



MINISTERIO  
DE SALUD

# NORMAS DE CONTROL INTERNO 2021



**Metapán, diciembre 2021.**

**DECRETO No. \_\_\_\_**

**EL ORGANISMO DE DIRECCIÓN DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA,  
CONSIDERANDO:**

- I. Que mediante Decreto No. 1 de fecha 16 de enero de 2018, publicado en el Diario Oficial Número 34, Tomo 118 del 19 de febrero de 2018, esta Corte, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno (NTCI)
- II. Que según el artículo 63 del referido Decreto, cada Entidad del Sector Público presentaría a esta Corte un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas para regular el funcionamiento de su sistema de control interno, a efecto de que sea parte del Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas que amita la Corte de Cuentas de la República.

**POR TANTO:**

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 195, numeral 6 de la Constitución de la República de El Salvador y Artículos 5, numeral 2, literal a y 24 numeral 1 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República,

DECRETA el siguiente reglamento que contienen las:

## **NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN**

Dado en San Salvador a los 23 días del mes de diciembre 2021

Presidente

Primera Magistrada

Segundo Magistrado

Organismo de Dirección de la Corte de Cuentas

## **GENERALIDADES**

### **Ámbito de Aplicación**

Art. .1 - El presente Reglamento que contiene las Normas Técnicas de Control Interno es aplicable a las diferentes áreas, servicios, departamentos, unidades y divisiones que constituyen la parte organizativa, administrativa y operativa del Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán, como instrumento regulatorio que garantiza la consecución de los objetivos institucionales y el buen uso de los recursos asignados. Para tal efecto de este Reglamento, el Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán se denominará “El Hospital”.

### **Definición de Sistema de Control Interno**

Art. 2.- El Sistema de Control Interno es el conjunto de procesos continuos e interrelacionados, llevados a cabo por la máxima autoridad, funcionarios y empleados, según lo establecen los manuales y reglamentos diseñados para proporcionar seguridad razonable en la consecución de objetivos institucionales: el sistema de control interno comprenderá planes, métodos, procesos, procedimientos tareas y actividades establecidas en el mismo.

El control interno se clasificará según su finalidad en administrativo y financiero; y de acuerdo a su momento de aplicación en previo, concurrente y posterior; será efectuado por los servidores responsables del trámite ordinario de las operaciones y evaluará la efectividad del sistema de control interno hospitalario.

### **Objetivos del Sistema de Control Interno**

Art. 3.- La finalidad del Sistema de Control Interno es el de contribuir con la Institución en el cumplimiento de los objetivos organizacionales, para:

- a) Lograr eficiencia, efectividad y eficacia de las operaciones en el manejo de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos relacionados con la generación de un buen servicio y atención al usuario.

- b) Garantizar confiabilidad y oportunidad de la información generada a partir de todas las actividades realizadas en el Hospital.
- c) Cumplir con Leyes, Decretos, Reglamentos, Normas, Acuerdos, Resoluciones, Disposiciones Administrativas y otras regulaciones aplicables, todo de acuerdo con la escala jerárquica de las fuentes de ordenamiento legal.

Cada jefatura de unidad organizativa será el responsable del cumplimiento de los objetivos en su ámbito de acción, colaborando con la transparencia y economía de la gestión institucional.

### **Componentes Orgánicos del Sistema de Control Interno**

Art. 4.- Los componentes orgánicos del Sistema de Control Interno son cinco, que se detallan a continuación:

- **AMBIENTE DE CONTROL:** comprende las normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrollara el control interno del hospital.

Se basa en los principios:

- Compromisos con la integridad y los valores éticos.
- Supervisión del sistema de control interno
- Estructura, líneas de comunicación, autoridad y responsabilidad
- Compromiso con la competencia del talento humano
- Cumplimiento de responsabilidades

- **VALORACIÓN DE RIESGOS:** es un proceso dinámico e interactivo para identificar y evaluar a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el hospital

Se basa en los principios:

- Establecimiento de los objetivos institucionales
- Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos
- Evaluación de riesgos de fraude
- Identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el en sistema de control interno

- **ACTIVIDADES DE CONTROL:** son acciones establecida a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la administración para mitigar los riesgos del hospital con impacto potencial en los objetivos establecidos.

