



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 406

SAN SALVADOR, MIERCOLES 18 DE MARZO DE 2015

NUMERO 53

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

SUMARIO

	Pág.		Pág.
ORGANO LEGISLATIVO		MINISTERIO DE GOBERNACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL	
		RAMO DE GOBERNACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL	
Decreto No. 948.- Se concede permiso al ciudadano salvadoreño Juan José Figueroa Tenas, para que acepte condecoración que le ha conferido el Gobierno de la República de Nicaragua.	4	Estatutos de las Asociaciones de “Desarrollo Turístico de Suchitoto” y “Fuerza Evangélica de El Salvador” y de la “Iglesia Peña de Horeb” y Acuerdos Ejecutivos Nos. 251, 35 y 38, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica. .	9-28
Decreto No. 951.- Disposiciones especiales y transitorias para la exoneración al Ministerio de Agricultura y Ganadería del pago del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, en las operaciones de compra de semillas certificadas de variedades resistentes a la roya, servicios de exámenes de laboratorio, fungicidas y otros relacionados con el combate a la roya.	5-6	MINISTERIO DE ECONOMÍA	
		RAMO DE ECONOMÍA	
		Acuerdo No. 120.- Se autoriza a la sociedad Refinería Petrolera Acajutla, Limitada de Capital Variable, de remodelación de depósito de aprovisionamiento de productos de petróleo.	29-30
ORGANO EJECUTIVO			
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA			
Acuerdos Nos. 124, 125 y 137.- Se encargan Despachos Ministeriales a funcionarios públicos.	7-8	Acuerdo No. 297.- Se concede a la sociedad Grupo TLA El Salvador Parque de Servicios Internacionales, Sociedad Anónima de Capital Variable, beneficios establecidos en el artículo 21 de la Ley de Servicios Internacionales.	30-31
Acuerdo No. 136.- Se modifica el Acuerdo Ejecutivo No. 100, de fecha 23 de febrero de 2015, por medio del cual se encargó el Despacho de Economía.	8	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
		RAMO DE EDUCACIÓN	
		Acuerdos Nos. 15-1953 y 15-1954.- Reconocimiento de estudios académicos.	32

Pág.

Pág.

ORGANO JUDICIAL**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

Acuerdos Nos. 171-D, 124-D (5), 125-D (7), 126-D (4), 127-D (25) y 128-D (30).- Autorizaciones para ejercer las funciones de notario..... 33-47

Acuerdo No. 88-D.- Se autoriza a la Licenciada Suleybi Teresa del Rosario Ramos Orellana, para que ejerza la profesión de abogado en todas sus ramas. 47

INSTITUCIONES AUTÓNOMAS**CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA**

Decreto No. 2.- Políticas Internas de Auditoría Gubernamental..... 48-52

Decreto No. 3.- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana. 53-100

Decreto No. 4.- Derógase el Reglamento relativo a las Políticas de Ahorro y Austeridad del Gasto en las Entidades del Sector Gubernamental y Municipal. 100-101

ALCALDÍAS MUNICIPALES

Estatutos de las Asociaciones "Comunal Administradora de Agua Potable en el Sector Rural San José Cortez, San Laureano, Sector Cabaña y La Loma" y "Desarrollo Comunal del Caserío Arco, Cantón El Pedregal" y Acuerdos Nos. 3 y 26, emitidos por las Alcaldías Municipales de Ciudad Delgado y El Rosario, departamento de La Paz, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica. 102-115

SECCION CARTELES OFICIALES**DE PRIMERA PUBLICACION**

Declaratoria de Herencia..... 116

Aceptación de Herencia..... 116

Herencia Yacente 116-117

Edicto de Emplazamiento..... 117

DE SEGUNDA PUBLICACION

Herencia Yacente 118

DE TERCERA PUBLICACION

Aceptación de Herencia..... 118-119

Título Supletorio 119-121

SECCION CARTELES PAGADOS**DE PRIMERA PUBLICACION**

Declaratoria de Herencia..... 122-131

Aceptación de Herencia..... 131-139

Título de Propiedad 139-140

Título Supletorio 140-142

DECRETO No. 03

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 21, de fecha veintiséis de septiembre de dos mil once, publicado en el Diario Oficial No. 189, Tomo No. 393, de fecha once de octubre de dos mil once, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana.
- II. Que con base al artículo 234, del referido Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.
- 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 TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS
DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" DE SANTA ANA**

**CAPÍTULO PRELIMINAR
GENERALIDADES**

Ámbito de Aplicación

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

Constituirán además, el marco básico aplicable, con carácter obligatorio para todos los funcionarios y empleados del Hospital, como un instrumento regulatorio que contribuya al logro de los objetivos institucionales, el buen uso y la transparencia de los bienes y recursos asignados, facilitando la rendición de cuentas.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, al conjunto de procesos continuos e interrelacionados, realizados por la máxima autoridad, funcionarios y empleados del Hospital, según lo establecen los manuales y reglamentos, para proporcionar seguridad razonable en el logro de los objetivos institucionales. El Sistema de Control Interno comprenderá: Planes, métodos, procesos, procedimientos, tareas y actividades establecidas en el mismo.

El control interno se clasificará en: Control Administrativo y Financiero, de acuerdo a su finalidad, según su oportunidad o momento de aplicación, como el Control interno Previo y Concurrente, que se efectuará por los servidores responsables del trámite ordinario de las operaciones y no por unidades especializadas y el Control Interno Posterior, que evaluará la efectividad del Sistema de Control Interno Hospitalario.

Objetivos del Sistema de Control Interno

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

- a) Lograr eficiencia, efectividad y eficacia en la ejecución de operaciones técnicas, administrativas y financieras;
- b) Contar con información confiable y oportuna sobre las operaciones del Hospital;
- c) Cumplir con el marco legal vigente aplicable a las actividades realizadas por el Hospital; y
- d) Fomentar el uso apropiado de todos los recursos institucionales (humanos, materiales, tecnológicos y financieros).

La Jefatura de cada unidad organizativa, será responsable del cumplimiento de estos objetivos en su ámbito de acción, colaborando con la transparencia y economía de la gestión institucional.

Componentes del Sistema de Control Interno

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

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

Responsables del Sistema de Control Interno

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

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

Seguridad Razonable

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

CAPÍTULO I

NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL

Integridad y Valores Éticos

Art. 7.- El Director, jefaturas y demás empleados, deberán mantener y demostrar integridad y valores éticos en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones. Los funcionarios y empleados, estarán obligados a cumplir sus deberes con prontitud, honradez y rectitud, sin esperar dádivas, recompensas u otros beneficios personales diferentes a la retribución acordada por la Institución, de conformidad a la Ley de Ética Gubernamental y su marco sancionatorio, aplicando y cumpliendo principios y valores institucionales, según lo contenido en el Código de Ética específico del Hospital.

Compromiso con la Competencia

Art. 8.- El Director, jefaturas y demás empleados, deberán realizar acciones encaminadas a mantener un alto nivel de actitud e idoneidad para cumplir sus funciones asignadas, de acuerdo al perfil requerido en el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo y/o Manual de Organización y Funciones de la Institución, fomentando el desarrollo de sus competencias en relación al cargo funcional y entender la importancia de establecer y llevar a la práctica adecuados controles internos, a partir de implementar talleres para el fortalecimiento de sus habilidades y destrezas.

Estilo de Gestión

Art. 9.- El Director y las jefaturas, deberán transmitir de manera explícita, pertinente y permanente, su compromiso respecto al cumplimiento de objetivos y metas institucionales contenidas en la misión, visión, objetivos estratégicos, controles internos, principios y valores éticos.

El estilo de gestión, basado en procesos y enfocado al cumplimiento de objetivos, les permitirá identificar y gestionar riesgos y medir el desempeño, en base a lineamientos del Ministerio de Salud, promoviendo cultura de auto control. Para ello, será necesario realizar la evaluación del clima organizacional, valoración de riesgos con acciones de control para mitigar los identificados en todos los niveles organizativos del Hospital y medir la opinión y satisfacción del usuario.

Estructura Organizativa

Art. 10.- El Director y las jefaturas, deberán evaluar y establecer la estructura organizativa bajo su cargo, definiendo claramente las responsabilidades de cada uno, niveles jerárquicos y de autoridad. También, deberán establecerse las líneas de mando para darle cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales.

Art. 11.- La estructura organizativa, se representará formalmente en el Organigrama Institucional, el cual se elaborará conforme las técnicas administrativas comúnmente aceptadas y se actualizará según las necesidades priorizadas por la Dirección y contendrá claramente definidos los niveles de responsabilidad, jerarquía, funciones y canales de comunicación.

DEFINICIÓN DE ÁREAS DE AUTORIDAD, RESPONSABILIDAD Y RELACIONES DE JERARQUÍA**Manuales de Organización y Funciones**

Art. 12.- El Director, autorizará el Manual de Organización y Funciones, que deberá contener el: Organigrama institucional, objetivo general, funciones, responsabilidades y niveles de autoridad. Será responsabilidad de todas las jefaturas, colaborar en la elaboración de dicho Manual y velar por su estricto cumplimiento. La revisión y actualización, se hará de acuerdo a las necesidades priorizadas por la Dirección del Hospital.

Art. 13.- La Institución, contará con un Plan de Emergencias y Desastres, de acuerdo a la Ley y/o Reglamento de Protección Civil delimitando funciones, responsabilidades y niveles de autoridad en caso de emergencia local o nacional. El Plan de Emergencias, deberá comunicarse anualmente a todo el personal. La revisión y actualización del Plan de Emergencias, se hará cada dos años por parte del Comité de Emergencias y Desastres Hospitalario y se remitirá a la Unidad Técnica de Desastres del Ministerio de Salud, para su revisión y validación, a fin de que posteriormente sea oficializado por el Ministerio de Salud y se entregue al Comité de Protección Civil.

Políticas y Prácticas para la Administración del Recurso Humano

Art. 14.- El Director y jefaturas, serán responsables de verificar y facilitar el cumplimiento de reglamentos, políticas y procedimientos del personal, en lo que se refiera a: Contratación, inducción, capacitación, promoción, evaluación y aspectos disciplinarios, contenidos en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Art. 15.- El control del registro de asistencia del personal, podrá ser realizado por medios manuales o automatizados, siempre que ofrezcan seguridad razonable para su resguardo y verificación posterior.

El Departamento de Recursos Humanos, deberá administrar el Sistema de Control de Asistencia en forma independiente por cada servidor público, generando una copia de respaldo a diario para su protección.

Art. 16.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas, deberán controlar la asistencia, permanencia y puntualidad del personal bajo su cargo. También serán responsables de garantizar que dicho personal se dedique a sus labores encomendadas, según sus funciones.

Corresponderá a cada Jefatura, hacer anotaciones diarias en el medio que dispongan, sobre las eventualidades relativas a la permanencia y desempeño correspondientes; tales anotaciones, serán supervisadas periódicamente por la Jefatura del nivel inmediato superior y se tomarán en cuenta al efectuar las evaluaciones de desempeño del personal.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 17.- El Hospital, contará con una Unidad de Auditoría Interna, cuyas funciones estarán definidas en el Manual de Organización y Funciones. El Director, asegurará y apoyará el fortalecimiento de la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, la que estará debidamente estructurada, gozando de plena independencia en el ejercicio de sus funciones y dispondrá de los recursos necesarios para cumplir con sus responsabilidades.

Por la naturaleza de sus funciones, la Unidad de Auditoría Interna, tendrá acceso irrestricto a registros, archivos y documentos que sustenten la información e inclusive a las operaciones en sí, en cuanto la naturaleza de la auditoría lo requiera.

En el desarrollo de sus funciones, el personal de la Unidad de Auditoría Interna, deberá aplicar y cumplir principios y reglas de conducta establecidas de conformidad al Art. 7, del presente Reglamento y a las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

Art. 18.- Será responsabilidad de la Unidad de Auditoría Interna, dar seguimiento a los informes de auditoría de la Corte de Cuentas de la República y auditorías internas del Ministerio de Salud; también será responsable el Jefe de cada unidad organizativa, de dar a conocer y velar porque se cumplan las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital.

Art. 19.- La Jefatura de la Unidad de Auditoría Interna, remitirá a la Corte de Cuentas de la República, su Plan Anual de Trabajo, a más tardar el 31 de marzo de cada año, para el siguiente ejercicio fiscal y le informará por escrito de cualquier modificación que se le hiciera; así mismo, le remitirá copia de los informes de las auditorías que realice.

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

CAPÍTULO II

NORMAS RELATIVAS A LA VALORACIÓN DE RIESGOS

Definición de Objetivos Institucionales

Art. 20.- Los objetivos y metas institucionales, la misión, visión, principios y valores del Hospital, estarán definidos y contenidos en el Manual de Organización y Funciones; a su vez, los principios y valores, serán ampliados en el Código de Ética específico del Hospital.

La definición de objetivos; así como la revisión y si fuere necesario, la actualización de los procesos de cada unidad organizativa, será una condición previa para la valoración de riesgos y una parte clave del proceso administrativo.

Planificación Institucional

Art. 21.- El Director, con el apoyo de la Unidad de Planificación y de la alta Gerencia, formulará el Plan Anual Operativo Hospitalario, atendiendo los lineamientos del Ministerio de Salud.

El Plan Anual Operativo, contendrá claramente definidos los objetivos y estrategias que permitan anticiparse a los cambios que puedan afectar su capacidad para alcanzar los resultados previstos.

Incluirá además, una integración de actividades especiales y metas de producción anual, a fin de concretar la misión y visión del Hospital.

Art. 22.- Las unidades de Dirección, jefes de división y de unidades organizativas, efectuarán el proceso de valoración de riesgos, al menos una vez al año, sustentada en una estrategia de planificación participativa, involucrando a todos los actores relacionados con los procesos administrativos y de atención de las unidades organizativas.

Objetivos y Metas en Planes Anuales

Art. 23.- Todas las jefaturas de unidades organizativas, elaborarán oportunamente sus planes anuales, que deberán ser tácticos, operativos y de trabajo, de acuerdo a su naturaleza y rol en la Institución; los cuales contendrán objetivos y metas, encaminados a lograr los objetivos institucionales.

Art. 24.- Las unidades del Hospital, que por su naturaleza serán asesoras, operativas puras o por su número de recursos humanos (1 a 3 recursos) no será factible generar un pensamiento estratégico para una intervención innovadora, deberán elaborar y ejecutar su Plan Anual de Trabajo, debiendo presentar trimestralmente sus informes al Jefe inmediato superior.

Seguimiento y Evaluaciones de Planes Anuales

Art. 25.- El Director, por medio de los jefes de división, evaluará la ejecución de los planes de cada unidad organizativa según su dependencia, a fin de realizar acciones preventivas o correctivas que permitan alcanzar los objetivos planteados. Todas las actividades de seguimiento y evaluación que los jefes de división realicen, quedarán documentadas, debiendo presentar al Director el informe de cada evaluación efectuada.

El informe de las unidades organizativas, se presentará cada dos meses y la evaluación de los resultados del Plan Táctico de Divisiones y Programación Anual Operativa Hospitalaria de producción, cada tres meses.

La evaluación de los planes de las unidades que dependen directamente de la Dirección Hospitalaria, estará a cargo de la Subdirección del Hospital o de quien delegue el Titular y se hará trimestralmente.

Integración de los Planes Anuales

Art. 26.- El Director, por medio de la Unidad de Planificación, consolidará los planes anuales de todas las unidades organizativas, al Plan Anual Operativo Hospitalario.

Identificación de Riesgos

Art. 27.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas, deberán identificar los factores de riesgos relevantes, internos y externos, que de llegar a producirse puedan impedir u obstaculizar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales; esta valoración, deberá realizarse por lo menos una vez al año, para garantizar la efectividad en la identificación y gestión de riesgos, deberán estar los procesos implementados y aplicados en cada unidad.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 28.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas del Hospital, deberán identificar, medir y gestionar los factores de riesgos internos y externos, asociados al logro de los objetivos institucionales, considerando para su análisis y gestión, su nivel de importancia, probabilidad de ocurrencia y el impacto que puedan provocar en la prestación de los servicios de salud; así como en la calidad de los mismos.

Cada Jefatura de unidad organizativa, realizará este proceso al menos una vez al año, de acuerdo con el Instructivo para la Gestión de Riesgos Institucionales, emitido por el Ministerio de Salud.

Gestión de Riesgos

Art. 29.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con su proceso de valoración de riesgos debidamente aprobado por el Director, para efectos de auditoría, afrontando el desafío de llevar la exposición del riesgo a niveles aceptables, tomando acciones de control con la finalidad de maximizar el desempeño de las operaciones del Hospital y evitar los efectos negativos por no tomar acciones a tiempo o por no aprovechar las oportunidades de forma estratégica y evitar que obstaculicen el logro de objetivos y metas institucionales.

Para el proceso de valoración de riesgos, se utilizarán formatos establecidos en el Instructivo para la gestión de riesgos institucionales, emitido por el Ministerio de Salud, asegurándose que sea compartido por todo el personal bajo su dependencia.

CAPÍTULO III**NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL****Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos**

Art. 30.- El Director, tendrá la responsabilidad de definir, autorizar e implantar las políticas y procedimientos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno, el cual tendrá como base para su evaluación, las Normas Técnicas de Control Interno Específicas.

El Director y todas las jefaturas, serán responsables de documentar, mantener actualizado y divulgar internamente y de forma efectiva, las políticas y procedimientos de control interno contenidas en este Reglamento de Normas, que el resto de funcionarios y empleados deberán cumplir como parte de sus obligaciones laborales.

