



CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



DIRECCIÓN REGIONAL DE SANTA ANA



INFORME DE AUDITORÍA OPERACIONAL AL HOSPITAL NACIONAL “ARTURO MORALES”, DE METAPÁN, DEPARTAMENTO DE SANTA ANA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2017.

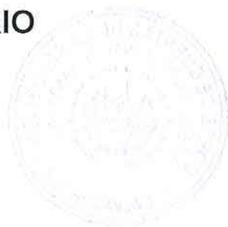


SANTA ANA, 27 DE JULIO DE 2018



ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
1. RESUMEN EJECUTIVO	1
2. PÁRRAFO INTRODUCTORIO	3
3. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	3
4. PRINCIPALES REALIZACIONES Y LOGROS	4
5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA POR ÁREA EXAMINADA	4
6. ANÁLISIS DE INFORMES DE AUDITORÍA INTERNA Y FIRMAS PRIVADAS DE AUDITORÍA	43
7. SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES DE AUDITORÍAS ANTERIORES	43
8. CONCLUSIÓN GENERAL	44
9. RECOMENDACIONES	44
10. PARRAFO ACLARATORIO	44





Doctora

Francia Irene de Jesús Orellana de Montalvo

Director Médico del Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán,

Departamento de Santa Ana

Presente.

En cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 195 de la Constitución de la República, y el artículo 5 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, realizamos Auditoría Operacional, de la cual se presenta el informe correspondiente así:

1. RESUMEN EJECUTIVO

ENTIDAD: Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán, Departamento de Santa Ana.

AUDITORÍA: Operacional

PERÍODO: del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

TÍTULO DE HALLAZGOS POR ÁREA EXAMINADA

a) AREA ADMINISTRATIVA

1. INEFICIENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES
2. FALTA DE ECONOMIA EN EL PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES
3. EL ALMACÉN NO ES EFICIENTE EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS.

b) AREA FINANCIERA

4. INEFICIENTE REGISTRO DE EXISTENCIA DE COMBUSTIBLE
5. INEFICIENTE REGISTRO CONTABLE DE DONACIONES DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS.
6. INEFICIENTE REGISTRO CONTABLE DE DONACIONES Y LEGADOS DE BIENES CORPORALES.
7. INEFICIENTE Y ANTIECONÓMICO MANEJO DE LOS FONDOS DE EMBARGOS JUDICIALES.
8. DEVENGAMIENTO INOPORTUNO DE INGRESOS PERCIBIDOS POR SERVICIOS PRESTADOS.

c) AREA MÉDICA

9. INEFICAZ CONTROL EN EL USO DE REACTIVOS Y MATERIALES DE REFERENCIA.
10. INEFICIENTE GESTIÓN DE RIESGOS.



- 11. INEFICIENTE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO
- 12. NO FUERON EFICACES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.

Santa Ana, 27 de julio de 2018

DIOS UNIÓN LIBERTAD


**DIRECTOR INTERINO AD HONOREM
REGIONAL SANTA ANA**





2. PÁRRAFO INTRODUCTORIO

Doctora

Francia Irene de Jesús Orellana de Montalvo

Director Médico del Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán,

Departamento de Santa Ana

Presente

Con base al Plan Anual de Trabajo de esta Dirección Regional de Santa Ana, se emitió la Orden de Trabajo No. 2/2018 de fecha 18 de enero del 2018, para realizar Auditoría Operacional al Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán, departamento de Santa Ana, correspondiente al período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

3. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

3.1 OBJETIVO GENERAL

Emitir una conclusión sobre la eficiencia, eficacia, economía, equidad, excelencia y efectividad de la gestión, en cuanto a la asignación y utilización de los recursos humanos, materiales y financieros destinados al desarrollo de los procesos sustantivos ejecutados por la entidad y, al logro de los objetivos propuestos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar si el proceso de planificación estratégica y operativa de la entidad fue realizado con economía, en términos de oportunidad e integración con el presupuesto aprobado y ejecutado, y siguiendo principios y prácticas administrativas razonables y con las directrices señaladas.
- b) Determinar el grado de eficiencia logrado por el Hospital en la utilización de los recursos humanos, financieros y equipo médico quirúrgico para la prestación de los servicios de salud encomendados.
- c) Verificar si los sistemas de información, las medidas de rendimiento y control, y los procedimientos seguidos por las autoridades hospitalarias para corregir las deficiencias encontradas que le fueron comunicadas por cualquiera de las Instancias de Control Interno y fiscalización de su gestión.
- d) Comprobar el grado de eficacia logrado por la gestión hospitalaria, en términos del cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en sus planes operativos para el año 2017.
- e) Determinar el grado de equidad y calidad de los servicios prestados o productos generados por la entidad.

3.3 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Nuestra Auditoría Operacional al Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán, departamento de Santa Ana, correspondiente al período del 1 de enero al 31 de

diciembre de 2017, la cual comprende el examen de la planificación estratégica operativa de sus actividades, el cumplimiento de sus objetivos y metas, el conocimiento y valoración de sus indicadores de gestión establecidos, la evaluación de su sistema de control interno y el cumplimiento de la normativa legal aplicable, basados en las Normas de Auditoría Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República, en lo aplicable.



4. PRINCIPALES REALIZACIONES Y LOGROS

El hospital no presenta realizaciones, ni logros en el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017.

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA POR ÁREA EXAMINADA

a) AREA ADMINISTRATIVA

1. INEFICIENCIA EN LA ASIGNACIÓN DE FUNCIONES

Comprobamos que el hospital no fue eficiente en un 46%, al asignar funciones al personal, en el Acuerdo No. 06/17, de fecha 15 de febrero de 2017; así:

- a) Del total de personal por Ley de Salarios, en un 46 % las funciones no corresponden al nombramiento, ya que de 135 cargos nominales, 62 tienen un cargo funcional diferente.
- b) Además, en algunos casos se ha excedido en el período del traslado, ya que este viene de años anteriores y se mantiene al 31 de diciembre de 2017, así:

Nombre	Puesto Nominal	Puesto Funcional	Fecha según acuerdo puesto funcional	Tiempo en el puesto funcional al 31-12-17
[REDACTED]	Auxiliar de Farmacia	Enfermera Hospitalaria	15-05-2013	4 años 7.5 meses
[REDACTED]	Ordenanza	Auxiliar de Estadística	08-03-2010	7 años 9 meses
[REDACTED]	Ordenanza	Atención al Usuario	01-01-2010	8 años
[REDACTED]	Cocinera	Jefe ESDOMED	23-11-2016	1 año 1 mes
[REDACTED]	Auxiliar de Estadística	Ordenanza	23-11-2016	1 año 1 mes
[REDACTED]	Técnico en Radiología	Auxiliar de Farmacia	01-10-2009	8 años 3 meses
[REDACTED]	Ordenanza	Secretaria	01-02-2011	6 años 11 meses
[REDACTED]	Ordenanza	Jefe de Recursos Humanos	24-08-2012	5 años 4 meses

- c) Personal con nombramiento de médico residente desempeña funciones que no corresponden a médicos en proceso de formación de una especialidad, así:

Nombre	Puesto Nominal	Puesto Funcional
[REDACTED]	Médico Residente I (Becario)	Médico Jefe de Servicio
[REDACTED]	Médico Residente I (Becario)	Médico Especialista I
[REDACTED]	Médico Residente I	Médico Jefe de Residentes
[REDACTED]	Médico Residente I (Becario)	Médico Especialista I
[REDACTED]	Médico Residente I	Médico Asesor de Insumos Médicos
[REDACTED]	Médico Residente I (Becario)	Médico Especialista I
[REDACTED]	Jefe de Residentes	Médico Especialista

El Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, establece en sus diferentes artículos:

- a) TRASLADOS INTERNOS, artículo 39 párrafo segundo “Los Directores del Nivel Regional y Directores de Hospitales Nacionales, están facultados para realizar los traslados de personal dentro de sus respectivas dependencias y establecimientos. Todo traslado debe realizarse cuando sea conveniente para la Institución.”
- b) GESTIÓN DEL TRASLADO, artículo 40 “Todo traslado debe gestionarse a través de la Jefatura de Recursos Humanos correspondiente, debiéndose elaborar el Acuerdo respectivo.”
- c) ASIGNACION DE FUNCIONES, artículo 41 “Todo empleado o funcionario público que se traslade de un establecimiento a otro ó de una dependencia a otra, debe realizar funciones de acuerdo a la plaza según su nombramiento o contratación.”
- d) DURACION DEL TRASLADO artículo 42. “Todo traslado de un empleado o funcionario público no podrá exceder de un período máximo de seis meses. De ser necesario, el traslado puede prorrogarse por otro período igual o menor; después de transcurrido este período, los Directores involucrados deben trasladar la plaza ó regresar al empleado o funcionario público sujeto de traslado, a su lugar de nombramiento o contratación.”

El artículo 79 del Reglamento General de Hospitales, en la Sección X, del Médico Residente: “Los médicos residentes tienen carácter de becario, están en proceso de formación de una especialidad y tienen una relación laboral y académica con el MINSAL siempre y cuando sean estudiantes activos de una especialidad médica u odontológica, dependen jerárquicamente de las Jefaturas de los Departamentos de la especialidad respectiva...”



La deficiencia se debe a que la Directora del Hospital y el Jefe de Recursos Humanos no han realizado las gestiones necesarias para que los empleados realicen las funciones de acuerdo a la plaza de nombramiento.

En consecuencia, para cubrir las plazas necesarias para el funcionamiento del Hospital se contrata personal por servicios profesionales, incurriendo en costos adicionales.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia de fecha 2 de julio de 2018, el Jefe de Recursos Humanos, comentó: “Esta situación se ha venido dando a través de los años debido a que el hospital inicialmente empezó a funcionar como centro de salud, y en el transcurso del tiempo fue aumentando la demanda de los servicios que prestaba por lo que el Ministerio de Salud lo Reclasificó como Hospital de Segundo Nivel, pero siguió funcionando con el mismo personal y además se abrieron nuevos servicios, debido a esto es que la institución se ha visto en la necesidad de ir asignando funciones para solventar la demanda de servicios de salud, ya que existen muchos puestos funcionales dentro del hospital que no tienen puesto nominal, como por ejemplo no contamos con las plazas de médicos Jefe de Servicios, tenemos un limitado número de plazas y horas contratadas de médicos especialistas, tenemos un déficit muy grande Enfermera hospitalaria, así como también tenemos plazas de Médico Residente I y Médico Residente I (Becario) que no tiene razón de ser en nuestra institución ya que no somos un hospital escuela, por lo que no son médicos en formación, sino que realizan funciones de médicos generales. Otra causa de esta situación son las instrucciones que algunas veces gira el Ministerio de Salud sobre la creación de nuevos puestos o nuevas áreas de trabajo, en la que expresamente se dice que dichas áreas deben ser atendidas por personal que ya se encuentra contratado en el hospital, es decir que no se crean las plazas necesarias para cubrir estos nuevos puestos de trabajo, por tal motivo ha sido necesario resolver las necesidades de personal realizando movimientos internos del personal, cuidando que la persona que ocupe el puesto funcional cumpla el perfil. Como evidencia de lo anteriormente manifestado anexo memorándum girado por las autoridades del Ministerio de Salud, para la creación y capacitación de recursos asignados a nuevos puestos funcionales en la institución”

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

No obstante haber comunicado a la Directora del Hospital y al Jefe de Recursos Humanos mediante notas AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 de fecha 9 de abril de 2018 y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-067 de fecha 10 de abril de 2018 respectivamente, no presentaron comentarios.

Al analizar lo dicho por el Jefe de Recursos Humanos posterior a la lectura del Borrador de Informe, que la situación se ha venido dando a través de los años debido a que el hospital inicialmente empezó a funcionar como centro de salud, y



en el transcurso del tiempo fue aumentando la demanda de los servicios que prestaba por lo que el Ministerio de Salud lo reclasificó como Hospital de Segundo Nivel, pero siguió funcionando con el mismo personal y además se abrieron nuevos servicios, debido a esto es que la institución se ha visto en la necesidad de ir asignando funciones para solventar la demanda de servicios de salud, ya que existen muchos puestos funcionales dentro del hospital que no tienen puesto nominal; esta práctica en el Hospital en mención se ha dado en el tiempo que ha funcionado aún como Hospital de Segundo Nivel y los funcionarios no han realizado gestiones ante el Ministerio de Salud, para solucionar la problemática por lo que la deficiencia se mantiene.