Se basa en los principios:

- Selección y desarrollo de actividades de control
- Selección y desarrollo de actividades sobre tecnología
- Emisión de políticas y procedimientos de control interno.

- **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** permite al hospital llevar a cabo su responsabilidad de control interno y documentar el logro de los objetivos. La administración necesita información relevante y de calidad de fuentes internas y/o externas para el funcionamiento de los otros componentes de control interno entiéndase la comunicación del proceso continuo de identificar obtener, procesar y compartir información.

Se basa en los principios:

- Información relevante y de calidad
- Comunicación interna.
- Comunicación externa.

- **MONITOREO y SUPERVISION:** Constituyen las evaluaciones continuas e independiente, realizadas para determinar si los componentes del control interno, incluyendo sus controles están presentes y funcionando adecuadamente con el objetivo de verificar si el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionamiento adecuadamente.

Se basa en los principios:

- Evaluaciones continuas e independientes del sistema de control interno
- Evaluación y comunicación de las deficiencias de control interno.

## Seguridad Razonable

Art. 5.- el sistema de control interno, proporcionara una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos del hospital.

## **CAPITULO I**

### **AMBIENTE DE CONTROL**

#### **Entorno de control**

Art. 6.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores internos y externos, tales como antecedentes del hospital principios y valores, leyes y regulaciones aplicables al hospital.

#### **Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos**

##### **Compromiso con los principios y valores éticos**

Art. 7.- La Dirección, Subdirección, las jefaturas y todo el personal que labora en el hospital 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.

##### **Estándares de Conducta.**

Art. 8.- La Dirección, Subdirección y las jefaturas, establecerán los estándares de conducta de los empleados del hospital, basados en la integridad y valores éticos, utilizando como referencia el Código de Ética Gubernamental y estos serán divulgados en todos los niveles del Hospital.

##### **Seguimiento a desviaciones.**

Art. 9.- La Dirección, Subdirección y las jefaturas deberán aplicar acciones preventivas, correctivas o sancionatorias, basadas en normas aplicables, de manera oportuna sobre las desviaciones a los estándares de conducta.

#### **Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno**

### **Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión**

Art. 10.- La responsabilidad de supervisión del Sistema de Control Interno, recae en la Dirección, Subdirección y jefaturas, siendo acorde al Plan de Supervisión establecido en el Hospital

### **Supervisión y Evaluación del Sistema de Control Interno.**

Art. 11.- La Dirección y Subdirección evaluarán al menos una vez al año el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno, revisando y actualizando los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos del hospital; caso contrario, efectuará los ajustes correspondientes.

Art. 12.- La Dirección y Subdirección tienen la atribución de supervisar la efectividad de los cinco componentes del Sistema de Control Interno, implementado por la entidad.

### **Principio 3: Estructura Organizativa, Líneas de Reporte o de Comunicación, Autoridad y Responsabilidad.**

#### **Estructura Organizacional**

Art. 13.- El Hospital contara con una estructura organizativa definida, según el organigrama institucional, la cual para lograr sus fines está conformada por diferentes áreas, servicios, departamentos, unidades y divisiones. El Organigrama Institucional se presentará formalmente y representará claramente definidos los niveles de responsabilidad, jerarquía y canales de comunicación.

#### **Establecimiento de Funciones y Competencias**

Art. 14.- La creación, revisión y actualización del Manual de Organización y funciones del Hospital, será de acuerdo a las necesidades priorizadas por el consejo de gestión del hospital y autorizada por el Director.

## **Autoridad y Responsabilidad**

Art. 15.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas delegarán autoridad, definirán responsabilidades y segregarán funciones en cada nivel del Hospital.

