

DECRETO No. 22

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 25, de fecha veinticinco de agosto del año dos mil ocho, publicado en el Diario Oficial No. 174, Tomo No. 380, de fecha 18 de septiembre del 2008, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Rafael, Nueva San Salvador, Departamento de La Libertad.
- II. Que con base al artículo 132, del referido Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, Departamento de La Libertad, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.
- III. Que el once de septiembre de dos mil nueve, la Corte de Cuentas de la República, emitió los lineamientos para la actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas en las entidades públicas.

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

**NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS
DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA,
DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD**

CAPITULO PRELIMINAR

Ámbito de Aplicación

Art. 1.- El presente Reglamento constituirá el marco básico regulatorio de control interno para la realización de actividades del Hospital Nacional San Rafael, que se denominará Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, Departamento de La Libertad, que serán aplicables y de carácter obligatorio para el Director, jefes médicos, técnicos, administrativos y todos los empleados del Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, Departamento de La Libertad.

En adelante los términos de: "Hospital" o "Institución", se referirán al Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, Departamento de La Libertad.

Art. 2.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla, Departamento de La Libertad, serán aplicables a todas las áreas médicas, técnicas y administrativas, lo cual estará acorde a la estructura organizativa vigente.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno, se entenderá como el conjunto de procesos continuos e interrelacionados desarrollados por los funcionarios y empleados del Hospital, diseñados para proporcionar seguridad razonable en el logro de los objetivos institucionales.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- El Sistema de Control Interno de la Institución, tendrá como finalidad el logro de los siguientes objetivos:

- a) Obtener eficiencia y efectividad de los diferentes procesos médicos, técnicos y administrativos;
- b) Procurar que la información sea confiable y oportuna para la adecuada toma de decisiones;
- c) Proporcionar servicios de salud a la población del Departamento de La Libertad, a través de atención ambulatoria, emergencia y hospitalización, con calidad, oportunidad y calidez, de acuerdo al nivel de atención y capacidad instalada; y

... y las disposiciones aplicables a la Institución

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes del Sistema de Control Interno, serán:

- a) Ambiente de Control;
- b) Valoración de Riesgos;
- c) Actividades de Control;
- d) Información y Comunicación; y
- e) Monitoreo.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 6.- La responsabilidad del diseño, implantación, evaluación y revisión del Sistema de Control Interno, corresponderá al Director del Hospital y a las jefaturas de las áreas médicas, técnicas y administrativas.

Será responsabilidad de todos los empleados, realizar las acciones necesarias para su cumplimiento.

Seguridad Razonable

Art. 7.- El Sistema de Control Interno, proporcionará seguridad razonable, no absoluta de que los objetivos institucionales se cumplan. El costo de la actividad de control interno, no deberá exceder al beneficio que espera obtener de su aplicación.

CAPITULO I**NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL****Integridad y Valores Éticos**

Art. 8.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas, técnicas, administrativas y demás personal en el ejercicio de sus funciones, deberán cumplir, promover y vigilar el cumplimiento de la Ley de Ética Gubernamental y su Reglamento.

Art. 9.- El personal del Hospital, deberá mantener un trato cordial, respetuoso y considerado con los usuarios internos y externos.

Compromiso con la Competencia

Art. 10.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, deberán realizar acciones que conduzcan a que todo el personal posea y mantenga el nivel de actitud e idoneidad que le permita llevar a cabo los deberes asignados, de acuerdo al Manual de Organización y Funciones Institucional y entender la importancia de establecer y llevar a la práctica adecuados controles internos. Cada empleado, deberá realizar sus actividades con diligencia, efectividad y eficiencia.

Art. 11.- El Departamento de Recursos Humanos del Hospital, realizará los procesos de selección y contratación de personal, a fin de ocupar cargos de plazas vacantes con personas idóneas que se ajusten a los requisitos del puesto, con la participación de la Jefatura solicitante en el proceso de selección. De acuerdo a la Normativa vigente.

Art. 12.- La Unidad de Formación Profesional, basado en un diagnóstico, elaborará y desarrollará el Programa de Capacitación Institucional, para el personal del Hospital. El Departamento de Recursos Humanos, brindará toda información que la Unidad de Formación Profesional (UFP), le solicite y que apoye el desarrollo del programa de capacitación institucional.

Art. 13.- El Departamento de Recursos Humanos, deberá garantizar que los empleados del Hospital que participen en eventos de capacitación en el interior o exterior del país, sean de relevancia para la Institución y que se les otorgue misión oficial, deberán suscribir una carta compromiso entre éste y el Director del Hospital, a quien deberá presentarle un informe ejecutivo, con copia a su Jefe inmediato al finalizar la misión oficial, en un período máximo de quince días hábiles y realizar un efecto multiplicador de los conocimientos adquiridos, a través de la Unidad de Formación Profesional.