2. FALTA DE ECONOMIA EN EL PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES

Comprobamos que el hospital no fue económico en un 12% al realizar pagos en concepto de servicios profesionales, ya que de 49 pagos que debieron realizarse en este concepto 5 tienen observación, así:

Nombre	Cargo	Pago	Período Recibo	Observación
[REDACTED]	Médico Especialista I	\$ 1,211.43	Noviembre 2017	Se realizan 2 pagos correspondientes al mismo período
		\$ 908.57	Noviembre 2017	
[REDACTED]	Servicios Médicos Pediátricos	\$ 484.57	Del 7 al 30 de noviembre 2017	Se realizan 2 pagos correspondientes al mismo período y no hay control que compruebe su asistencia
		\$ 914.32	Noviembre 2017	
[REDACTED]	Servicios Médicos Pediátricos	\$ 1,028.61	Noviembre 2017	No hay control que compruebe la asistencia
[REDACTED]	Servicios Médicos Pediátricos	\$ 1,028.61	Noviembre 2017	No hay control que compruebe su asistencia
[REDACTED]	Servicios profesionales	\$ 502.29	Noviembre 2017	No hay control que compruebe su asistencia
Total		\$6,078.40		

El Contrato No. C02-2017 SERVICIOS PROFESIONALES, FONDO GENERAL, en la Cláusula Cuarta, referente a las Funciones de los Contratistas, establece: Los contratistas prestaran sus servicios profesionales de acuerdo a las formas y necesidades del área donde se les asignen, atendiendo a la dirección y supervisión del jefe del área en donde prestara sus servicios, sometiéndose además a las leyes, reglamentos y normativas de control interno que rigen al Hospital, por lo que deberán cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio." Y en la Cláusula Novena: Financiamiento de los Honorarios, Nombre del Contratista: [REDACTED], Servicio Profesional a Desarrollar: Médico Especialista I, \$ 1,211.43."



El Contrato de Servicios Profesionales, como Contratistas [REDACTED]

[REDACTED] en la cláusula I) Objeto del Contrato, establece: "Los Contratistas se comprometen a prestar Servicios Médicos Pediátricos al Hospital Nacional "Arturo Morales" Metapán, conforme se detalla a continuación:

Descripción	Unidad Medida	Precio por Turno
Servicios médicos pediátricos, para brindar atención médica especializada a los pacientes del Hospital Nacional "Arturo Morales" Metapán.	Turno	\$ 114.29

El artículo 44 del Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán, del Departamento de Santa Ana, referente "Controles de Asistencia" establece: "Todo el personal del Hospital, deberá marcar o registrar la hora de entrada y salida de su jornada laboral"

El artículo 46 del mismo reglamento establece: "La Dirección, podrá implementar controles de asistencia específicos para el personal médico, acorde a la naturaleza de su puesto."

La deficiencia fue originada, debido a la falta de controles por parte de Jefe de Recursos Humanos; y por no haber implementado controles de asistencia específicos la Directora.

En consecuencia se ha disminuido el fondo general del hospital en \$6,078.40 que no están debidamente justificados.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia de fecha 2 de julio de 2018, el Jefe de Recursos Humanos, menciona: "[REDACTED] estuvo contratado de enero a diciembre como Médico Ginecólogo, laborando 8 horas diarias, en el mes de noviembre contaba con un recurso menos en dicha área por la renuncia de un recurso de dicha área, por lo que se hizo convocatoria abierta para que los médicos ginecólogos que tuvieran interés en participar presentaran su currículum, pero no acudieron interesados, por lo que nos vimos en la necesidad de solventar esta situación, siendo la salida más factible e inmediata para solventar el problema y no dejar de atender a la población que hace uso de los servicios que ofrece el hospital pagarle al [REDACTED] a través de la modalidad de servicios profesionales para que cubriera los turnos que le correspondían al recurso que renunció y de esta manera garantizar el derecho a la salud, como lo establece nuestra Constitución de la República en la sección cuarta en los artículos sesenta y cinco y sesenta y seis, ya que de no haber buscado una pronta solución se habría puesto en riesgo la vida de pacientes y vulnera el derecho a la salud. Agrego como prueba de lo anteriormente manifestado contrato del [REDACTED] por

ocho horas diarias y el contrato junto con la justificación del mes de noviembre del año dos mil diecisiete, anexo contratos y Justificación.

En el caso de la [REDACTED] estuvo contratada por servicios profesionales en el año dos mil diecisiete, pero en el mes de noviembre a partir del día siete, el [REDACTED] Jefe del Área de Pediatría se incapacitó por haberse realizado una cirugía, por lo que también nos vimos en la necesidad de buscar una solución para cubrir el tiempo de la incapacidad y no vulnerar el derecho a la salud de la niñez y adolescencia, ya además de estar regulado en la Constitución de la República, también se encuentra regulado en la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia en los artículos veintiuno y siguientes; por lo que si se hubiera dejado descubierta la atención médica pediátrica se habría vulnerado derechos de la Niñez y Adolescencia, así como también se hubiese puesto en riesgo la salud y hasta la vida de esta población. Anexo contratos y Justificación.

En cuanto a la observación de que no hay registro de marcación de los Médicos pediatras [REDACTED]

[REDACTED] se debe a que ellos están contratados por servicios profesionales, es decir que no tienen un vínculo laboral con la institución, sino que se les paga solamente por el servicio que se establece en el contrato, por lo tanto no deben marcar porque este sería un requisito del contrato laboral, que en dado caso surja una situación legal ante las instancias judiciales esta condición de marcar podría cambiar de un contrato por servicios profesionales a un contrato laboral, así mismo las personas mencionadas en esta observación no gozan de las prestaciones de ley como son AFP e ISSS. [REDACTED]

[REDACTED] Jefe el Área de Pediatría, supervisa el libro en donde reciben y detallan como recibe el turno así como también se deja constancia de la persona que entrega en turno de como lo está entregando y también los censos y expedientes para verificar la atención que brindaron en los turnos. Esta contratación de servicios se realizó para poder cubrir con atención pediátrica las veinticuatro horas del día en el hospital, y brindar la atención necesaria y de urgencia a la población de niñez y adolescencia. Anexo contrato de Servicios Profesionales y notas del libro de control de recepción y entrega de turno.

En referencia a la [REDACTED] que labora en el área de enfermería no hay registro de marcación, debido a que tiene las huellas digitales muy desgastadas el equipo de marcación no le registra la huella, pero registró la asistencia en el libro, así mismo a la fecha ya se ha solventado este problema ya que el nuevo reloj marcador tiene reconocimiento facial, por lo que está marcando de esta manera. Anexo fotocopia del libro de registro de asistencia”.

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

No obstante haber comunicado a la Directora del Hospital y al Jefe de Recursos Humanos mediante notas AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 de fecha 9 de abril de

2018 y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-067 de fecha 10 de abril de 2018 respectivamente, no presentaron comentarios.



Al analizar los comentarios del jefe de Recursos Humanos posterior a la lectura del borrador de informe, manifestó que el [REDACTED] estuvo contratado de enero a diciembre como Médico Ginecólogo, laborando 8 horas diarias; en el mes de noviembre contaba con un recurso menos en dicha área por la renuncia de un recurso por lo que se hizo convocatoria abierta para que los médicos ginecólogos que tuvieran interés en participar presentaran su currículum, pero no acudieron interesados, por lo que nos vimos en la necesidad de solventar esta situación, siendo la salida más factible e inmediata para solventar el problema, su contratación en concepto de servicios profesionales realizando dos pagos en el mes de noviembre del año 2017; además no existe control de asistencia y permanencia en el lugar de trabajo que deje constancia que los servicios se hayan prestado, no existe informe que presente el detalle de las actividades realizadas y por las cuales se contrataron los servicios; asimismo en el comentario presentado confirma que se han realizados dos pagos al personal en cuestión.

Asimismo en el comentario relacionado al caso de [REDACTED] [REDACTED] estuvo contratada por servicios profesionales en el año dos mil diecisiete, pero en el mes de noviembre a partir del día siete, el [REDACTED] Jefe del Área de Pediatría se incapacitó por haberse realizado una cirugía, por lo que también nos vimos en la necesidad de buscar una solución para cubrir el tiempo de la incapacidad, asegurando en su comentario que fue contratada en concepto de servicios profesionales realizando dos pagos en el mismo mes de noviembre del año 2017; confirmando que se han realizados dos pagos al personal en cuestión.

Además, menciona que no hay registro de marcación de los Médicos pediatras [REDACTED] esta situación se debe a que ellos están contratados por servicios profesionales; lo cual no es justificante para la falta de marcación o registro de entradas y salidas pues no existe evidencia documental de asistencia y permanencia en su área de trabajo.

Asimismo, se analizó el comentario en el cual manifiestan que la [REDACTED] que labora en el área de enfermería no hay registro de marcación, debido a que tiene las huellas digitales muy desgastadas el equipo de marcación no le registra la huella, no habiendo evidencia de gestiones administrativas para solucionar el problema de la falta de huellas digitales definidas.

Por las razones antes mencionadas la deficiencia se mantiene.



3. EL ALMACÉN NO ES EFICIENTE EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS.

Comprobamos que no fueron eficientes en la prestación de los servicios de Almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, en los siguientes aspectos:

- a) El Almacén no es eficiente en un 72.73% para brindar servicios a las distintas unidades organizativas del hospital, debido a que de las once áreas que debe de contar, solo cuentan con tres, a continuación, se detallan las áreas que no están definidas en el Almacén:
 1. Despacho,
 2. Recepción
 3. Administración,
 4. Servicios sanitarios,
 5. Vestidores,
 6. Controladores ambientales,
 7. Área para resguardo de material de empaque,
 8. Cuarto frío.

- b) El servicio de aire acondicionado prestado al Almacén no es eficiente en un 75.00%, por la razón que de cuatros asignados, solo uno se encuentra funcionando, el resto están arruinados, lo que no permite tener el porcentaje de humedad relativa que debe oscilar entre el 60% y 70%.

Los numerales 1, 3, 5, 17 y 18 del artículo 67 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, prescribe: "El Director, como máxima autoridad del Hospital, tiene las funciones siguientes:

1. Cumplir y hacer que se cumplan las actividades encaminadas a la atención del paciente hospitalario.
3. Ejercer la representación legal del Hospital.
5. Desarrollar, hacer cumplir y evaluar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria..."
17. Planificar, organizar y controlar las medidas para la preparación del Recurso Humano y trabajadores del Hospital con el objetivo de dar cumplimiento a los Planes de desastres, emergencias y contingencias.
18. Desarrollar el proceso para el establecimiento de los objetivos estratégicos del Hospital, a partir de estos definir las acciones y tareas que deberán reflejarse y controlarse en los planes de trabajo a nivel institucional".

Los Lineamientos Técnicos para Las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud Pública, prescribe en lo siguiente:



Los numerales 2, 3 y 4 del literal a) del título XIII de la infraestructura y equipo.

“En el funcionamiento del almacén, se deben tomar en consideración técnicamente los aspectos siguientes:

Áreas: según las condiciones del almacén, tamaño y tipo de materiales almacenados, cada almacén debe contar con los espacios de: recepción, despacho, administración, servicios sanitarios, vestidores, controladores ambientales, espacio destinado a extintores, área para resguardo de equipos y tarimas, área para resguardo de material de empaque, área para desechos comunes y área de almacenamiento.

El almacén debe contar con área o sistema de control para cuarentena, según aplique, para bienes rechazados, deteriorados, vencidos, rechazados en la recepción, área de almacenamiento de materiales peligrosos líquidos inflamables, tóxicos, corrosivos, entre otros.

En caso que sea necesario, se debe contar con espacio para bienes refrigerados y un sitio destinado a los medicamentos o productos controlados, con su respectiva llave.

Flujos de operación: el espacio en el interior del almacén debe facilitar el movimiento del personal y de los bienes. Si se utilizan divisiones, situar las paredes y las puertas de tal manera que faciliten el flujo de actividades. Se debe procurar que las operaciones se desarrollen de manera unidireccional.