Actividades de Control

Art. 31.- Las actividades de control interno, estarán establecidas de manera integrada a los procesos de cada unidad organizativa en particular, según el área de su competencia. El Director y las jefaturas técnicas, administrativas y operativas, asegurarán la implementación, funcionamiento y actualización de los sistemas administrativos, cuidando de incorporar en ellos el control interno, orientados a alcanzar las metas y objetivos como institución que brinda atención integral en servicios de salud.

Definición de Políticas y Procedimientos Generales del Hospital

Art. 32.- El Hospital, adoptará las políticas siguientes: Política Nacional de Salud, Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público, Política de Prevención de Riesgos Ocupacionales, Política de Calidad, Política Medioambiental y otras aplicables al sector de salud, en el área hospitalaria.

UNIDADES DE DIRECCIÓN**Unidad Jurídica**

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

Art. 34.- La función de la Unidad Jurídica, será de naturaleza asesora en materia legal a todas las áreas del Hospital, organizando charlas, capacitaciones, jornadas y talleres que permitan comprender la normativa legal vigente aplicable al Hospital y que cada una de las jefaturas, deberá conocer y aplicar para brindar seguridad razonable en el desempeño de sus funciones, aplicando el marco legal en la gestión por procesos de la Institución. Estará bajo su responsabilidad la custodia de la documentación que ampare legalmente la propiedad de los bienes inmuebles del Hospital.

Comités

Art. 35.- Atendiendo la complejidad del Hospital, se organizarán los comités con equipos de profesionales que contribuyan en la gestión hospitalaria que asesoren y coordinen las actividades, que permitan el logro de los objetivos institucionales.

La organización y funcionamiento de los comités, estarán definidos claramente en su Manual de Organización y Funciones, según su área de acción y acorde con la normativa legal vigente aplicable a los mismos. Los miembros de los comités, serán elegidos o ratificados cada dos años, asignándoles funciones ad honórem mediante acuerdo registrado por el Departamento de Recursos Humanos y aprobado por el Titular del Hospital.

Art. 36.- Los comités elaborarán su Plan Anual de Trabajo, el cual será revisado y aprobado por el Director del Hospital, a quien remitirán informes mensuales sobre el trabajo realizado y acciones de mejora recomendadas, con la finalidad de contribuir en la toma de decisiones y mejorar la atención en salud brindada por el nosocomio, atendiendo estándares de calidad.

Asesoría de Medicamentos e Insumos Médicos

Art. 37.- El Médico Asesor, deberá informar mensualmente sobre existencias y trimestralmente presentar un análisis que incluya variables como: Existencias, consumo promedio de medicamentos e insumos médicos, fechas de vencimiento, rotación de productos y condiciones de almacenamiento para la toma de decisiones oportuna, de la alta Gerencia del Hospital y la coordinación de las transferencias de medicamentos e insumos dentro de la red.

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

Art. 38.- El Médico Asesor, velará porque se cumplan las normas establecidas por la Dirección Nacional de Medicamentos y las buenas prácticas de prescripción, con la finalidad de promover el uso racional de los medicamentos y garantizar la correcta utilización que maximice su uso y disminuya los riesgos al paciente, contribuyendo a racionalizar los costos en la atención en salud del Hospital.

También, coordinará actividades educativas para promover el almacenamiento, manejo y uso adecuado de los medicamentos; convocará a reuniones del Comité de Farmacoterapia, adjuntando la agenda a tratar, según las situaciones identificadas, entre éstas deberá incluir acciones oportunas para evitar vencimientos.

Unidad de Epidemiología

Art. 39.- La Jefatura de la Unidad de Epidemiología del Hospital, deberá coordinar y mantener la vigilancia epidemiológica y programas preventivos, conduciendo los procesos de identificación y monitoreo de los diferentes eventos, sujetos a vigilancia epidemiológica y nosocomial; para ello, deberá recolectar, procesar, analizar, interpretar y difundir en forma sistemática y continua la información de interés epidemiológico, proponiendo medidas de prevención y control.

Art. 40.- La Jefatura de la Unidad de Epidemiología del Hospital, deberá diseñar instrumentos que permitan la recolección de información de interés epidemiológico y mantendrá la vigilancia epidemiológica activa, pasiva y especializada en las diferentes áreas de atención, garantizando el cumplimiento de las normas epidemiológicas y asesorando oportunamente a la Dirección del Hospital, sobre las patologías de interés epidemiológico identificadas.

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

Unidad de Desarrollo Profesional

Art. 41.- La Jefatura de la Unidad de Desarrollo Profesional, dependerá jerárquicamente del Titular de la Institución y deberá coordinar, planificar, ejecutar y evaluar las actividades de educación permanente del recurso humano y del desarrollo de los programas de especialidades médicas, en estrecha coordinación con las instituciones formadoras; también, deberá promover los procesos de investigación, de acuerdo a la política y Plan Nacional de Salud, a fin de contribuir a la mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud, acordes a las necesidades de la población.

Art. 42.- El Director, en coordinación con la Jefatura de la Unidad de Desarrollo Profesional, velará por el cumplimiento de la Norma para la Ejecución de Especialidades Médicas y Odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud y los convenios específicos establecidos entre los hospitales y las instituciones formadoras, a fin de lograr el buen funcionamiento y operatividad de los mismos.

Art. 43.- La Unidad de Desarrollo Profesional, será conformada por los siguientes departamentos de:

- a) Formación de Especialidades Médicas y Odontológicas;
- b) Investigación; y
- c) Educación Permanente.

Art. 44.- El personal a cargo del Departamento de Formación de Especialidades Médicas y Odontológicas, como parte de la Unidad de Desarrollo Profesional, deberá ejecutar la supervisión, monitoreo y evaluación de los programas de especialidades médicas que desarrolle o administre la entidad formadora y velará por el cumplimiento de los programas de especialidades médicas y odontológicas, para contribuir a la mejora constante de la calidad académica en la formación de los profesionales de la salud.

Art. 45.- El personal a cargo del Departamento de Investigación, como parte de la Unidad de Desarrollo Profesional, deberá promover, incentivar y apoyar la investigación para la salud a nivel hospitalario, promoviendo su desarrollo bajo cumplimiento de los principios científicos, éticos y legales.

Art. 46.- El personal a cargo del Departamento de Educación Permanente, como parte de la Unidad de Desarrollo Profesional, deberá regular los procesos relacionados con el desarrollo del programa de educación permanente dirigido al personal: Médico, paramédico, enfermería, técnico y administrativo de la Institución, en coordinación con la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos; además, de velar por el fiel cumplimiento de la capacitación y desarrollo, según el Reglamento Interno, con el propósito de hacer más eficiente la ejecución de los mismos.

Unidad Organizativa de la Calidad

Art. 47.- La Unidad Organizativa de la Calidad, es una unidad con funciones definidas en el Manual de Organización y Funciones del Hospital y tendrá a su cargo la coordinación y control del programa de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios que brinde el Hospital.

Art. 48.- La Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, formará parte de la Unidad Organizativa de la Calidad y será la encargada de fortalecer e implementar un modelo de supervisión facilitadora, mediante la aplicación de herramientas y estrategias adecuadas de mejora continua de la calidad, para la evaluación de los procesos de las diferentes unidades organizativas; a su vez, desarrollará el monitoreo sobre la marcha de los procesos de las unidades organizativas del Hospital, comunicando los resultados de dicho monitoreo y las recomendaciones correspondientes, a través del Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad, a la máxima autoridad y a los niveles gerenciales y de jefaturas según corresponda, dando el debido seguimiento para su cumplimiento, a efecto de promover la mejora continua de la calidad hospitalaria, logrando la satisfacción del usuario interno y externo.

Lo anterior, se realizará mediante el sistema de monitoreo y supervisión continua y la aplicación de los estándares de calidad debidamente establecidos, proponiendo acciones de mejora en la ejecución de los procesos, dándoles el debido seguimiento a fin de desarrollar cultura de autoevaluación, según estándares de calidad.

Oficina por el Derecho a la Salud, Quejas, Denuncias e Información

Art. 49.- La Oficina por el Derecho a la Salud del Hospital, estará conformada por las sub unidades siguientes: Oficina por el Derecho a la Salud, Quejas, Denuncias e Información, Oficina por el Derecho a la Salud y Trabajo Social. La Oficina por el Derecho a la Salud, dependerá jerárquicamente de la Dirección y será la encargada de coordinar la atención al ciudadano y el acceso a los servicios que ofrezca el Hospital, difundiendo información que lo oriente y asesore, garantizando particularmente el derecho de la población históricamente vulnerable, escuchando su opinión, recibiendo y tramitando sus sugerencias, quejas, denuncias y reclamos, potenciando su participación, a efecto de mejorar la atención en el Hospital.

Art. 50.- La Oficina por el Derecho a la Salud, promoverá la participación protagónica de la ciudadanía por medio de la orientación de sus inquietudes, recepción de propuestas, avisos, quejas y denuncias; privilegiando el estudio, la canalización de transparencia y respuesta oportuna de los casos y contribuyendo a la transparencia de la gestión pública.

Art. 51.- La Oficina por el Derecho a la Salud, desarrollará sistemas de recolección de sugerencias de mejora y atención de reclamos para identificar las necesidades y expectativas de los usuarios; medirá el nivel de satisfacción, respecto a los servicios recibidos en las siguientes áreas del Hospital: Consulta Externa, Unidad de Emergencia General, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia; con la finalidad de identificar y recomendar potenciales áreas de mejora de la calidad del servicio que se brinde.

Art. 52.- La Oficina por el Derecho a la Salud, desarrollará los procesos y procedimientos para obtener información, respecto al servicio de atención en salud brindada por parte de los funcionarios a cargo; a su vez, servirá de enlace con el oficial de información del Ministerio de Salud para lo concerniente al cumplimiento de la Ley de Acceso a la Información Pública.

Oficina por el Derecho a la Salud-Trabajo Social

Art. 53.- La Jefatura de Trabajo Social y los recursos bajo su dependencia, serán los responsables de gestionar en coordinación con las diferentes unidades organizativas, los recursos necesarios para contribuir al abordaje integral de las necesidades y expectativas de los usuarios. Por lo que, deberá diseñar, documentar y registrar los diferentes procesos que se realicen, a fin de garantizar la transparencia de sus actividades.

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS-FINANCIEROS

Políticas y Procedimientos de la Unidad Financiera Institucional

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

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

Creación del Fondo Circulante de Monto Fijo

Art. 55.- El Hospital, como Institución que percibe recursos del fondo general y recursos propios, podrá crear un Fondo Circulante de Monto Fijo, cumpliendo con lo establecido en la normativa legal vigente y mediante acuerdo institucional. En dicho acuerdo, deberá nombrarse al Encargado del Fondo Circulante de Monto Fijo y al o los refrendarios respectivos, quienes serán responsables solidaria y pecuniariamente por el manejo del Fondo. Tanto, el Encargado como los refrendarios, serán seleccionados por su honradez, integridad y conocimiento de la normativa aplicable a la administración financiera y control de los recursos del estado.

Los refrendarios, a que se refiere el inciso anterior, deberán rendir fianza de fidelidad, de conformidad a lo establecido legalmente.

Art. 56.- El Encargado del manejo del Fondo Circulante de Monto Fijo, se regirá por lo contenido en la norma del Manual Técnico de Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI); cumpliendo también, con los lineamientos internos para el funcionamiento del Fondo Circulante de Monto Fijo, específicos del Hospital.

El Encargado del Fondo Circulante, será considerado dentro de la contabilidad institucional como un proveedor más, al que se le pagará mediante la póliza de reintegro del Fondo Circulante.

Además, se elaborará control semanal de efectivo y saldo bancario, a fin de garantizar la disponibilidad necesaria para las compras emergentes del Hospital.

Arqueos de Fondos y Valores

Art. 57.- Deberán practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes, sobre la totalidad de fondos y valores que maneje la Institución. Los arqueos, serán practicados por la Unidad de Auditoría Interna o por servidores independientes, que tengan la responsabilidad de custodia, manejo o registro de los fondos. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos.

Depósito de Ingresos

Art. 58.- Todos los ingresos en efectivo, cheques o valores que se perciban, serán depositados completos y exactos en la cuenta bancaria destinada para tal efecto, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción; su registro, deberá ser diario y en orden cronológico, según su fuente y será efectuado por personal distinto a la recepción.

Los ingresos percibidos de recursos propios, serán monitoreados semanalmente por el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, para conocer lo percibido contra lo proyectado y de ser necesario hacer los ajustes pertinentes en el presupuesto de ingresos.

Refrendario de Cheques

Art. 59.- Las cuentas bancarias institucionales, tendrán como registro una firma principal y dos refrendarios, siendo éstos últimos, personal externo a la Unidad Financiera Institucional.

Área de Presupuesto

Art. 60.- La gestión presupuestaria, comprenderá los principios, técnicas, métodos y procedimientos empleados en las diferentes etapas o fases que integran el proceso, estará a cargo del Técnico de Unidad Financiera Institucional, con funciones presupuestarias, desarrollando sus funciones de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), Manual de Organización y demás normativas aplicables.

Art. 61.- Todo trámite de compra, deberá contener su respaldo presupuestario para validar la adquisición de bienes y/o servicios para tal efecto, previo a cualquier erogación será indispensable la certificación de la existencia de disponibilidad presupuestaria, con el objeto específico correspondiente.

Art. 62.- La evaluación y seguimiento del presupuesto, será responsabilidad del Encargado del Área de Presupuesto, quien deberá elaborar informes mensuales con un análisis crítico sobre la ejecución presupuestaria, comparando lo proyectado y los recursos utilizados con los resultados obtenidos, a efecto de establecer el grado de cumplimiento o desviación en el uso de los recursos y los porcentajes de ejecución presupuestaria, para aplicar medidas correctivas, si fuere necesario y reorientar los recursos no utilizados, según las necesidades propias del Hospital para garantizar el logro de los objetivos y metas institucionales, según lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Manual de Organización de la Unidad Financiera Institucional.

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

Área de Tesorería

Art. 63.- La gestión de tesorería, comprenderá la percepción, depósito, pago y registro de los recursos financieros, estará a cargo del Tesorero Institucional, quien deberá rendir fianza de conformidad a la Ley y tomará las acciones necesarias para garantizar el manejo eficiente y transparente de los mismos oportunamente; se regirá además, por la normativa legal vigente.

Requerimientos y Transferencias de Fondos

Art. 64.- El Director del Hospital, a través del Tesorero Institucional, deberá solicitar los recursos financieros para el pago de sus obligaciones y gestionar la transferencia de fondos, de acuerdo con 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 (PEP) y procedimientos para pago de bienes, servicios y remuneraciones del Hospital, asegurando que tales transacciones estén sustentadas por documentos debidamente autorizados.

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

Art. 65.- El personal de tesorería, será responsable de entregar el “quedan” al proveedor o suministrante, previa recepción de factura o recibo correspondiente; de conformidad con los requisitos legales establecidos en la normativa vigente y deberá llevar registro correlativo de los quedan entregados, según formato debidamente autorizado.

Cuentas Bancarias

Art. 66.- El Director, deberá solicitar la autorización de la Dirección General de Tesorería para aperturas de cuentas subsidiarias institucionales y demás desagregadas de éstas. Dichas cuentas, deberán identificarse con un nombre específico que identifique la naturaleza de las mismas, el cual como mínimo deberá contener lo siguiente: Nombre de la Institución y naturaleza del uso de los recursos.

Art. 67.- El Director, acreditará por escrito previo acuerdo interno y a solicitud de la Jefatura de la Unidad Financiera Institucional, el nombramiento y autorización de los funcionarios responsables de refrendar cheques, notificándolo oportunamente a los bancos depositarios para que proceda al registro de firmas autorizadas. Dichas firmas, podrán estamparse manualmente o a través de sistemas automatizados que cumplan con los requisitos legales y de seguridad, establecidos legalmente.

Los nombrados, no deberán ejercer funciones de autorización de gastos ni de registros contables; dichos funcionarios, deberán asegurarse que los documentos que soporten los pagos cumplan con los requisitos de legalidad, veracidad y pertinencia. Para casos de vacantes en los refrendarios, el Titular deberá comunicar al Banco dentro de las veinticuatro horas siguientes.

Art. 68.- Todos los pagos efectuados por la Tesorería del Hospital, se harán con cheque pre-numerado o abono a cuenta, emitidos a nombre del beneficiario, expedidos contra las cuentas bancarias del Hospital, debiendo utilizar la numeración correlativa de una misma serie hasta que se agoten antes de iniciar otra chequera. El número del cheque, quedará registrado en el comprobante de pago.

Todos los cheques emitidos por el Hospital, deberán contar con la leyenda “No Negociable”; así como el uso de sello anulado, en los cheques que deberán anularse.

Las chequeras en uso y no utilizadas, serán debidamente custodiadas; por lo que, los archiveros y gavetas deberán contar con cerraduras en buen estado, para evitar el mal uso, hurto o extravío.

Queda terminantemente prohibida la firma de cheques en blanco y a nombre de personas o empresas diferentes a las que hayan suministrado los bienes o servicios.

Informes al Ministerio de Hacienda

Art. 69.- El Tesorero, informará semestralmente al Ministerio de Hacienda, las operaciones realizadas por médicos que atiendan a usuarios del programa del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial; dicho informe, lo remitirá a Tesorería y al Coordinador Médico de la Unidad de Bienestar Magisterial mensualmente, para que finalizado el semestre se tenga el consolidado de enero a junio y de julio a diciembre e informarlo a través del formulario F958, en cumplimiento a lo establecido en el Código Tributario, Art. 122-A.