- a) La Dirección, la Subdirección y las jefaturas serán responsable de las funciones que delegan; por lo que, deberán supervisarlas de acuerdo a plan de supervisiones y en caso de desviaciones efectuarán los ajustes pertinentes.
- b) La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, emitirán instrucciones escritas, que le faciliten al personal llevar a cabo sus responsabilidades de control interno.
- c) El personal, comprenderá los estándares de conducta esperados, riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos, actividades de control inherentes a sus funciones y competencias, canales de comunicación, actividades de supervisión y cumplirán con las instrucciones emitidas por las jefaturas.

## **Principio 4: Compromiso con la Competencia del Talento Humano**

### **Establecimiento de Políticas y Prácticas**

Art. 16.- Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están orientadas a contar con servidores que posean las competencias necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La competencia, consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, las que se obtendrán a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas que mejoren los procesos de la Institución y certificaciones. Se manifiesta en las actitudes, conocimiento y comportamiento de los servidores públicos en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

### **Evaluación de competencias.**

Art. 17- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas , evaluaran la competencia del talento humano en la entidad, de acuerdo con las políticas y practicas establecidas y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones.

### **Desarrollo Profesional**

Art. 18.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas facilitarán la capacitación necesaria para desarrollar a través del Plan Hospitalario de Formación y Capacitación lo que permitirá contar con personal competente y alcanzar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **Planes de Contingencias**

Art. 19.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas garantizarán la existencia de planes de contingencias para que las acciones de los servidores públicos afecten lo menos posible la consecución de los objetivos.

### **Principio 5: Cumplimiento de Responsabilidades**

#### **Responsabilidad sobre el Control Interno**

Art. 20.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, designarán por escrito las responsabilidades de control interno al talento humano idóneo y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr los objetivos.

Estos diseñarán, implementarán y aplicarán el Plan de Supervisión Hospitalario anual con el fin de evaluar el cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura de la entidad, considerando los riesgos que enfrenta para alcanzar de los objetivos.

#### **Incentivos**

Art. 21.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas diseñarán, implementarán y aplicarán el plan de incentivos institucional para el Recurso Humano que realicen actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de sus objetivos a corto y largo plazo.

#### **Evaluación del Desempeño**

Art. 22.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas inmediatas aplicarán evaluaciones del desempeño al talento humano dos veces al año, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos del Hospital.

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

## **CAPÍTULO II**

### **EVALUACIÓN DE RIESGOS**

#### **Evaluación de Riesgos.**

Art. 23.- Es un proceso dinámico e interactivo, para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia, establecidos por el Hospital a través de la Programación Anual Operativa.

#### **Principio 6: Establecimiento de Objetivos Institucionales.**

##### **Objetivos Institucionales.**

Art. 24.- La Dirección y la subdirección, con el apoyo del Consejo Estratégico De Gestión definirán los objetivos institucionales, plasmándolos en el plan anual operativo con suficiente claridad tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que deberán ser consistentes con la misión y visión institucional.

##### **Objetivos Estratégicos**

Art. 26.- La máxima autoridad del ministerio de salud, definirá las directrices generales contenidas en el Plan Estratégico Ministerial, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional.

##### **Objetivos Operacionales**

Art. 27.- El hospital a través de la unidad de planificación junto a las jefaturas, establecerán las metas y actividades para cada unidad organizativa para el ejercicio fiscal, las cuales serán determinadas en función de los objetivos estratégicos y orientadas al cumplimiento de los fines institucionales.

#### **Principio 7: Identificación y Análisis de los Riesgos para el Logro de Objetivos.**

##### **Riesgos.**

Art. 28.- Cada unidad organizativa evaluara los riesgos tanto externos como internos que de llegar a producirse puedan impedir u obstaculizar el cumplimiento de objetivos y metas institucionales. Dicha valoración de riesgos debe realizarse al menos una vez al año.

### **Gestión de Riesgos**

Art. 29.- Será responsabilidad de todas las jefaturas identificar y analizar por su nivel de importancia sus factores de riesgo, así como también la gestión para mitigar la probabilidad de ocurrencia, o el impacto que esto pueda provocar.

### **Identificación de Riesgos**

Art. 30.- El proceso de identificación de riesgos, debe ser integral, considerando las interacciones significativas de recursos, servicios e información.