Humedad relativa: debe de estar entre sesenta y setenta por ciento (60% y 70%) a fin de mantener las condiciones adecuadas para el almacenamiento de los bienes, de conformidad a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la Zona Climática IV.

“El almacén debe contar con áreas separadas, delimitadas o definidas destinadas a mantener los bienes en forma ordenada, en condiciones adecuadas para conservar sus características de calidad, tomando en cuenta lo siguiente:

Área de recepción: destinada para recibo y verificación de los productos antes de su almacenamiento. Debe diseñarse y equiparse de tal forma que permita realizar una adecuada recepción y limpieza de los embalajes si fuera necesario y debe protegerse de las condiciones climatológicas.

Área o sistema de control para cuarentena y productos rechazados: debe identificarse claramente y su acceso debe ser restringido solo al personal autorizado.

Cualquier sistema que reemplace a la cuarentena física debe proveer una seguridad equivalente.

Área para productos que requieran condiciones especiales: temperatura, humedad, luz, entre otros, de acuerdo a especificaciones. Ejemplo de ello se tienen los cuartos fríos, productos controlados, corrosivos o inflamables.



Área para productos de baja: se debe de contar con un área para almacenar los bienes vencidos o deteriorados, con el propósito de no contaminar o deteriorar los demás bienes almacenados. Los bienes permanecerán en ésta área mientras se les da baja en el inventario y se gestiona su disposición final. Dicha área podrá estar ubicada dentro del almacén o fuera de este.

Área para productos que requieran controles especiales: deben almacenarse en áreas de acceso restringido, seguros y con llave cumpliendo con las disposiciones técnicas y jurídicas, para productos controlados, estableciendo registros de control correspondientes.

Área de preparación y despacho: destinada a la preparación de los bienes para su despacho o distribución.

Área administrativa: destinada a la preparación, procesamiento y archivo de los documentos e información relacionada a los bienes almacenados.

Áreas accesorias: debe destinarse espacios físicos para vestidores, casilleros, servicios sanitarios y área para la ingesta de alimentos, las cuales deben ubicarse fuera del área de almacenamiento”.

El artículo 53 del Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán, prescribe: “La Dirección y demás jefaturas, velarán y propiciarán la seguridad laboral de sus empleados en cada puesto de trabajo, brindando las condiciones adecuadas de infraestructura; así como también, la asignación de herramientas de trabajo y equipo adecuado para el mejor desempeño de las funciones, minimizando los riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales”.

Las Condiciones de la planta física o infraestructura del numeral 2.1 Equipamiento del apartado Estructura y evaluación de los Lineamientos Técnicos para Categorización y Prestación de Servicios Hospitalarios, prescribe: “Estos requisitos se deben cumplir en los Hospitales, sin su cumplimiento no se puede brindar la atención con un mínimo de eficiencia y seguridad. Se deben seleccionar criterios trazadores, a fin de ponderar el sistema de categorización por niveles de atención. Las variables se evalúan en base a puntajes previamente establecidos, según los asignados como los esperados”.

La deficiencia se generó debido a que la señora Guardalmacén y Directora del hospital no elabora y aprueban, Planes de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de las Instalaciones y de Equipos del Almacén, con el propósito de mantener en óptimas condiciones los bienes almacenados y que permitan el desarrollo de las actividades de Almacén.

En consecuencia, de no contar con las áreas necesarias, el Almacén es desordenado limitando a que el servicio que se brinda a las distintas unidades organizativas del hospital no es óptimo, y que los medicamentos e insumos



médicos no estén almacenados con la humedad relativa requerida entre 60% y 70%.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

En memorándum de fecha de 16 de abril de 2018, la Guardalmacén, manifiesta:

“a) En relación a lo antes mencionado, comentar que se debe tomar en cuenta que esta institución de salud nació como un centro de salud; y debido a ello su infraestructura fue diseñada de forma tal que respondieran a las exigencias del mismo. Pero durante el proceso en el MINSAL se hicieron los SIBASI'S fue este centro de salud el plan piloto para evaluar dicha implementación, debido a ello cambiaron el perfil de la institución de salud a hospital básico, pero no así su infraestructura general

Con todo lo antes mencionado queda claro que a la fecha continúa existiendo deficiencia en el tema de infraestructura en este hospital y es por ello que el Almacén muestra una ineficiencia del 72.73% en brindar servicio a las distintas unidades organizativas del hospital.

Es de mi conocimiento cada uno de los detalles que se debe cumplir para el buen funcionamiento del Almacén, descritos en Los Lineamiento Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y gestión de suministros en almacenes del Ministerio de Salud Pública.

Los numerales 2,3 y 4 del literal a) del título XIII de la infraestructura y equipo.

Por lo tanto, no se desconoce las áreas que a la fecha no se encuentran definidas en el Almacén, pero no esto no se encuentra dentro de mis posibilidades dar solución a esta observación lo cual ya se ha hecho del conocimiento de estas deficiencias a la jefatura inmediata.

- a) Los aires acondicionados no son suficientes en un 75%, por la razón que, de cuatro asignados, solo uno se encuentra funcionando, el resto están arruinados, lo que no permite tener porcentaje de humedad relativa que debe oscilar entre un 60% y 70%.
- b) Se han realizado las gestiones pertinentes para que se efectúen la reparación de los mencionados aires acondicionados”.

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia de fecha 2 de julio de 2018, el Guardalmacén, menciona: “Yo me acoplo a mis LINEAMINETOS TECNICOS PARA LAS BUENAS PRACTIVAS DE ALMACENAMIENTO Y GESTION DE SUMINISTROS EN ALMACENES DEL MINISTERIO DE SALUD.

Si es un lugar pequeño, pero hay un lugar de despacho y de recibir el medicamento e insumo médico y el paso es restringido para el personal que no pertenece al almacén.

Ya se están haciendo las gestiones para que se reestructure el área física con la que cuenta el almacén.



Respecto a los aires ya están funcionando los 4 al 100% en su momento mencione que se habían hecho las gestiones pertinentes, lo cual no anexo evidencia para demostrar dicha gestión lo cual las anexo. Pero aclarando los aires ya están funcionando.

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

Esta observación fue comunicada a la señora Directora del Hospital en nota de referencia AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-070 de fecha 11 de abril de 2018. Sin obtener comentarios.

Al analizar los comentarios y documentación de la señora Guardalmacén, donde manifiesta que con todo lo antes mencionado queda claro que a la fecha continúa existiendo deficiencia en el tema de infraestructura en este hospital y es por ello que el Almacén muestra una ineficiencia del 72.73% en brindar servicio a las distintas unidades organizativas del hospital. Además acepta que los aires acondicionados no son suficientes en un 75%, por la razón que de cuatro asignados, solo uno se encuentra funcionando, el resto están arruinados, lo que no permite tener porcentaje de humedad relativa que debe oscilar entre un 60% y 70%; en sus comentarios la señora Guardalmacén reconoce la deficiencia relacionada a la falta de áreas en el Almacén que ayuden a brindar un mejor servicio y falta de funcionamiento de tres aires acondicionados de cuatro asignados a Almacén; también manifestó que los aires acondicionados están funcionando de esta afirmación no remitió evidencia que demostrara las gestiones realizadas. Por lo tanto, la observación se mantiene.

b) AREA FINANCIERA

4. INEFICIENTE REGISTRO DE EXISTENCIA DE COMBUSTIBLE

Al verificar las existencias de combustible reportadas por Almacén y registradas contablemente al 31 de diciembre de 2017 por la suma de \$18,271.39, determinamos que su registro no fue eficiente en un 6.23%, pues incluye un monto de \$1,071.39 que ha sido cuestionado como faltante de combustible en auditorías anteriores, y que no ha sido descargado de las existencias y registrado en 225 05 Deudores por Reintegros.

El artículo 8 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, en los literales a y c, establece que son objetivos del SAFI:

- a) Establecer los mecanismos de coordinación de la administración financiera entre las entidades e instituciones del sector público, para implantar los criterios de economía, eficiencia y eficacia en la obtención y aplicación de los recursos públicos.
- c) Establecer procedimientos para generar, registrar y proporcionar información financiera útil, adecuada, oportuna y confiable, para la toma de decisiones y para la evaluación de la gestión de los responsables de cada una de las áreas administrativas; “



La Norma sobre Control Interno Contable Institucional N° 6, referente a Validación Anual de los Datos Contables del Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, establece: "Durante el ejercicio contable, será obligatorio que los saldos de las cuentas de recursos y obligaciones con terceros se encuentren debidamente respaldados en conciliaciones bancarias, circularizaciones de saldos, inventario físico de bienes o cualquier otro medio de validación que asegure la existencia real de los recursos disponibles y compromisos pendientes de carácter institucional".

El Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, define como Deudores por Reintegros: "Incluye los derechos por cobrar a funcionarios o empleados del sector público originados por pagos en exceso, restitución de cobros indebidos o reintegros, de conformidad a la aplicación de medidas administrativas o legales. "

El artículo 208 del Reglamento de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, referente a la verificación de Requisitos Legales y Técnicos, establece: " El Contador verificará que toda transacción que deba registrarse en el sistema contable, cumpla con los requisitos exigibles en el orden legal y técnico, presentando por escrito al responsable de la decisión toda situación contraria al ordenamiento establecido.

En caso contrario, será solidariamente responsable por las operaciones contabilizadas".

La deficiencia se debe a que la Directora del Hospital, ordenó mediante nota que se mantengan los registros del faltante de combustible como existencias en el Sistema hasta que se realice el reintegro del mismo, y la Contadora no se pronunció ante la Dirección del Hospital, manifestando que tal situación era contraria al cumplimiento de los requisitos exigibles en el orden legal y técnico, además el Jefe UFI avaló las cifras presentadas como existencias.

Consecuentemente las cifras presentadas de las existencias de combustible, en el Estado de Situación Financiera al 31 de diciembre de 2017, carecen de confiabilidad para la toma de decisiones.

COMENTARIOS DE LAS ADMINISTRACIÓN

En nota de fecha 12 de abril de 2018, la Jefa UACI manifestó: "Que efectivamente existe una resolución donde manifiesta los responsables de dicho faltante de combustible, mismo que uno de ellos ya realizó el reintegro, según información que nos proporcionó la tesorera institucional, dándonos el comprobante del abono, una vez teniendo esa información se procedió a solicitar una nota por parte de la máxima autoridad de esta institución, donde nos autoriza realizar el descargo del sistema, el cual fue realizado en Noviembre de 2017, quedando pendiente un monto de \$ 1,103.62, el cual a la fecha no ha sido descargado, puesto que aún no ha sido reintegrado por el responsable según resolución de la Cámara Sexta de Primera Instancia, jefe de Almacén el cual fungió durante el período 01 de



Noviembre de 2013 al 28 de Febrero de 2014. Ya que según nota recibida por Dirección claramente nos menciona que se realizará el descargo después de reintegrado el monto antes mencionado \$ 1,103.62”

En nota de fecha 16 de abril de 2018, la Guardalmacén manifestó: “Sobre esta observación yo tenía conocimiento que no podía limpiar el sistema mientras la persona involucrada con responsabilidad patrimonial no hiciera el reintegro, me informaron en esta auditoría que si puedo limpiar el sistema, por lo cual haré las gestiones necesarias para poder corregir esta ineficiencia. “

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, la Contadora, la Tesorera Institucional y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, mencionan: “En relación a este hallazgo les mencionamos que el saldo por un monto de \$1,071.39 que corresponde a faltante de combustible determinado por examen especial de auditoría realizado en su momento con sentencia según JUICIO DE CUENTAS NUMERO JC-09012014-7, SE ENCUENTRA LA RESOLUCION EMITIDA, POR LA CAMARA SEXTA DE PRIMERA INSTANCIA DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA. En la cual se condenan a pagar la cantidad de \$2,207.23 en forma conjunta al [REDACTED]

[REDACTED] (pagando cada uno la cantidad de \$1,103.62). A la fecha solamente el [REDACTED] a hecho efectivo el pago de lo que a el le correspondía, quedando a la fecha pendiente de pago [REDACTED]

La cantidad adeudada por el [REDACTED] difiere de menos \$ 32.23 de la cantidad reflejada en este hallazgo (\$1,071.39), debido a que los señores auditores en el momento de realizar el examen especial tomaron un precio diferente al precio de la compra del combustible del cual se comprobó un faltante. Dicho faltante a la fecha se registra como existencias debido a que ya hay una resolución condenatoria en la cual se ordena a personas a cancelar dicho faltante; Pero como a la fecha todavía falta una persona que cancele dicha cantidad, por lo tanto no se puede realizar el descargo de existencias. Vale la pena mencionar que recientemente tuvimos un peritaje por parte de la CAMARA QUINTA DE PRIMERA INSTANCIA DE LA CORTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA, sobre los hallazgos de auditoría del período 2016, en dichos hallazgos hay uno que se relaciona con el combustible específicamente a estos faltantes reflejados como existencias, los señores que realizaron el peritaje manifestaron que no se puede realizar el descargo de las existencias debido a que ya existe una resolución con sentencia condenatoria a pagar dicho faltante y mientras no se cancele dicho faltante se tendrá que mantener como existencias a menos que haya otra persona que se responsabilice a pagar dicho faltante.