Además, Tesorería deberá reportar las retenciones efectuadas por el Hospital mensualmente (1% IVA retenido, la retención del Impuesto sobre la Renta e informe de donaciones) como agente de retención calificado en la categoría de mediano contribuyente.

Conciliaciones Bancarias

Art. 70.- Las conciliaciones bancarias, serán parte del control interno y su propósito será comparar los movimientos bancarios con los registros contables institucionales. El Tesorero Institucional, será el responsable del manejo de las cuentas bancarias abiertas a nombre del Hospital y serán conciliadas mensualmente por una persona independiente de la custodia, registro y autorización del desembolso.

Dichas conciliaciones, deberán elaborarse dentro de los primeros ocho días hábiles del mes siguiente y serán suscritas por el empleado que las elaboró, quien será responsable del archivo y custodia de la documentación que las sustente.

Art. 71.- Para efectos de control, el responsable deberá elaborar las conciliaciones bancarias, haciendo uso de la Aplicación de Informática y del Sistema de Administración Financiera Integrado, dentro del Sistema de Tesorería, como en los libros de bancos diarios y cronológicamente de cada una de las cuentas bancarias existentes en el Hospital, haciéndolas del conocimiento y funcionario competente.

Además, llevará control mensual de los cheques pendientes de cobro, para su debido seguimiento y depuración.

Área de Contabilidad Gubernamental

Art. 72.- El Subsistema de Contabilidad Gubernamental, será el elemento integrador de las operaciones del Sistema de Administración Financiera Integrado, bajo la responsabilidad del Contador Institucional y estará constituido por un conjunto de principios, normas y procedimientos técnicos para recopilar, registrar, procesar y controlar en forma sistemática toda la información referente a las transacciones del Hospital; expresables en términos monetarios, con el objeto de proveer información sobre la gestión financiera y presupuestaria.

Art. 73.- Todo el quehacer contable, se hará acorde a lo establecido en la Ley de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria y demás normativas aplicables, quedando estrictamente prohibido diferir la contabilización de los hechos económicos.

La documentación, deberá permanecer archivada como mínimo por un período de cinco años y los registros contables durante diez años. Los archivos de la documentación financiera, serán propiedad del Hospital y no podrán ser removidos de las oficinas correspondientes, sino con orden escrita de la autoridad competente.

Cierre Contable Mensual

Art. 74.- El Contador, previo al cierre contable mensual, emitirá los reportes que considere necesarios para verificar y analizar los saldos de las cuentas; así como también, los informes del mes a cerrar, para revisar la consistencia de saldos y efectuar los ajustes pertinentes, en caso de existir alguna diferencia.

Art. 75.- El Contador, haciendo uso de la aplicación informática del Sistema de Administración Financiera Integrado, efectuará el cierre contable del mes e imprimirá los estados financieros para enviarlos a la Dirección General de Contabilidad Gubernamental del Ministerio de Hacienda, dentro de los diez días del siguiente mes, de conformidad a lo establecido legalmente.

Cierre Contable

Art. 76.- El cierre contable mensual y anual, se hará de acuerdo a lo establecido en la Ley de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria y demás normativas aplicables. Se hará revisión de saldos y si fuere necesario, se efectuarán los ajustes pertinentes.

Art. 77.- Posteriormente al proceso del cierre anual, el Contador Institucional, haciendo uso de la aplicación informática del Sistema de Administración Financiera Integrado, deberá generar los informes contables respectivos, de conformidad a la normativa vigente. Al 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, deberán prepararse los siguientes estados financieros básicos:

- a) Estado de situación financiera;
- b) Estado de rendimiento económico;
- c) Estado de ejecución presupuestaria; y
- d) Estado de flujo de fondos.

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

Los estados financieros, serán remitidos a la Dirección General de Contabilidad Gubernamental, Unidad de Auditoría Interna y Dirección del Hospital, mensual y semestralmente al Enlace de Transparencia de la Institución.

Art. 78.- Al treinta y uno de diciembre de cada año, el estado de situación financiera deberá estar respaldado por inventarios de las cuentas contables que registren saldos. Ninguna cuenta, podrá presentarse por montos globales, siendo obligatorio explicitar su composición.

Depreciación

Art. 79.- Los bienes muebles o inmuebles propiedad del Hospital, destinados a las actividades institucionales y productivas, deberán depreciarse anualmente, aplicando el método de depreciación basado en el cálculo lineal o constante.

La depreciación registrada en los estados financieros del Hospital, deberá estar respaldada por actas que demuestren la conciliación de dicho registro, según datos proporcionados y registrados por el Encargado de Activo Fijo y el Contador Institucional, al cierre de los meses de junio y diciembre de cada año.

Existencias Institucionales

Art. 80.- Las cuentas contables que conformen las existencias institucionales, deberán cotejarse mensualmente contra los reportes brindados por el Guardalmacén, de manera que puedan identificarse diferencias si las hubiere y hacer los ajustes pertinentes.

Lo anterior, deberá sustentarse con actas de reunión que demuestren la conciliación efectuada por el Guardalmacén y el Contador Institucional.

Políticas y Procedimientos de Recursos Humanos

Art. 81.- El Director de Recursos Humanos, será responsable de coordinar, ejecutar, controlar y evaluar las acciones del personal, con base al Reglamento Interno de Unidades y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, normativa legal vigente y demás disposiciones emanadas por el ente rector que garantice la adecuada y oportuna gestión, dotación y desarrollo de los recursos humanos.

Contratación de Personal

Art. 82.- El Director del Hospital, por medio del Director de Recursos Humanos y en coordinación con todas las jefaturas del mismo, deberá ejecutar el proceso de reclutamiento y selección para las contrataciones de personal; lo cual permitirá seleccionar a la persona idónea para cada puesto, dando prioridad al proceso de reclutamiento y selección interno, ascensos y promociones; para los casos en que no existan recursos internos idóneos, se reclutarán y seleccionarán mediante procesos externos, con base al Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud y demás normativa legal vigente aplicable.

Formas de Contratación

Art. 83.- El Hospital, utilizará para la contratación del personal los siguientes sistemas o modalidades: Ley de salarios, contratos, servicios personales y contratos por servicios profesionales, pagados con el Fondo General de la Nación, fondos propios o por financiamiento de organismos internacionales, mediante convenios formalmente establecidos.

Podrá contratarse personal de forma eventual para las Áreas: Administrativa, Médica y Paramédica, según las necesidades institucionales, debidamente justificadas, considerando la política de ahorro y austeridad del sector público del ejercicio fiscal vigente.

Inducción de Personal

Art. 84.- El Director de Recursos Humanos, proporcionará al personal de nuevo ingreso, la inducción general sobre la Institución, establecida en el Manual de Inducción Hospitalario, elaborado para tal fin y la inducción específica del cargo, será impartida por el Jefe inmediato del empleado, con el objetivo de facilitar su integración al Hospital y asegurar el éxito en su desempeño.

Capacitación y Desarrollo al Personal

Art. 85.- El Director de Recursos Humanos, en coordinación con las jefaturas de la Unidad de Desarrollo al Personal y de las diferentes unidades organizativas del Hospital, elaborará un Plan Anual de Capacitación con personal, en las instalaciones del nosocomio, a fin de fomentar el desarrollo de las capacidades y aptitudes de los empleados de la Institución.

Art. 86.- El Director del Hospital, podrá destinar fondos del Presupuesto General o fondos de recursos propios para desarrollar capacitaciones para el personal, a fin de proporcionarle las competencias y desarrollo en los puestos de trabajo, a fin de incrementar la productividad laboral y mejorar la calidad en atención de los pacientes.

Evaluaciones al Personal

Art. 87.- El Director de Recursos Humanos, por medio de las jefaturas de cada unidad organizativa, evaluará el trabajo de los servidores públicos semestralmente, utilizando los formularios proporcionados por el Ministerio de Salud; su rendimiento, deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidos, según el servicio donde se desempeñe.

La evaluación a que se refiere el inciso anterior, deberá realizarse con objetividad e imparcialidad, considerando el desempeño real del empleado. La evaluación se remitirá a la Dirección de Recursos Humanos, para fines de archivo en los expedientes del personal y aplicación de la Ley del Escalafón de los Empleados del Ministerio.

Acciones Disciplinarias

Art. 88.- El Hospital, a través de la Dirección de Recursos Humanos, aplicará la Ley del Servicio Civil y demás normativa de la Ley vigente, aplicable a cada caso en particular a funcionarios o empleados que obstaculicen el desarrollo de las actividades y afecten el normal funcionamiento institucional o que cometan actos que alteren la disciplina y el orden del Hospital.

Control de Asistencia, Puntualidad y Permanencia

Art. 89.- Todo el personal del Hospital, deberá asistir con puntualidad a su trabajo y registrar en forma personal la hora de entrada y salida de su jornada laboral, utilizando el medio establecido para tal fin.

Art. 90.- El control interno relativo a la asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, deberá ejercerlo la Jefatura inmediata de cada unidad organizativa; así como también, velar por el cumplimiento de las labores encomendadas en las audiencias señaladas.

Los descuentos que deberán deducirse del salario del empleado o funcionario público cada mes, serán los comprendidos en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio; las sanciones disciplinarias tales como: Llegadas tardías, salidas anticipadas, suspensiones disciplinarias e inasistencias injustificadas, deberán aplicarse en el mes posterior siguiente; para lo cual el Director de Recursos Humanos, deberá mantener actualizados los registros en el sistema autorizado para tal fin.

Ética del Servidor Público

Art. 91.- Los funcionarios y empleados del Hospital, deberán cumplir con sus labores encomendadas con oportunidad, honradez y rectitud, sin recibir por el desempeño de sus funciones, dádivas u otros beneficios personales diferentes a su retribución convenida con el Hospital.

Jornada Laboral

Art. 92.- El Hospital, deberá brindar atención médica las veinticuatro horas del día. Las jefaturas de las áreas que tengan personal que trabaje por turnos rotativos, deberán elaborar mensualmente su Plan de Trabajo, el cual presentarán oportunamente al Director de Recursos Humanos.

El Hospital como Institución pública, tendrá un despacho ordinario de lunes a viernes en jornada de ocho horas diarias para el personal administrativo, con un receso de 40 minutos al medio día para tomar los alimentos, con base a lo establecido en las Disposiciones Generales del Presupuesto y en el reglamento interno de la unidad y departamentos de recursos humanos del Ministerio de Salud.

Seguridad y Salud Ocupacional

Art. 93.- El Director y todas las jefaturas del Hospital, deberán velar y propiciar seguridad laboral de sus empleados en sus puestos de trabajo, procurándoles las condiciones adecuadas, herramientas y equipos necesarios para el normal desempeño de las funciones encomendadas, con la finalidad de minimizar los riesgos por accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Comité de Seguridad y Salud Ocupacional

Art. 94.- El Director, deberá nombrar mediante acuerdo interno a los integrantes que conformarán el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, quienes deberán poseer formación e instrucción en materia de prevención de riesgos laborales y se encargarán de identificar, analizar y formular estrategias orientadas a minimizar los riesgos laborales en las diferentes unidades organizativas del Hospital.

Art. 95.- El Director, a través del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, deberá formular y ejecutar el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales del Hospital, siendo garante de la participación efectiva de trabajadores en la elaboración, puesta en práctica y evaluación del referido programa.

El Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales, deberá actualizarse cada año y tenerse a disposición del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Para efectos de certificación, los miembros del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, serán capacitados por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

El funcionamiento y demás requisitos del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, se regirán según lo establecido por el Órgano Legislativo en el Decreto No. 254, de la Ley General de Prevención de Riesgos en los lugares de trabajo y su Reglamento.

Será responsabilidad del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, elaborar y poner en práctica el reglamento interno a dicho Comité.

Adquisición de Fianzas

Art. 96.- La Jefatura de la Dirección de Recursos Humanos, será la responsable de solicitar a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, la compra de fianzas para el funcionario o empleado público encargado del manejo, recepción, control, custodia o de inversión de fondos públicos y que estará obligado a rendir fianza, de acuerdo a lo establecido legalmente.

El resguardo de la póliza colectiva, emitida por la empresa afianzadora y los certificados individuales, será responsabilidad de la Dirección de Recursos Humanos. En el expediente personal de cada empleado o funcionario público afianzado y al empleado o funcionario público interesado, se le archivará una copia de la póliza.

Para todo lo anterior, se requerirá un acuerdo previo de la Dirección de Recursos Humanos.

Obligación Legal de Declarar el Estado Patrimonial

Art. 97.- El Director de Recursos Humanos, deberá reportar a la Corte Suprema de Justicia, Sección Probidad, el listado de las personas que estén obligadas a rendir declaración jurada del estado de su patrimonio, el cual será por: Nuevo ingreso, asignación de nuevas funciones o finalización de su relación laboral con el Hospital.

Será responsabilidad de todo empleado o funcionario público que esté obligado, según la Ley, a rendir declaración jurada del estado de su patrimonio, entregar a la Dirección de Recursos Humanos, el comprobante de haber realizado el trámite obligatorio ante la Corte Suprema de Justicia, Sección Probidad, que demuestre su cumplimiento.

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

Art. 98.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, dependerá de la División Administrativa y será responsable de la programación y ejecución de los procesos de adquisiciones y contrataciones del Hospital, para lo cual se regirá por la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) y su Reglamento, Manual de Procedimiento Integrado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y demás normativas emitidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

- a) En lo relativo al Plan Anual de Compras, el Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, en coordinación con la Jefatura de la Unidad Financiera Institucional, elaborará la programación anual de compras, las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios, dando el debido seguimiento en la ejecución de dicha programación. Esta programación anual, deberá ser compatible con: La Política Anual de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, Plan de Trabajo Institucional, Presupuesto y Programación de la Ejecución Presupuestaria, del ejercicio fiscal vigente y sus modificaciones.
- b) En lo que concierne a requerimientos para efectuar cualquier tipo de contratación, la Institución deberá establecer los requerimientos o características mínimas indispensables para el bien, obra o servicio que desee adquirir, identificando el perfil del ofertante o contratista que lo proveerá.
- c) En lo que respecta a la orden de compra, los contratos se perfeccionarán y formalizarán con la suscripción de los correspondientes instrumentos, por las partes contratantes o sus representantes debidamente acreditados.

Para las adquisiciones de bienes o servicios en los procesos de libre gestión, podrá emitirse orden de compra o contrato.

- d) No podrán fraccionarse las adquisiciones y contrataciones, con el fin de modificar la cuantía de las mismas y eludir así los requisitos establecidos para las diferentes formas de contratación reguladas por la Ley.

En caso de existir fraccionamiento, la adjudicación será nula y al funcionario infractor se le impondrán las sanciones legales correspondientes y los procedimientos aplicados para comprobarlos, serán los establecidos en el Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

No podrá adjudicarse por libre gestión, la adquisición o contratación del mismo bien o servicio cuando el monto acumulado del mismo, durante el ejercicio fiscal, supere el monto estipulado en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, para dicha modalidad.

Unidad de Conservación y Mantenimiento

Art. 99.- La Unidad de Conservación y Mantenimiento, dependerá jerárquicamente del Jefe de la División Administrativa y deberá brindar un servicio de conservación y mantenimiento a las instalaciones, equipos y mobiliario para asegurar el buen estado y funcionamiento de los mismos; se encargará también de la provisión de servicios de apoyo general, como los servicios de limpieza, transporte y vigilancia, entre otros.

Art. 100.- La Jefatura de la Unidad de Conservación y Mantenimiento, establecerá un formato para solicitud de mantenimiento. Las solicitudes, deberán ser analizadas cuidadosamente, a fin de incluirlas en el Plan de Trabajo diario de mantenimiento, dando prioridad a las áreas críticas del Hospital.

Art. 101.- La Jefatura de la Unidad de Conservación y Mantenimiento, será la responsable de verificar y garantizar la existencia del Plan Anual Operativo y del funcionamiento de las diferentes áreas bajo su responsabilidad, dándole el debido seguimiento para asegurar su cumplimiento.

El Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento, será responsable de la Bodega de materiales y repuestos, incluyendo repuestos para vehículos. Al menos cada seis meses, de junio a diciembre, se elaborará un inventario físico de materiales y repuestos, el cual será supervisado por la Unidad de Auditoría Interna. De dicho inventario, se elaborará un informe dirigido al Director y al Jefe de División Administrativa.

Mantenimiento

Art. 102.- El Departamento de Mantenimiento, que dependerá del Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento, se organizará según las áreas siguientes: Equipo básico, equipo médico, planta física y mobiliario.

Art. 103.- La Jefatura del Departamento de Mantenimiento, será responsable de: Elaborar el Plan Anual Operativo, Plan Anual de Mantenimiento Preventivo, Plan Diario de Trabajo, términos de referencia para la contratación de servicios a terceros, elaborar y presentar las solicitudes de compra de repuestos y materiales a utilizar y los requeridos para mantener en stock de repuestos, a fin de atender de forma rápida y oportuna las solicitudes de trabajo que se registren en el Plan de Mantenimiento Diario; además, velará por el cumplimiento de los procesos estandarizados de mantenimiento.

Transporte

Art. 104.- La Unidad de Transporte, dependerá del Jefe de la Unidad de Conservación y Mantenimiento y a su Jefatura le corresponderá la distribución y autorización de vehículos y combustible; además, velará por el cumplimiento de las normas relacionadas con la utilización de los vehículos y elaborará un Plan de Trabajo Mensual.

