. 130.- Los médicos ultrasonografistas deberán cumplir el horario establecido según la programación de consultas.

Art. 131.- Los médicos ultrasonografistas deberán informar de cualquier desperfecto del equipo en uso a la secretaria, para que ésta informe a la jefatura de la unidad.

Norma sobre la realización de procesos anatomopatológicos

Art. 132.- La jefatura y el personal de la Unidad de Anatomía Patológica, realizarán sus actividades de acuerdo al Manual de Organización y Funciones de Anatomía Patológica y el Manual de Procesos de Anatomía Patológica.

Norma sobre la realización de procesos de análisis clínicos

Art. 133.- La jefatura, subjefatura, coordinadores, profesionales, laboratorista, secretaria y auxiliares de la Unidad de Laboratorio Clínico, deberán cumplir con lo establecido en la normativa siguiente:

- a) Manual de Organización y Funciones de Laboratorio Clínico.
- b) Norma Técnica para los Laboratorios Clínicos del Ministerio de Salud.
- c) Manual de Procesos de Laboratorio Clínico.
- d) Manuales de procedimientos de cada área de Laboratorio Clínico.
- e) Manual de Procedimientos para el Control de Calidad de las Pruebas Inmuno Serológicas para ITS y VIH.
- f) Manual de Procedimientos de Bioseguridad para los Laboratorios Clínicos.
- g) Guía de Bioseguridad para los Laboratorios Clínicos.
- h) Manual de Toma, Manejo y Envío de Muestras de Laboratorio.
- i) Lineamientos Técnicos para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis por Microscopia Directa.

Normas relativas a medicina transfusional

Art. 134.- La jefatura, subjefatura, coordinadoras de áreas, profesionales en Laboratorio Clínico, Laboratorista y secretaria del Banco de Sangre, son los responsables de cumplir con lo siguiente:

- a) Manual de Organización y Funciones del Banco de Sangre.
- b) Manuales de procedimientos de cada área de Banco de Sangre.
- c) Manual de Procedimientos para el Control de Calidad de las Pruebas Inmuno Serológicas para ITS y VIH.
- d) Manual de Procedimientos de Bioseguridad para los Laboratorios Clínicos.
- e) Guía de Bioseguridad para los Laboratorios Clínicos.



- f) Manual de Toma, Manejo y Envío de Muestras de Laboratorio.
- g) Guía de Práctica Clínica para el Buen Uso de la Sangre, sus Componentes y Derivados del Ministerio de Salud.
- h) Manual de Promoción, Captación y Selección de Donantes de Sangre del Ministerio de Salud.

Normas relativas a la atención de pacientes que requieren intervención de trabajo social

Art. 135.- La jefatura, subjefatura y el personal de la Unidad de Trabajo Social, serán los responsables de la atención de pacientes que requieran intervención de trabajo social, en cumplimiento a lo establecido en el Manual de Organización y Funciones y el Manual de Procesos de Trabajo Social.

Normas relativas a la atención de personas sujetas de abuso y vulneración de derechos

Art. 136.- El personal de salud del Hospital que detecte abuso y vulneración de derechos de las pacientes, debe aplicar lo establecido en: la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, el Protocolo de Atención a Pacientes de Abuso Sexual y Violencia, Ley y Reglamento del VIH, Lineamientos Técnicos para el Desarrollo de Círculos Educativos con Adolescentes Embarazadas, Normas de Planificación Familiar, Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de la Población (LGBTI), Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres.

Definición de políticas y procedimientos sobre diseño y uso de documentos y registros

Uso y control de formularios y otros documentos prenumerados

Art. 137.- Deberá utilizarse un sistema de formularios prenumerados, previendo el número de copias, el destino de cada una de ellas y las firmas necesarias.

Los formularios y otros documentos que registren el trámite o transferencia de recursos, cualquiera que sea su naturaleza, deben ser objeto de control permanente por el encargado de su custodia; en caso de pérdida, ésta será notificada de inmediato a su jefe, a efecto de documentar y justificar dicha pérdida e incidencia.

Los juegos de formularios y otros documentos que sean anulados, deberán archivarlos dentro de los legajos que han sido utilizados correctamente, para mantener un debido control, secuencia numérica y evitar su uso posterior.

La custodia de formularios y cualquier otro documento de carácter especial que se encuentren sin utilizar, será responsabilidad del personal autorizado; y en caso de que existan formularios que ya no se utilicen, deberán ser anulados y archivados.