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

La Contadora, Jefe UFI y Directora del Hospital, no dieron respuesta o comentarios respecto a la deficiencia comunicada, en notas con referencia AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-062, AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-061 y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 respectivamente.



El comentario de la Jefa UACI está orientado a que el descargo de la existencia de combustible no se ha efectuado debido a instrucción de la Directora del Hospital, lo cual es verídico.

Lo comentado por la Guardalmacén se refiere a que posteriormente hará las gestiones necesarias para poder corregir.

Al analizar el comentario presentado posterior a lectura del borrador de informe, aclaramos que la observación presentada para el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017 se refiere solo a ese período, además se trata de una deficiencia reincidente que ya se había señalado en la Auditoría Financiera correspondiente al período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, por esta razón la deficiencia se mantiene.

5. INEFICIENTE REGISTRO CONTABLE DE DONACIONES DE MEDICAMENTOS RECIBIDAS.

Comprobamos que fue ineficiente en un 100%, el registro contable de las Donaciones de Medicamentos recibidas de Laboratorio Arsal y de la Alcaldía Municipal de Metapán, por un monto de \$ 6,993.34, en razón que no fueron registradas como Ingresos por Donaciones en Especie (859 47), sino que los registros se han efectuado en cuentas de Transferencias Corrientes, de Capital, entre Dependencias Institucionales e Ingresos Diversos. Anexo 1.

El artículo 8 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, literales a y c, establece que son objetivos del SAFI:

- a) Establecer los mecanismos de coordinación de la administración financiera entre las entidades e instituciones del sector público, para implantar los criterios de economía, eficiencia y eficacia en la obtención y aplicación de los recursos públicos.
- c) Establecer procedimientos para generar, registrar y proporcionar información financiera útil, adecuada, oportuna y confiable, para la toma de decisiones y para la evaluación de la gestión de los responsables de cada una de las áreas administrativas”.

El artículo 208 del Reglamento de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, inciso segundo señala: "Los contadores tienen prohibido registrar hechos económicos en conceptos distintos a los fijados de acuerdo con la naturaleza de las operaciones u omitir la contabilización de los mismos, siendo directamente responsables, conjuntamente con el Jefe de la Unidad Financiera, de toda interpretación errónea de la información y por la no aplicación de los principios, normas y procedimientos contables establecidos por la Dirección General “.

El Catálogo y Tratamiento General de Cuentas del Sector Público, define las cuentas siguientes:



856 07 TRANSFERENCIAS CORRIENTES DEL SECTOR PRIVADO

Incluye el devengamiento de los ingresos por transferencias corrientes provenientes del sector privado con domicilio en el país, tales como empresas privadas financieras y no financieras, de organismos sin fines de lucro, de personas naturales destinado a financiar gastos corrientes, que no generan contraprestación de bienes o servicios.

856 99 TRANSFERENCIAS ENTRE DEPENDENCIAS INSTITUCIONALES

Incluye el devengamiento de los traspasos originados en operaciones entre dependencias institucionales, sin que exista la obligación de recibir contraprestaciones de bienes o servicios.

857 05 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL DEL SECTOR PRIVADO

Incluye el devengamiento de ingresos por transferencias de capital recibidos del sector privado destinados a financiar gastos de capital provenientes de empresas privadas financieras y no financieras, de organismos sin fines de lucro y de personas naturales con domicilio en el país.

859 09 INGRESOS DIVERSOS

Incluye el devengamiento de ingresos diversos provenientes de la rentabilidad de los depósitos en cuentas bancarias u otros de igual naturaleza.

859 47 INGRESOS POR DONACIONES EN ESPECIE

Incluye el registro de los ingresos por las donaciones en existencias de consumo o producción, que serán utilizadas en las actividades institucionales”.

La deficiencia se debe a que la Contadora incumplió la prohibición de registrar los hechos económicos en conceptos distintos a los fijados de acuerdo con la naturaleza de las operaciones, y el Jefe UFI avaló dicha operación contable.

Consecuentemente el ineficiente registro de las donaciones de medicamentos como transferencias e ingresos diversos, provoca que las cifras presentadas en el Estado de Rendimiento Económico al 31 de diciembre de 2017, no sean confiables para la toma de decisiones.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, la Contadora, la Tesorera Institucional y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, mencionan: “Respecto a este hallazgo comentamos que los donativos que se recibieron se registraron contablemente en las cuentas que a nuestro criterio eran las correctas, así también manifestamos que nuestra supervisora de Contabilidad Gubernamental que es nuestro ente regulador en lo que respecta a la forma de contabilizar toda transacción que se de en nuestra institución y que requiera ser contabilizadas. Es de mencionar que al final de cada periodo fiscal ya no se pueden hacer reclasificaciones de cuentas



debido a que la cuenta 85 queda liquidada, no obstante, haremos la consulta de Contabilidad Gubernamental para futuras donaciones si procede registrarlas en otras cuentas contables”

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

La Contadora y Jefe UFI no comentaron respecto a la deficiencia comunicada, en notas con referencia AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-061 y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-062 respectivamente.

Al analizar el comentario presentado posterior a la lectura del Borrador de Informe, en relación al registro contable de las Donaciones de Medicamentos recibidas de Laboratorio [REDACTED] y de la Alcaldía Municipal de Metapán, en la repuesta de la administración manifiesta que a su criterio son las correctas; pero al verificar el concepto de la cuenta en la cual se registró son conceptos distintos a los fijados de acuerdo con la naturaleza de las operaciones; por esta razón la deficiencia se mantiene.

6. INEFICIENTE REGISTRO CONTABLE DE DONACIONES Y LEGADOS DE BIENES CORPORALES.

Comprobamos que no se cumplió con el indicador de eficiencia en 18.69% , ya que de un total de \$ 36,429.40 correspondiente a Donaciones y Legados de Bienes Corporales (811 07 001), se registró contablemente una disminución en el saldo de \$ 6,812.15, generada por ajuste de diferencia de saldos de Bienes de Uso entre las Unidades de Contabilidad y Activo Fijo; sin embargo no se cuenta con la documentación que soporte y demuestre cuales son los bienes de uso que se disminuyen contablemente y que los mismos se hayan recibido en el Hospital como una donación.

El artículo 8 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, literales a y c, establece que son objetivos del SAFI:”

a) Establecer los mecanismos de coordinación de la administración financiera entre las entidades e instituciones del sector público, para implantar los criterios de economía, eficiencia y eficacia en la obtención y aplicación de los recursos públicos.

c) Establecer procedimientos para generar, registrar y proporcionar información financiera útil, adecuada, oportuna y confiable, para la toma de decisiones y para la evaluación de la gestión de los responsables de cada una de las áreas administrativas; “

El artículo 193 del Reglamento de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado establece: “Toda operación que dé origen a un registro contable deberá contar con la documentación necesaria y toda la información pertinente que respalde, demuestre e identifique la naturaleza y finalidad de la transacción que se está contabilizando”.

El artículo 197 del Reglamento en mención, establece: “Las unidades contables tendrán entre sus funciones: Comprobar que la documentación que respalda las



operaciones contables cumpla con los requisitos exigibles en el orden legal y técnico.”

La deficiencia se debe a que la Contadora no se aseguró que los registros contables contarán con la documentación probatoria para disminuir el saldo de las donaciones, asimismo el Jefe UFI avaló dicha operación contable sin corroborar la veracidad del registro efectuado.

En consecuencia, el saldo de las Donaciones y Legados de Bienes Corporales reflejados en el Estado de Situación Financiera al 31 de diciembre de 2017, carece de transparencia y confiabilidad para la toma de decisiones.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, la Contadora, la Tesorera Institucional y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, mencionan: “En relación a este hallazgo comentamos que en ningún momento se disminuyó la cantidad de \$6,812.15 al saldo de la cantidad de \$36,429.40 correspondiente al valor de una ambulancia, como se menciona en el hallazgo, pues la realidad es que si se disminuye la cantidad de \$6,812.15; pero se disminuye al saldo acumulado de la cuenta (81107001) Donaciones y Legados de Bienes Corporales, mediante ajuste autorizado por el titular de nuestra institución a petición nuestra, todo esto con la finalidad de tener conciliados los saldos de contabilidad con los reportes de activo fijo.

Se anexa copia de autorización y registro contable No. 1/1327 por un monto de \$6,812.15”.

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

La Contadora y Jefe UFI no proporcionaron comentarios respecto a la deficiencia comunicada, en notas con referencia AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-062 AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-061 respectivamente.

Con relación al comentario presentado por la administración en la cual mencionan lo siguiente: “pues la realidad es que si se disminuye la cantidad de \$6,812.15; pero se disminuye al saldo acumulado de la cuenta (81107001) Donaciones y Legados de Bienes Corporales”, con lo cual se confirma que el saldos acumulado se disminuyó de lo cual se presentan los documentos de evidencia de los registros que presentan saldos acumulados y no detallan cuales son los bienes de uso que se disminuyen contablemente. Por esta razón la observación se mantiene.

7. INEFICIENTE Y ANTIECONÓMICO MANEJO DE LOS FONDOS DE EMBARGOS JUDICIALES.

Comprobamos el ineficiente y antieconómico manejo de los fondos de embargos judiciales en un 34.34 %, en razón que:



- a) No se cuenta con controles y con la composición de las Obligaciones con Terceros, específicamente la relativa al saldo de la cuenta 41201777 Embargos Judiciales, reflejados en el Estado de Situación Financiera al 31 de diciembre de 2017, por un monto de \$ 12,759.03.
- b) Los Fondos Depósitos en Tesoro Público que corresponden a Embargos Judiciales que se retienen a los empleados al 31 de diciembre de 2017, contablemente reflejan un monto de \$11,032.13, del cual en la Dirección General de Tesorería, División de Fondos Ajenos en Custodia se posee la suma de \$7,243.63, por lo que existe una diferencia de fondos de menos de \$3,788.50, según el detalle:

Fondos		Registros Contables	
[REDACTED]	\$ 6,826.47	Fondos en Depósito en Tesoro Público según los registros contables	\$ 11,032.13
[REDACTED]	\$ 208.58		
[REDACTED]	\$ 208.58		
Sub-total	\$ 7,243.63		
Faltante de Fondos	(-\$ 3,788.50)		

El artículo 8 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, literales a y c, establece que son objetivos del SAFI:

“Establecer los mecanismos de coordinación de la administración financiera entre las entidades e instituciones del sector público, para implantar los criterios de economía, eficiencia y eficacia en la obtención y aplicación de los recursos públicos.

Establecer procedimientos para generar, registrar y proporcionar información financiera útil, adecuada, oportuna y confiable, para la toma de decisiones y para la evaluación de la gestión de los responsables de cada una de las áreas administrativas”.

La Norma C.2.8.2 Para El Manejo Y Control De Los Embargos Judiciales , 1. Registro Y Control Del Manual Técnico Del Sistema De Administración Financiera Integrado, establece: “El Tesorero Institucional, en su calidad de depositario judicial de los fondos retenidos en concepto de embargos, deberá establecer mecanismos de control para la recepción, registro y administración de los fondos provenientes de los descuentos por embargos judiciales a personas naturales o jurídicas, desde la fecha en que reciba la orden judicial, hasta la suspensión o sobreseimiento que libre el juez de la causa.”