Normas para el Uso de Vehículos

Art. 105.- Los vehículos propiedad del Hospital, estarán destinados para uso en actividades propias de la Institución y se registrarán por lo establecido en el Reglamento para Controlar el Uso de los Vehículos Nacionales.

Art. 106.- Las personas que tengan a su cargo el manejo de los vehículos, propiedad del Hospital, estarán obligados al cuidado y conservación de los mismos, al resguardo apropiado cuando no se encuentren en uso y serán responsables por los daños ocasionados por negligencia, mal uso y de las infracciones a las leyes de tránsito.

El vigilante de turno, anotará en un formulario convenientemente diseñado, todas las salidas y entradas de vehículos propiedad del Hospital, teniendo en cuenta al menos los siguientes datos:

- a) Placa del vehículo;
- b) Nombre del motorista;
- c) Kilometraje;
- d) Destino o procedencia, según sea el caso.

Cualquier situación irregular detectada, será reportada por el vigilante a su Jefe inmediato y al Jefe de Transporte, para que éstos realicen las acciones correspondientes.

Art. 107.- Los motoristas, cuando transporten medicamentos e insumos médicos, deberán tener cuidados especiales en cuanto a conocimiento de lo que transporten y cantidades para recepción y entrega, en prevención de cualquier extravío, caídas durante la ruta y otros acontecimientos que puedan alterar las cantidades recibidas y/o entregadas.

Art. 108.- En caso de accidentes de tránsito, el motorista (si está en condiciones de salud adecuada) deberá reportar de inmediato al Encargado de Transporte, quien deberá informar oportunamente a la compañía aseguradora para los trámites correspondientes.

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

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

Art. 109.- Corresponderá al Hospital, establecer los procedimientos administrativos relacionados con el: Control, mantenimiento, abastecimiento de combustible y cumplimiento de aspectos legales, relacionados con la circulación de vehículos.

Servicios Generales

Art. 110.- El Departamento de Servicios Generales, dependerá de la Unidad de Conservación y Mantenimiento. La Jefatura del Departamento de Servicios Generales, deberá elaborar el Plan Anual Operativo y Plan de Trabajo Mensual; también será responsable de elaborar los términos de referencia para la contratación de servicios a terceros; así como también, elaborar y presentar las necesidades de compra de materiales e insumos y velará por el cumplimiento de las diferentes normas de las áreas bajo su dependencia.

Art. 111.- La Jefatura del Departamento de Servicios Generales, será responsable de la aplicación de la normativa sobre desechos bio-infecciosos: Segregación, uso del equipo de protección personal adecuada y colocación de las bolsas, según el color indicado en las diferentes áreas del Hospital.

El Jefe del Departamento de Servicios Generales, colaborará con la Inspectoría de Saneamiento Hospitalaria, en las labores de fumigación y destrucción de criaderos de zancudos.

Alimentación y Dietas

Art. 112.- El Departamento de Alimentación y Dietas, dependerá de la Unidad de Conservación y Mantenimiento y a su Jefatura le corresponderá: Planificar, organizar, ejecutar y controlar las actividades que se desarrollen en el Departamento.

La Jefatura de este Departamento, será responsable también de supervisar la higiene, técnicas correctas de manipulación de alimentos, utilizando las medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los pacientes, previendo el riesgo procedente de agentes bacteriológicos en los alimentos, a fin de brindar una alimentación balanceada y terapéutica que se adapte a las necesidades alimentarias del paciente atendido y de las madres lactantes, alojadas en albergues maternos, para cumplir los procesos establecidos.

El Departamento de Alimentación y Dietas, también capacitará al personal médico, de enfermería, preparadoras de fórmulas nutricionales, cocineros y de otras áreas afines, sobre las dietas y fórmulas nutricionales que el Departamento sirva.

Será responsabilidad de la Jefatura del Departamento de Alimentación y Dietas, elaborar y presentar informes de resultados de los contratos formalizados con empresas, para la prestación de servicios o productos de alimentación; así como preparar y presentar los informes de la producción mensual.

Art. 113.- La Jefatura del Departamento de Alimentación y Dietas, será responsable de proporcionar la alimentación y educación nutricional a los pacientes del Hospital; de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud, incluirá la elaboración, conservación y distribución de las fórmulas lácteas.

Para cumplir oportunamente con las dietas programadas a los pacientes, los jefes de servicios deberán reportar oportunamente el listado de los pacientes de nuevo ingreso y los que tengan cambio de dieta; para lo cual, el Departamento de Alimentación y Dietas realizará supervisiones diarias, a fin de verificar los cambios en las dietas por nuevo ingreso y por cambio de dieta.

Deberá tenerse en cuenta, que la alimentación será exclusivamente para pacientes hospitalizados y para médicos residentes de turno. La Jefatura del Departamento, informará mensualmente a la Dirección de las dietas servidas por día, tanto a pacientes como a médicos.

La Jefatura del Departamento, personalmente o a través de supervisores, velará porque los carros transportadores de alimentos estén preparados en los horarios programados con todos los insumos para servir las dietas solicitadas, evitando los desperdicios.

Corresponderá a la Jefatura del Departamento, controlar los inventarios de materias primas para la elaboración de alimentos; para ello, usará el sistema kárdex, a menos dos veces al año; de junio a diciembre, realizará un inventario físico de existencias, debiendo informar previamente a la Unidad de Auditoría Interna para la supervisión correspondiente. De dicho inventario, se hará un informe que se enviará a la Dirección y a la Jefatura de la División Administrativa.

Procedimientos sobre Activos

Art. 114.- El Director y cada Jefatura del Hospital, serán responsables de garantizar y establecer criterios y acciones para administrar los bienes adquiridos a cualquier título por el Hospital; así como el cumplimiento de las políticas y procedimientos para proteger y conservar los activos institucionales.

Almacenamiento, Custodia y Utilización

Art. 115.- El Hospital, establecerá un sistema adecuado para el almacenamiento y custodia de los bienes, los mismos que estarán resguardados en el Almacén y bajo el cuidado del Guardalmacén del Hospital, quien rendirá fianza conforme a la Ley. Los bienes se destinarán exclusivamente a los propósitos institucionales. La administración de los inventarios, se llevará a cabo empleando los lineamientos proporcionados por el Ministerio de Salud.

Activo Fijo

Art. 116.- Todas las jefaturas del Hospital, deberán responder por la aplicación de los procedimientos establecidos sobre los activos institucionales; así como también, de dar cumplimiento a lo señalado en la Norma para la Administración de Activo Fijo del Ministerio de Salud, haciendo uso de los formatos que la Norma emita en sus anexos para ingresos, movimientos, traslados, salidas, etc., de activo fijo de una unidad organizativa y/o del Hospital.

Administración del Activo Fijo

Art. 117.- La Jefatura de Activo Fijo, será responsable de la incorporación de los bienes muebles e inmuebles al inventario y el registro detallado de los mismos, realizar la constatación física de los inventarios, por lo menos una vez al año o cuando sea requerido. Una vez realizada la constatación física, se enviará a la Jefatura correspondiente para su verificación, firma y sello, entregándole una copia por unidad, área o ambiente donde se hubiere efectuado la constatación; todo lo anterior, apegado a las Normas para la Administración del Activo Fijo.

Art. 118.- La Jefatura de Activo Fijo, será responsable del control, registro y descargo de los activos fijos de la Institución, para lo cual se aplicarán las Normas para Administración del Activo Fijo, emitidas por el Ministerio de Salud.

Constancia de Recepción

Art. 119.- El Guardalmacén del Hospital, será el responsable de elaborar constancia por escrito de que el suministro cumple con las características establecidas, que el Administrador de Contratos o de Orden de Compra otorga para la recepción de los bienes y con las contenidas en los cuadros oficiales y sub catálogos de suministros establecidos por el Ministerio de Salud.

Todo bien adquirido por el Hospital, deberá ser recibido por el Administrador de Contratos o solicitante y deberá ingresar al Almacén, según sus procesos de recepción, almacenamiento y custodia, para su posterior despacho, siendo ésta la única vía autorizada legalmente.

Administración de Contratos

Art. 120.- La Administración de Contratos, estará regida por lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento; así como por los lineamientos emitidos para tal fin, por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones del Ministerio de Hacienda.

Art. 121.- Será responsabilidad de la Jefatura de la unidad solicitante, proponer al Titular del Hospital, al servidor que cuenta con el perfil técnico para desempeñar la función de Administrador de Contratos o de Orden de Compra.

Todo Administrador de Contratos o de Orden de Compra, deberá reportar oportunamente al Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, con copia al Titular del Hospital, todo tipo de incumplimiento a Contrato o a Orden de Compra por parte del Proveedor, para proceder en tiempo y forma a la aplicación de las penalidades legalmente establecidas.

Además, de lo requerido en el párrafo anterior, se deberá reportar de forma mensual al Titular del Hospital, a las jefaturas de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y a la Unidad Financiera Institucional, los avances en cumplimiento a los contratos formalizados por el Hospital, a efecto de contribuir en la toma de decisiones.

Protección y Seguridad de los Bienes

Art. 122.- El Director del Hospital, girará instrucciones para que todos los responsables de salvaguardar bienes almacenados contra eventuales riesgos y siniestros rindan fianza, según lineamientos emitidos por el Ministerio y cuenten con la Norma para la Administración de Activo Fijo emitida por el Ministerio de Salud, que garanticen su conservación íntegra.

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

Constatación Física

Art. 123.- Dos veces al año, en junio y en diciembre, se realizarán constataciones físicas de los inventarios, tanto en Almacén como en Farmacia. El Director del Hospital, girará instrucciones, a fin de que se realicen dichas constataciones, al igual que a los activos fijos, las cuales se llevarán a cabo atendiendo y empleando métodos proporcionados por el Ministerio de Salud. En Almacén, lo realizará el Guardalmacén, en coordinación con la Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y en Farmacia, por la Jefatura de la misma, en coordinación con la Jefatura de la División de Servicios, Diagnósticos y de Apoyo. En el caso de activo fijo, se realizará un inventario anual bajo la responsabilidad de la Jefatura de Patrimonio, en coordinación con la Jefatura de la Unidad de Conservación y Mantenimiento.

En caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes correspondientes, delimitando responsabilidades conforme a la Ley.

Mantenimiento y Reparaciones

Art. 124.- La Jefatura del Departamento de Mantenimiento, deberá elaborar un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, para todo el activo fijo de la Institución; así como también, de implementar todos los medios que permitan prolongar la vida útil de éstos.

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

Baja o Descargo de Bienes

Art. 125.- Para la baja o descargo de bienes, se deberá contar con la justificación técnica o legal requerida y se aplicará lo establecido en las disposiciones legales que regulen tal fin.

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

Sistema de Registro de Bienes

Art. 126.- El sistema diseñado para el registro de las existencias de Almacén y activos fijos, deberá facilitar la codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, fecha, costo de adquisición y depreciación o revalúo cuando aplique; con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo.

Registro y Revalúo de Bienes Inmuebles

Art. 127.- Los bienes inmuebles propiedad del Hospital, deberán estar documentados en escrituras públicas que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente inscritos en el registro correspondiente, según indica la Ley. Los documentos que amparen la propiedad de los bienes deberán ser custodiados por la Unidad Jurídica del Hospital, remitiendo al Área de Activo Fijo y de Contabilidad copia de cada una de las escrituras que le correspondan para formar el archivo, a efecto de garantizar su registro y control.

Art. 128.- Cuando existan modificaciones por adiciones o mejoras en el inmueble, en los planos de las edificaciones, la Unidad de Ingeniería del Ministerio de Salud deberá enviar copia de tales modificaciones al Archivo General del Ministerio, para ser agregados al expediente respectivo; así como también, realizar el revalúo de todos los inmuebles del Ramo de Salud, entre los cuales está el Hospital; quedando este último, sujeto a consideración del Director Hospitalario, según las mejoras existentes y disponibilidad financiera.

Bienes en Custodia

Art. 129.- Los bienes personales de los pacientes ingresados en el Hospital, quedarán bajo la custodia y responsabilidad del encargado del servicio al que ingrese el paciente, siempre y cuando no se encuentre a ningún pariente a quien entregarle dichos bienes al momento del ingreso, debiendo dicho encargado explicarle al paciente o a sus familiares sobre la política del Hospital, en cuanto a sus pertenencias.

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

Si transcurridos seis meses después del alta del paciente o si éste ha fallecido y no se presentare pariente alguno a retirar las pertenencias custodiadas, de ser convertible en efectivo la División Administrativa, previo recuento y realización, deberá ingresarlo a la Tesorería del Hospital en concepto de donación, este último proceso se realizará en los casos de fallecidos que no posean documentación para identificarlos (pacientes x) y que no comparezca familiar alguno a su reconocimiento y retiro de la morgue, siendo responsabilidad del Hospital su sepelio; estos casos se registrarán en acta de la Jefatura de la Administración del Hospital, con el Encargado de la morgue y se procederá en el tiempo de setenta y dos horas. Posterior a este tiempo, la Administración del Hospital no se responsabilizará por los bienes custodiados.

Vigilancia

Art. 130.- El Departamento de Vigilancia del Hospital, será responsable de proporcionar seguridad, custodia, control y protección a servidores públicos y al patrimonio del Hospital, debiendo realizar actividades de control de personas y bienes que ingresen y salgan del nosocomio, brindando orientación e información a personal, pacientes, familiares y público en general que lo requieran, de forma respetuosa y amable.

Será responsabilidad del vigilante de turno, vigilar los alrededores de las instalaciones, proporcionando seguridad al inmueble.

Art. 131.- El Departamento de Vigilancia, deberá mantener el ordenamiento vehicular en los parqueos, así como también, el control de entrada y salida de personas visitantes y de bienes, debiendo verificar las autorizaciones pertinentes y dejando las anotaciones respectivas en los libros autorizados para tal fin, según su programación de turnos.

La autorización para utilizar parqueo dentro del Hospital a personal, usuarios, proveedores y visitantes, propietarios de vehículos particulares, no da derecho a su cuidado por parte de la vigilancia. Por lo anterior, la administración del Hospital, no se hace responsable por pérdidas de bienes dentro de los vehículos, hurto o robo de los mismos. Tampoco se responsabilizará por los daños ocasionados.

Art. 132.- La Jefatura de Vigilancia del Hospital, en ausencia del Encargado de la Morgue, será responsable de la entrega de cadáveres y deberá responder por dicha entrega, cerciorándose que la documentación exigida esté debidamente autorizada y cumpliendo con oportunidad, honradez y rectitud, sin recibir por el desempeño de tal función, dádivas, comisiones u otros beneficios personales diferentes a su retribución convenida con el Hospital. De comprobarse la aceptación de dádivas u otros beneficios personales, serán sancionados de acuerdo a la Ley.

Morgue

Art. 133.- El Encargado de la Morgue, deberá dar cumplimiento a los estándares de desempeño y a sus criterios de verificación debidamente establecidos para el manejo de cadáveres, implementando los procesos para garantizar la adecuada recepción, conservación y entrega de los mismos a los familiares del fallecido, dando cumplimiento al marco legal y normativo vigente.

El Encargado de la Morgue, será responsable de la entrega de cadáveres y deberá responder por dicha entrega, cerciorándose que la documentación exigida esté debidamente autorizada y cumpliendo con oportunidad, honradez y rectitud, sin recibir por el desempeño de tal función, dádivas, comisiones u otros beneficios personales diferentes a su retribución convenida con el Hospital. De comprobarse la aceptación de dádivas u otros beneficios personales, se aplicarán las sanciones de Ley.

Lavandería y Ropería

Art. 134.- La Unidad de Lavandería y Ropería del Hospital, será responsable de proporcionar ropa limpia y planchada a pacientes y personal; así como de confeccionar la ropa a utilizar en áreas específicas del Hospital, éstas la conformarán las áreas de: Recepción de ropa sucia, lavado y planchado, confección y remiendos, almacenamiento, entrega de ropa limpia y planchada.

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

Bienestar Magisterial

Art. 135.- La Unidad de Bienestar Magisterial, dependerá de la División Administrativa y tendrá un Médico Coordinador, quien será responsable de la administración y de establecer los controles correspondientes. Tendrá estrecha relación con la Unidad Financiera Institucional, en lo que se refiera a la administración de los recursos financieros.

Art. 136.- La Unidad de Bienestar Magisterial, brindará servicios: Médicos hospitalarios, atención de emergencias, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios, cirugías electivas, consulta externa de especialidades y servicios de diagnóstico y apoyo, según portafolio de servicios a los usuarios del programa de salud del sector docente y su grupo familiar, administrado por la Dirección de Bienestar Magisterial, mediante convenio de prestación de servicios hospitalarios, oficializado entre el Hospital y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art. 137.- El Médico Coordinador de la Unidad de Bienestar Magisterial, deberá controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos por la misma.

Art. 138.- El Médico Coordinador de la Unidad de Bienestar Magisterial, será responsable de presentar oportunamente la documentación que sustente los procesos realizados en dicha área. Será responsabilidad del supervisor asignado por Bienestar Magisterial, el cumplimiento de cada uno de los procesos administrativos en el servicio, según las disposiciones, normas y protocolos establecidos por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art. 139.- El Médico Coordinador y la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Bienestar Magisterial, aplicarán los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos; en caso de inexistencia, se hará de acuerdo a medicina basada en evidencia.

Art. 140.- El Médico Coordinador y la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Bienestar Magisterial, establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente, de acuerdo a la capacidad instalada, para evitar prolongaciones de estancia hospitalaria por la presencia de riesgos adversos durante la hospitalización. El criterio que se incluirá, será la actualización en conocimiento y entrenamiento para aplicación de técnicas y procedimientos en cuidados médicos y de enfermería.