Estilo de Gestión

Art. 14.- El Director del Hospital y las diferentes jefaturas médicas, técnicas y administrativas, deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión integral, responsable y transparente que permita administrar el nivel de riesgo orientado al desempeño y alcanzar los objetivos institucionales, mediante una efectiva toma de decisiones, trabajo en equipo y una comunicación e información oportuna.

Art. 15.- El Director del Hospital, deberá hacer cumplir la Carta de Derechos y Deberes del Usuario, socializándola entre los usuarios internos y externos. La cual, deberá ser revisada cada dos años por el Comité de Calidad local, en conjunto con las jefaturas médicas, técnicas y administrativas.

Estructura Organizacional

Art. 16.- El Director del Hospital, aprobará mediante un Acuerdo, la Estructura Organizativa que definirá los niveles de jerarquía, autoridad, líneas de mando y comunicación; de tal manera, que se cumpla con los objetivos institucionales.

Art. 17.- La Estructura Organizativa del Hospital, será revisada y actualizada cada cinco años, por la Unidad de Planificación, junto a las jefaturas de las distintas áreas médicas, técnicas y administrativas, en cumplimiento a los objetivos institucionales.

Definición de Áreas de Autoridad, Responsabilidad y Relaciones de Jerarquía

Art. 18.- El Director del Hospital, convocará a reunión a todas las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, para dar a conocer la Estructura Organizativa, en la que identificarán la Jefatura respectiva de la cual dependerán, para que éstas lo socialicen con todos los empleados bajo su responsabilidad.

Art. 19.- Todos los empleados, deberán respetar las líneas jerárquicas establecidas, los canales de comunicación y las responsabilidades descritas en el Manual de Organización y Funciones Institucional.

Políticas y Prácticas para la Administración del Capital Humano

Art. 20.- Será responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos Institucional, la elaboración de: Acuerdos, resoluciones, contratos, traslados, documentación oficial y trámites relativos al personal del Hospital, de acuerdo al Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud.

Art. 21.- El Departamento de Recursos Humanos, emitirá a través del Sistema de Recursos Humanos Institucional, las constancias de tiempo y salario de los empleados del Hospital, las cuales deberán ser autorizadas por la Jefatura de Recursos Humanos y el Tesorero Institucional.

Art. 22.- El control de asistencia, podrá ser realizado por medios manuales o automatizados, que ofrezcan seguridad razonable para su resguardo y verificación posterior.

Art. 23.- Cada una de las jefaturas, será el responsable de la permanencia de los empleados bajo su cargo, en las áreas de trabajo respectivas.

Art. 24.- Todo incumplimiento a la Normativa de Recursos Humanos, se manejará de acuerdo a lo contenido en el Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud.

Art. 25.- La contratación, inducción, entrenamiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias del personal del Hospital, se regirá de acuerdo a la Ley del Servicio Civil, al Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud y al Manual de Procedimientos de las Regiones de Salud.

Art. 26.- Se establecerá mediante los manuales: Descriptivo de Clases y de Organización y Funciones Institucional, el detalle de todos los aspectos importantes de las funciones de cada cargo; así como también, las responsabilidades de los empleados que las desempeñen.

Art. 27.- Todo proceso relacionado con la contratación de personal, será canalizado por el Departamento de Recursos Humanos, ya sea que éste se realice por medio de presupuesto ordinario o extraordinario.

Art. 28.- El Departamento de Recursos Humanos, establecerá un proceso de inducción general, a través del cual dará a conocer la organización, políticas y objetivos de la Institución, a efecto de familiarizar al nuevo empleado con la entidad. La Inducción específica sobre las funciones a desarrollar y los resultados esperados, se impartirán por la Jefatura inmediata del Área a la cual sea asignado.

Art. 29.- El Hospital, estará obligado a cumplir las disposiciones legales y vigentes en materia de seguridad social; así como también, las normas de seguridad en el trabajo y de salud ocupacional establecidas en la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y el Reglamento sobre Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo, adoptando medidas concretas para prevenir accidentes, eliminar condiciones inseguras del ambiente e instruir a los empleados sobre la implantación de medidas preventivas y procedimientos a seguir en caso de emergencia, contenidas en el Plan Integral de Prevención de Riesgos, elaborado por el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional del Hospital.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 30.- La verificación del cumplimiento del control interno posterior, será responsabilidad de la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, cuya actividad estará acorde a la Ley de la Corte de Cuentas de la República y a las Normas de Auditoría Gubernamental, con el propósito de medir la efectividad de los controles establecidos, mejorar la efectividad de la administración del riesgo y recomendar a la administración, mejoras a los controles y procedimientos realizados.

Art. 31.- Para garantizar la independencia y funciones de la Unidad de Auditoría Interna dentro del Hospital, ésta dependerá directamente del Director del Hospital, no ejercerá funciones en los procesos administrativos y financieros, ni en la toma de decisiones del Hospital.