La Norma sobre Control Interno Contable Institucional N° 6, referente a la Validación Anual de los Datos Contables del Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, establece: "Durante el ejercicio contable, será obligatorio que los saldos de las cuentas de recursos y obligaciones con terceros se encuentren debidamente respaldados en conciliaciones bancarias, circularizaciones de saldos, inventario físico de bienes o cualquier otro medio de validación que asegure la existencia real de los recursos disponibles y compromisos pendientes de carácter institucional".

El artículo 193 del Reglamento de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado establece: "Toda operación que dé origen a un registro contable deberá contar con la documentación necesaria y toda la información pertinente que respalde, demuestre e identifique la naturaleza y finalidad de la transacción que se está contabilizando".

El artículo 57 de la Ley de la Corte de Cuentas, establece: "Los servidores de las entidades y organismos del sector público que administren recursos financieros o tengan a su cargo el uso, registro o custodia de recursos materiales, serán responsables, hasta por culpa leve de su pérdida y menoscabo."

El artículo 61 de la misma Ley, señala: "Los servidores serán responsables no sólo por sus acciones sino cuando dejen de hacer lo que les obliga la Ley o las funciones de su cargo."

El artículo 67, del Reglamento General de Hospitales, referente a que el Director, como máxima autoridad del Hospital, tiene las funciones, en el numeral 15 establece: "Cumplir y hacer cumplir las medidas para garantizar el control económico, la prevención y el enfrentamiento de las indisciplinas, ilegalidades, delitos y la corrupción".

La deficiencia se debe a:

- a) La Tesorera Institucional y el Jefe UFI, no han establecido mecanismos de control para la recepción, registro y administración de los fondos provenientes de los descuentos por embargos judiciales.
- b) La Contadora y el Jefe UFI no han cumplido con la obligación de que los saldos de los Embargos judiciales tanto por el lado de recursos y de obligaciones con terceros se respalden con documentación que demuestre la real existencia de los mismos.
- c) La Directora no ha cumplido con su función de garantizar el control económico de los fondos retenidos en concepto de embargos.

Consecuentemente se han afectado los fondos ajenos retenidos como embargos y custodiados por el Hospital por un monto de \$ 3,788.50.



COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

En nota de fecha 12 de abril de 2018, la Tesorera manifiesta: “quedando pendiente de presentar la información del Numeral 1. INEFICIENTE Y ANTIECONÓMICO MANEJO DE LOS FONDOS DE EMBARGOS JUDICIALES, debido a que ésta por la complejidad de la documentación que se requiere para subsanar presunta deficiencia se necesita más tiempo, por lo que se presentará en la Lectura del Borrador.”

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, la Contadora, la Tesorera Institucional y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, mencionan: “Referente a este hallazgo manifestamos que por la magnitud de la documentación a revisar y solicitar informes al Ministerio de Hacienda se nos ha hecho difícil dar una respuesta a este momento por lo cual el día de la lectura del borrador se solicitará prórroga para entregar dicha documentación”.

“Con relación a este hallazgo manifestamos lo siguiente:

Los Señores Auditores en su momento revisaron contablemente obligaciones que se tienen registradas desde el año 2009 al 2017, específicamente las cuentas 41201777 (Embargos Judiciales) y 21151001 (Fondos en Depósitos en Tesoro Público) y las confrontaron con el Estado de Cuenta emitido por el Ministerio de Hacienda comprendiendo el período de 2004 al 2017. Dando como resultado la diferencia señalada en el hallazgo (\$ 3,788.50). Vale la pena aclarar que en ningún momento se van a tener saldos conciliados, ya que están comparando periodos muy diferentes (Contablemente 2009 a 2017 y según reporte de hacienda 2004 a 2017), además y quizás lo más importante es que están tomando cantidades reflejadas contablemente en la cuenta 21151001 que son el 100% de las obligaciones registradas a partir del 2009 al 2017 y por la otra parte según reporte de hacienda se refleja un porcentaje no el 100%.

Se anexan reportes de obligaciones consolidado del periodo 2004 al 2017 las cuales se encuentran liquidadas y se anexa también Registro Mayor Auxiliar de la cuenta 41201777 (Embargos Judiciales) con saldo de \$12,759.03 y la cuenta 21151001 (Fondos en Depósitos en Tesoro Público) con saldo de \$ 11,032.13; del 2009 al 2017 donde se puede comprobar que por diferencias al restarlas da como resultado la cantidad de \$1,726.90, dicha cantidad esta conciliada contablemente con el estado de cuenta bancario de la cuenta Embargos Judiciales. Al 31 de diciembre del 2017. Lo cual también se anexa para su respectivo análisis y se anexa Estado de Cuenta proporcionado por el Ministerio de Hacienda del 2004 al 2017”

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

El comentario de la Tesorera se refiere a que por la complejidad de la documentación que se requiere, la presentará posteriormente, en la Lectura del Borrador del informe.



La Contadora, Jefe UFI y Directora del Hospital, no dieron respuesta o comentarios respecto a la deficiencia comunicada, en notas con referencia AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-062, AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-061 y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 respectivamente.

El comentario de la Contadora, la Tesorera Institucional y el Jefe de la Unidad financiera Institucional se refiere a que por la complejidad de la documentación que se requiere, la presentará posteriormente, en la Lectura del Borrador del informe se solicitará prórroga para entregar dicha documentación; se concedió tiempo para presentar la documentación en el cual no fue presentada la documentación en mención

En cuanto a que se están tomando registros contables del año 2009 al 2017, hacemos constar que los saldos de las cuentas al 31 de diciembre de 2017 fecha en que se cierra el período o año fiscal deberán presentar saldos con sus respectivas notas explicativas a las cifras que presentan los estados financieros.

Por estas razones la deficiencia se mantiene.

8. DEVENGAMIENTO INOPORTUNO DE INGRESOS POR SERVICIOS PRESTADOS.

Comprobamos ineficacia del 7.09% por falta de registro contable por devengamiento de los ingresos percibidos en concepto de servicios prestados al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, correspondiente al mes de diciembre de 2017, por un monto total de \$ 2,251.57. Detalle en el siguiente cuadro.

Servicios prestados por el Hospital al ISSS	Monto
Servicios de Laboratorio	\$ 306.17
Servicios de Rayos "X"	\$ 232.77
Servicios de Fisioterapia	\$ 896.68
Servicios de Alimentación	\$ 815.95
TOTAL	\$ 2,251.57

El Reglamento de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado en los artículos 191, 192 y 197; decreta lo siguiente:

Artículo 191. "En concordancia con el Art. 12 de la Ley el período contable coincidirá con el ejercicio financiero fiscal, es decir del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.

El devengamiento de los hechos económicos deberá registrarse en el período contable coincidirá con el ejercicio financiero fiscal, es decir del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.

El devengamiento de los hechos económicos deberá registrarse en el período contable en que se produzcan, quedando estrictamente prohibido al cierre del

ejercicio financiero, la postergación en la contabilización de las operaciones ejecutadas y reconocidas.”



Artículo 192: “Las anotaciones en los registros contables deberán efectuarse diariamente y por estricto orden cronológico, en moneda nacional de curso legal en el país, quedando estrictamente prohibido diferir la contabilización de los hechos económicos. El Ministerio de Hacienda podrá autorizar, excepcionalmente, que determinadas Instituciones o fondos puedan llevar contabilidad en moneda dólar americano.”

Artículo 197: “Las Unidades Contables tendrán entre sus funciones: literal c) Registrar diaria y cronológicamente, todas las transacciones que modifiquen la composición de los recursos y obligaciones de la institución...”

El Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado; Romano VIII. Subsistema de Contabilidad Gubernamental, establece:

B. Principios, numeral 4. DEVENGADO: “La Contabilidad Gubernamental registrará los recursos y obligaciones en el momento que se generen, independientemente de la percepción o pago de dinero, y siempre que sea posible cuantificarlos objetivamente...”

C. Normas, numeral 5. PERIODO DE CONTABILIZACION DE LOS HECHOS ECONOMICOS: “El período contable coincidirá con el año calendario, es decir, del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.

El devengamiento de los hechos económicos deberá registrarse en el período contable en que se produzca, quedando estrictamente prohibida la postergación en la contabilización de las operaciones ejecutadas. En consecuencia, no es aceptable ninguna justificación para dejar de cumplir con lo dispuesto en esta norma, así como registrar en cuentas diferentes a las técnicamente establecidas según la naturaleza del movimiento.”

El Manual de Proceso para la Ejecución Presupuestaria, acuerdo 751 del 29 de mayo de 2012. Literal G. DEVENGADO Y PERCIBIDO DE INGRESOS POR OTRAS FUENTES, establece: “Además de los ingresos por transferencias por aporte fiscal y del sector público, las instituciones que perciban ingresos provenientes de la venta de bienes y servicios, recuperación de inversiones financieras, donaciones, empréstitos internos y empréstitos externos; efectuarán el registro contable de los mismos, siguiendo el procedimiento que se describe a continuación:

Recibida la documentación de respaldo, el Área Contable, haciendo uso de la aplicación informática SAFI efectuará el registro contable del devengado de los ingresos e imprimirá el comprobante contable, al cual le anexará los documentos de respaldo que dieron origen al registro, para su resguardo de acuerdo a la normativa vigente.



El Área de Tesorería, recibirá la documentación probatoria que respalda el ingreso de las diferentes operaciones financieras (facturas por la venta, recibos de ingreso, comprobantes de crédito fiscal, etc.), del encargado de recolectar los fondos; así como los contratos, convenios de préstamos, acuerdos de donaciones, cartas de desembolsos, etc., los cuales trasladará al Contador Institucional.

Es importante señalar que la UFI, a través del Área de Tesorería definirá los procedimientos internos que determinen el mecanismo de coordinación para que el registro de los hechos económicos, a fin de que se realicen en forma oportuna, además deberá determinarse el traslado de la documentación probatoria del ingreso a la UFI...”

El artículo 71, de las Normas Técnicas de Control Interno específicas del hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán; establece: “El registro contable de los recursos y obligaciones de la Institución, se efectuará diariamente y por estricto orden cronológico en moneda nacional de curso legal en el país, bajo el Sistema Único de Registro, denominado “Sistema de Administración Financiera Integral”, Módulo de Contabilidad, tomando como base lo establecido en la Ley”.

La deficiencia se originó debido a:

- a) La Tesorera no obtuvo los informes por servicios prestados al ISSS oportunamente de cada unidad.
- b) La Contadora no exigió a la Tesorera los informes por servicios prestados al ISSS; para realizar el registro contable del devengado por el ingreso.
- c) El Jefe UFI no estableció los procedimientos internos para obtener los informes de las unidades que prestaron servicios al ISSS; para realizar el registro oportuno del devengado.

El devengamiento inoportuno de ingresos por servicios prestados al ISSS, en el mes de diciembre 2017; ocasionó que los saldos reflejados en el Estado de Rendimiento Económico al 31 de diciembre de 2017, no sean confiables en una parte de las cifras, para la toma de decisiones.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

En nota de fecha 12 de abril del corriente año, la Tesorera y la Contadora manifiestan: “Con respecto a ésta presunta deficiencia, se menciona que éstos servicios que se le prestaron al ISSS durante el mes de Diciembre del 2017 (ver cuadro anterior), cada departamento involucrado entrega la documentación a la Unidad Financiera (Tesorería) para que se envíe a la Unidad Médica ISSS para que ésta sea revisada, luego si se presentase alguna observación corregirla y una vez que ésta sea corregida se devuelve a la Unidad Médica y luego ésta la devuelve a UFI debidamente firmada y autorizada para proceder a tramitar el pago en las Sección Tramite de Pago del ISSS para que en fechas posteriores sean pagadas.



Por lo tanto, NO es posible hacer el devengamiento en el mes de diciembre, ya que la fecha en que cada departamento entrega la documentación de diciembre a la Unidad Financiera, oscila entre la segunda y tercera semana del mes Enero, debido al periodo de vacación, así mismo por la complejidad de la documentación que requiere el ISSS para poder efectuar el trámite del pago.

Se anexa copia de la hoja de recepción de los informes que cada departamento entrega a la UFI (Tesorería), así como copia de los informes firmados y autorizados por la Unidad Médica para el trámite de pago, como evidencia de lo antes cuestionado.