Art. 141.- El Médico Coordinador y la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Bienestar Magisterial, deberán documentar, conservar y socializar las políticas, reglamentos, normativas institucionales, legislación vigente y protocolos específicos de la unidad; a su vez, realizarán el diseño e implementación de los procesos y guías de atención, relacionados con el servicio involucrando a su personal y ejecutarán el sistema de control, con el fin de hacer cumplir el marco normativo y legal al personal bajo su cargo.

Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizará la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad en el servicio, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y trato humanitario al paciente.

Art. 142.- El Médico Coordinador y la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Bienestar Magisterial, deberán ejercer control de los equipos asignados; así como velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención; también serán responsables de crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del servicio, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, información que deberá ser accesible y oportuna cuando se les solicite.

Art. 143.- El Médico Coordinador y la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Bienestar Magisterial, velarán porque el personal médico cumpla con la disposición del uso correcto del expediente clínico, llenado de formularios, notas de evolución cada vez que brinden una atención, reportes, indicaciones para el tratamiento y solicitud de estudios de diagnóstico específico, debiendo firmar y sellar, antes de abandonar el servicio, atendiendo estándares de calidad.

Art. 144.- El Médico Coordinador de la Unidad de Bienestar Magisterial, mantendrá una estrecha coordinación con la Jefatura del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, para garantizar apoyo técnico dentro del servicio del Hospital.

Art. 145.- El Médico Coordinador y la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Bienestar Magisterial, en coordinación con la Jefatura de Estadística y Documentos Médicos, deberán garantizar la existencia de la ficha médica de nacimiento, tomando en cuenta los lineamientos para la elaboración de dicha ficha, en cumplimiento a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), garantizando el abastecimiento y existencia de formularios a utilizar, debiendo devolver los registros inutilizados, con la justificación respectiva.

Art. 146.- El Médico Coordinador del servicio, a través de la Dirección del Hospital y en coordinación con la Jefatura de la Dirección de Recursos Humanos, será responsable de gestionar y ejecutar el reclutamiento y selección del personal médico de especialidad, anestesia, enfermería y servicios de apoyo, que permitirá seleccionar a la persona idónea para cada puesto, dando prioridad al proceso de reclutamiento y selección interno.

Art. 147.- El Médico Coordinador del servicio, será responsable de la consulta externa del servicio de Bienestar Magisterial, de gestionar a fin de que esta área cuente con el ambiente necesario y que disponga de los elementos básicos requeridos para proporcionar una atención médica ambulatoria, satisfactoria a los pacientes que demanden el servicio; a su vez, deberá controlar asistencia, puntualidad y permanencia del personal y de aplicar medidas legales ante el incumplimiento de cláusulas contractuales por parte de los profesionales.

Art. 148.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería, que el personal bajo su dependencia supervise que todo paciente que será sometido a intervención quirúrgica, sea entregado y recibido por personal de enfermería en el Área de Recepción de Pacientes del Centro Quirúrgico, 30 minutos antes de la hora programada, bañado, con ropa apropiada, limpia y preparada su región operatoria, según indicación médica.

También deberá corroborarse: La identidad de los pacientes por brazaletes, el cumplimiento de las indicaciones médicas y pre anestésicas (según norma de anestesia), supervisar que lleve su expediente completo, con estudios radiológicos o radiografías, exámenes de laboratorio y gabinete, evaluación cardiovascular, neumológica y otras según norma de anestesia; de manera que no exista ningún tipo de inconvenientes que implique la posibilidad de suspender la cirugía.

Obligación de Informar Operaciones Realizadas por Médicos

Art. 149.- El Médico Coordinador de la Unidad de Bienestar Magisterial, será responsable de remitir mensualmente a Tesorería, el detalle de las cirugías y tratamientos médicos realizados a los usuarios y beneficiarios de Bienestar Magisterial en las instalaciones del Hospital, para que Tesorería al finalizar el semestre lo informe al Ministerio de Hacienda en el formulario respectivo, en cumplimiento a lo establecido en el Código Tributario, Art. 122-A.

Informática

Art. 150.- El Encargado de Informática, deberá elaborar un Plan de Contingencias de los Sistemas de Información del Hospital, para brindar una seguridad razonable en casos de siniestros, fallas de servidores de red y otros eventos similares, que faciliten el restablecimiento oportuno e íntegro de la información.

Art. 151.- El personal de informática, será responsable del mantenimiento del equipo informático del nosocomio; también establecerán los lineamientos generales para la elaboración y actualización del inventario del software, realizando el diagnóstico de los diferentes sistemas de información; coordinará con el Jefe del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, los accesos oportunos de las fuentes de información, brindará soporte informático a las autoridades, a los responsables del Sistema de los distintos sectores y a los usuarios finales.

Además, ejecutará acciones destinadas a asegurar el correcto funcionamiento del equipamiento informático, desarrollará y administrará soluciones tecnológicas, que permitirán a los diferentes usuarios de las unidades organizativas, contribuir al buen estado de los equipos.

Servicios Médicos Hospitalarios

Art. 152.- El Director y la Jefatura de la División Médico Quirúrgica, velarán por la atención integral en los servicios médicos brindados por el Hospital, tales como: Servicios ambulatorios conformados por emergencia, consulta externa y servicios de hospitalización, propiciando el mejoramiento continuo de la calidad en las atenciones a los pacientes, siendo este último el compromiso más importante, por considerarse uno de los principales objetivos para consolidar un modelo de atención con calidad.

Verificación y Seguimiento de la Calidad Médica

Art. 153.- El Director, velará por la calidad en la atención médica; para ello, se fortalecerá el Comité de Auditoría Médica, el cual estará a cargo del Jefe de la División Médico Quirúrgica, Jefe de la Unidad de Desarrollo Profesional, jefaturas de áreas clínicas y otras unidades afines, quienes tendrán la función de realizar auditorías médicas, de acuerdo con su Manual de Funcionamiento y su Plan Anual de Trabajo; así como mantener el monitoreo permanente para garantizar el mejoramiento continuo de la calidad.

Unidad de Emergencia General

Art. 154.- La Unidad de Emergencia General del Hospital, estará orientada a proporcionar atención integral al paciente, familia y comunidad. Así mismo, desarrollará programas de educación médica continua que garanticen la actualización de conocimientos y competencias al personal, haciendo énfasis en temas priorizados, de acuerdo al entorno epidemiológico que se presente.

Art. 155.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Emergencia General, velarán porque ésta cuente con los ambientes necesarios y que disponga de los elementos básicos requeridos para proporcionar una atención médica inmediata y satisfactoria.

Art. 156.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Emergencia General, velarán por la aplicación, cumplimiento y control de los procesos y procedimientos, guías y protocolos de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos.

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

Art. 157.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Emergencia General, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Art. 158.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Emergencia General, serán responsables de ejecutar el control interno de los equipos asignados a su ambiente; así como velar porque se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de atención.

Art. 159.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Emergencia General, deberán crear mecanismos que aseguren y resguarden el registro de la información relacionada con el accionar de la Unidad, información que deberá ser accesible y oportuna cuando se le solicite.

Art. 160.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Emergencia General, velarán porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Plan de Emergencias

Art. 161.- La Jefatura de la Unidad de Emergencia General, será el responsable de coordinar el Comité Permanente por Emergencias y Desastres, conducirá la elaboración del Plan de Desastres; además de mantener un Plan Anual de Actividades, que garantice la capacitación y retroalimentación, a fin de ejecutar las acciones previstas en caso de presentarse un acontecimiento de esta naturaleza.

Consulta Externa

Art. 162.- La Jefatura Médica y de Enfermería de Consulta Externa, deberán gestionar los recursos necesarios para que los diferentes ambientes se mantengan en condiciones adecuadas, para proporcionar una atención médica ambulatoria, que satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios y profesionales.

A su vez, establecerán un sistema de control que garantice el cumplimiento de los procesos, procedimientos, guías y protocolos de atención clínica para todas aquellas patologías en las que se dispongan de ellos. El horario de atención, será acorde con la distribución racional de los recursos humanos disponibles, estableciendo las coordinaciones con servicios complementarios, a efecto de garantizar la integralidad del servicio.

Art. 163.- La atención al usuario en la Unidad de Consulta Externa, deberá contar con un sistema de citas concertadas, gestionadas por la Jefatura del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, que fortalezca el modelo de atención programada.

Art. 164.- La Jefatura de la Unidad de Consulta Externa, coordinará con las jefaturas de los departamentos de especialidades básicas, la continuidad de la asistencia clínica, mediante la asignación de funciones de los recursos bajo su dependencia, atendiendo lo establecido en el marco normativo vigente.

Art. 165.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Consulta Externa del Hospital, establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente y personal, de acuerdo a la capacidad instalada. Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua que garanticen la actualización de conocimientos y competencias al personal, haciendo énfasis en temas priorizados, de acuerdo al entorno epidemiológico que se presente.

Art. 166.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Consulta Externa, serán responsables de llevar un control de los equipos asignados a los servicios; así como velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, que garanticen la continuidad y oportunidad de atención.

Art. 167.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Consulta Externa, deberán crear mecanismos que aseguren el resguardo de la información relacionada con el accionar de la Unidad, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, información que deberá ser accesible y oportuna cuando se les solicite.

Art. 168.- La Jefatura Médica de la Unidad de Consulta Externa, velará porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico

Clínica de Atención Integral

Art. 169.- La Clínica de Atención Integral, dependerá jerárquicamente de la Jefatura de Consulta Externa y tendrá por función atender integralmente a los pacientes que vivan con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en el área ambulatoria de consulta externa y en la hospitalización.

En esta última, la Clínica de Atención Integral, tendrá camas asignadas en servicios del Departamento de Medicina Interna, quien en sus evaluaciones de indicadores de eficiencia las considerará como camas de la Clínica y no asignadas a un médico en particular.

Art. 170.- La Clínica de Atención Integral, deberá contar con un Médico Coordinador, responsable de la gestión de los recursos médicos y de enfermería en su área y de rendir cuentas a las autoridades del Ministerio de Salud y/o representantes de organismos cooperantes que evalúan nacional o internacionalmente la provisión de los servicios y los resultados de la atención a los pacientes, generando un modelo de unidad de gestión clínica descentralizada.

Art. 171.- El Hospital, contará con un equipo multidisciplinario coordinado por el responsable de la Clínica de Atención Integral, quien deberá diseñar las estrategias que mejoren las condiciones de atención a nivel hospitalario a los pacientes, en coordinación con todas las unidades que le sirvan de apoyo.

Art. 172.- La Clínica de Atención Integral, contará con una Jefatura de Enfermería responsable de la gestión administrativa de la infraestructura, activo fijo, expediente clínico y equipo médico y no médico.

Servicios de Hospitalización

Art. 173.- La Jefatura Médica y de Enfermería, serán responsables de cada área de hospitalización, de los servicios que se brinden por la internación de pacientes que lo requieran, de acuerdo a la patología diagnosticada.

Los servicios de hospitalización comprenderán: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatos, Medicina Interna y Bienestar Magisterial; además, las unidades de apoyo con camas que generen transferencia (no censables), tales como: Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y unidades especiales: Unidad de Terapia Dialítica, Centro Quirúrgico y observación de la Unidad de Emergencia General.

Art. 174.- La Jefatura Médica de cada Departamento, a través de las jefaturas de servicio, serán el garante de la aplicación, control y cumplimiento de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos; en caso de inexistencia, será el responsable conjuntamente con las jefaturas de servicio, elaborarlos para la atención de las causas de morbi – mortalidad de su área.

Departamento de Cirugía

Art. 175.- El Departamento de Cirugía, brindará tratamiento médico y quirúrgico a personas que lo requieran, de acuerdo al portafolio de servicios, que deberá ser revisado y actualizado anualmente.

Art. 176.- La Jefatura Médica del Departamento de Cirugía, a través de las jefaturas de servicio de dicho Departamento, garantizarán la aplicación, cumplimiento y control de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos; en caso de inexistencia, será el responsable conjuntamente con las jefaturas de servicio, de elaborar protocolos de atención de las causas de morbi-mortalidad de su área, de acuerdo a medicina basada en evidencia.

Art. 177.- La Jefatura Médica del Departamento de Cirugía y jefaturas de servicio de dicho Departamento, serán garantes de la aplicación, control y cumplimiento de los procesos para programación de cirugía electiva; por lo que, todo paciente que será intervenido, deberá estar registrado en el respectivo libro de cirugía electiva.

Art. 178.- La Jefatura Médica y de Enfermería de Servicio, deberán mantener una efectiva relación y comunicación con la Jefatura del Centro Quirúrgico, para el cumplimiento del programa de cirugía electiva, ambulatoria y de emergencia.

Será responsabilidad de la Jefatura Médica del Departamento, presentar informe periódico al Titular del Hospital, sobre el cumplimiento del programa de cirugías.

Art. 179.- La Jefatura Médica del Departamento de Cirugía y las jefaturas de servicio de dicho Departamento, serán responsables del control interno del activo fijo; así como velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de atención.

Art. 180.- La Jefatura Médica y de Enfermería de Servicio, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias al personal, haciendo énfasis en temas priorizados, de acuerdo al entorno epidemiológico que se presente.

Art. 181.- La Jefatura Médica del Departamento de Cirugía y las jefaturas de servicios de dicho Departamento, deberán crear mecanismos que protejan el registro de la información relacionada con el quehacer de su servicio, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se les solicite.

Art. 182.- La Jefatura Médica, Jefaturas de Servicios y de Enfermería del Departamento de Cirugía, deberán consolidar la información relacionada con todo el trabajo realizado, resguardando la evidencia concerniente.

Art. 183.- El Médico Jefe del Departamento de Cirugía, en coordinación con los jefes de servicios y jefaturas de enfermería de dicho Departamento, velarán porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Art. 184.- La Jefatura Médica, Jefaturas de Servicios Médicos y de Enfermería del Departamento de Cirugía, deberán establecer y aplicar medidas de seguridad y protección al paciente y personal, con el fin de minimizar riesgos de lesiones, enfermedades y/o la muerte.

Art. 185.- Las jefaturas médicas y de Enfermería del Departamento de Cirugía, deberán garantizar que el paciente que será intervenido sea presentado al Centro Quirúrgico, de acuerdo a norma establecida para tal fin.

Art. 186.- Será responsabilidad de los médicos cirujanos y/o ayudantes de cirugía, llenar correctamente los formularios, reportes y toda la papelería necesaria según la patología, antes de abandonar el Centro Quirúrgico, esto deberá ser revisado por el Médico de mayor jerarquía.

Anestesiología

Art. 187.- La Jefatura de la Unidad de Anestesia, deberá verificar el cumplimiento de las normas de anestesia, asegurando la calidad de los procedimientos anestésicos, aplicados a los pacientes que se verán involucrados en un acto quirúrgico.

En la práctica de la anestesiología, será la Jefatura de la Unidad de Anestesia quien supervisará la aplicación de la normativa vigente y en su ausencia, será la Sub Jefatura de Anestesia, quien asumirá dicha función.

Art. 188.- La Jefatura de la Unidad de Anestesia, será la responsable de verificar el protocolo de valoración pre anestésico, valorar los índices de riesgo anestésico quirúrgico y mejorar la calidad asistencial.

Art. 189.- La Jefatura de la Unidad de Anestesia, será responsable de vigilar el cumplimiento de los protocolos de procedimientos anestésicos, la selección del procedimiento de menor riesgo, cuidados trans anestésicos y cuidados post anestésicos.

Art. 190.- La Jefatura de la Unidad de Anestesia, será responsable de verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos necesarios en los diferentes quirófanos, para las prácticas de anestesiología.

Art. 191.- La Jefatura de la Unidad de Anestesia, deberá ejercer el control interno de los equipos asignados al servicio; así como velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 192.- La Jefatura y Sub Jefatura, de la Unidad de Anestesia, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia. A su vez, desarrollarán programas de educación médica continua, que garanticen la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad, entre otros.

Art. 193.- La Jefatura y Sub Jefatura de la Unidad de Anestesia, deberán crear mecanismos de control interno, que aseguren el resguardo, buen uso y distribución adecuada de los medicamentos de uso anestésico en los diferentes centros quirúrgicos con los que cuenta el Hospital, de acuerdo a políticas y normativas establecidas. Además, deberá proporcionar información adecuada y oportuna, reportando periódicamente existencias y consumo a los diferentes niveles de Gerencia.

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Art. 194.- El Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital, brindará atención a la mujer en lo relacionado con el embarazo y atención de parto y patologías ginecológicas en general. Está conformado por los Servicios: Emergencia, Consulta externa, Hospitalización de Ginecología y Obstetricia, Sala de Partos y un Centro Quirúrgico; cada servicio estará bajo la responsabilidad de una Jefatura Médica y de Enfermería.

Art. 195.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital, deberán controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas, guías clínicas, protocolos y lineamientos establecidos para el servicio. Esto será supervisado y evaluado por el Jefe inmediato correspondiente.

Art. 196.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento de Ginecología y Obstetricia, en coordinación con la Jefatura de Estadística y Documentos Médicos, deberán garantizar la existencia y el buen uso de la ficha médica de nacimiento, en cumplimiento a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

Art. 197.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento de Ginecología y Obstetricia, deberá cerciorarse que la ficha médica individual de la persona recién nacida, contenga todos los datos exigidos por la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, en su Art. 75.