CAPITULO II**NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS****Definición de Objetivos Institucionales**

Art. 32.- El Director del Hospital y el Comité de Planificación, elaborarán un Plan Estratégico Institucional, que comprenderá la formulación de objetivos, en el que se dictará la visión, misión, valores y lema institucional, identificando las estrategias en relación a las actividades propias del Hospital. El Plan Estratégico Institucional, deberá contener como mínimo, objetivos, estrategias, indicadores y realizarse una evaluación anual, en base a los indicadores de eficiencia, eficacia y economía planteados en el mismo durante su formulación, evaluación que estará coordinada por el Director y el Jefe de la Unidad de Planificación.

Art. 33.- El Plan Anual de Trabajo Institucional del Hospital, se formulará con base a los objetivos, políticas y prioridades determinadas por el Director y lo establecido en el Plan Estratégico Institucional. Comprenderá entre otros, los objetivos, políticas, metas, programación de actividades, responsables de la ejecución, costos estimados y seguimiento trimestral con una evaluación anual.

Planificación Participativa

Art. 34.- En la elaboración del Plan Estratégico Institucional, participarán los responsables de las áreas médicas, técnicas y administrativas.

Art. 35.- Las áreas médicas, técnicas y administrativas, establecerán las actividades a realizar cada año en su Plan Anual de Trabajo.

Art. 36.- El Director del Hospital, a través del Comité de Planificación, proporcionará el Instructivo para la elaboración del Plan Anual de Trabajo a cada una de las áreas médicas, técnicas y administrativas. Los planes de Trabajo, se tomarán como base para la elaboración del presupuesto y asignación presupuestaria.

Identificación de Riesgos

Art. 37.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, deberán identificar los riesgos que obstaculicen el logro de los objetivos institucionales, mediante la utilización del Instructivo para la Identificación de Riesgos, que contengan los procedimientos generales para la evaluación y gestión de riesgos, el cual será elaborado por la Unidad de Planificación.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 38.- Los factores de riesgos que hubieren sido identificados, se analizarán por el Comité de Planificación, para evaluar la probabilidad de ocurrencia y el impacto, a fin de determinar su importancia.

Gestión de Riesgos

Art. 39.- En el proceso de identificación de riesgos, se deberá establecer las acciones a realizar para minimizar la probabilidad de ocurrencia de los factores de riesgos que impidan el desarrollo de los objetivos institucionales.

Art. 40.- La identificación, importancia y gestión de riesgos, deberá ser parte integral del Plan Estratégico Institucional, de tal manera de incorporar en el Plan de Trabajo las acciones a tomar, para minimizar los riesgos inherentes de cada Área de gestión.

Art. 41.- Cada Jefatura Médica, Técnica y Administrativa, deberá documentar los riesgos identificados con ayuda de la Matriz de Valoración de Riesgos para cada una de sus áreas y que permitan establecer las acciones a tomar, para administrar los riesgos que impidan la consecución de los objetivos institucionales.

CAPITULO III

NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos

Art. 42.- El Director del Hospital, emitirá las Políticas de Control Interno Institucional, éstas se darán a conocer mediante reuniones administrativas a las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, a fin de que sean divulgadas a cada empleado, para garantizar razonablemente su cumplimiento y aplicación.

Art. 43.- Las Políticas y Procedimientos de Control Interno, deberán ser revisadas y actualizadas como consecuencia de las evaluaciones efectuadas por la Unidad de Auditoría Interna, por decisión del Director del Hospital o como producto de cambios organizacionales.

Art. 44.- El Director del Hospital y todas las jefaturas de las diferentes áreas, serán los responsables del control interno previo y concurrente que se realice dentro de los parámetros técnicos, médicos y administrativos, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Políticas y Procedimientos de cada una de las áreas.

ACTIVIDADES DE CONTROL**Actividades de Control para la Atención Integral en Salud**

Art. 45.- El Director del Hospital, a través de las jefaturas médicas y técnicas, serán responsables que se brinde con calidad, calidez y ética profesional, la atención médica a los pacientes que lo requieran en las áreas básicas de atención directa: Emergencia, Consulta Externa de Especialidades y Hospitalización, tomando en cuenta la disponibilidad de los insumos médico-quirúrgicos y tecnológicos.

Art. 46.- En la Consulta Externa de Especialidades, se atenderán pacientes con referencias provenientes del Hospital y referencias externas de otros servicios de salud, utilizando el Sistema de Referencia y Retorno.

Art. 47.- El Hospital, según la categorización hospitalaria dentro de la red nacional de hospitales, brindará la atención médica a los pacientes de acuerdo al portafolio de servicios y podrá referirlos a un Hospital que cuente con el personal médico especializado y equipo necesario para atender adecuadamente el caso del paciente; asimismo, el Hospital podrá referir a pacientes al Primer Nivel de Atención, para el seguimiento o manejo de caso de menor complejidad.