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, la Contadora, la Tesorera Institucional y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, mencionan: "Con relación a este hallazgo decimos lo siguiente: "Con respecto a esta presunta deficiencia se menciona que estos servicios que se le prestaron al ISSS durante el mes de Diciembre del 2017, cada departamento involucrado entrega la documentación a la Unidad Financiera (Tesorería) para que inicie el proceso de preparar informe para revisión y aprobación en la Unidad Médica ISSS Metapán, luego si se presentase alguna observación corregirla y una vez que esta sea corregida se procede a tramitar nuevamente la revisión y aprobación del informe para poder tramitar el pago en oficinas administrativas del ISSS San Salvador. Este proceso desde que inicia con la entrega del reporte de los servicios prestados al ISSS por los diferentes departamentos (Rayos x, laboratorio, fisioterapia y alimentación), dura aproximadamente de 30 a 45 días, por lo tanto no se puede realizar el devengamiento de esos ingresos en el mes de diciembre.

Vale la pena mencionar que recientemente tuvimos un peritaje sobre los hallazgos de auditoría realizado al ejercicio 2016, en los cuales también hay dos hallazgos relacionados con los servicios prestados al ISSS en el mes de diciembre y no fueron devengados en su momento. Respecto a esto los señores del peritaje manifestaron que no procede hacer el devengamiento en el mes de diciembre debido a que es hasta en el mes de febrero aproximadamente que se tiene certeza del monto a cobrar al ISSS por los servicios prestados, pues es hasta en el mes de febrero del siguiente año que se tiene el informe debidamente firmado y sellado por las autoridades del ISSS Metapan, debido a esto es hasta en ese momento que se realiza el devengamiento, a la vez se da cumplimiento al Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado Romano VIII. Subsistema de Contabilidad Gubernamental, establece en el literal B. Principios, numeral 4 DEVENGADO: "La Contabilidad Gubernamental registrara los recursos y obligaciones en el momento que se generen y siempre que sea posible cuantificarlos objetivamente.

Se anexa copia de informes en los cuales se puede verificar la fecha en que fueron devueltos a la UFI del Hospital de Metapan para luego proceder a realizar el trámite de pago respectivo.

Además, cabe mencionar que en el Convenio no regula los tiempos en que cada unidad debe presentar dicha información para que sea tramitada en ambas partes"

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

Después de revisar los comentarios de la Tesorera y la Contadora, nos confirma que no se hizo el devengado. La justificante presentada es la entrega tardía de documentación y por el período de vacación. Sin embargo, en nuestra opinión, no se han utilizado los procesos correspondientes para que los documentos que emiten las unidades lleguen a tiempo y puedan ser revisados por la Tesorera y remitirlos a la Contadora para que haga el registro del devengado; aunque los informes no se hayan enviado al ISSS; si existiere diferencia, la Contadora deberá analizar y revisar la información para luego hacer los ajustes correspondientes.

En nota de referencia AC-02/18-OA-DRSA-HNAM-060 de fecha 09 de abril de 2018, se comunicó a la Directora del Hospital las deficiencias encontradas, de las cuales no se obtuvo comentarios.

No se obtuvo respuesta del Jefe de la Unidad Financiera UFI, a pesar que se le comunicó en nota de referencia AC-02/18-OA-DRSA-HNAM-061 de fecha 10 de abril de 2018 las presuntas deficiencias encontradas.

Al analizar el comentario presentado por la administración posterior a la lectura del borrador de informe, de la Tesorera, la Contadora y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional, nos confirma que no se hizo el devengado. La justificante es que el tiempo para revisión y aprobación por parte del ISSS dura aproximadamente de 30 a 45 días, por lo tanto, no se puede realizar el devengamiento de esos ingresos en el mes de diciembre, es de mencionar que esos servicios fueron prestados por el Hospital y lo pendiente es la percepción del efectivo por el servicio prestado; además registrará los recursos en el momento que se generen, independientemente de la percepción. Por lo tanto, la observación señalada persiste.

a) AREA MÉDICA

9. INEFICAZ CONTROL EN EL USO DE REACTIVOS Y MATERIALES DE REFERENCIA.

Comprobamos que el departamento de laboratorio clínico fue ineficaz en un 100%, en relación a que no estableció controles y procedimientos adecuados que contribuyeran a demostrar el uso confiable de los reactivos y materiales de referencia (controles, calibradores, cepas y otros), en razón que:

- ✓ El kardex no presenta un dato real de las existencias de reactivos, ya que no acumula saldo inicial de los mismos y al recibir reactivos de parte de almacén, laboratorio realiza el descargo inmediato sin haberlos utilizado.
- ✓ Las órdenes de exámenes no están clasificadas.
- ✓ No existe control de los reprocesos.
- ✓ No existe conciliación entre las pruebas recibidas y las realizadas.
- ✓ No se lleva un detalle de pruebas realizadas con equipo automatizado y pruebas realizadas con equipo manual.



El Reglamento Técnico Salvadoreño de Buenas Practicas de Laboratorio Clínico en sus diferentes numerales, establece:

Numeral 5.8.11, “El laboratorio establecerá los procedimientos y registros necesarios para la adecuada identificación, manipulación, conservación y uso seguro de los materiales de referencia”.

Numeral 5.8.13 “El laboratorio mantendrá el control de las existencias de los materiales de referencia utilizados y planificará su reposición oportuna”.

Numeral 5.3.2 “El laboratorio contará con los procedimientos operativos estandarizados (en lo adelante POE), las instrucciones de trabajo, para uso de equipos e instrumentos (en lo adelante “instrucciones”), los registros, los informes de Análisis (en lo adelante “IA”), las etiquetas, los informes mensuales de estadística y otros documentos que sean requeridos para la adecuada ejecución y control de sus actividades”.

Numeral 5.3.6, “Se considerarán registros, entre otros, los siguientes:

b) Registro de los accesos a los locales, cuando proceda, y a los sistemas automatizados; de mantenimiento y calibración interna, externa de uso de los instrumentos y equipos”

Numeral 5.3.18 “El laboratorio garantizará que los sistemas automatizados para el registro y procesamiento de datos o para el control de la documentación, hayan sido validados para su uso en el mismo y cuenten como mínimo, con:

- b) Posibilidad de controlar las entradas que se produzcan al sistema automatizado.
- c) Posibilidad de verificación de datos y resultados para fines de auditorías internas o externas.
- d) Protección y respaldo de la información existente.

El artículo 67, numeral 5 del Reglamento General de Hospitales, referente a que “El Director, como máxima autoridad del Hospital, tiene las funciones siguientes:

5. Desarrollar, hacer cumplir y evaluar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria”.

El artículo. 26 de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán establece: “La Dirección y demás jefaturas son responsables de documentar, mantener actualizados y divulgar internamente las políticas y procedimientos de control interno que el resto de funcionarios deben cumplir como parte de las obligaciones laborales”.

La deficiencia se originó debido a que el Jefe de Laboratorio Clínico, no cumplió su responsabilidad de documentar, mantener actualizados y divulgar internamente las políticas y procedimientos de control interno y procedimientos adecuados que demuestren el buen uso de los reactivos y materiales de referencia.



En consecuencia, la eficacia de la gestión en el área de control en el manejo de los reactivos y materiales de referencia no garantizó la transparencia de la información de existencia y manejo de los mismos, propiciando, además, la posibilidad de riesgo por pérdidas.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, el Jefe de Laboratorio Clínico manifiesta:

- “Al no presentar un dato real de las existencias es porque se entrega de inmediato a las áreas de trabajo los respectivos reactivos y no se pueden fraccionar, ya que las presentaciones vienen set de 100, 400, 600, 1500, 3000 pruebas, así se evita que se degraden y contaminen al no perder la cadena de frío que desintegra los reactivos, esto genera que no haya un saldo inicial. A partir de enero 2018 se lleva un control de los reactivos que están en las diferentes áreas.
- Las ordenes de exámenes se clasificaban por día. A partir de Enero 2018 se selecciona por área de trabajo y por día según observación de auditoria para mejorar orden.
- No se llevaba control reactivo que se desechaba por degradación, re procesos (Diluciones de muestras de pacientes, Blanco de reactivo, Calibradores, Controles normales y Patológicos, así como muestras que se repetían) no se digitaban en el SEPS lo cual restaba a la producción del laboratorio, también no hay códigos en el SEPS para reflejar re procesos y Diluciones. A partir de Enero se Lleva una hoja de control de re procesos por área de trabajo y pruebas realizadas.
- Al no existir conciliación de pruebas es por los restantes de reactivos que se encuentran en uso en equipos y refrigeradora de áreas de trabajo.
- Por falta de control de re procesos en equipo automatizados y pruebas realizadas en equipo se mi automatizado, no se tenía un registro exacto, la cantidad de reactivo a usar es mayor que en el equipo automatizado y no se evidenciaba al reportar producción. Se solicitó a la Unidad de calidad del ISSS, DACABI para que nos capacitara en re procesos y control de calidad en el Laboratorio, fue impartida [REDACTED] día 7 de febrero 2017 se anexa listado de asistencia. Desde enero 2018 se lleva un mejor registro con formato de re procesos, se anexa para su verificación. Se anexa documentos de control”



COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

No obstante haber comunicado la deficiencia mediante nota AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-064 al Jefe de Laboratorio Clínico y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 a la Directora del Hospital, no proporcionaron respuesta.

Al analizar los comentarios presentados por el Jefe de Laboratorio Clínico posterior a la lectura del Borrador de Informe se comprueba que no estableció controles y procedimientos adecuados que contribuyeran a demostrar el uso confiable de los reactivos y materiales de referencia, pues manifiesta en sus comentarios que a partir de enero 2018 se están implementando controles en todos los procesos que se desarrollan en el Laboratorio Clínico, debido a esta razón la deficiencia se mantiene para el período de esta auditoría.

10. INEFICIENTE GESTIÓN DE RIESGOS.

Comprobamos que la gestión de riesgos en laboratorio clínico fue ineficiente en un 100%, en razón que:

- ✓ No fueron identificados los factores de riesgos relevantes, internos y externos.
- ✓ No se realizaron análisis de factores de riesgos, priorizando los de alto impacto y ocurrencia.

El artículo 10 de las Normas Técnicas de Control Interno Específico del Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán, establece: “...El Director y las Jefaturas deben desarrollar y mantener un estilo de gestión que les permita administrar un nivel de riesgo, orientado a la medición del desempeño y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control. Para tal efecto deberán elaborar los respectivos análisis, valoración de riesgos y actividades de control para minimizar los riesgos en las áreas de responsabilidad”.

Además, el 23 de las mismas Normas Técnicas de Control Interno Específico, establece: “Cada Unidad Organizativa procederá a realizar los análisis de los factores de riesgo, según el área de responsabilidad, debiéndose priorizar los de alto impacto y ocurrencia; pero sin dejar de atender los de bajo impacto, ya que si la mayoría son identificados bajo este parámetro los mismos se convierten en relevantes.

El Artículo 67, del Reglamento General de Hospitales, referente a que: “El Director, como máxima autoridad del Hospital, tiene las funciones, en el numeral 5, establece: “Desarrollar, hacer cumplir y evaluar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria”.

La deficiencia se debe a que el Jefe de Laboratorio Clínico no ejecutó actividades de análisis de los procesos establecidos para cada actividad dentro del departamento.



Consecuentemente el departamento de Laboratorio Clínico no conoció aquellos aspectos que le generan riesgo, para poder diseñar e implementar acciones correspondientes a los mismo, para tener un control y minimizar su ocurrencia e impacto.

COMENTARIO DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, el Jefe de Laboratorio Clínico manifiesta:

- “Por desconocimiento no se trabajó en la identificación y análisis de riesgos internos y externos en el laboratorio clínico en el año 2017.
- A partir de auditoría de corte de cuentas en el presente año y por observación de equipo supervisor se trabaja en planes de identificación y análisis de riesgos de mayor impacto y ocurrencia en el laboratorio”.

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, la Directora Medico Hospital Regional y Departamental, manifiesta: “Mi respuesta es que se identifican irregularidades, a través de una supervisión realizada por parte del equipo gestión de nuestra institución, motivo por el cual se solicita auditoría a corte de cuentas para determinar irregularidades”

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

No obstante haber comunicado la deficiencia mediante nota AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-064 al Jefe de Laboratorio Clínico y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 a la Directora del Hospital, no proporcionaron respuesta alguna.