Art. 198.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia, a través de los jefes de servicio, garantizarán la aplicación, cumplimiento y control de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica.

Art. 199.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia, en coordinación con los jefes de servicios, neonatólogos, enfermería y el Comité de Vigilancia de la Morbi Mortalidad, Materna Infantil y Neonatal del Hospital, diseñarán e implementarán un plan de reducción de la morbi mortalidad materna infantil y neonatal.

Art. 200.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia, en coordinación con los jefes de servicios y de enfermería, deberán establecer, aplicar medidas de seguridad y protección al paciente y personal, con el fin de minimizar riesgos de lesiones, enfermedades y/o la muerte.

Art. 201.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia y los jefes de servicios, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones, asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y trato humanitario al paciente.

Art. 202.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia y las jefaturas de los servicios, serán responsables del control interno de los equipos asignados; así como velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 203.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia y jefes de servicios, deberán crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del Departamento, según políticas, disposiciones y procedimientos establecidos; información que deberá ser accesible y oportuna cuando se le solicite.

Art. 204.- La Jefatura Médica del Departamento de Ginecología y Obstetricia, en coordinación con los jefes de servicios, velarán porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Departamento de Pediatría

Art. 205.- El Departamento de Pediatría, ofrecerá atención a la población infantil menores de 12 años de edad y lo conformarán las especialidades de: Medicina, Cirugía Pediátrica, Neonatos y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, atendiendo las diferentes patologías.

Art. 206.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento de Pediatría del Hospital, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada servicio.

Art. 207.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría, en coordinación con las jefaturas médicas de servicios, de Enfermería y el Comité Epidemiológico del Hospital, participarán en el diseño e implementación del Plan de Contingencia de Respuesta ante Eventos Epidémicos, el cual deberá ser por patologías específicas de interés epidemiológico.

Art. 208.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento de Pediatría, velarán por el cumplimiento de las recomendaciones a seguir durante la hospitalización del paciente pediátrico, tales como: Medidas de seguridad del paciente, segregación de desechos sólidos, lineamientos de control de infecciones de la atención sanitaria e higiene de manos.

Art. 209.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría, a través de las jefaturas de servicio, garantizará la aplicación, control y cumplimiento de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, pertinentes al Departamento.

Art. 210.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría, en coordinación con los médicos y enfermeras jefes de servicios, establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente y al personal, de acuerdo a la capacidad instalada.

Art. 211.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría y las jefaturas de servicios, serán responsables de velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizará la actualización de conocimientos y competencias al personal.

Art. 212.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento de Pediatría y las jefaturas de servicios, serán responsables del control interno de los equipos asignados a los servicios; así como velar que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 213.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría y las jefaturas de servicios, deberán crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del Departamento, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se le solicite.

Art. 214.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría, en coordinación con las jefaturas de servicios, velarán porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Art. 215.- La Jefatura Médica del Departamento de Pediatría, en coordinación con las Jefaturas Médicas y de Enfermería de Servicios y el Comité de Vigilancia de la Morbi Mortalidad Materna Infantil y Neonatal del Hospital, diseñará e implementará el Plan de Reducción de la Morbi Mortalidad Materna Infantil y Neonatal, en respuesta al Plan Nacional.

Servicio de Neonatos

Art. 216.- El personal del servicio de neonatos, será el responsable de brindar cuidados especializados en el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con morbilidad.

Art. 217.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, deberán controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para dicho servicio.

Art. 218.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, velará por la permanencia del personal en el servicio y que se dedique a las labores encomendadas, a efecto de brindar servicio integral de salud.

Art. 219.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, deberán establecer las medidas básicas de seguridad y protección al paciente y al personal, de acuerdo a la capacidad instalada para minimizar riesgos, lo que conllevará a la actualización de conocimiento y entrenamiento.

Art. 220.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

A su vez, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones, asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y trato humanitario al paciente.

Art. 221.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, serán responsables del control de los equipos asignados a los servicios; así como de velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 222.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, deberán crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del servicio, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se solicite.

Art. 223.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, velarán por el cumplimiento de las recomendaciones a seguir, durante la hospitalización del paciente pediátrico; vigilar que toda madre de paciente ingresado que permanezca en el Hospital junto al recién nacido, cumpla con las normas de convivencia, medidas de seguridad del paciente, segregación de desechos sólidos, higiene de manos y otras disposiciones administrativas.

Art. 224.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Servicio de Neonatos, velarán porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Art. 225.- La Jefatura Médica del Servicio de Neonatos, Jefatura de Enfermería del Departamento de Pediatría y el Comité de Vigilancia de la Morbi Mortalidad Materna Infantil y Neonatal del Hospital, diseñarán e implementarán el Plan de Reducción de la Morbi Mortalidad Materna Infantil y Neonatal, en respuesta al Plan Nacional y ante eventos adversos presentados en la atención de pacientes.

Departamento de Medicina Interna

Art. 226.- Los médicos y enfermeras asignadas al Departamento de Medicina Interna, serán los responsables del cumplimiento de cada uno de los procesos del área; así como de las normas y protocolos establecidos para su servicio, siendo supervisado y evaluado por el Jefe correspondiente.

El Departamento de Medicina Interna, estará organizado para dar atención a personas mayores de 12 años, siendo los responsables de ofrecer a los pacientes adultos, una atención integral a sus problemas de salud. Utilizarán un abordaje médico, de acuerdo a las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y en medicina, basada en evidencia, dando cumplimiento a los lineamientos de la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Art. 227.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna, en coordinación con las jefaturas de servicios, de Enfermería y el Comité Epidemiológico del Hospital, diseñarán e implementarán un Plan de Contingencia en respuesta a eventos epidémicos, que deberán ser por patologías específicas de interés epidemiológico.

Se establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente, de acuerdo a la capacidad instalada, se ejecutará educación médica continua al personal, a través del programa de docencia del Departamento.

Art. 228.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna, a través de las jefaturas de servicio de dicho Departamento, será el garante de la aplicación, control y cumplimiento de los procesos, procedimientos, normas y guías clínicas, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos; en caso de inexistencia, será el responsable conjuntamente con los jefes de servicio de elaborarlos, para la atención de las causas de morbi-mortalidad de su área, de acuerdo a medicina basada en evidencia o como la ciencia lo indique.

Art. 229.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna, en coordinación con las jefaturas médicas y de enfermería de los servicios, establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente, de acuerdo a la capacidad instalada, a fin de evitar prolongaciones en estancia hospitalaria por la presencia de riesgos adversos presentados en la atención de pacientes.

Art. 230.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna y las jefaturas de servicios, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y trato humanitario al paciente.

Art. 231.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna y las jefaturas de servicios, serán responsables del control interno de los equipos asignados a los servicios; así como velar que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 232.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna y las jefaturas de servicios, deberán crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del Departamento, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se les solicite.

Art. 233.- La Jefatura Médica del Departamento de Medicina Interna, en coordinación con las jefaturas de servicios, velarán porque el personal bajo su dependencia cumpla con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Centro Quirúrgico

Art. 234.- El Centro Quirúrgico, garantizará el soporte en procesos, insumos, tecnología e infraestructura para el desarrollo de la actividad quirúrgica, asegurando la calidad de atención a los usuarios que requieran de una intervención quirúrgica para el mejoramiento de su salud.

Art. 235.- El personal del Centro Quirúrgico, velará por mantener las condiciones ideales para dar tratamiento de tipo quirúrgico a todo paciente que lo necesite, de las especialidades y sub especialidades médicas, según la oferta de servicios.

Todo paciente que haga uso del Centro Quirúrgico, deberá estar registrado en los libros de control respectivos, con el fin de contar con una información fidedigna.

Art. 236.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, deberán controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de normas y protocolos establecidos para el Centro Quirúrgico; manteniendo a su vez, una estrecha relación y efectiva comunicación con la Jefatura de Anestesia y jefaturas de los servicios de hospitalización del Departamento de Cirugía, para el cumplimiento del programa de cirugía electiva, ambulatoria y de emergencia.

Art. 237.- La Jefatura Médica y de Enfermería, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales y guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementará un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

También, deberán establecer criterios de priorización en la aplicación de medidas de seguridad y protección al paciente y personal de la Institución, para reducir al mínimo posible eventos adversos ocasionados por la atención brindada.

Art. 238.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, serán los responsables de desarrollar programas de educación continua que garanticen la actualización de conocimientos y competencias, dirigida al personal médico y paramédico, con énfasis en la ejecución de técnicas y procedimientos propios del servicio, a la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos y bioseguridad.

Art. 239.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, establecerán mecanismos de coordinación estrecha con las diferentes especialidades y subespecialidades; así como también, con los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, a fin de garantizar un abordaje oportuno e integral a los pacientes durante su intervención.

Art. 240.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, deberán crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del servicio, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se le solicite.

Art. 241.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, el control de los equipos asignados al servicio; así como velar que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo de los mismos, según fuente de adquisición para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 242.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería de los diferentes servicios, gestionar con la Jefatura de la División Administrativa, las adecuadas condiciones para el funcionamiento de los diferentes ambientes del mismo.

Art. 243.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, establecer un control interno para darle cumplimiento a los horarios tanto del personal, como de la cirugía programada; además, deberán mantener un Plan Contingencial para cubrir eventualidades, como ausencias de personal e incapacidades.

Art. 244.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, registrar y controlar las cirugías electivas suspendidas, detallando el motivo y cumpliendo con el proceso de registro de suspensión de cirugías electivas, especificando en el expediente clínico el evento que causa dicha acción.

Art. 245.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, establecer y accionar el control de la programación de cirugías electivas. Será requisito indispensable para las mismas, el consentimiento informado, completa y correctamente lleno.

Art. 246.- Será responsabilidad de la Secretaria del Centro Quirúrgico, elaborar la lista de cirugías que incluirá: Número del quirófano, hora de cirugía, nombre y número de registro del paciente, nombre del cirujano responsable del caso, procedimiento a efectuar y tipo de anestesia, enviando posteriormente copias a los servicios correspondientes.

Art. 247.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, llevarán un control de los profesionales que realicen cirugías electivas y sólo podrán efectuar procedimientos quirúrgicos y de anestesia, los cirujanos y anestesistas autorizados por la Dirección de la Institución, ya sean operaciones electivas o de emergencias.

Art. 248.- El personal encargado de la recepción del paciente en el Centro Quirúrgico, supervisará que todo paciente que será sometido a intervención quirúrgica, sea entregado y recibido 30 minutos antes de la hora, cumpliendo con el proceso ya establecido.

Art. 249.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, velará porque el personal de médicos, anestesia, técnicos y personal bajo su cargo, cumplan con las normativas en lo que se refiere a la vestimenta quirúrgica.

Art. 250.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, que personal de médicos, de anestesia, técnicos y personal bajo su dependencia, cumplan con las normas de bioseguridad y lineamientos para la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Art. 251.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, serán responsables del equipo e instrumental asignado y de llevar un sistema de registro que garantice el resguardo de los mismos, a fin de evitar su pérdida o extravío.

Art. 252.- Los médicos cirujanos y/o ayudantes de cirugía, llenarán correctamente los formularios, reportes y toda la papelería necesaria según la patología, antes de abandonar el Centro Quirúrgico. Las jefaturas verificarán su cumplimiento.

Art. 253.- La Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, velará porque el personal de enfermería encargado de instrumentar y circular, cumplan con las funciones ya establecidas para el acto quirúrgico, verificando que el ambiente y los equipos en general del quirófano asignado, estén en condiciones óptimas de funcionamiento; además, garantizarán el conteo del instrumental e insumos utilizados en el procedimiento.

Art. 254.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería del Centro Quirúrgico, que el personal docente y estudiantes de las diferentes disciplinas médicas, cumplan con la presente norma.

Ningún médico cirujano que no pertenezca a la Institución, podrá realizar procedimientos quirúrgicos, exceptuando casos especiales dentro de los programas de educación continua u otro programa, con la debida autorización del Centro Quirúrgico del servicio correspondiente y del Director del Hospital. En tal caso, el cirujano deberá hacerse acompañar al acto quirúrgico por un médico del Hospital.

Unidad de Terapia Intensiva

Art. 255.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, serán responsables de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para su servicio. La Unidad de Terapia Intensiva, estará organizada para dar atención a personas mayores de 12 años.

La Unidad de Terapia Intensiva, será polivalente y brindará sus servicios a las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Emergencia y pacientes referidos de la red de hospitales de la zona occidental.

Art. 256.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, implementará un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia, desarrollarán programas de educación continua, que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias del personal, con énfasis a la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y ejecución de procedimientos propios de la unidad.

Art. 257.- La Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, deberá crear los mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar de la unidad; la cual deberá ser accesible y oportuna cuando se les solicite; a su vez, establecerá mecanismos de coordinación estrecha con las diferentes sub especialidades y servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, con el propósito de garantizar un abordaje oportuno e integral a los pacientes críticos.

Art. 258.- Será responsabilidad de la Jefatura Médica y de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, el control interno de los equipos asignados al servicio, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención; así como velará que se ejecute el programa de mantenimiento preventivo y/o correctivo de los mismos, según fuentes de adquisición y de acuerdo con la capacidad presupuestaria institucional.

Unidad de Terapia Dialítica

Art. 259.- La Unidad de Terapia Dialítica del Hospital (Unidad de Diálisis), será polivalente y brindará sus servicios a las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Cuidados Intensivos, de Emergencia y pacientes referidos por la red de hospitales de la zona occidental del país, a partir de la edad de 12 años, previa coordinación y cumplimiento de criterios para su ingreso. El servicio será de carácter permanente.

Art. 260.- Las jefaturas Médica y de Enfermería de la Unidad de Diálisis, garantizarán la aplicación, cumplimiento y control de los procesos, procedimientos, normas y guías clínicas, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos.

Art. 261.- Las jefaturas Médica y de Enfermería de la Unidad de Diálisis, establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente, de acuerdo a la capacidad instalada; a fin de evitar prolongaciones en estancia hospitalaria por la presencia de riesgos adversos.

Art. 262.- Las jefaturas Médica y de Enfermería de la Unidad de Diálisis, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizará la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y trato humanitario al paciente.

Art. 263.- Las jefaturas Médica y de Enfermería de la Unidad de Diálisis, serán responsables del control interno de los equipos asignados a los servicios; así como velar que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 264.- Las jefaturas Médica y de Enfermería de la Unidad de Diálisis, crearán mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar de la unidad, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se les solicite.

Art. 265.- Las jefaturas Médica y de Enfermería de la Unidad de Diálisis, velarán porque el personal bajo su dependencia, cumpla con la normativa vigente en lo relativo al expediente clínico.

Departamento de Enfermería

Art. 266.- La Jefatura del Departamento de Enfermería, a través de las enfermeras supervisoras y jefes de Servicio, controlará cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada área interna. Será responsable también del: Cuidado integral de los pacientes con calidad y calidez, creación de lineamientos de trabajo, realización de acciones para el fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios.

El Departamento de Enfermería, lo integrará la Jefatura del Departamento, Sub Jefatura, enfermeras jefes de servicios, enfermeras hospitalarias y auxiliares de enfermería. Siendo responsabilidad de la Jefatura de Enfermería, revisar y generar la rotación sistemática de personal, para generar valor y habilidades en el recurso humano del Hospital, con la finalidad de ampliar el conocimiento, el cual permitirá el reforzamiento en áreas deficitarias.

Art. 267.- Para garantizar la atención con calidad y calidez, que muestre los cuidados de enfermería en prevención, curación y rehabilitación del paciente que demande atención del Hospital, será necesario que el personal de enfermería, posea el perfil adecuado para desempeñar eficientemente sus funciones, las que serán de índole administrativo, técnico, educativo, investigativo, entre otros.

Art. 268.- La Jefatura del Departamento de Enfermería, a través de las enfermeras jefes de servicio, garantizará la aplicación, cumplimiento y control de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos; en caso de inexistencia, será la responsable conjuntamente con enfermeras jefes de servicio, de elaborarlos para la atención de las causas de morbi-mortalidad de su área de acuerdo a medicina basada en evidencia.

Art. 269.- La Jefatura del Departamento de Enfermería, en coordinación con los médicos y enfermeras, jefes de servicios, establecerá medidas básicas de seguridad y protección al paciente, de acuerdo a la capacidad instalada; a fin de evitar prolongaciones en estancia hospitalaria, por la presencia de riesgos adversos y robo de niños durante su hospitalización.

Art. 270.- La Jefatura del Departamento de Enfermería y jefaturas de servicio, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Así mismo, desarrollarán programas de educación continua, que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la disciplina, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad y trato humanitario al paciente.

Art. 271.- La Jefatura del Departamento de Enfermería y de Servicios, serán responsables del control interno de los equipos asignados a los servicios; así como velar que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 272.- La Jefatura del Departamento de Enfermería y de servicios, deberán crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del Departamento, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, la que deberá ser accesible y oportuna cuando se le solicite.

A su vez, las jefaturas de enfermería de los servicios, deberán elaborar notas con copia al expediente personal custodiado por la Dirección de Recursos Humanos, de situaciones regulares e irregulares suscitadas con el personal de enfermería bajo su dependencia, a efecto de contar con documentación sustentante, que deberá considerarse en las evaluaciones del desempeño que se realicen semestralmente o en el periodo que indiquen las autoridades del Ministerio de Salud.