Art. 48.- Las jefaturas médicas, deberán realizar revisiones periódicas del servicio a su cargo para mejorar la calidad y eficiencia de los diferentes procesos relacionados con la atención integral de pacientes, remitiendo al Director del Hospital el informe con los resultados obtenidos.

Art. 49.- El Jefe de División Médica del Hospital, a través de las jefaturas médicas y técnicas, será responsable de elaborar, revisar y actualizar periódicamente las guías de manejo de atención para cada Área y especialidad médica, tales como: Protocolos de manejo, lineamiento hospitalario y guías de atención y normas emitidas por MINSAL.

Art. 50.- Los jefes de servicios, serán responsables de asegurar las funciones continuas de los servicios, verificando la disponibilidad de mobiliario, equipos e insumos médicos-quirúrgicos, realizando las gestiones pertinentes ante el Jefe del Departamento, en caso de requerirse alguno de éstos.

Art. 51.- Los jefes de departamentos y servicios, deberán supervisar periódicamente el cumplimiento de los procesos de atención del paciente establecidos en: Protocolos de manejo, guías de atención médica, lineamientos hospitalarios y normativas vigentes del MINSAL, que contribuya a que las actividades se realicen de manera oportuna en cada Área de atención, relativas al ingreso, estancia y egreso hospitalario.

Art. 52.- El personal de salud, deberá guardar las normas de ética y confidencialidad, con relación a la atención brindada al paciente y su expediente clínico.

Se podrá proveer información sobre el expediente clínico, de acuerdo a lo que establezca las Normas Técnicas para los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales.

Art. 53.- El Hospital, deberá de contar con un Plan de Emergencia ante posibles eventos internos y externos, en el cual se contemplará la seguridad de los pacientes, personal y bienes de la Institución; éste será revisado anualmente con: El Comité de Emergencia, Jefe de la Unidad de Planificación y Jefe de la Unidad de Emergencia y en forma participativa, con los jefes de áreas.

Art. 54.- Los coordinadores de programas específicos, deberán velar, supervisar y evaluar que la Normativa Técnica, establecida para sus funciones...

Art. 55.- El Médico Epidemiólogo, será responsable de efectuar la vigilancia epidemiológica de los eventos de salud-enfermedad de la población atendida en el Hospital, informando al Director del Hospital y coordinando con las jefaturas médicas de los diferentes departamentos, para la elaboración de estrategias oportunas, a fin de minimizar riesgos.

Art. 56.- Los exámenes y/o estudios de gabinete, deberán ser solicitados en las boletas diseñadas para este fin, con firma y sello del Médico y del servicio solicitante; los resultados, deberán ser reportados con firma y sello del responsable de realizar la actividad.

Art. 57.- Los jefes de todas las áreas, tendrán la responsabilidad de comunicar oportunamente a los servicios correspondientes, la suspensión de las actividades.

Art. 58.- Las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, en coordinación con el Jefe inmediato superior, serán responsables de la evaluación del desempeño del personal a su cargo, quienes recibirán del Departamento de Recursos Humanos, los instrumentos de evaluación, el cual será remitido posteriormente a dicho Departamento.

Normas Financieras

Art. 59.- Para efectuar la programación y formulación presupuestaria, la Unidad Financiera Institucional, será responsable de la adecuada programación de los recursos presupuestarios, en relación con las políticas y prioridades institucionales, realizando análisis comparativos de los resultados de los ejercicios anteriores y el vigente, para sustentar las estimaciones futuras.

Art. 60.- La Unidad Financiera Institucional (UFI), será la responsable de cumplir con los controles establecidos por el Ente rector, en la administración del presupuesto y las modificaciones que se generen en el ciclo presupuestario, reflejando con claridad y exactitud los movimientos relacionados con transferencias, autorizaciones de compromisos, validaciones para adquisición de bienes y servicios, ajustes y otros movimientos presupuestarios, a fin de asegurar la disponibilidad presupuestaria.

Art. 61.- Todo compromiso de fondos, deberá contar con la provisión presupuestaria respectiva para validar la adquisición de bienes y servicios. Será un requisito previo a las erogaciones, la certificación de la existencia de disponibilidad presupuestaria en los rubros y cuentas correspondientes.

Art. 62.- La Tesorería del Hospital, deberá asegurarse que el monto de los fondos requeridos esté conforme a las programaciones y fuentes de financiamiento establecidas en el presupuesto aprobado y que dichos fondos, sean requeridos sobre la base de los compromisos u obligaciones reales.

Art. 63.- Toda transferencia de fondos, ya sea interna o externa, podrá hacerse por medios manuales o electrónicos, asegurándose que cada una de las transacciones, además de cumplir con las obligaciones legales, esté debidamente sustentada y autorizada.