Diseño de formularios, documentos y reportes

Art. 138.- La máxima autoridad y demás jefaturas cuando sea pertinente, podrán diseñar y elaborar documentos, formularios, reportes u otro tipo de registro que facilite el control



interno, para anotar las transacciones y hechos significativos que necesiten ser registrados y demostrados, los cuales deberán reunir al menos los requisitos siguientes:

- a) Un propósito definido.
- b) Apropiados y relacionados con los objetivos institucionales.
- c) Que sean de utilidad a la unidad organizativa y la entidad
- d) Que permitan un análisis, revisión o evaluación posterior

Definición de políticas y procedimientos sobre conciliación periódica de registros

Conciliaciones

Art. 139.- Con el propósito de verificar saldos o disponibilidades, se efectuarán conciliaciones mensuales de toda clase y naturaleza de registros y cuentas relacionadas con la información contable, presupuestaria y de Tesorería.

Las conciliaciones bancarias serán elaboradas y suscritas por un servidor independiente de la custodia y registro de fondos.

La conciliación de saldos de existencias de almacén con los registros contables, será efectuada por el jefe del Almacén (Guardalmacén) y el Contador Institucional.

La conciliación de los saldos del activo fijo y el registro contable, serán efectuadas por el jefe de la Unidad de Patrimonio y el Contador Institucional, al final del ejercicio fiscal.

Definición de políticas y procedimientos sobre garantías o cauciones

Art. 140.- Los funcionarios y empleados independientemente de su nombramiento y que ejerzan funciones de recepción, control, custodia e inversión de fondos o valores públicos, o manejen bienes públicos, deberán rendir fianza o garantía suficiente a favor de la Institución para responder por el fiel cumplimiento de sus funciones, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Por ningún motivo se dará posesión del cargo, sino se hubiere cumplido este requisito.

Responsabilidad de gestionar pólizas de fidelidad

Art. 141.- Será responsabilidad de la Unidad de Recursos Humanos informar oportunamente a la máxima autoridad, sobre la necesidad de gestionar las pólizas correspondientes, debiendo posteriormente efectuar la solicitud de compra ante las instancias pertinentes, para efectos de la adquisición de dichas pólizas.

Cajas de seguridad para custodia de valores

Art. 142.- Para minimizar el riesgo de pérdida o extravío de objetos de valor de la Institución, la máxima autoridad evaluará y gestionará la adquisición de cajas de seguridad, en función de las necesidades y recursos institucionales; así como también, la implementación de otro tipo de medidas que garanticen niveles de seguridad adecuados.



Pérdidas de valores o bienes

Art. 143.- Cuando se detecten pérdidas de valores o bienes a consecuencia de robos, hurtos, fraudes o cualquier otra causa, el responsable de los mismos deberá informar en su oportunidad al jefe inmediato, quien comunicará a la máxima autoridad de lo sucedido. Asimismo, la máxima autoridad deberá informar dentro de las 24 horas siguientes de tener conocimiento de lo sucedido, a la Fiscalía General de la República, la Policía Nacional Civil y a la compañía de seguros, para efecto del reclamo respectivo.

Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

Definición de controles generales de los sistemas de información

Plan de contingencia

Art. 144.- La Unidad de Informática deberá elaborar el Plan de Contingencia de los sistemas de información, que permita continuar operando en casos de siniestros, fallas de servidores de red, comunicación de datos, que facilite restablecer oportunamente los sistemas de información institucional.

El Plan de Contingencia deberá ser aprobado por la máxima autoridad; así como, revisarse y actualizarse cuando se crea conveniente.

Control de documentación de sistemas o aplicaciones

Art. 145.- Toda la información y documentación física y magnética relacionada al funcionamiento de las aplicaciones informáticas, equipos informáticos, licencias de software, estarán bajo el control y custodia de la jefatura de la Unidad de Informática, de conformidad a lo regulado en el Manual sobre la Metodología de Desarrollo de Sistemas del Hospital Nacional de la Mujer.

Suministro de datos

Art. 146.- La Unidad de Informática garantizará que toda aplicación de captura de datos tenga sus procesos de validación, que permita a los usuarios ingresar los datos sin errores de sistemas, de conformidad a lo establecido en el Manual sobre la Metodología de Desarrollo de Sistemas del Hospital Nacional de la Mujer.

Procesamiento de datos

Art. 147.- Para el procesamiento de datos a través de cada uno de los sistemas de información; así como, los reportes y las consultas, deberá procederse de acuerdo a lo establecido en el Manual sobre la Metodología de Desarrollo de Sistemas del Hospital Nacional de la Mujer.