Los riesgos, pueden ser generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

Los riesgos internos, se pueden generar en áreas como:

- a. Infraestructura
- b. Estructura organizativa
- c. Talento humano
- d. Acceso y uso de bienes
- e. Tecnologías de información y comunicación
- f. Medio ambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

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

### **Análisis de Riesgos**

Art. 31.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel del Hospital como del entorno próximo y remoto. Este

proceso, deberá incluir la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

Se debe estimar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar el impacto en el cumplimiento de los objetivos. Esta estimación, comprende tres variables: Probabilidad, impacto y velocidad. Con estas consideraciones se podrá construir una matriz de riesgos para determinar los riesgos prioritarios.

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

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

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

El impacto, deberá estar expresado en términos cuantitativos.

La persistencia se refiere, a que en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

### **Determinación e Implementación de Acciones para Mitigar el Riesgo**

Art. 32.- Analizados los riesgos, la Dirección, la Subdirección y las jefaturas definirán las acciones para su administración y mitigación.

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

### **Principio 8: Evaluación del Riesgo de Fraude**

#### **Riesgo de Fraude**

Art. 33.- El hospital, al evaluar los riesgos considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos.

Para ese fin, deberá considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

## **Principio 9: Identificación, Análisis y Evaluación de Cambios que Impactan el Sistema de Control Interno**

### **Cambios que Afectan el Sistema de Control Interno**

Art. 34.- El Consejo de Gestión del hospital identifica, analiza y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso se desarrolla paralelamente a la evaluación de riesgos y requiere que se establezcan controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos institucionales, éstos podrían referirse a lo siguiente:

- a. Ambiente externo
- b. Medio ambiente
- c. Asignación de nuevas funciones a la entidad o al personal
- d. Adquisiciones, permutas y ventas de activos
- e. Cambios en las leyes y disposiciones aplicables
- f. Cambios en el liderazgo, en la administración, actitudes y filosofía
- g. Nuevas tecnologías de información y comunicación.

### **Actividades de Control**

Art. 35.- Las actividades de control, son las medidas establecidas por las Máximas Autoridades, a través de políticas y procedimientos, que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las acciones necesarias para mitigar los riesgos, con impacto potencial en los objetivos del Hospital. Al establecer medidas de control, se debe tomar en cuenta que el costo de su implementación no debe superar el beneficio esperado.

Los controles al menos deberán permitir:

- a. Prevenir la ocurrencia del riesgo.
- b. Minimizar el impacto o las consecuencias de los riesgos.
- c. Restablecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno en el menor tiempo posible.

## **Principio 10: Selección y Desarrollo de las Actividades de Control**

### **Selección y Desarrollo de Actividades de Control**

Art. 36.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, seleccionarán e implementarán en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuyan a la mitigación de riesgos, hasta niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos.

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

### **Factores que Influyen en el Diseño e Implementación**

Art. 37.- Los factores específicos del Hospital y sus dependencias, influirán en el diseño e implementación de las actividades de control necesarias para apoyar el Sistema de Control Interno, entre los que están:

- a. El ambiente y complejidad de la entidad.
- b. La naturaleza y alcance de sus operaciones.
- c. Estructura organizativa.
- d. Sistemas de información.
- e. Infraestructura tecnológica.

### **Procesos Relevantes**

Art. 38.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas definirán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos de la Institución y sus dependencias.

Los controles están orientados a:

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

## **Diversidad de Controles**

Art. 39.- Las actividades de control, pueden incluir una diversidad de controles en los distintos niveles del hospital. Los controles pueden ser: Preventivos, de detección y correctivos; siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

## **Tipos de Actividades de Control**

Art. 40.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, implementarán las actividades de control relacionadas con los aspectos siguientes:

- a. Autorizaciones y aprobaciones.
- b. Verificaciones.
- c. Administración de fondos y bienes.
- d. Revisión de informes.
- e. Comprobación de datos.
- f. Controles físicos.
- g. Rendición de fianzas.
- h. Indicadores de rendimiento.
- i. Segregación de funciones incompatibles.
- j. Documentación de actividades.
- k. Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.
- l. Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
- m. Conciliaciones.
- n. Rotación del personal en las tareas claves.
- o. Función de auditoría interna independiente.
- p. Autoevaluación de controles.
- q. Actualización de los controles establecidos.
- r. Planes de contingencia.
- s. Informes de resultados.
- t. Uso de tecnologías de información y comunicación.