Art. 64.- Toda cuenta bancaria, deberá describir el nombre de la Institución y la naturaleza del uso de los recursos, de acuerdo a la Normativa vigente correspondiente, limitando el número de cuentas al mínimo necesario.

Art. 65.- Se acreditarán por escrito ante los bancos depositarios, a los directores y suplentes autorizados para el movimiento de fondos. Todo cheque emitido, deberá contar como mínimo con dos firmas autorizadas en forma mancomunada, para el caso de Refrendario y Tesorero.

Art. 66.- Los refrendarios de cuentas bancarias, no deberán ejercer las funciones de autorización de gastos, ni de Contador, exceptuándose los casos especiales que estén regulados por las leyes y reglamentos respectivos vigentes.

Art. 67.- Los servidores que ejerzan funciones de Refrendario de cheques, deberán asegurarse que los documentos que soporten un pago, cumplan con los requisitos de legalidad, veracidad y pertinencia.

Art. 68.- Si se produjera la vacante de algún Refrendario, se comunicará al Banco y se efectuará el cambio correspondiente.

Art. 69.- Los cheques se emitirán a nombre del beneficiario que hubiere proporcionó el bien o servicio. No se firmarán cheques en blanco, ni a nombre de personas o empresas diferentes a las que hayan suministrado los bienes o servicios a la Institución. Las firmas en los cheques emitidos, serán estampadas manualmente.

Art. 70.- Se podrá constituir un Fondo Circulante de Monto Fijo y su manejo se hará a través de cuentas corrientes o en efectivo, según su naturaleza y se utilizará específicamente para gastos urgentes, de conformidad al Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado.

Art. 71.- Deberán practicarse arquezos sin previo aviso y frecuentes, sobre la totalidad de fondos y valores que se manejen. Los arquezos, serán practicados por servidores independientes de quienes tengan responsabilidad de custodia, manejo o registro de fondos y por la Unidad de Auditoría Interna. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arquezos.

Art. 72.- Todos los ingresos en efectivo, cheques o valores que se perciban, se depositarán en la cuenta bancaria de la Institución destinada para el efecto, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción.

Art. 73.- En ninguna circunstancia, el efectivo proveniente de los ingresos se empleará para cambiar cheques, efectuar desembolsos u otros fines.

Art. 74.- Todas las operaciones contables, se registrarán oportunamente en el Sistema de Administración Financiera Integrado, disponiendo de la documentación que respalde los registros, de forma que satisfaga las necesidades de información financiera y proporcione en forma oportuna, los estados financieros para la toma de decisiones.

Normas sobre la Adquisición de Bienes y Servicios

Art. 75.- La Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), en coordinación con el Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), serán los responsables de elaborar la programación anual de compras de bienes y servicios, enmarcado en el presupuesto aprobado al Hospital; de conformidad con la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Art. 76.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), por medio del Encargado de Compras, será la responsable del registro, actualización y mantenimiento del Módulo de Divulgación de Compras, contenido en el Sistema de Información Automatizado de Compras Salvadoreñas (COMPRASAL), implementado por el Ministerio de Hacienda y de enviar los reportes correspondientes a las instituciones, de acuerdo a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Art. 77.- Será la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), la responsable de gestionar las compras de bienes y servicios, según la modalidad que corresponda, de conformidad con la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) y su Reglamento, con competencia, transparencia y equidad.

Art. 78.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será la responsable de documentar los procesos respectivos; el seguimiento y control de bienes y servicios adquiridos, se hará en coordinación con el administrador designado a los contratos suscritos.

Art. 79.- La documentación relativa a las gestiones de compras, deberá ser conformada en un expediente y mantenerlo actualizado hasta completar el proceso, el que estará bajo la custodia de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), según lo establecido en la referida Ley.

Art. 80.- La Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, será responsable de mantener un banco de datos actualizado de proveedores pasivos, activos y potenciales.

Art. 81.- La Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, será responsable de verificar que los suministrantes presenten las respectivas garantías y la devolución de las mismas en su oportunidad; y el resguardo de dichas garantías, estará a cargo de la Unidad Financiera Institucional (UFI), de acuerdo a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) y su Reglamento.

Art. 82.- El Encargado de Almacén, enviará mensualmente a la Unidad Financiera Institucional (UFI), la información sobre donativos, transferencias recibidas; así como también, los despachos realizados durante el mes, para que sean registrados contablemente y al Encargado de Activo Fijo, el informe mensual de compras, transferencias y donaciones de equipos para su registro.

Art. 83.- El Encargado de Almacén y las otras áreas que manejen existencias de consumo, propiedad de la Institución, deberán realizar conteos físicos, por lo menos una vez al año y la Jefatura del Área será la responsable de la custodia, conservación y distribución autorizada de los mismos. Estas áreas, mantendrán tarjetas de control de existencias debidamente autorizadas y actualizadas, según lo establecido en lineamientos técnicos para el manejo de suministros en almacenes del Ministerio de Salud.