Operaciones en redes

Art. 148.- La Unidad de Informática deberá poseer el Manual sobre Políticas de Seguridad, que permita el correcto procesamiento de datos y así garantizar la seguridad de la información y las operaciones de la red, acceso a correo electrónico, Intranet e Internet, según lo establecido en las Normas Sobre el Uso y Cuidado de los Recursos Informáticos.



Sitio web institucional

Art. 149.- El diseño, elaboración, actualización y publicación de la página web institucional, lo hará la Unidad de Informática en coordinación con las diferentes unidades responsables, según lo requerido y aprobado por la Dirección, en cumplimiento al Manual Sobre la Metodología de Desarrollo de los Sistemas del Hospital Nacional de la Mujer.

Administración integral de base de datos

Art. 150.- La Unidad de Informática será la responsable de la administración integral de la base de datos de los sistemas de información de la Institución, en cumplimiento al Manual Sobre la Metodología de Desarrollo de los Sistemas del Hospital Nacional de la Mujer.

Uso de la información y equipo informático

Art. 151.- La Unidad de Informática es la responsable de actualizar las versiones de todos los sistemas informáticos que se encuentren en producción o cuando los soliciten por primera vez; asimismo, será responsabilidad de los usuarios de los sistemas, la calidad de los datos que éstos ingresen tal como lo regulan las Normas Sobre el Uso y Cuidado de los Recursos Informáticos Institucionales.

La información procesada en los sistemas informáticos es de uso y propiedad exclusiva del Hospital y no para fines particulares, y en caso de comprobarse el uso de la información para fines distintos de los institucionales, la máxima autoridad se reserva el derecho de aplicar las sanciones y medidas correspondientes.

Resguardo físico de licencias de software

Art. 152.- La Unidad de Informática deberá controlar y mantener bajo custodia física los originales de las licencias para el uso del software.

Inventario de software y hardware

Art. 153.- Adicionalmente al control que lleva la Unidad de Patrimonio sobre los bienes muebles, la Unidad de Informática llevará actualizado el inventario de software y hardware del Hospital.

El inventario y control de los componentes o accesorios de las computadoras, tales como: monitor, teclado, mouse, bocinas y otros accesorios, estará a cargo de la Unidad de Informática.

Todo equipo informático que ingrese al Hospital, en calidad de donativo por parte de entidades externas para uso de un programa o servicio específico, éste formará parte del patrimonio del Hospital y como tal debe poseer número de inventario; por lo que, la Unidad de Informática y jefaturas donde estarán ubicados deberán informar sobre el ingreso de éstos a la Unidad de Patrimonio, Almacén y Unidad Financiera Institucional. Se exceptúan de esta disposición aquellos equipos que estén en calidad de préstamo, los cuales deberán contar con la documentación que lo respalde y con la debida autorización, control y registro de la Unidad de Informática.



Mantenimiento de equipo informático

Art. 154.- La Unidad de Informática supervisará el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo informático, cuando éste sea suministrado por un ente externo al Hospital, el cual deberá ser de conformidad al cumplimiento del contrato suscrito.

Autorización de accesos

Art. 155.- La Unidad de Informática deberá autorizar el acceso a los sistemas de aplicación, servidores, firewall, base de datos, etc. para protegerlos contra modificaciones, uso no autorizado, daños o pérdidas, según lo regulado en el Manual Sobre Políticas de Seguridad en la Unidad de Informática.

Desarrollo, mantenimiento y modificación de sistemas

Art. 156.- El desarrollo, mantenimiento y modificación de todos los sistemas mecanizados, se realizará de conformidad a las necesidades reales de la Institución y a lo regulado en los "Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones" del Ministerio de Salud.

Cuando por necesidades de la Institución se requiera que personal externo desarrolle nuevas aplicaciones o sistemas, éstos deberán contar con la autorización y supervisión de la jefatura de la Unidad de Informática del Hospital.

Todos los sistemas informáticos y/o aplicaciones desarrollados para uso del Hospital, por personal interno o externo, serán propiedad del Hospital Nacional de la Mujer.

Correo institucional

Art. 157.- Toda información de las operaciones de la Institución que se maneje vía correo electrónico institucional, será considerada información de tipo oficial y tendrá los efectos legales, igual que la información y documentación física.

Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno

Políticas y procedimientos

Art. 158.- La Unidad de Informática debe diseñar controles de aplicación en la entrada, procesamiento y salida de información para prevenir, detectar y corregir errores de sistemas en los diferentes módulos de éstos, de conformidad a los "Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones" del Ministerio de Salud.