## **Principio 11: Selección y Desarrollo de Controles Generales sobre Tecnología**

### **Controles Generales**

Art. 41.- Los controles generales de las tecnologías de información y comunicación, incluyen actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas. Incluyen las medidas y procedimientos que permiten garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.

### **Uso de Tecnologías de Información y Comunicación**

Art. 42.- Las unidades organizativas que apoyan el cumplimiento de sus objetivos y procesos mediante tecnologías de información y comunicación, deberán seleccionar y desarrollar actividades de control para mitigar el riesgo por el uso de la misma.

Las actividades de control, deberán estar basadas en estándares para el uso de la tecnología, las cuales pueden relacionarse de la siguiente forma:

- a. La tecnología apoya los procesos del Hospital: Cuando la tecnología está integrada en los procesos del Hospital, se necesitan actividades de control para mitigar el riesgo de un funcionamiento inadecuado; y
- b. La tecnología, se utiliza para automatizar las actividades de control.

### **Políticas de Seguridad**

Art. 43.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, deberán establecer políticas de seguridad de la información, que consiste en la especificación de los requisitos de control de acceso a la información, estableciendo las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información, consiste en:

- a. Autenticidad: Mediante el identificativo de usuario y contraseña, firmas digitales o certificaciones realizadas por las autoridades legalmente reconocidas.
- b. Integridad: Garantizar que la información ha sido modificada por personas autorizadas.
- c. Confidencialidad: La privacidad de los datos, impidiendo que terceros puedan tener acceso a la información sin debida autorización. La privacidad o confidencialidad, se consigue mediante sistemas de cifrado o encriptación de la información.

d. No repudio: Debe existir evidencia de que un mensaje se envió en realidad. Los mecanismos de no repudio, consisten en la existencia de validez legal de la firma digital.

Art. 44.- Los sistemas de información, deberán dar apoyo a todas las actividades de la entidad y contar con los controles necesarios para asegurar su correcto funcionamiento y confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información, deben contar con mecanismos de seguridad de las entradas, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permitan cambios o modificaciones cuando sean necesarios y estén debidamente autorizados, manteniendo las huellas de auditoría requeridas para efectos de control de las operaciones.

## **Principio 12: Emisión de Políticas y Procedimientos de Control Interno**

### **Políticas y Procedimientos**

Art. 45.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, establecerán actividades de control interno a través de políticas y procedimientos que permitan su implementación.

Las políticas, se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, los que deberán estar documentados.

Los procedimientos, son las actividades definidas para implementar las políticas establecidas.

Las políticas y procedimientos, deberán cumplir con los aspectos siguientes:

- a. Establecidos y realizados oportunamente.
- b. Incluir acciones preventivas y correctivas.
- c. Asignados al personal competente.
- d. Sujetos a evaluación periódica para mantenerlas actualizadas.

## **CAPÍTULO IV**

### **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

## **Información**

Art. 46.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, deberán establecer y mantener líneas de comunicación con todos los niveles de la Institución; utilizando terminología clara y uniforme como diagramas de flujo de la información interna, procesos bien definidos en cada unidad organizativa y otras propias del nivel hospitalario.

La información, debe ser de calidad y cumplir con los siguientes aspectos:

- a. Contenido: Presenta toda la información necesaria;
- b. Oportunidad: Se obtiene y proporciona en el tiempo adecuado;
- c. Actualidad: Está disponible la información más reciente;
- d. Exactitud: Los datos son correctos y confiables;
- e. Seguridad: Es resguardada y protegida de manera apropiada; y
- f. Accesibilidad: La información puede ser obtenida fácilmente por los usuarios.