Al analizar el comentario presentado por el Jefe del Laboratorio Clínico, se comprueba que por desconocimiento no se implementaron los controles en el Laboratorio Clínico; además manifiesta que a partir de este año trabajaran en los planes de identificación y análisis de riesgos.

En relación al comentario presentado por la directora es que se identificaron irregularidades como causa de la falta de controles internos dentro del Laboratorio Clínico; debido a la falta de controles no es posible realizar una auditoría exhaustiva en esta unidad. Por estas razones la deficiencia persiste.

11. INEFICIENTE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

Comprobamos que el cumplimiento a las especificaciones del contrato por Libre Gestión N° 05/2017, denominado: SUMINISTRO DE PRUEBAS EFECTIVAS Y REACTIVOS DE LABORATORIO, de FARLAB, S.A. DE C.V., fue ineficiente en un 50%, respecto a que de 2 especificaciones establecidas para reactivos, en Cláusula I) OBJETO DEL CONTRATO, solamente cumplieron 1, en razón que los

reactivos fueron recibidos con fecha de vencimiento menor a 18 meses. Ver Anexo 2.



Según el Contrato de Libre Gestión N° 05/2017, denominado: CONTRATO DE SUMINISTRO DE PRUEBAS EFECTIVAS Y REACTIVOS DE LABORATORIO, de FARLAB, S.A. DE C.V.", en su Cláusula I) OBJETO DEL CONTRATO, establece lo siguiente: "LA CONTRATISTA realizará el servicio ofrecido según la oferta económica, de fecha tres de abril de dos mil diecisiete, se obliga a realizar dos entregas de los suministros que a continuación se detallan, siendo cada entrega del cincuenta por ciento, a solicitud del administrador de contrato, en un plazo de máximo de quince días posteriores a la solicitud, de acuerdo a lo ofertado, en horas hábiles, a precios firmes de acuerdo a la forma, especificaciones y cantidades siguientes:

"Los reactivos deben estar listos para su uso y tener fecha de vencimiento no menor de 18 meses a la fecha de vencimiento".

La deficiencia se originó debido a que el Administrador de Contrato no cumplió con su obligación de verificar que, al momento de la recepción de los reactivos, su fecha de vencimiento estuviera dentro lo establecido en las especificaciones del contrato.

En consecuencia, los reactivos recibidos quedaron en riesgo innecesario de no poder ser utilizados en favor de la población, si no se hubiesen consumido antes de su caducidad.

COMENTARIO DE LA ADMINISTRACIÓN

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, el Jefe de Laboratorio Clínico manifiesta:

- "La compra de reactivos se realiza para 6 meses ya que el presupuesto asignado al laboratorio no es suficiente para realizar la compra de reactivos para 12 meses, por esta razón los reactivos se recibieron con fecha menor de 18 meses no como se habían solicitado, todos los reactivos se consumen antes de su vencimiento".

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

No obstante haber comunicado la deficiencia mediante nota AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-064 al Jefe de Laboratorio Clínico y AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-060 a la Directora del Hospital, no proporcionaron respuesta.

Al analizar el comentario presentado por el Jefe del Laboratorio Clínico, se confirma que los reactivos fueron recibidos con fecha de vencimiento menor a 18 meses, por esta razón la deficiencia se mantiene

12. NO FUERON EFICACES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.

Comprobamos que no fueron Eficaces en 70% en la prestación de los servicios de Consulta Externa, debido a que de 10 tipos de consultas que brindaron solo en 3 cumplieron con los objetivos y metas contenidas en la Programación de Actividades Asistenciales del Plan Anual Operativo del año 2017, en el resto (7) no hubo cumplimiento ni implementaron acciones preventivas o correctivas para el logro de los objetivos institucionales, como se detalla a continuación.

Nº	Tipo de Consulta Externa	Nº de consultas programadas en la PAO 2017.	Nº de consultas a pacientes	Consultas que no se brindaron	% de Eficacia	% alcanzado	% ineficiencia
1	Consulta de Medicina General.	13,475	14,921.	1446	111		
2	Consultas de pacientes en Medicina Interna.	10,045	6,856	3,189		68.00	32
3	Consultas de Cirugías General.	6,789	5,234	1,555		77.00	23
4	Consulta de paciente en Pediatría General.	5,616	4,442	1,174		79.00	21
5	Consultas de Ginecología.	4,278	3,481	797		81.00	19
6	Consulta de Obstetricia.	2,880	2,880		100		
7	Consulta de Odontología Subsecuente.	2,808	1,259	1,549		45.00	55
8	Colposcopia.	144	162.	18	113		
9	Nutrición.	1,362	810	552		59.00	41
10	Psicología.	1,200	864	336		72.00	
Totales..		48,597	40,909.00	9,152			

El Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, prescribe en los artículos siguientes:

Artículo. 16.- "El Jefe de la División o Departamento de Servicios Diagnósticos y de Apoyo debe coordinar lo concerniente a aquellos servicios del Hospital, que sirvan para facilitar que el área clínica establezca mejores diagnósticos y manejos en la atención de la población".



Los numerales 1, 2, 5, 6, 8, 15, 18 y 20 del artículo 67 "El Director, como máxima autoridad del Hospital, tiene las funciones siguientes:

1. Cumplir y hacer que se cumplan las actividades encaminadas a la atención del paciente hospitalario.
3. Ejercer la representación legal del Hospital.
5. Desarrollar, hacer cumplir y evaluar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria...".
6. Evaluar el cumplimiento de las funciones de las personas que ocupan los puestos Jefatura bajo su cargo.
8. Cumplir y hacer cumplir el presente Reglamento y demás normativa.
15. Cumplir y hacer cumplir las medidas para garantizar el control económico, la prevención y el enfrentamiento de las indisciplinas, ilegalidades, delitos y la corrupción.
18. Desarrollar el proceso para el establecimiento de los objetivos estratégicos del Hospital, a partir de estos definir las acciones y tareas que deberán reflejarse y controlarse en los planes de trabajo a nivel institucional.
20. Emitir los Acuerdos y resoluciones hospitalarias necesarias, para la organización y funcionamiento del Hospital. La Dirección Nacional de Hospitales emitirá los instrumentos técnicos jurídicos necesarios para definir la estructura de tales documentos".

El numeral 9 del artículo. 25.- "El Hospital tiene las funciones siguientes: Contar con un Plan Operativo Anual, el cual debe ser dinámico, en virtud de como varía la salud y sus determinantes en el territorio, indicadores de gestión, debe establecer metas realistas y alcanzables".

Artículo 69.- "El Jefe de la División o Departamento Médico Quirúrgico subordinado a la Dirección del Hospital, tiene las funciones siguientes:

1. Coordinar las actividades de los Departamentos y Unidades Médicas siguientes: Departamento de Medicina Interna, Departamento de Cirugía, Departamento de Ginecobstetricia, Departamento de Pediatría, Departamento de Neonatología, Unidad de Consulta Externa, Unidad de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el funcionamiento de las áreas médicas.
3. Vigilar el mantenimiento de la disciplina, trabajo y eficiencia del personal médico, de enfermería y paramédico, del que es Jefe inmediato, así como del correcto funcionamiento de las áreas de servicio que se encuentran bajo su jurisdicción.
4. Proponer al Director del Hospital, proyectos de mejoras necesarias para el buen funcionamiento del mismo".



Los numerales 1 y 8 del Artículo. 75.- El Jefe de Servicios Médicos es el responsable de la atención médica a los pacientes y de la organización del trabajo médico en su servicio; para ello tienen las siguientes funciones:

1. Planificar, organizar, dirigir y controlar todas las actividades asistenciales y de investigación del servicio.
8. Planificar, organizar y controlar las interconsultas solicitadas y la participación y distribución de los médicos especialistas de su servicio en la consulta externa”.

Artículo 128.- Para organizar el trabajo en la consulta externa, a los pacientes se les entregará previamente las citas, siguiendo un orden de acuerdo a la complejidad de su patología, lugar de residencia y el momento de la entrega de la cita. El orden de los turnos de atención del paciente será respetado y para atender pacientes extras se hará al final de la consulta”.

Artículo 129.- “Los horarios de las consultas externas se establecerán de acuerdo a las características de la población, así como el perfil y la complejidad de los Hospitales. La organización de la atención médica en las consultas se debe realizar utilizando los turnos escalonados, y no debe citarse a todos los pacientes del día, a la misma hora”.

Artículo 130.- “Las Consultas Externas deben comenzar a la hora fijada, las modificaciones en su horario de comienzo, supresión o sustitución del médico actuante tienen que estar autorizadas por el Jefe de la Consulta Externa, el Director o Subdirector correspondiente”.

El Reglamento de Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán, prescribe en los artículos siguientes:

Artículo 16.- “Los objetivos y metas institucionales; así como también, la visión y misión del Hospital, estarán definidos en el Plan Estratégico Institucional y planes anuales operativos; éstos serán evaluados periódicamente por la Dirección y jefaturas”.

Artículo 18.- “La valoración de riesgos, será un componente del Sistema de Control Interno Institucional, sustentada en una estrategia de planificación participativa anual, siendo la responsable la Dirección o la persona designada de darle seguimiento”.

Artículo 19.- “Todas las unidades organizativas, elaborarán oportunamente sus planes anuales operativos, en los que se definirán sus propios objetivos y metas orientados al logro de los objetivos institucionales”.



Artículo 20.- “A fin de realizar acciones preventivas o correctivas, que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales, la Dirección o quien ésta delegue, evaluará la ejecución de los planes de cada Unidad Organizativa en sus correspondientes áreas, por lo menos una vez al año. Todas las actividades de seguimiento y evaluación realizadas deberán documentarse”.

Artículo 27.- “Las actividades de control, serán parte de las operaciones de los procesos y responsabilidad de cada Jefatura en particular, según el Área de su competencia. La Dirección, coordinará a las diferentes jefaturas para actualizar el marco regulatorio del Hospital, orientado a alcanzar las metas y objetivos como Institución prestadora de servicios de salud”.

La deficiencia se debe a que la Directora y el Jefe de Consulta Externa del hospital no han implementado mecanismos o planes de contingencia para solventar la falta de recurso médico para cubrir las consultas que se dejan de brindar a los pacientes, por jubilaciones, incapacidades o desarrollo de otras funciones asignadas que no son del área médica.

Como consecuencia se dejaron de brindar 9,152 consultas a un mismo número de pacientes en las áreas médicas siguientes:

N°	Tipo de Consulta Externa	Consultas que no se brindaron
1	Consultas de pacientes en Medicina Interna.	3,189
2	Consultas de Cirugías General.	1,555
3	Consulta de paciente en Pediatría General.	1,174
4	Consultas de Ginecología.	797
5	Consulta de Odontología Subsecuente.	1,549
6	Nutrición.	552
7	Psicología.	336
Totales...		9,152

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

En memorándum sin fecha, El Jefe de Consulta Externa, manifiesta: “En el numeral 4 donde reza “NO FUERON EFICACES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.”

Se observan 7 tipos de consulta donde no hubo cumplimiento ni se implementaron acciones preventivas o correctivas se expone lo siguiente.