Confidencialidad de la información

Art. 159.- El personal de la Unidad de Informática podrá ingresar a los equipos informáticos asignados a los usuarios del Hospital, con el fin de obtener respaldo de la información previa autorización de la máxima autoridad o a solicitud del usuario en caso de requerirse asistencia técnica, con el propósito de mantener la confidencialidad de la información de los usuarios.



CAPÍTULO IV NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Principio 13: Información relevante y de calidad

Información relevante y de calidad

Art. 160.- La Dirección deberá desarrollar e implementar controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporte el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno. La información deberá ser obtenida y sintetizada, de tal manera que contribuya a la consecución de los objetivos del Hospital.

Proceso de identificación, registro y recuperación de la información

Art. 161.- El Hospital funcionará con el o los sistemas de información que permitan identificar, obtener, procesar y divulgar datos relativos a la información financiera, operacional y de cumplimiento legal interna y externa que posibilite la dirección, ejecución y control de sus operaciones, acorde a las necesidades institucionales en un contexto de cambios constantes.

Características de la información

Art. 162.- Para garantizar la calidad de la información que se genere en las diversas unidades organizativas de la Institución y que ésta sea útil para la toma de decisiones, debe reunir las siguientes características: apropiada, oportuna, actualizada, exacta, accesible y de fácil recuperación.

Cada unidad organizativa debe establecer los puntos de control para verificar y asegurarse que estas características se cumplan, de acuerdo a los procesos que desarrollen.

Sistemas de información

Art. 163.- La Dirección, subdirección, jefes de divisiones y demás jefaturas serán los responsables de desarrollar un Sistema de Información y Comunicación, de acuerdo a requerimientos internos y externos, para que la rendición de cuentas de la gestión sea significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información, garantizando el buen uso y manejo por medio de controles adecuados. Los sistemas de información soportados con tecnología, deberán proporcionar oportunidades para mejorar la efectividad, velocidad y acceso de la información a los usuarios internos y externos, según demanda. La información deberá ser:

- 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.



Adecuación de los sistemas de información y comunicación

Política de comunicación

Art. 164.- Corresponde a la Unidad de Comunicaciones: coordinar, procesar, difundir y evaluar la información que abone a la proyección social del Hospital, previa autorización de la máxima autoridad. Además, se encargará de la logística, organización y montaje de las conferencias promovidas por la Unidad de Formación Profesional y la Dirección del Hospital.

Cuando haya necesidad de transmitir comunicados y/o conferencias de prensa, donde se solicite la presencia de los medios de comunicación social, la Unidad de Comunicaciones será responsable de coordinar dichos eventos.

La Unidad de Comunicaciones llevará un archivo de publicaciones periodísticas, relacionadas al sector salud y de información difundida por instituciones rectoras y contraloras del Estado, y notificará a las jefaturas a quienes corresponda la información difundida.

Principio 14: Comunicación interna

Comunicación interna

Art. 165.- La Dirección deberá establecer e implementar políticas y procedimientos que faciliten una comunicación interna efectiva, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para esos efectos, la comunicación interna debe permitir:

- a) Que cada servidor conozca su rol en el cumplimiento de los objetivos institucionales y tenga acceso a la información que sirve para el cumplimiento 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. 166.- La comunicación entre la máxima autoridad, mandos medios y demás personal, deberá orientarse a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno.

Las comunicaciones deberán ser frecuentes, a fin de que la máxima autoridad 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.

Canales de comunicación

Art. 167.- Para que la información fluya a través de la organización, deberán existir canales adecuados de comunicación. Las entidades que tienen implementado el uso de tecnologías de información y comunicación, deberán priorizarlas como canal de comunicación.



Además, será necesario contar con canales para comunicaciones anónimas o confidenciales, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan reportar situaciones irregulares.

Efectividad de la comunicación

Art. 168.- La Dirección seleccionará el método adecuado de comunicación, teniendo en cuenta: el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores para asegurar que el mensaje sea recibido.

Las formas de comunicación pueden ser:

- a) Circulares.
- b) Memorandos.
- c) Correo electrónico.
- d) Acuerdos.
- e) Actas.
- f) Carteleras.
- g) Reuniones de trabajo.
- h) Noticias.
- i) Mensajes de texto.
- j) Intranet.
- k) Transmisiones vía internet.
- l) Sitios web o publicaciones.
- m) Video conferencias.

Art. 169.- Todas las jefaturas establecerán y mantendrán líneas recíprocas de comunicación a todos los niveles de la organización, de tal manera que el personal asuma las responsabilidades de sus funciones.