## **Comunicación**

Art. 47.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, en acompañamiento del concejo de gestión, identificarán, obtendrán, procesarán y compartirán información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna como externa.

La comunicación interna, fluirá en sentido ascendente y descendente en todos los niveles del Hospital; puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por las Máximas autoridades.

La comunicación externa, cumplirá dos finalidades: a) Comunicar de afuera hacia el interior del Hospital. La información externa relevante se difundirá a través de reuniones generales y reuniones con jefaturas, quienes a su vez lo harán del conocimiento de todo el personal a su cargo. b) Proporcionar información importante de adentro hacia afuera del Hospital, por medio de las áreas destinadas a ese fin.

## **Principio 13: Información Relevante y de Calidad**

### **Información Relevante y de Calidad**

Art. 48.- 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 MINSAL.

### **Sistemas de Información**

Art. 49.- Los responsables de las áreas destinadas obtendrán y procesarán datos de fuentes tanto internas como externas, a fin de convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información, utilizando para ello los sistemas definidos por el MINSAL.

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

- a. Accesible;
- b. Apropiaada;
- c. Actualizada;
- d. Protegida;
- e. Conservada;
- f. Suficiente;
- g. Oportuna;
- h. Válida;
- i. Verificable;
- j. Pertinente;
- k. Auténtica; y
- l. De no repudio.

### **Principio 14: Comunicación Interna**

#### **Comunicación Interna**

Art. 50.- La Dirección y la Subdirección darán a conocer el organigrama Institucional, lo que le permitirá a los recursos conocer las vías de comunicación. Se utilizará

preferentemente el medio escrito para facilitar una comunicación interna efectiva y para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **Niveles de Comunicación**

Art. 51.- La comunicación entre la máxima autoridad, mandos medios y demás personal, deberá orientarse a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones, usualmente se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Las comunicaciones deberán ser frecuentes, a fin de que la máxima autoridad analice el impacto de sus resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que tome las decisiones adecuadas y oportunas, en caso de un control interno inefectivo.

### **Canales de Comunicación**

Art. 52.- Para facilitar el flujo de la información a través de la organización, El Hospital, tienen implementado el uso de tecnologías de información y comunicación. También se contará con buzones, distribuidos estratégicamente en las áreas de atención.

### **Efectividad de la Comunicación**

Art. 53.- 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.

Algunos métodos son:

- a. Circulares;
- b. Memorandos;
- c. Correo electrónico;
- d. Acuerdos;

- e. Actas;
- f. Carteleras;
- g. Reuniones de trabajo;
- h. Mensajes de texto;
- i. Intranet;
- j. Transmisiones vía internet;
- k. Sitios web o publicaciones; y
- l. Vídeo conferencias.

## **Principio 15: Comunicación Externa**

### **Comunicación Externa**

Art. 54.- La comunicación externa, se hará a través de los medios oficiales, cumpliendo con las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer institucional.

Se realizará una rendición de cuentas por año, con el fin de que terceros comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con el Hospital. Al mismo tiempo, la información que la entidad reciba de terceros puede proporcionar información importante y confiable sobre el Sistema de Control Interno.

Los servicios soportados con tecnología de información y comunicación, deberán asegurar el no repudio, aportar pruebas de que un mensaje se envió en realidad.

## **CAPÍTULO V**

### **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN.**

#### **Supervisión**

Art. 55.- La supervisión, implica la realización de evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente en el Hospital, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

Todos los procesos que se realizan en el Hospital deberán ser supervisados, con el fin de incorporar el concepto de mejoramiento continuo; asimismo, el Sistema de Control Interno, deberá ser flexible para reaccionar ágilmente y adaptarse a las circunstancias.

La calidad del desempeño de la estructura de control interno se evaluará, considerando lo siguiente:

- a. Las actividades de supervisión, serán realizadas continuamente en el curso ordinario de las operaciones de la entidad.
- b. Las evaluaciones serán independientes e individualizadas por cada área.
- c. Se tomarán acciones respecto a deficiencias encontradas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno.
- d. Cada recurso que tenga sub-alternos es responsable de las actividades de control de su unidad.