Art. 84.- Las jefaturas de las áreas que manejen existencias de consumo, serán responsables de las rotaciones de éstas y de informar mensualmente de todo insumo que no tenga movimiento a su Jefe inmediato, según el Sistema de Administración de las Existencias de Consumo, con el objeto de evitar vencimientos.

Art. 85.- Toda requisición, para despacharse tendrá que estar debidamente autorizada por el Director del Hospital o Jefe de la División Administrativa, dependiendo del producto que se solicite, de la siguiente forma:

- a) Medicamentos, reactivos de Laboratorio, material médico quirúrgico y equipo médico, será autorizado por el Director del Hospital;
- b) Productos no médicos, alimentos, mobiliario, material y equipo de oficina, será autorizado por el Jefe de la División Administrativa.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 86.- El Director y demás jefaturas médicas, técnicas y administrativas, establecerán formalmente y por escrito, los procedimientos para autorización y aprobación de las operaciones administrativas en cada Unidad organizativa y estarán contenidas en el Manual Administrativo de cada Área.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Activos

Art. 87.- Todo procedimiento relacionado con el manejo físico del activo fijo, se hará de acuerdo al Manual de Políticas y Procedimientos para la Administración del Activo Fijo del Hospital, siendo responsable de su elaboración el Encargado del Activo Fijo, en coordinación con el Jefe de la División Administrativa.

Art. 88.- Los bienes inmuebles propiedad del Hospital, deberán estar documentados en escrituras públicas que amparen su propiedad y estar debidamente inscritas en el registro correspondiente, según indique la Ley.

Art. 89.- Los documentos que amparen la propiedad de los bienes, deberán estar debidamente custodiados por un empleado responsable e independiente de los que autoricen y aprueben las adquisiciones.

Los bienes inmuebles propiedad del Hospital, deberán revaluarse oportunamente, a fin de presentar su valor real en los estados financieros, de conformidad a la plusvalía, adiciones o mejoras realizadas a los mismos.

Art. 90.- Se establecerán medidas de seguridad que protejan los bienes almacenados contra eventuales riesgos y siniestros, contratando seguros sobre los activos fijos, considerando el costo beneficio.

Art. 91.- Se realizarán constataciones físicas de activos fijos, por parte de la sección asignada para tal función, que será independiente de su custodia; en caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes y en su caso, determinar las responsabilidades conforme a la Ley.

Art. 92.- El Hospital, mantendrá un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario, equipo e Infraestructura; el cual será responsabilidad del Departamento de Mantenimiento, a excepción del equipo informático que estará a cargo de la Unidad de Informática.

Art. 93.- La contratación de terceros, para el mantenimiento o reparación de bienes de activo fijo, deberá vigilarse el fiel cumplimiento de lo pactado, por parte de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), en coordinación con el Administrador de Contrato respectivo.

Art. 94.- Para el control de los vehículos propios o asignados al Hospital, se aplicará lo establecido en el Reglamento para el Control de Vehículos Nacionales.

Art. 95.- Los motoristas del Hospital, que tengan a su cargo el manejo de los vehículos propios o asignados, velarán por la conservación y resguardo de los mismos; así mismo, serán responsables por daños al vehículo, ocasionados por abuso o negligencia al conducir y de las infracciones a las leyes de tránsito.

Al contar con una empresa contratada para este servicio, será ésta quien responda por los daños en los vehículos, cuando sean imputados a los motoristas de la referida empresa.

Art. 96.- La Jefatura de la Sección de Transporte Institucional, será responsable de velar por el control, mantenimiento y cumplimiento de aspectos legales, relacionados con la circulación de los vehículos.

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

Art. 97.- El Director del Hospital y las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, deberán establecer en el Manual Administrativo, las políticas y procedimientos sobre diseño, uso, resguardo y archivo de documentos y registros; siendo responsabilidad de cada Jefatura, que los empleados conozcan y utilicen adecuadamente los formularios oficializados, a efecto de proporcionar seguridad razonable en su uso.

Art. 98.- La Jefatura del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, deberá velar por el cumplimiento y aplicación de la Norma Técnica para Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales, relativa al manejo y conservación del expediente clínico; así como también, de establecer los procedimientos específicos que garanticen el trámite del préstamo del expediente clínico.

Art. 99.- Todo documento relacionado a la atención médica brindada al paciente, como constancias e informes clínicos llevarán nombre, firma y sello del médico responsable, con la aprobación del Jefe del Departamento; dicho documento, deberá ser llenado correctamente y deberá ser autorizados por la Dirección del Hospital.

En relación a los documentos, tales como: Registros de los nacimientos y defunciones, deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley Transitoria del Registro del Estado Familiar y de los Regímenes Patrimoniales del Matrimonio y Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia.