Principio 15: Comunicación externa

Comunicación externa

Art. 170.- La comunicación externa, es un proceso que debe incluir las políticas y procedimientos 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. Al mismo tiempo, la información que la entidad reciba de terceros puede proporcionar información importante y confiable sobre el Sistema de Control Interno.

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.

La Unidad de Comunicaciones llevará un archivo de publicaciones periódicas relacionadas al sector salud y de información, difundida por instituciones rectoras y contraloras del Estado, y notificará a las jefaturas a quienes corresponda la información difundida.

Supervisión

Art. 171.- La supervisión implica la realización de evaluaciones continuas e independientes, 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 en la entidad, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema. Todo proceso deberá ser supervisado con el propósito de incorporar

el concepto de mejoramiento continuo; asimismo, el Sistema de Control Interno deberá ser flexible para reaccionar ágilmente y adaptarse a las circunstancias.

Se deberá evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, considerando lo siguiente:

- a) Las actividades de supervisión son realizadas continuamente en el curso ordinario de las operaciones de la entidad.
- 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.

Es importante establecer procedimientos que aseguren que cualquier deficiencia detectada que pueda afectar al Sistema de Control Interno, sea informada oportunamente para tomar las decisiones pertinentes. El Sistema de Control Interno cambia constantemente, debido a que los procedimientos que eran eficaces en un momento pueden perder su validez por diferentes motivos, como la incorporación de nuevos empleados, restricciones de recursos, entre otros.

Archivo institucional

Conformación del archivo institucional

Art. 172.- El Hospital tendrá un archivo institucional, el cual incluye los expedientes clínicos; dicho archivo deberá estar conformado por información y documentación de las operaciones financieras, de gestión y de cumplimiento legal que realiza cada unidad organizativa.

Art. 173.- Las divisiones, unidades, departamentos y/o servicios, conservarán en forma debidamente ordenada, clasificada y referenciada, todos los documentos, registros, y cualesquiera otros documentos que se generen del accionar propio de cada una de éstos.

Todos los documentos deberán permanecer archivados como mínimo por un período de cinco años, a excepción de aquellos que por su naturaleza están regulados en leyes especiales o normas.

Descarte y/o depuración de archivos

Art. 174.- Las jefaturas de las divisiones, unidades, departamentos y/o servicios, cumplido el plazo a que hace referencia el artículo anterior, deberán descartar y/o depurar los archivos de sus respectivas áreas de trabajo, para lo cual informarán por escrito al director del Hospital, previa coordinación con los jefes inmediatos superiores. El procedimiento de descarte o depuración deberá ser documentado mediante acta, estableciendo al menos el detalle y tipo de documentación a descartarse y otra información que a juicio del responsable directo se considere importante; el acta deberá ser firmada por el jefe del área respectiva y su jefe inmediato superior.



CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE CONTROL

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

Monitoreo de las actividades y operaciones

Art. 175.- La Dirección, subdirección, jefes de divisiones y demás jefaturas, estarán en la obligación de realizar actividades de monitoreo de forma periódica e integrada, previo y durante la ejecución de las operaciones, con el propósito de comprobar que los subalternos realicen sus actividades de conformidad a los lineamientos establecidos y tomar las acciones correctivas que sean aplicables. Las actividades de control realizadas deberán documentarse.

Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 176.- Todas las jefaturas deberán analizar y autoevaluar el funcionamiento de los mecanismos de control interno existentes, al menos una vez al año, con el propósito de realizar las modificaciones que sean necesarias para mantener su efectividad.

Asimismo, deberán efectuar una autoevaluación permanente de la gestión, con base en los planes organizacionales y otras disposiciones o regulaciones que fueren aplicables para identificar oportunamente cualquier desviación y realizar las acciones que sean necesarias para prevenirlas o corregirlas.

Evaluaciones continuas e independientes

Art. 177.- La máxima autoridad del Hospital desarrolla y lleva a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos. La Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y Corte de Cuentas de la República, practicarán revisiones periódicas sobre la efectividad y eficiencia del Sistema de Control Interno institucional, proporcionando las recomendaciones para su fortalecimiento si fueren aplicables.