## **Principio 16: Evaluaciones Continuas e Independientes del Sistema de Control Interno**

### **Evaluaciones Continuas y/o Independientes**

Art. 56.- La Dirección y la Subdirección con el apoyo del concejo de gestión, seleccionarán, desarrollarán y llevarán a cabo evaluaciones continuas y/o independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

### **Evaluaciones Continuas**

Art. 57.- Las evaluaciones continuas, formarán parte de los procesos desarrollados en los diferentes niveles del Hospital y suministrarán información oportuna, que podrá ser entregada en físico o de forma electrónica.

### **Evaluaciones Independientes**

Art. 58.- Las evaluaciones independientes, se ejecutarán periódicamente y podrán variar en alcance y frecuencia, dependiendo de la evaluación de riesgos, la efectividad de las evaluaciones continuas y de otras consideraciones de las Máximas autoridades.

Estas evaluaciones, incluirán observaciones, investigaciones, revisiones y exámenes apropiados; sin embargo, no forman parte de los procesos de la entidad, pero permitirán determinar si cada uno de los componentes es efectivo.

Las evaluaciones independientes podrán realizarse a través de diferentes enfoques, algunos de los cuales son:

- a. Auditoría interna;
- b. Auditoría externa;
- c. Entre pares; y
- d. De Comités.

### **Combinación de Evaluaciones**

Art. 59. La Dirección, la Subdirección y las jefaturas, podrán seleccionar, desarrollar y llevar a cabo una combinación de evaluaciones continuas e independientes.

### **Principio 17: Evaluación y Comunicación de Deficiencias de Control Interno**

#### **Evaluación y Comunicación de Deficiencias**

Art. 60.- La Dirección, la Subdirección y las jefaturas correspondientes, evaluarán y comunicarán las deficiencias de control interno de forma oportuna a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISPOSICIONES FINALES.**

Art. 61.- Las normas de Control Interno Específicas del Hospital deberán ser remitidas a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y publicación en el Diario Oficial. El costo de dicha publicación, será asumido por cada entidad pública. Para esos efectos, esta Corte emitirá los lineamientos respectivos.

Art. 62.- Las presentes Normas serán revisadas cada año para identificar ajustes que regulen el funcionamiento del Sistema de Control Interno, de acuerdo a las necesidades, naturaleza y características particulares.

San Salvador, 23 de diciembre de dos mil diecinueve.

Licda. Carmen Elena Rivas Landaverde  
Presidente de la Corte de Cuentas de la República

## GLOSARIO

- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 1 | Actividades de Control | Políticas y procedimientos que permiten obtener una seguridad razonable de que se llevan a cabo las disposiciones emitidas por la máxima autoridad y jefaturas.  |
| 2 | Ambiente de Control    | Conjunto de factores del ambiente organizacional que la dirección y jefaturas en general, deben establecer y mantener para permitir el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el control interno y para una administración transparente. |
| 3 | Autorización           | Procedimiento certificador de que solo se efectúan operaciones y actos administrativos válidos, de acuerdo con lo previsto con la Dirección.   |
| 4 | Comprobante            | Documento legal que constituye evidencia material de toda transacción.   |
| 5 | Comunicación           | Apropiado entendimiento sobre los roles y  |

responsabilidades involucradas en el control interno de la información financiera y de gestión en el Hospital.