Art. 100.- El Registro de Control de Procedimientos, realizado en Sala de Operaciones, Centro Obstétrico, Sala de Pequeña Cirugía y Sala de Procedimientos Cerrados de Ortopedia, será a través de libros aperturados para tal fin y deberá ser custodiados o resguardados por siete años, al ser destruidos se levantará el acta respectiva.

Art. 101.- El diseño, contenido, número de copias y firmas de autorizaciones necesarias en la elaboración de formularios y documentos, será responsabilidad de la Jefatura del Área de interés.

Art. 102.- Los procedimientos que se realicen, cualquiera que sea su naturaleza, deberán contar con la documentación necesaria que la soporte y demuestre, ya que con ésta se justificará e identificará la naturaleza, finalidad y resultado del procedimiento.

Art. 103.- La documentación que soporte y demuestre las operaciones del Hospital, será archivada siguiendo un orden lógico, de fácil acceso y utilización, proporcionando la seguridad necesaria que la proteja de riesgos tales como: Deterioro, robo o siniestro.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 104.- Se elaborarán los procedimientos para realizar las conciliaciones periódicas entre los registros contables y administrativos de la Unidad Financiera, Almacén y Activo Fijo.

Art. 105.- La Unidad Financiera, deberá elaborar las conciliaciones bancarias, de acuerdo a lo establecido en los manuales de: Organización de las Unidades Financieras Institucionales, Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, los tres emitidos por el Ministerio de Hacienda.

Art. 106.- El Responsable del activo fijo, deberá realizar conciliaciones periódicas de estos bienes, en coordinación con el responsable del Área Contable.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal

Art. 107.- Se establecerá en forma sistemática, la rotación de personal con funciones afines, para lo cual deberán ser previamente capacitados en la materia, a fin de que puedan desempeñarse con eficiencia en los nuevos cargos, de acuerdo a lo estipulado en la Ley del Servicio Civil, Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías y Cauiones

Art. 108.- Los funcionarios y empleados del Hospital, encargados de la recepción, control, custodia y autorización de fondos o valores públicos o del manejo de bienes públicos, estarán obligados a rendir fianza a favor del Hospital, para responder por el fiel cumplimiento de sus funciones, de acuerdo a la Normativa vigente.

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

Art. 109.- La Jefatura de la Unidad de Informática, será responsable de socializar y hacer cumplir los lineamientos técnicos y procedimientos informáticos generales, aportados por la Dirección de Tecnología y Comunicaciones del Ministerio de Salud, orientados a estandarizar aspectos relacionados a infraestructura informática, seguridad, comunicación, servicios de Internet, correo electrónico, control de programas y equipo informático.

Art. 110.- La jefatura de la Unidad de Informática, será la responsable de mantener planes de contingencia adecuados para la protección de la información electrónica; así como también, del equipo y programas informáticos, a fin de garantizar la continuidad y restablecimiento oportuno de los servicios de informática en casos de desastres naturales y cualquier otro evento.

Art. 111.- La Jefatura de la Unidad de Informática, establecerá los lineamientos generales para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos informáticos de la Institución; así como también, de establecer los lineamientos técnicos para la publicación de información en el sitio web institucional.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación

Art. 112.- La Jefatura de la Unidad de Informática, será responsable de elaborar, socializar y hacer cumplir el documento de Políticas de Seguridad Informática, para proteger la información de la Institución, en respaldos de datos, sistemas de administración de licencias, mantenimiento de equipos, navegación en Internet, correo electrónico y clave de acceso.

Art. 113.- La Unidad de Informática, será la encargada de implementar procedimientos que garanticen que los recursos informáticos, sean correctamente utilizados y proporcionen efectividad y continuidad en el procesamiento electrónico de datos, seguridad y control de la información, documentación y restricciones en el acceso al personal no autorizado.

Art. 114.- Todos los programas o aplicativos instalados en los equipos informáticos del Hospital, deberán ser avalados por la Unidad de Informática de la Institución y deberán estar amparados con la respectiva licencia extendida por el fabricante, respetando la Ley de Propiedad Intelectual.

Art. 115.- La Unidad de Informática, será la responsable de vigilar que todas las áreas donde se almacene información digitalizada en sistemas implementados por el MINSAL o localmente y que no estén en la Intranet (Instalados en servidores del Ministerio de Hacienda o Ministerio de Salud), mantengan una copia de respaldo periódica, de toda la información generada y una copia de esta información deberá ser entregada a dicha Unidad para su resguardo.

CAPITULO IV

NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y COMUNICACION

Sistema de Información y Comunicación

Art. 116.- El Director del Hospital y las jefaturas del mismo, serán responsables de garantizar el cumplimiento de los sistemas de información y de mantener las líneas de comunicación con la Región de Salud Central, Ministerio de Salud y otras entidades.