Es responsabilidad de las jefaturas y todo el personal, proporcionar la colaboración oportuna y la información adecuada a los auditores para que ejecuten su trabajo.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

Comunicación de los resultados del monitoreo

Art. 178.- Los resultados de las actividades del monitoreo del Sistema de Control Interno, deben ser comunicados a la jefatura inmediata superior y a la máxima autoridad, con el propósito de realizar las acciones preventivas o correctivas oportunamente.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA

Art. 179.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, estará a cargo de una Comisión nombrada por el director del Hospital, considerando los resultados de las evaluaciones de las actividades y operaciones, autoevaluaciones y evaluaciones independientes, practicadas al Sistema de Control Interno o cuando las circunstancias lo ameriten.

Todo proyecto de modificación o actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", 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. 180.- El glosario de términos relacionados con las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", forma parte del presente Reglamento.

Art. 181.- Derógase el Decreto No. 110, emitido por la Corte de Cuentas de la República, publicado en el Diario Oficial No.51, Tomo No. 378 de fecha 13 de marzo de dos mil ocho, que contiene las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Maternidad.

Art. 182.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los once días del mes de noviembre 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



GLOSARIO DE TÉRMINOS

MINSAL	Ministerio de Salud.
Actividades	Conjunto de acciones necesarias para mantener en forma continua y permanente la operatividad de las funciones del gobierno.
Actividades de control	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.
Almacenamiento	Conjunto de actividades orientadas a la ubicación temporal de los bienes en un espacio físico establecido, con el objeto de ser custodiados, en tanto sean trasladados a las dependencias que los soliciten.
Ambiente de control	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.
Aplicación informática	Software que ha sido construido para propósitos específicos, tales como: SMAEL, SAFI, SIAP, Control de Personal y otros.
Arqueo	Recuento e inspección física de fondos, valores y documentos, confrontándolos contra los informes y registros contables.
Auditoría	Revisión de las actividades de una organización y de las operaciones, para asegurar que se están ejecutando o funcionando de acuerdo con los objetivos, el presupuesto, leyes y otras disposiciones que fueren aplicables. El objetivo de esta revisión es identificar en intervalos regulares, desviaciones que pudieran necesitar una acción correctiva.
Auditoría Interna	Actividad independiente, objetiva y profesional de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a cumplir los objetivos institucionales, aportando mediante el resultado de sus evaluaciones, recomendaciones que contribuyan a lograr mayor efectividad y eficiencia en los procesos de gestión, control y administración.
Autorización	Procedimiento certificador de que sólo se efectúan operaciones y actos administrativos válidos y de acuerdo con lo previsto por la Dirección.
Caja chica	Valor fijo establecido para realizar pagos en efectivo por gastos menores.
Calidad	Grado de perfección o de eficacia con que un producto o servicio satisface los requerimientos de aptitud establecidos para determinado uso o consumo.
Caso fortuito	Acontecimiento que no ha podido prevenirse por ser inesperado o imprevisto.
Comprobante	Documento original que constituye evidencia material de toda transacción.
Compromiso	Fase del proceso administrativo-financiero que implica asumir una obligación de pago al cumplirse determinados requisitos.




Comunicación	Apropiado entendimiento sobre los roles y responsabilidades individuales involucradas en el control interno de la información financiera y de gestión dentro de una entidad.
Conciliación bancaria	Comparación de los movimientos del libro de bancos de la entidad, con los saldos de los estados bancarios a una fecha determinada, para verificar su conformidad y determinar las operaciones pendientes de registro en uno u otro lado.
Control presupuestario	Permite visualizar en conjunto el comportamiento del presupuesto autorizado, desde su aprobación inicial hasta su situación final, luego de las modificaciones autorizadas durante el ejercicio.
Control previo	Procedimientos y acciones que adoptan los niveles de Dirección y Gerencia de las entidades, para cautelar la correcta administración de los recursos financieros, materiales, físicos y humanos.
Costo beneficio	Relación entre el valor del costo de un control y el beneficio derivado de éste. En ningún caso el costo del control interno excederá los beneficios que se esperan obtener de su aplicación.
Custodio	Servidor público responsable de mantener en buen estado, conservación y vigilancia, los bienes que están bajo su guarda y cuidado.
Delegación de autoridad	Autorización formal para el desarrollo de funciones y actividades de altos niveles organizativos, a favor de los niveles inferiores.
Delimitación de funciones	Principio administrativo, relativo a la necesidad de que todo funcionario o empleado debe conocer y entender el rol que desempeña y sus responsabilidades dentro de la entidad, mediante la descripción de sus funciones, deberes y áreas de actividad. Incluye la naturaleza de su trabajo, las tareas típicas, características del puesto y requisitos mínimos para su desempeño. Conlleva el entendimiento pleno de lo que se espera de cada cual.
Depreciación	Disminución del valor de los bienes por efecto de causas justificables.
Desembolso	Erogación monetaria por la compra de bienes o servicios, para abonar o cancelar un préstamo u obligación.
Desviación	Proporción o medida en la que la acción u omisión se aparta de la norma preestablecida que le es aplicable.
Economía	Administración recta y prudente de los recursos económicos y financieros de una entidad, se relaciona con la adquisición de bienes y/o servicios al costo mínimo posible, en condiciones de calidad y precio razonable.
Efectividad	Logro de los objetivos y metas programados por una entidad.
Eficiencia	Rendimiento óptimo, sin desperdicio de recursos.
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.