- |    |                         |  |
|----|-------------------------|--|
| 6  | Consulta Externa        | Área de atención médica ambulatoria especializada, a pacientes con cita previa.  |
| 7  | Control Interno         | Proceso continuo realizado por la Máxima Autoridad, funcionarios y personal en general diseñado para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los siguientes objetivos: Efectividad y eficiencia de las operaciones, oportunidad y confiabilidad de la información, cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico aplicable. |
| 8  | Control Previo          | Conjunto de procedimientos y acciones que adoptan los niveles de Dirección y Jefaturas en general para cautelar la correcta administración de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.  |
| 9  | Costo Beneficio         | Relación entre el valor del costo de un control y el beneficio derivado de este. En ningún caso el costo del control interno excederá los beneficios que se esperan de su aplicación.  |
| 10 | Delegación de Autoridad | Autorización formal para el desarrollo de funciones y actividades de altos niveles organizativos a favor de los niveles inferiores.  |
| 11 | Director                | Máxima autoridad, sea que su origen provenga de elección directa, indirecta o designación. También se conoce como Representante Legal, autoridad competente o titular.   |
| 12 | Eficacia                | Logro de los objetivos y metas programados por una entidad.  |
| 13 | Eficiencia              | Rendimiento óptimo, sin desperdicio de recursos.   |
| 14 | Ética                   | Conjunto de principios y normas morales que regulan la conducta humana y permiten a la persona adoptar decisiones y determinar un comportamiento apropiado, esos valores deben estar basados en lo que es correcto.  |
| 15 | Funcionario             | Gerente, ejecutivo, administrador o persona facultada legalmente para autorizar o ejecutar las transacciones y operaciones en una entidad.   |
| 16 | Hospitalización         | Área de atención a enfermos que ameriten monitoreo médico continuo y cuidados especializados de enfermería,  |

incluye manejo de cuidados críticos.

- 17 Informe COSO Informe sobre el “Marco Integrado de Control Interno” (Internal Control – Integrated Framework) elaborado en 1992 por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO Comité of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), basado en una recopilación mundial de información sobre tendencias y conocimientos relativos a control interno. El informe presenta una visión actualizada de la materia, que se encuentra vigente en los Estados Unidos de América y ha logrado reconocimiento en diversos países y organizaciones internacionales.
- 18 Información y Comunicación Es el proceso mediante el cual el Hospital identifica, registra y comunica la información relacionada con las actividades y eventos tanto internos como externos.
- 19 Investigación Clínica Es el área que trabaja en la consecución del nuevo conocimiento médico en prevención, tratamiento, diagnóstico y etiología, utilizando como unidad de medida a sujetos humanos o productos biológicos.
- 20 Monitoreo del Control Interno Es el proceso que se realiza para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno en el tiempo y asegura razonablemente que los hallazgos y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.
- 21 Quirófano de Cirugía Mayor Área en la que se resuelven enfermedades, que necesitan procedimientos quirúrgicos.
- 22 Riesgo Evento, interno o externo, que de suceder impide o compromete el logro de los objetivos institucionales.
- 23 Rotación de Personal Es la acción regular dentro de períodos preestablecidos, que conlleva al desplazamiento del empleado a nuevas funciones, con el propósito de ampliar sus conocimientos, disminuir errores y evitar la existencia de “personal indispensable”.
- 24 Seguridad e Higiene Ocupacional Es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas utilizadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente, e instruir o convencer a las personas, acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas para evitar pérdidas o daños.

- |    |                                 |  |
|----|---------------------------------|--|
| 25 | Selección de Personal           | Análisis de los resultados obtenidos en el proceso de reclutamiento y selección, en el que participan varios candidatos para optar a una plaza vacante.  |
| 26 | Separación de Funciones         | Principio administrativo tendiente a evitar que un empleado desarrolle tareas laborales incompatibles con su puesto de trabajo.  |
| 27 | Servicio de Diagnóstico y Apoyo | Área que converge en los servicios que brindan apoyo a los procesos de atención médica, tales como: Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Imagenología, Fisioterapia, Farmacia, Patología entre otros. |
| 28 | Sistema de Información          | Métodos y procedimientos establecidos para registrar, procesar, analizar, resumir e informar sobre las operaciones de una entidad, que permite la toma de decisiones.                                  |
| 29 | Transacción                     | Operación administrativa, comercial o bursátil que implica un proceso de decisión.   |
| 30 | Unidad de Emergencia            | Área de atención especializada para la atención de pacientes con urgencias médicas o de resolución quirúrgica inmediata.   |
| 31 | Valoración de riesgos           | Es la identificación y análisis de los riesgos relevantes para el logro de los objetivos, formando una base para la determinación de cómo deben administrarse los riesgos.                             |