Art. 273.- Las jefaturas de Enfermería de los servicios, serán las responsables como jefatura inmediata, de evaluar el desempeño del personal de enfermería bajo su dependencia, considerando situaciones regulares e irregulares suscitadas durante el periodo evaluado y agregadas al expediente personal custodiado por la Dirección de Recursos Humanos; evaluaciones programadas de forma semestral o según lo indiquen las autoridades del Ministerio de Salud.

Art. 274.- La Jefatura del Departamento de Enfermería, en coordinación con las enfermeras jefes de los servicios, velará porque el personal de médicos internistas y residentes de la especialidad, cumplan con la disposición del uso correcto del expediente clínico, llenado de formularios, notas de evolución, cada vez que brinden una atención, reportes, indicaciones para el tratamiento y solicitud de estudios de diagnóstico específicos, las cuales deberán firmar y sellar antes de abandonar el servicio, atendiendo estándares de calidad.

Art. 275.- Las enfermeras supervisoras, deberán suplir las ausencias de las jefaturas de enfermería de los servicios, atendiendo las necesidades en los mismos, para garantizar su normal funcionamiento.

Central de Equipos y Esterilización

Art. 276.- La Central de Equipo y Esterilización (Arsenal), será un servicio del Hospital, que se encargará de procurar el abastecimiento de insumos necesarios para clasificar, preparar y esterilizar el material y equipo necesario, ropa quirúrgica e instrumental, para luego distribuirlo a los servicios y áreas de atención.

Art. 277.- La Jefatura del Arsenal, deberá supervisar y monitorear los diferentes procesos establecidos en su área, constatando el cumplimiento de las normas y lineamientos establecidos; manteniendo a su vez, una estrecha relación y efectiva comunicación con la Jefatura del Centro Quirúrgico, para el cumplimiento del programa de cirugía electiva, ambulatoria y de emergencia. Así como, servicios de Diagnóstico y Apoyo y División Administrativa.

Art. 278.- La Jefatura del Arsenal, será el responsable de documentar, conservar y socializar las políticas, reglamentos, normativas institucionales y protocolos específicos de la especialidad. Realizarán el diseño e implementación de los procesos y guías de atención relacionados con el servicio, involucrando a su personal y ejecutarán el Sistema de Control, con el fin de hacer cumplir el marco normativo y legal al personal bajo su cargo. Así mismo, desarrollarán programas de educación continua que garantice la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de: Procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos y bioseguridad.

Art. 279.- La Jefatura del Arsenal, deberá crear mecanismos que aseguren y protejan el registro de la información relacionada con el accionar del servicio, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, información que deberá ser accesible y oportuna cuando se le solicite.

Art. 280.- La Jefatura del Arsenal, será responsable de llevar el control interno de autoclaves y equipos asignados a los servicios; así como velar que se cumplan los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Art. 281.- La Jefatura del Arsenal, deberá establecer el control interno del material recibido y utilizado en cirugías y otros servicios, el cual deberá regresar limpio y completo, estableciendo el horario de entrega contra vales firmados por el solicitante.

Art. 282.- La Jefatura del Arsenal, deberá controlar que el personal asignado al Arsenal, verifique la esterilidad del material e instrumental a ser utilizado en los diferentes procedimientos, a efectuarse en las salas de operaciones y otros servicios, basado en los controladores autorizados.

Será responsabilidad de los técnicos del Arsenal, que las bolsas que contengan el material a esterilizar se encuentren herméticamente cerradas por ambos extremos, extrayéndoles el aire antes de cerrarlas.

Todo material sometido a esterilización, deberá llevar en su interior un control interno (control químico). Y según sea el tipo de empaquetado, se colocará exteriormente la cinta de contraste correspondiente; además, se deberá incluir en la cinta testigo, la fecha de esterilización y caducidad.

Art. 283.- La Jefatura del Arsenal, deberá ejercer el control interno de la entrada y salida de cualquier material y equipo ajeno al Hospital, pero necesario para la cirugía del paciente programado. Quedará bajo la responsabilidad de la Jefatura de la Central de Esterilización y/o de la Jefatura de Enfermería del Centro Quirúrgico. Todo material y equipo quirúrgico que sea prestado o descargado para otra unidad del Hospital, deberá efectuarse por escrito y firmado por el responsable del área, con autorización de la Jefatura del Centro Quirúrgico y del Director del Hospital o en su ausencia, el Sub Director.

Art. 284.- La Jefatura del Arsenal, deberá constatar físicamente el material y equipo del Centro Quirúrgico cada año, con descargo del dañado y la gestión para el reemplazo e inclusión del nuevo equipo. De este inventario, se hará un informe que se presentará a la Jefatura de Enfermería y al Director.

Unidad de Salud Mental

Art. 285.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental, con apoyo del Director del Hospital, de las jefaturas de los departamentos y unidades hospitalarias, integrará el componente de salud mental a cada una de las especialidades médicas y en los programas que se desarrollen en la atención a los usuarios del Hospital, garantizando la atención de salud mental en las áreas de: Unidad de Emergencias, Consulta Externa, centro de día y servicios de hospitalización, con el fin de desarrollar la normativa de salud mental, en cuanto a prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente.

Art. 286.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental, deberá desarrollar jornadas y capacitaciones en salud mental para los diversos departamentos y servicios del Hospital, a fin de coadyuvar en el recurso humano intrainstitucional que le permita un mejor desempeño de sus funciones, cultivando un clima laboral agradable.

Art. 287.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental y el equipo integrante de la misma, serán responsables de controlar los procesos de atención, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para dicho servicio; además, serán garantes de la aplicación, cumplimiento y control de los procesos, procedimientos, normas y guías de atención clínica, para todas aquellas patologías en las que se disponga de ellos.

Art. 288.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental y el equipo integrante, establecerán medidas básicas de seguridad y protección al paciente, de acuerdo a la capacidad instalada, para evitar prolongaciones de estancia hospitalaria por la presencia de riesgos adversos durante su hospitalización. Se incluirá, la actualización en conocimiento y entrenamiento para aplicación de técnicas y procedimientos en cuidados médicos y de enfermería, que permitan agilizar su recuperación.

Art. 289.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental y el equipo integrante, deberán velar por el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normativas institucionales; así como de las guías de atención relacionadas con el servicio. De igual manera, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantice la adquisición de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, bioseguridad; así como trato humanizado al paciente.

Art. 290.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental, junto al equipo integrante, serán responsables de llevar un control de los equipos asignados a los servicios, para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención; así como velar que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y/o correctivo y sustituido de acuerdo a estándares.

Art. 291.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental, junto al equipo integrante, serán los responsables de crear mecanismos que aseguren y resguarden el registro de la información relacionada con el accionar de la unidad, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos, la cual deberá ser accesible y oportuna cuando se solicite.

Art. 292.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental, junto al equipo integrante, velarán por el cumplimiento de las recomendaciones a seguir, durante la hospitalización del paciente.

Art. 293.- El Médico Coordinador de la Unidad de Salud Mental, junto al equipo integrante, velarán porque el personal de médicos agregados y psicólogos, cumplan con la normativa vigente, en lo relativo al expediente clínico.

Estadística y Documentos Médicos

Art. 294.- El Departamento de Estadística y Documentos Médicos, será una estructura de apoyo técnico dentro del Hospital, responsable de la apertura, mantenimiento y conservación de los expedientes clínicos de los pacientes que se atiendan; así como también, responsable del procesamiento de la información estadística sobre producción de servicios de salud, rendimiento, recursos y otras estadísticas que apoyen significativamente la toma de decisiones.

Dicho Departamento, estará bajo la responsabilidad del Jefe de Estadística y Documentos Médicos, quien deberá supervisar y monitorear a través de la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, los procesos y programas relativos a las citas concertadas y a otros procesos de su área, verificando el cumplimiento de las normas y lineamientos establecidos para el Departamento de Estadística y Documentos Médicos, el cual dependerá jerárquicamente de la Jefatura de la División Administrativa.

Art. 295.- La Jefatura y personal del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, deberán mantener el archivo pasivo organizado y ordenado para su utilización, según el tiempo indicado en la normativa para departamentos de estadísticas y documentos médicos.

Art. 296.- La Jefatura y personal del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, deberán revisar la información consignada en la ficha médica individual de nacimiento, asegurándose que le sean entregadas dos copias: Una para el libro de registros de nacimientos del Hospital y la otra para la carpeta denominada "Registros de Nacimiento/registro del Estado Familiar", que se remitirá con el informe mensual a la Alcaldía Municipal del domicilio del usuario.

Médicos Residentes

Art. 297.- Los médicos residentes del Hospital, dependerán jerárquicamente del Médico Jefe de Residentes y del Jefe del Departamento de la especialidad, quienes evaluarán su desempeño de forma semestral; a su vez, validarán en cuanto a lo académico y laboral mensualmente, dentro del Hospital.

Los médicos residentes, serán responsables de dar atención médica permanente y continua, cumpliendo con las funciones que le asigne el Jefe del Departamento o servicio respectivo, funciones que deberán estar claramente definidas en el Manual de Funciones del departamento o servicio; se clasificarán en médicos residentes becarios y residentes ad honórem.

Art. 298.- Los médicos residentes, deberán cumplir con los procesos y procedimientos, guías y protocolos de atención clínica para todas aquellas patologías en las que se dispongan de ellos, según su especialidad; además, de lo especificado en el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud y lo normado en el Acuerdo No. 430, Norma para la Ejecución de los Programas de Especialidades Médicas y Odontológicas en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud, publicado en Diario Oficial Tomo No. 384, de fecha 25 de septiembre de 2009.

Art. 299.- El Médico Jefe de residentes y Médico Jefe del Departamento de la especialidad, implementarán un Sistema de Control Interno, con la finalidad de hacer cumplir el marco normativo y legal en dicha dependencia.

Así mismo, desarrollarán programas de educación médica continua, que garantizarán la actualización de conocimientos y competencias al personal, con énfasis en la ejecución de procedimientos propios de la especialidad, seguridad del paciente, prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, aplicación de normativas de desechos sólidos, seguridad y trato humanitario al paciente.

Servicios Diagnósticos y de Apoyo

Art. 300.- Los jefes de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del Hospital, serán los responsables de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnicas administrativas y docentes del servicio; así como también, del resguardo y control de inventarios de los insumos de cada área.

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

Laboratorio Clínico

Art. 301.- El Jefe de Laboratorio Clínico, será el responsable de supervisar y monitorear cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada área interna.

La Jefatura de Laboratorio, deberá elaborar y mantener su propia política de rotación de personal; también, deberá hacer cumplir las medidas del Manual de Bioseguridad para su área, según la urgencia del caso.

Será responsabilidad de la Jefatura de Laboratorio, velar por el cumplimiento del mantenimiento preventivo (de los equipos en comodato) y/o correctivo de los equipos asignados a su área.

Será responsabilidad de la Jefatura de Laboratorio y sus colaboradores, capacitar, apoyar y asesorar al personal sobre el llenado correcto de formularios propios de la unidad organizativa; a su vez, accionará el Sistema de Control Interno relativo a toma, recepción, procesamiento de muestras y entrega de resultados a las unidades solicitantes, según lo normado.

Art. 302.- La Jefatura y coordinadores del Laboratorio, deberán divulgar y posteriormente monitorear el cumplimiento de la normativa para la toma, manejo y envío de muestras al Laboratorio; así como también, el debido cumplimiento a la Norma de Bioseguridad, para garantizar la utilización óptima de los recursos disponibles y evitar desperdicios para proteger la salud del personal de dicha área.

Banco de Sangre

Art. 303.- La Jefatura del Banco de Sangre, será la responsable de supervisar, monitorear y evaluar cada uno de los procesos, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para cada área interna. El Banco de Sangre, tendrá a su cargo la promoción, selección de donantes, recolección, procesamiento, almacenamiento de la sangre, distribución de hemocomponentes, teniendo la responsabilidad de que el personal técnico cumpla con las normativas establecidas, con énfasis en el Manual de Estándares de Calidad, bioseguridad y programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales; así como la normativa vigente, relacionada a los desechos sólidos.

Art. 304.- La sangre y productos obtenidos de donantes, serán propiedad del Hospital y su empleo se sujetará a las normas del mismo.

La Jefatura del Banco de Sangre, establecerá los mecanismos de solicitud, registros, requisitos para asegurar la adecuada indicación de los hemocomponentes.

Art. 305.- Será responsabilidad de la Jefatura, velar por el cumplimiento del mantenimiento preventivo (de los equipos en comodato) y/o correctivo de los equipos asignados a su área.

Campañas de Donación Altruista

Art. 306.- La Jefatura del Banco de Sangre, elaborará el Programa Anual de Hemodonación, coordinando campañas promocionales para motivar la donación altruista.

Selección de Donantes y Compatibilidad

Art. 307.- Será responsabilidad de la Jefatura y su personal, el estricto cumplimiento del proceso relacionado a selección de donantes y compatibilidad, con el fin de garantizar la disponibilidad de sangre segura.

Art. 308.- La Jefatura del Banco de Sangre, deberá velar por el cumplimiento del mantenimiento preventivo y correctivo del equipo utilizado, para el procesamiento y almacenamiento de la sangre; a su vez, será responsable de mantener actualizado al personal a su cargo, asegurando que adquieran los conocimientos y competencias necesarias para el desempeño de sus actividades, debiendo elaborar y mantener su propia política de rotación de personal, con el fin de garantizar el servicio las 24 horas del día.

Farmacia

Art. 309.- La Jefatura de Farmacia, dependerá jerárquicamente del Jefe de la División de Diagnóstico y Apoyo, su organización se hará en función de brindar un servicio de 24 horas al día; por lo que, contará con un Plan de Rotación de Personal que asegure la disponibilidad de abastecimiento.

Art. 310.- La Jefatura de Farmacia del Hospital, será responsable de supervisar, monitorear y evaluar, el cumplimiento de los procesos respectivos, por parte del personal a su cargo, relacionados a: Recepción, registro, almacenamiento y dispensación, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos, con énfasis en la guía para las buenas prácticas de prescripción.

A su vez, la Jefatura deberá establecer los mecanismos que aseguren los procesos relacionados a los sistemas de información, con el fin de tener una información ágil y oportuna para la toma de decisiones a los diferentes niveles jerárquicos, con énfasis a la vigilancia de las alertas de los consumos mínimos y máximos.

Así mismo, deberá realizar su inventario anual, conciliando existencias con el Almacén del Hospital, a fin de garantizar la transparencia del proceso.

Deberá mantener un registro relacionado al Sistema de Fármaco Vigilancia, para contribuir de manera directa al Plan de Seguridad del Paciente.

Art. 311.- Será responsabilidad de la Jefatura y del personal asignado al área de estupefacientes y psicotrópicos, hacer cumplir la Ley relacionada a su manejo y control.

Será responsabilidad de la Jefatura y coordinadores de área, la ubicación estratégica e identificación de los diferentes grupos terapéuticos, con la finalidad de evitar errores en la dispensación.

La Jefatura de Farmacia, será la responsable de gestionar con la alta dirección, todo lo relacionado al aseguramiento de las condiciones de almacenamiento en las diferentes farmacias, de acuerdo a normativa vigente.

Normas para la Administración de Medicamentos

Art. 312.- Las Normas sobre Administración de Medicamentos en la Farmacia del Hospital, estarán constituidas por el conjunto de principios y métodos, que se aplicarán a la administración de los medicamentos a favor de los pacientes.

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

Prescripción de Medicamentos

Art. 313.- El Director del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de prescripción:

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

Transcripción de Medicamentos

Art. 314.- El Director del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de transcripción:

- a) Asegurarse de la identificación correcta del paciente, antes de transcribir la indicación médica a la receta;
- b) Verificar si existe alguna alergia medicamentosa y escribirla en la tarjeta de tratamiento;
- c) Verificar dosis máxima, interacciones, dilución, velocidad de infusión, etc.; y
- d) Confirmar cualquier duda con el prescriptor.

Dispensación de Medicamentos

Art. 315.- El Director del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas de dispensación:

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

Administración de Medicamentos

Art. 316.- El Director del Hospital, en conjunto con la Jefatura de Farmacia y demás niveles gerenciales, deberán velar por el cumplimiento de las siguientes normas para la administración de los medicamentos:

- a) Revisar diariamente la prescripción médica y la hoja de administración de cuidados de enfermería y confrontar que sean coincidentes;
- b) Efectuar doble control de los cálculos;
- c) Leer viñeta del fármaco para verificar fecha de vencimiento y vía de administración

- d) Preparar la medicación y administrarla de forma individualizada, sin acumular preparaciones de varios pacientes;
- e) Asegurarse de la identificación del paciente antes de administrar la medicación;
- f) No registrar la administración antes de haberla realizado;
- g) Respetar la dilución recomendada y la velocidad de administración de los medicamentos endovenosos;
- h) Devolver al servicio de Farmacia los medicamentos que no se hubieren administrado; e
- i) Escuchar al paciente, si cuestiona la administración de un fármaco.

Imagenología

Art. 317.- La Jefatura de Imagenología del Hospital, será responsable de accionar el sistema de control de los procesos propios del área y dependerá del Jefe de la División de Diagnóstico y Apoyo.

Art. 318.- Imagenología, tendrá como fin apoyar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental, las imágenes y datos funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía. Comprenderá el conocimiento, desarrollo, realización e interpretación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, englobadas en el llamado "Diagnóstico por Imagen".

La Jefatura de Imagenología, deberá elaborar y mantener su propia política de rotación de personal; también, deberá hacer cumplir las medidas del Manual de Bioseguridad y medidas de protección radiológica para su área, en el marco del programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales; así como la normativa vigente relacionada a desechos sólidos.