Handwritten blue mark resembling a stylized '7' or 'F' with arrows pointing to the right.

Handwritten blue number '9'.

Handwritten blue signature or scribble.



Evaluación del control interno	Proceso que evalúa la calidad del control interno en el tiempo y permite al sistema reaccionar en forma dinámica, cambiando cuando las circunstancias así lo requieran. Se orienta a la identificación de controles débiles, insuficientes o innecesarios y, promueve su reforzamiento.
Factores de riesgo	Manifestaciones mensurables u observables o características de un proceso que indica la presencia de riesgo o tienden a aumentar la exposición.
Fianza	Obligación subsidiaria constituida para asegurar el cumplimiento de otra principal contraída por un tercero.
Fondo circulante de monto fijo	Cantidad de dinero que se asigna específicamente para determinadas finalidades, consistente en un fondo fijo del que se gastan diversas sumas en forma continua y susceptibles; de ser repuesta puede volverse a gastar en los fines previstos, de acuerdo con procedimientos de autorización, control, reposición y registro; el mismo que a su término se halla sujeto a liquidación.
Firewall	Software de protección.
Fraude	Acto intencional con la finalidad de lesionar los intereses o derechos ajenos.
Funcionario	Gerente, ejecutivo, administrador o persona facultada legalmente para autorizar o ejecutar las transacciones y operaciones en una entidad.
Honestidad	Valor que implica no subordinar el servicio que se presta a la utilidad o ventaja personal.
Incompatibilidad	Exclusión natural o legal de una cosa a causa de otra; contradicción, antagonismo.
Indicadores de desempeño	Parámetros utilizados para medir el rendimiento de una gestión con respecto a resultados deseados o esperados.
Informe coso	Informe sobre el "Marco Integrado de Control Interno" (Internal Control—Integrated Framework) elaborado en 1992, por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), basado en una recopilación mundial de información sobre tendencias y conocimientos relativos al control interno. El informe presenta una visión actualizada de la materia que se encuentra vigente en los Estados Unidos de América y ha logrado reconocimiento en diversos países y organizaciones internacionales.
Integridad	Calidad de la persona que mantiene principios morales sólidos, rectitud, honestidad, sinceridad y el deseo de hacer lo correcto; así como, profesar y vivir en un marco de valores.



Irregularidad	Acción u omisión que contraviene las reglas o normas aplicables.
Ley y Reglamento AFI	Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento: conjunto de objetivos, políticas, organismos, principios, funciones, procedimientos, registros e información que interactúan a través de un vínculo común que es el presupuesto público, con la finalidad de obtener y aplicar recursos financieros o fondos en la consecución de los fines del Estado mediante la dirección general del gobierno.
Mantenimiento de activos fijos	Conjunto de acciones que adopta la administración en forma preventiva, para garantizar el funcionamiento normal y/o prolongar la vida útil de los mismos.
Máxima autoridad	Titular, sea que su origen provenga de elección directa, indirecta o designación. También se conoce como autoridad competente o autoridad superior.
Misión	Propósito fundamental y razón de ser y existir de una dependencia, Institución o unidad; es el eje sobre el cual se desarrollan todas las otras actividades, define el beneficio que pretende dar y establece las fronteras de responsabilidad; así como, su campo de especialización.
Monitoreo del control interno	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.
Moral	Conjunto de valores o principios que se asume como modelos ideales de comportamiento. Se fortalece la moral en una entidad, cuando el personal ha sido adecuadamente seleccionado y ubicado.
Normas Técnicas de Control Interno Específicas	Disposiciones fundamentales que regulan el Sistema de Control Interno institucional.
Objetivo estratégico	Propósito definido que identifican las finalidades hacia las cuales deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a la misión institucional.
Obsolescencia	Situación en la que, debido al desarrollo científico, tecnológico o tiempo de funcionamiento, un activo deja de producir competitivamente.
Organización	Estructura formalizada en donde se identifican y clasifican las actividades de la entidad, los cargos con autoridad, las medidas de coordinación horizontal, vertical y la departamentalización correspondiente.
Pago	Es la etapa final de la ejecución del gasto, en el cual el monto devengado se cancela total o parcialmente, debiendo formalizarse el documento oficial correspondiente.
Persona	Natural o jurídica.