Art. 117.- Cada una de las jefaturas del Hospital, deberá informar periódicamente sobre la producción del Hospital y otra información necesaria para la evaluación del desempeño de la Institución, conforme a lineamientos y normas que dicten las dependencias competentes del Ministerio de Salud, ya sea en forma mecanizada, manual o ambas.

Art. 118.- El Director del Hospital, deberá emitir por escrito cuando lo considere necesario, instrucciones y lineamientos de manera clara y concisa a las diferentes áreas del Hospital, a través de memorándum u oficios.

Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información

Art. 119.- Cada una de las jefaturas médicas, técnicas y administrativas, serán responsables de diseñar el proceso que permita identificar, registrar y recuperar la información en su respectiva Área, el cual estará descrito en su Manual Administrativo.

Características de la Información

Art. 120.- El Director del Hospital, deberá proporcionar información confiable, oportuna, suficiente y pertinente a entidades públicas y privadas, atendiendo a las políticas y normas institucionales.

Efectiva Comunicación de la Información

Art. 121.- El Director del Hospital y las jefaturas de los diferentes departamentos del Hospital, serán responsables de que la información que se procese o proporcione a las diferentes entidades, sea precisa, confiable y oportuna.

Art. 122.- El Director o su Delegado, será responsable de divulgar la información del Hospital a la población, a través de los medios de comunicación, en el momento oportuno y en los casos que la Institución considere pertinente.

Archivo Institucional

Art. 123.- Todas las jefaturas y empleados del Hospital, estarán obligados a resguardar los documentos propios de su Área de trabajo, según la Normativa legal aplicable a cada Departamento y para aquellas que no los contemple dicha Normativa, se establecerá un tiempo de resguardo de 5 años, contenido en el Manual Administrativo de cada Área.

Art. 124.- El Director del Hospital, a través de las jefaturas específicas, deberá asegurar que la información pertinente sea archivada en la forma y plazos requeridos, para el cumplimiento de sus competencias, según las leyes y normativas vigentes.

CAPITULO V

NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO

Monitoreo Sobre la Marcha

Art. 125.- Cada Departamento, Servicio, Unidad o Sección, será responsable de realizar el monitoreo y evaluación de resultados, con la finalidad de verificar el cumplimiento de los objetivos y metas de los planes operativos, en concordancia al Plan Estratégico Institucional.

Art. 126.- Las jefaturas médicas, técnicas y administrativas de cada Departamento, Servicio, Unidad o Sección, velarán por el cumplimiento de las tareas de su competencia, por medio de un monitoreo constante, según sea el caso, tales como:

- a) Identificación de riesgos; que afecten el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Anual de Trabajo;
- b) Supervisión y verificación, durante el proceso de ejecución de actividades; y
- c) Consecución de objetivos en tiempos establecidos.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 127.- Será responsabilidad de cada Jefatura, verificar la efectividad del Sistema de Control Interno, por lo menos una vez al año, midiendo el rendimiento de cada Área bajo su responsabilidad, mediante la comparación de los resultados obtenidos y la consecución de objetivos plasmados en el Plan Anual de Trabajo, el cual a su vez procederá del Plan Anual Institucional.

Art. 128.- La autoevaluación, se realizará mediante un instrumento diseñado por el Área organizativa o Dependencia a autoevaluarse, de tal manera que responda a la actividad del Área o Dependencia, tales como: Cuestionarios a clientes externos o internos o seguimientos a diagramas de flujos, cuando sean procesos.

Evaluaciones Separadas

Art. 129.- La Unidad de Auditoría Interna, evaluará la efectividad del Sistema de Control Interno, de conformidad a las Normas de Auditoría Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República, para lo cual podrá utilizar resultados de las evaluaciones de la Institución, como de auditorías de la Corte de Cuentas de la República.

Comunicación de los Resultados del Monitoreo

Art. 130.- Los resultados de las evaluaciones, deberán reportarse a la Jefatura inmediata superior del Área evaluada y éste informará al Director del Hospital.

Art. 131.- A través de los resultados del monitoreo, se establecerán las medidas correctivas o las acciones necesarias a realizar, para solventar las observaciones y recomendaciones que deba aplicarse para el eficiente funcionamiento del Sistema de Control Interno.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA

Art. 132.- La revisión y actualización del presente Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por una Comisión nombrada por el Director del Hospital, considerando los resultados de las evaluaciones anuales, evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno y la revisión y actualización de las leyes, normas, documentos, manuales e instructivos relacionados en estas Normas.

Art. 133.- El Director del Hospital y las diferentes jefaturas, serán los responsables de divulgar el presente Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, al personal bajo su cargo; así como de su aplicación.

Art. 134.- Derógase el Decreto No. 25, publicado en el Diario Oficial No. 174, Tomo No. 380, de fecha 18 de septiembre del 2008.

Art. 135.- El presente Decreto, entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los cinco días del mes de marzo de dos mil trece.

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