La Jefatura, velará por el cumplimiento del mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos asignados a su área.

Art. 319.- El Jefe de Imagenología, en coordinación con la Jefatura de División Médica y División Diagnóstica y Apoyo del Hospital, deberá mantener actualizado el banco de datos de recursos médicos autorizados por categorías, para indicar estudios especiales; regulando con ello, tales procedimientos.

Fisioterapia

Art. 320.- La Jefatura de Fisioterapia, será responsable de supervisar y monitorear cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos y dependerá del Jefe de la División de Diagnóstico y Apoyo.

La Jefatura de Fisioterapia, deberá velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad para evitar la contaminación cruzada en el Área de Hidroterapia; a su vez, vigilará la limpieza y el uso debido de los equipos a su disposición para el servicio, considerando la utilización de tanques instalados con uso de energía solar.

Será responsabilidad de la Jefatura y del equipo de profesionales asignados al Área de Fisioterapia, mantener una coordinación previa y efectiva con la disciplina médica, enfermería y con el cuidador del paciente, para la atención oportuna e integral del mismo.

Art. 321.- Los aditamentos entregados a pacientes en calidad de depósito, deberán ser devueltos al Hospital, según lo indicado en el formulario establecido para tal fin, el Departamento de Fisioterapia, deberá contar con los lineamientos debidamente aprobados para tal situación; también, deberá levantar inventario físico anualmente y registrar en tarjetas kárdex la entrada y salida para efectos de conciliación, elaborando acta por los aditamentos deteriorados y/o declarados en desuso para el descargo correspondiente; todo lo anterior, considerando el valor y vida útil, según lo establecido legalmente.

Anatomía Patológica

Art. 322.- La Anatomía Patológica, se ejecutará en el Hospital, según su capacidad instalada y realizará autopsias a los fallecidos en el establecimiento, a solicitud del médico y los tribunales que conformen el Órgano Judicial, de acuerdo a los convenios establecidos.

Será responsabilidad de la Jefatura y colaboradores de Patología, capacitar y asesorar al personal sobre el llenado correcto de formularios de la unidad; a su vez, accionará el sistema de control relativo a recepción, procesamiento, análisis y entrega de resultados a las unidades solicitantes, según lo normado.

Art. 323.- La Jefatura de Patología, velará por el cumplimiento de las medidas contenidas en el Manual de Bioseguridad, en el marco del programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales; así como la normativa vigente relacionada con los desechos sólidos. A su vez, la Jefatura de Patología, diseñará y establecerá los mecanismos que aseguren el resguardo de los estudios relacionados con su especialidad, a fin de cumplir los requerimientos legales y normativos establecidos.

Servicios de Apoyo

Art. 324.- Los servicios de apoyo del Hospital, serán servicios complementarios o auxiliares de la atención médica y tendrá por finalidad de contribuir a brindar una mejor atención al paciente ambulatorio y hospitalizado, los servicios de apoyo serán: Electroencefalograma, electrocardiograma, espirometrías y broncología. Los responsables del área, velarán por el uso y manejo del equipo a su cargo y abastecimiento de insumos médicos y no médicos, necesarios para poder proporcionar el servicio ofertado.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 325.- El Director del Hospital, deberá aplicar procedimientos y políticas establecidas para la autorización y aprobación de procesos administrativos y técnicos. Para el cumplimiento de esta normativa, será necesario aplicar las leyes y demás normativas existentes.

Art. 326.- Las jefaturas de divisiones, departamentos, servicios, comités y unidades del Hospital, deberán contar con los manuales técnico-administrativos, siendo éstos de: Manual de Organización y Funciones, de Procesos y Procedimientos y de Inducción y Bienvenida, entre otros, necesarios para el normal funcionamiento y serán autorizados por el Director del Hospital.

Art. 327.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas y comités del Hospital, deberán elaborar cada año, en coordinación con su equipo de trabajo: El Documento de Valoración de Riesgos, Plan Anual Operativo y otros que coadyuven al normal funcionamiento de sus unidades; los cuales serán revisados y posteriormente aprobados por el Director del Hospital.

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

Art. 328.- El Director del Hospital y demás jefaturas, deberán contar con políticas y procedimientos sobre el diseño y uso de documentos institucionales, que contribuirán en la anotación adecuada de las transacciones y hechos significativos que se realicen, estos documentos deberán contar con un sistema de control concernientes a la emisión, custodia y manejo de los mismos, sobre los comprobantes como formularios y cualquier documento significativo, que registre operaciones financieras o administrativas.

Definición de Políticas y Procedimientos de Conciliaciones Periódicas de Registros

Art. 329.- El Director del Hospital y demás jefaturas, conciliarán periódicamente los registros que se manejen en los diferentes departamentos y unidades, para verificar su exactitud, determinar y enmendar errores y omisiones, sobre información relacionada, que contribuya a la gestión propia de cada uno, entre éstos se destacan todos los controles administrativos.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal

Art. 330.- El Director, jefes de División y demás jefaturas del Hospital, deberán elaborar documentalmente y de forma sistemática, la rotación del personal que se desempeñe en funciones afines dentro del Hospital, brindando con ello, una seguridad relativa, ya que la rotación de personal suministra parámetros de eficiencia, mediante la comparación del desempeño de empleados distintos en la misma tarea o actividad, lo cual permite identificar con claridad las habilidades personales de cada empleado y así, asignarles las tareas que mejor desempeñen.

Art. 331.- La rotación de personal, deberá considerarse como un mecanismo de capacitación, ya que el empleado desarrollará actividades diferentes y estará en contacto con las diversas etapas del proceso organizativo de las unidades; de tal forma, que comprenderá mejor su participación en el logro de los objetivos. Las áreas en las cuales se podrá generar rotación de personal, serán aquellas en las que la naturaleza de las funciones permita efectuarla, tomando en consideración las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes.

Art. 332.- La rotación de personal con funciones afines, podrá darse de forma anual y sistemática, previo análisis de las unidades organizativas que se consideren con funciones similares y también se efectuará en casos especiales en cualquier período del año, cuando el Titular del Hospital lo considere conveniente. Las unidades organizativas, que documentarán su Política de Rotación de Personal en el Hospital serán:

División Médica:

- a) Enfermería; y
- b) Anestesiología.

División de Diagnóstico y Apoyo:

- a) Farmacia;
- b) Laboratorio Clínico;
- c) Imagenología; y
- d) Banco de Sangre.

División Administrativa:

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

Todas las jefaturas de las unidades organizativas descritas, deberán elaborar y presentar ante el Titular del Hospital en el mes de enero de cada año, el documento "Procedimientos Sobre Rotación Sistemática de Personal", para su revisión y posterior aprobación; a su vez, deberán incluir las excepciones de su área, en consideración a servicios y cuidados especiales, los cuales podrán rotarse solamente si se dispone del tiempo y de los recursos necesarios para la capacitación previa a la rotación.

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

Art. 333.- Todas las jefaturas de unidades organizativas, que documenten su política de rotación del personal, deberán establecer claramente los puestos que no rotarán, mismos que se analizarán y evaluarán previamente para demostrar que son casos especiales. Tales evaluaciones, serán justificadas por el Jefe de la unidad organizativa y avaladas por el Titular del Hospital.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías o Cauiones

Art. 334.- Los funcionarios y empleados del Hospital encargados de la recepción, control, custodia de valores o manejo de bienes de la Institución, estarán obligados a rendir fianzas conforme lo establece el Art. 104, de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, Art. 2, 086 Código Civil, Art. 1,539 y 1,540, Código de Comercio, Art. 115, Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y demás normativas legales.

Atendiendo el Instructivo para el Rendimiento de Fianzas del Ministerio de Salud (MSPAS-UADRH-No. 01-2009), los servidores públicos que deberán rendir fianza a nivel del Hospital Nacional serán:

- a) Director de Hospital;
- b) Jefe de la Unidad Financiera Institucional;
- c) Tesorero Institucional;
- d) Contador Institucional;
- e) Colectores, si los hubiere;
- f) Encargado de Farmacia;
- g) Encargados de Bodega, si los hubiere;
- h) Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional;
- i) Encargados de Despensas;
- j) Encargado de Combustible;
- k) Encargado de Fondo Circulante y Caja Chica;
- l) Refrendarios;
- m) Guardalmacén; y
- n) Auxiliares de Almacén.

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

Responsabilidad de Controlar Pólizas

Art. 335.- Será responsabilidad del Director de Recursos Humanos, buscar los mecanismos necesarios para la contratación de pólizas de seguros, como una medida de control interno, encaminada a la protección de bienes, siempre que los beneficios superen los costos de dichas contrataciones, en coordinación con la Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

Garantías de Proveedores

Art. 336.- El Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, será el responsable de la solicitud de las respectivas garantías a los proveedores, apegadas a los lineamientos establecidos en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

Pérdida por Extravío de Valores

Art. 337.- Los jefes de las unidades organizativas y demás empleados del Hospital, serán responsables del cuidado de los bienes que estén a su cargo; por lo tanto, en caso de daño o pérdida no justificada, se procederá a la respectiva deducción de responsabilidades.

Lo anterior, se hará constar en Acta, según registro de lo ocurrido y delimitación de responsabilidades en la unidad organizativa, donde hubiere ocurrido el daño o pérdida del bien.

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

Art. 338.- La Unidad de Informática del Hospital, será responsable de contar con los respaldos actualizados de la información que se genere en las diferentes unidades organizativas; además, instalará software con sus respectivas licencias en los equipos de la Institución; así como también, la creación de usuarios, cuentas de correo electrónico, acceso a la navegación de Internet, previo a la autorización de la administración.

Definición de Políticas y Procedimientos de Controles de Aplicación

Art. 339.- Las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con sistemas informáticos para el desarrollo de sus funciones, a fin de garantizar que la información sea oportuna y actualizada, que facilite la toma de decisiones.

CAPÍTULO IV

NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Adecuación de los Sistemas de Comunicación

Art. 340.- El Director del Hospital, deberá establecer y mantener líneas de comunicación con todos los niveles de la Institución; para lo cual, será indispensable utilizar terminología clara y uniforme de forma escrita, debiendo contar con herramientas técnico-administrativas, como diagramas de flujo de la información interna, procesos bien definidos en cada unidad organizativa y otras propias del nivel hospitalario.

Procesos de Identificación, Registro y Recuperación de la Información

Art. 341.- La información institucional interna y externa, deberá ser monitoreada, identificada, analizada y distribuida a través de los procedimientos implementados, de acuerdo a los sistemas de información del Ministerio de Salud, teniendo en cuenta internamente lo contenido en el Manual de Comunicaciones del Hospital.

Características de la Información

Art. 342.- Cada Jefatura de unidad organizativa del Hospital, deberá contar con mecanismos y procedimientos de identificación, registro y seguridad de la información; de tal manera, que se aseguren que ésta sea confidencial, oportuna, eficiente, eficaz, suficiente y pertinente. Todo lo anterior, será con el objeto de brindar servicios más eficientes y efectivos a los usuarios, garantizando la toma de decisiones adecuada y la calidad de los servicios.

Archivo Institucional

Art. 343.- Cada Jefatura de unidad organizativa del Hospital, deberá conservar un archivo en su área de trabajo, con el objeto de guardar, proteger y controlar la información, en virtud de su utilidad y requerimiento jurídico, legal y técnico.

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

CAPÍTULO V

NORMAS RELACIONADAS CON EL MONITOREO

Monitoreo sobre la Marcha

Art. 344.- El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas, deberá revisar y evaluar el cumplimiento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en forma anual, a fin de identificar irregularidades e implementar acciones de control, mismas que se podrán incluir en la actualización de la normativa interna, como reformas presentadas ante la Corte de Cuentas de la República, para su revisión y posterior publicación.

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

Art. 345.- Los jefes de división y jefaturas de unidades organizativas del Hospital, deberán monitorear periódicamente la ejecución de los planes anuales operativos, presentando los informes concernientes a cada nivel. Los jefes de división, presentarán informe ejecutivo ante la Dirección, consolidando la información sobre ejecución de los planes de las unidades bajo su dependencia cada dos meses; a efecto de identificar desviaciones y/o incumplimientos a corto plazo y poder implementar actividades que orienten las labores diarias hasta lograr los objetivos y metas propuestos; todo lo anterior, en coordinación con los responsables asignados para cada proceso y según la medición realizada, utilizando los indicadores previamente establecidos para cada fin, en el proceso mismo.

Art. 346.- Todas las jefaturas del Hospital, deberán monitorear los procesos y procedimientos de su unidad organizativa, teniendo bien definidas en su Manual de Funciones, lo encomendado a cada empleado; esto permitirá identificar las áreas deficitarias e implementar acciones correctivas, a fin de garantizar el desempeño de las funciones encomendadas al personal, garantizando a su vez, la calidad en la atención al paciente.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 347.- Los jefes o encargados de las unidades organizativas del Hospital, deberán de verificar la efectividad del Sistema de Control Interno, aplicada en sus respectivas áreas de competencia, mediante evaluaciones sobre la marcha, que permitan corregir errores o reorientar acciones, por lo menos una vez al año.

Los resultados de la evaluación de control interno, deberán documentarse, incluyendo las actividades que permitan corregir las debilidades detectadas.

Evaluaciones Separadas

Art. 348.- La Corte de Cuentas de la República, Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y Unidad de Auditoría Interna del Hospital, deberán evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento del Sistema de Control Interno del Hospital.

Art. 349.- El Director del Hospital, por medio de las unidades organizativas a su cargo, fortalecerá e implementará un modelo de supervisión facilitadora, mediante la aplicación de herramientas, estrategias y estándares de mejora continua de la calidad, para la evaluación de procesos de las diferentes unidades organizativas.

Art. 350.- El Director del Hospital, con el apoyo de la Unidad de Planificación Institucional, deberá evaluar periódicamente la ejecución del Plan Anual Operativo Hospitalario, a fin de identificar desviaciones y/o incumplimientos y establecer actividades de control, que permitan reorientar las actividades con sus responsables para lograr los resultados esperados.

Art. 351.- Las jefaturas de las divisiones, tendrán la responsabilidad de evaluar periódicamente las medidas de ahorro y austeridad de las unidades organizativas a su cargo y presentarán el informe correspondiente ante la Dirección.

Art. 352.- Todas las jefaturas de las unidades organizativas, deberán salvaguardar un archivo de los acontecimientos que ocurran con el personal bajo su responsabilidad, a efecto de tener documentación de soporte que permita la evaluación real del desempeño cada semestre. También deberá mantener controles propios a sus actividades, que permitan lograr la ejecución de los planes operativos de su unidad organizativa.

Comunicación de los Resultados del Monitoreo

Art. 353.- Los resultados o hallazgos de las actividades de monitoreo del Sistema de Control Interno, realizados por Unidad de Auditoría Interna y la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Hospital, deberán ser comunicados por escrito al Director del Hospital y demás jefaturas de las áreas involucradas.

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA

Art. 354.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, serán realizadas por el Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana, de acuerdo a las necesidades priorizadas por la Dirección, considerando los resultados de evaluaciones sobre la marcha; autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno y los costos en que se incurre, tanto de personal como financieros; esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por el Director del Hospital.

Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de Santa Ana, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, de forma impresa y en medio magnético, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 355.- El Director del Hospital, será responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas a sus funcionarios y empleados; así como de la aplicación de las mismas, por medio de las jefaturas de las unidades organizativas que conforman el Hospital Nacional “San Juan de Dios” de Santa Ana.

Art. 356.- Derógase el Decreto No. 21, publicado en el Diario Oficial No. 189, Tomo No. 393, de fecha once de octubre de dos mil once.

Art. 357.- La presente normativa, entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, doce de febrero de dos mil quince.

LIC. JOVEL HUMBERTO VALIENTE,
PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA.

(Registro No. F046948)

DECRETO No. 4

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO

- I. Que el día 16 de junio de 2014, quien en ese momento ocupaba el cargo de Presidente de la Corte de Cuentas de la República, emitió el Decreto N° 22; publicado en Diario Oficial N° 125, Tomo N° 404, del 8 de julio de 2014, que contiene el Reglamento relativo a las POLÍTICAS DE AHORRO Y AUSTERIDAD DEL GASTO EN LAS ENTIDADES DEL SECTOR GUBERNAMENTAL Y MUNICIPAL, estableciéndose en sus considerandos que en la Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público emitida por el Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, se declara que la misma no le es aplicable a aquellas entidades que gozan de autonomía administrativa y financiera, y que financien la totalidad de los gastos con recursos propios. Asimismo, que en el contenido de dicha normativa se regula la obligatoriedad de publicar datos en las respectivas páginas de transparencia de las entidades del sector público; se prohíbe la compra de ciertos bienes y servicios; y se alude a que ciertas erogaciones deben estar incluidas en el presupuesto institucional.
- II. Que el tema hacendario, que incluye ingresos y gastos, lo regula la Constitución, y en su artículo 224 prevé que: “Todos los ingresos de la Hacienda Pública forman un solo fondo que estará afecto de manera general a las necesidades y obligaciones del Estado. (...)”. Además, el artículo 226 establece: “el Órgano Ejecutivo, en el ramo correspondiente, tendrá la dirección de las finanzas públicas y estará principalmente obligado a conservar el equilibrio del Presupuesto (...)”. Asimismo, el artículo 228 se refiere a que: “Ninguna suma podrá comprometerse o abonarse con cargo a fondos públicos, sino es dentro de las limitaciones de un crédito presupuesto. Todo compromiso, abono o pago deberá efectuarse según lo disponga la ley (...)”.