Handwritten blue mark resembling a stylized 'F' or a signature.

Handwritten blue number '9'.

Handwritten blue signature or scribble.



Plan de contingencia	Documento de carácter confidencial que describe los procedimientos que debe seguir la Oficina de Servicios de Información, para actuar en caso de una emergencia que interrumpa la operatividad del sistema de cómputo.
Planificación estratégica	Proceso que permite a la organización y a sus dependencias, establecer su misión, definir sus propósitos y elegir las estrategias para la consecución de sus objetivos, conocer el grado de satisfacción de las necesidades de sus clientes internos y externos; enfatiza la búsqueda de resultados y desecha la orientación hacia las actividades
Políticas y normativas	Conjunto de normas y procedimientos que establecen los elementos fundamentales mínimos, en los que se debe enmarcar la actuación de los funcionarios y empleados públicos, en el desempeño de sus funciones y atribuciones.
Promover competencia	Garantizar la participación de varios oferentes en el proceso de adquisición, previa convocatoria o llamamiento, quienes, cumpliendo con las condiciones establecidas, compiten en cuanto a precio, calidad y oportunidad, para prestar un servicio o proveer un bien.
Proyecto	Conjunto de operaciones limitadas en el tiempo, que debe resultar en un producto final, orientado a la expansión de la acción del gobierno.
Reintegro	Reposición de un fondo a su monto original, previa liquidación del desembolso recibido.
Riesgo	Evento interno o externo, que si sucede impide o compromete el logro de los objetivos institucionales.
Rotación de personal	Acción 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.
Sinergia	Acción de dos o más causas, cuyo efecto es superior a la suma de los resultados individuales; es el efecto producido por la interacción entre los componentes de un sistema que hace que el todo sea más que la suma de las partes individuales.
Siniestro	Evento que acarrea pérdidas materiales.
Sistema de Control Interno	Conjunto de procesos continuos e interrelacionados realizados por la máxima autoridad, funcionarios y personal en general, diseñado para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los siguientes objetivos: a) Efectividad y eficiencia de las operaciones. b) Confiabilidad y oportunidad de la información. c) Cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico aplicables.



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 administración para adoptar decisiones adecuadas que permitan controlar las actividades de la Institución.
Toma física de inventario	Proceso que consiste en verificar físicamente la existencia de los bienes con que cuenta la entidad a una fecha dada; con el propósito de confrontar los resultados obtenidos con la información contable.
Transacción	Operación administrativa, comercial o bursátil que implica un proceso de decisión.
Transferencia	Cambio en el destino, custodia, tenencia o propiedad de recursos financieros y materiales.
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.
Unidad Organizativa	Parte de la estructura de la organización.
Valoración de riesgos	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.
Vida útil de un bien	Período calculado en años, durante el cual los activos fijos de una entidad pueden ser utilizados.
Visión	Perspectiva que describe el escenario altamente deseable como estado, futuro de la organización o unidades. Permite tener claridad sobre lo que se quiere hacer y a dónde se quiere llegar.



PRINCIPIOS ÉTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARÍA ISABEL RODRIGUEZ"

a) Integridad

El servidor público deberá ejercer su función con rectitud, sin excederse en las funciones que le corresponden, velando que sus actuaciones sean en beneficio del interés público.

b) Imparcialidad

El servidor público deberá actuar con equidad, para que sus actuaciones inspiren la confianza en la sociedad.

c) Honradez

El servidor público deberá ejercer sus funciones, sabiendo aprovechar los recursos que administra con probidad, evitando todo provecho personal obtenido por sí o por interpósita persona.

d) Discreción

El servidor público está en la obligación de no difundir información que por su carácter especial pueda perjudicar la seguridad nacional.

e) Responsabilidad

El servidor público deberá administrar cuidadosamente los recursos que estén a su cargo o los que tuvieren acceso.

f) Decoro

El servidor público deberá actuar con respeto y consideración para con su persona y hacia los demás, evitando todo acto que menoscabe su honor.

g) Lealtad

El servidor público deberá tener permanente disposición para el cumplimiento de sus funciones y obrar con fidelidad para con la Institución a la que presta sus servicios; asimismo, deberá acatar las órdenes del superior jerárquico.