Consulta con déficit.	Justificación.
MEDICINA INTERNA.	Se justifica por la jubilación desde agosto de un recurso de medicina interna el cual cubría el mayor número de usuarios de medicina interna viendo 21 pacientes por día y por medio de dirección y recursos humanos trataron de contratar a médicos internistas los cuales no atendieron el llamado , quizás por lo lejano del hospital, pero dicha consulta era cubierta por médicos residentes los cuales no pueden censar la consulta como de medicina interna, sino como médico residente , dicha consulta



	que era cubierta por dichos médicos era extensión de recetas y control con exámenes de laboratorio. No siendo consulta médica especializada, esto se mejoró en Noviembre con la contratación de un recurso de medicina interna.
CIRUGÍA GENERAL.	Se vio disminución de la consulta de cirugía por 2 razones, una los quirófanos no estaban habilitados lo que ocasiono que la consulta quirúrgica disminuyera. Y la segunda la incapacidad prolongada de un recurso medico por patología crónica por un lapso de 3 meses que es quien tiene asignado el mayor número de usuarios que son 20 por día.
PEDIATRÍA GENERAL	La consulta en este rubro se vio disminuida por la incapacidad de un recurso el cual ve un total de 8 usuarios por día y que también ejecuta la jefatura del servicio de pediatría por lo que dicho cargo recayó en el otro recurso de pediatría quien tenía que cubrir las funciones de la jefatura vacía , luego la administración del hospital contrato una peditra sic
CONSULTA DE GINECOLOGÍA.	Dos de los recursos que brindan la consulta de ginecología tienen puestos de jefaturas en el hospital, lo cual cuando son llamados a reuniones o misiones oficiales la consulta es brindada por médicos residentes lo cual no es censada como consulta ginecológica. Sino como médico residente. Dichas reuniones convocadas en ocasiones por la dirección o cuando alguna jefatura llama a reunión no están contempladas en la PAO.
ODONTOLOGÍA.	Con respecto a la consulta odontológica la PAO no me fue presentada a mi persona sino que directamente a planificación, ya que por la complejidad del SIMMOV Y las normas técnicas de odontología existe una discrepancia entre los usuarios a ver según programación y los vistos en consulta externa pero desde el 2016 se viene con esta problemática por lo que en enero del 2017 se implementó un plan de mejora con su evaluación respectiva anexo 5 y 6.
NUTRICIÓN	FUERA DE MI GESTIÓN, a pesar de que la nutricionista está incluida como consultante. Depende directamente de la administración. A quien le presenta la PAO
PSICOLOGÍA	La psicóloga desempeña múltiples funciones que se detallan a continuación dado que Metapán fue incluido en los municipios priorizados en la tercera fase del plan Salvador seguro el recurso de salud mental fue designado a asistir a las reuniones de consolidación de información de la RIISS convocadas por la región occidental. También el recurso representa a la institución en las reuniones del comité municipal de prevención de violencia. PREPAZ solicito apoyo para desarrollar la estrategia "familias fuertes" cumpliendo en total 30 misiones oficiales y 15 reuniones del comité para la prevención de la violencia.

Posterior a la lectura del Borrador de Informe y mediante nota sin referencia recibida en fecha 2 de julio de 2018, el Jefe de Laboratorio Clínico manifiesta:

	Justificación.
Consulta con déficit.	
MEDICINA INTERNA.CIRUGIA, PEDIATRIA Y GINECOLOGIA.	En respuesta a oficio AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-073 se les hizo ver la jubilación de recurso desde agosto dicho recurso humano de medicina interna el cual cubría el mayor



número de usuarios de medicina interna viendo 21 pacientes por día , se puede ver en anexo 2 que es la producción y evaluación de la PAO 2017 como bajo el porcentaje de producción de medicina interna a un 44 % pero a la vez se ve el alza de la producción de consulta médica general a un 149% , por lo que siendo un consulta especializada , dicha consulta era cubierta por médicos residentes los cuales no pueden censar la consulta como de medicina interna, sino que como medicina general dicha consulta que era cubierta por dichos médicos era extensión de recetas y o control con exámenes de laboratorio. Y los que ameritaban pasar consulta médica especializada o evaluación médica se distribuía entre los otros 2 internista, en agosto del 2018 se implementó un plan contingencia que fue presentado a ODS con fecha del 30 de agosto anexo 3 a menos de un mes de haberse jubilado dicho recurso, por lo no creo que se hable de que no se implementaron planes contingenciales para solventar la falta de recurso.

Es decir, la consulta de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología no pueden censarla como consulta especializada, si es brindada por médicos generales.

CIRUGIA.

Las causales del porqué de la baja en las consultas de cirugía como fue hecha de su conocimiento en la vez anterior, pero recordando que un cirujano padece de enfermedad crónica no transmisible y hace que se incapacite por largos periodos y de forma imprevista, lo cual escapa a toda programación lógica de actividades, aunado esto a la falta de quirófanos habilitados para la cirugía que no es de mi competencia el habilitarlos por lo que a menos cirugías menos consulta de cirugía.

PEDIATRIA.

En cuanto a pediatría igualmente un recurso presento incapacidad de larga duración por lo que el número de consulta se vio disminuida pero la atención se prestó ver anexo 2 y anexo3, donde se puede ver el Porcentaje de producción de medicina general por arriba del 118% para octubre, 136% para noviembre, y 114 para diciembre.

En enero y febrero existió falta de pediatras ya que fueron llamados a capacitaciones y en marzo existe un permiso de recurso medico lo que explica la baja en la consulta de pediatría, pero, se repite la misma historia, esta consulta fuer dada por médico residente el cual no puede censarla como consulta médica especializada, de ahí la alza del porcentaje en la consulta médica general. Debido al plan contingencial.

GINECOLOGIA.

Ya en respuesta anterior se explicó que los ginecólogos son



	<p>llamados a capacitaciones, las cuales no dependen directamente de la jefatura, sino que, del nivel central, o son enviados a reuniones cuando son demandados por el nivel regional los cuales no están programados en la PAO, pero al igual que las otras especialidades son evaluados por médicos generales.</p>
ODONTOLOGIA.	<p>Con respecto a la consulta odontológica la PAO no me fue presentada a mi persona, sino que directamente a planificación, ya que por la complejidad del SIMMOV Y las normas técnicas de odontología existe una discrepancia entre los usuarios a ver según programación y los vistos en consulta externa, pero desde el 2016 se viene con esta problemática por lo que en enero del 2017 se implementó un plan de mejora con su evaluación respectiva anexo 5 y 6</p> <p>Al revisar la NORMA TECNICA DE ATENCION EN SALUD BUCAL. Extendida por el viceministerio de servicios de salud Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria, Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Bucal.</p> <p>En el Capítulo IV, Artículo 17, literal "b" donde reza "en cuanto al número de pacientes en el consultorio de UCSF básica, intermedia y especializada se deben de atender tres por hora".</p> <p>En el artículo 18</p> <p>Literal b, el cirujano dental general y especialista del establecimiento de salud de segundo y tercer nivel deben de atender a los pacientes hospitalizados que requieran atenciones bucodentales.</p> <p>Literal d dice en el caso de atenciones odontológicas generales realizadas por cirujano dental, debe de atender 3 pacientes por hora.</p> <p>Literal f. En el caso de atenciones odontológicas generales especializados, realizadas en pacientes comprometidos sistemáticamente (diabéticos, cardiópatas hemofílicos, trastornos convulsivos u otros) deben de atender dos pacientes por horas.</p> <p>capítulo V.</p> <p>artículo 20, literal h. al referente del área odontológica debe de asignársele una hora administrativa por día, dentro de sus horas laborales para realizar lo citado en el numeral "g".</p> <p>literal j a los cirujanos dentales que sean recursos únicos, con contratación laboral de m seis u ocho horas, debes ser considerados referentes y se les debe de asignar cuarenta minutos administrativos por día.</p> <p>por lo que el recuso odontológico del hospital siendo recurso único tiene una contratación de 8 horas dividiendo su tiempo de la siguiente manera.</p> <ol style="list-style-type: none">1. 1 hora para pasar visita en los servicios de



	<p>encamamiento.</p> <ol style="list-style-type: none">2. 45 minutos de toma de alimentos.3. Y 45 minutos de administrativos. Ya que no cuenta con asistente dental, artículo 20 literal I.4. dando un total de 2 horas y media en la que no ve usuarios.5. Que debería de ver un total de 15 a 16.5 usuarios por día dependiendo de la complejidad como se ha descrito con anterioridad.6. Según datos del Sistema nacional de salud, Morbimortalidad estadísticas vitales SINMOV el cual se anexa en físico y no se puede proporcionar en digital se desprenden que existe una discrepancia en lo programado en la PAO y los registros del SINMOV, <p>por lo que fue consultado con medico planificador quien no dio respuesta de cómo se distribuía la programación anual operativa del recurso odontológico.</p> <p>Además, dicha programación no fue de mi conocimiento ya que al recurso odontológico se le pidió de forma directa la PAO.</p> <p>Esto aunado a la falta de insumos como se deja plasmado en anexo 4. Con fecha del 21 de septiembre del 2017.</p> <p>Debido a que se presentaban bajos porcentajes de producción se hizo plan de mejora a recurso de odontología ver anexo 5. Y posterior evaluación ver anexo 6</p>
NUTRICION	FUERA DE MI GESTION, a pesar de que la nutricionista está incluida como consultante. Depende directamente de la administración. A quien le presenta la PAO, por lo que me desligo de dicha programación y bajo porcentaje.
PSICOLOGIA	<p>La psicóloga desempeña múltiples funciones que se detallan a continuación, dado que Metapán fue incluido en los municipios priorizados en la tercera fase del plan Salvador seguro el recurso de salud mental fue designado a asistir a las reuniones de consolidación de información de la RIISS convocadas por la región occidental.</p> <p>También el recurso representa a la institución en las reuniones del comité municipal de prevención de violencia.</p> <p>PREPAZ solicito apoyo para desarrollar la estrategia "familias fuertes" cumpliendo en total 30 misiones oficiales y 15 reuniones del comité para la prevención de la violencia .</p>



COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

Esta observación fue comunicada a la señora Directora del Hospital en nota de referencia AC-02/18-AO-DRSA-HNAM-070 de fecha 11 de abril de 2018. Sin obtener comentarios.

Solamente obtuvimos los comentarios del Jefe de Consulta Externa, que en sus comentarios lo que hace es confirmar la condición relacionado con la falta de eficiencia en el cumplimiento de las metas programadas de las consultas de los pacientes atendidos en Consulta Externa.

Al analizar los comentarios presentados posterior a la lectura del Borrador de Informe; solamente obtuvimos los comentarios del Jefe de Consulta Externa, que lo que hace es confirmar la condición relacionada con la falta de eficiencia en el cumplimiento de las metas programadas de las consultas de los pacientes atendidos en Consulta Externa; debido a que expone las situaciones que se dieron en las diferentes áreas por las que no se hizo posible cumplir con los objetivos y metas presentados en los planes, por lo tanto la observación se mantiene.

6. ANÁLISIS DE INFORMES DE AUDITORÍA INTERNA Y FIRMAS PRIVADAS DE AUDITORÍA

El Hospital contó con la unidad de Auditoría Interna, constatando que el profesional de esta área, elaboró dos informes, a los que aplicamos procedimientos de auditoría establecidos en programas, no habiendo resultados negativos en los informes, en relación a firmas privadas de auditoria no se contrató dichos servicios.

7. SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE AUDITORÍAS ANTERIORES

El Informe de Auditoría realizado por la Corte de Cuentas de la República, correspondiente a la Auditoría Financiera, correspondiente al período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016, se le dio el seguimiento a una recomendación referente al registro del "devengamiento inoportuno de ingresos y omisión de registros del devengamiento", la cual no fue superada por la entidad, esta situación se vuelve reincidente y se presenta en el hallazgo número 8 del presente informe.

8. CONCLUSIÓN GENERAL

Luego de haber realizado la Auditoría Operacional, al Hospital Nacional "Arturo Morales", de Metapán, departamento de Santa Ana, correspondiente al período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017; concluimos que la entidad ha implementado medidas de control adecuadas pero no suficiente para garantizar el cumplimiento de los indicadores de economía, eficiencia, eficacia y efectividad, y la observancia de disposiciones legales aplicables en el desarrollo de las

principales actividades operativas y financieras de la Entidad, debido a deficiencias identificadas que afectan el desarrollo de la gestión del Hospital, que limitan el logro de objetivos y propósitos para la prestación de servicios a los habitantes; descritas en el numeral 5. Resultados de la auditoría por área o aspecto examinado, en el presente Informe.

9. RECOMENDACIONES DE AUDITORÍA

El presente borrador de informe no contiene recomendaciones.

10. PÁRRAFO ACLARATORIO

Este informe se refiere la Auditoría Operacional, al Hospital Nacional “Arturo Morales”, de Metapán, departamento de Santa Ana, correspondiente al período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017 y ha sido preparado para ser comunicado a la Directora Médico del Hospital Nacional “Arturo Morales” de Metapán y para uso de la Corte de Cuentas de la República.

Santa Ana, 27 de julio de 2018

DIOS UNIÓN LIBERTAD


**DIRECTOR INTERINO ADHONOREM
REGIONAL SANTA ANA**



“Esta es una versión pública a la cual se le ha suprimido la información confidencial o declarada reservada de conformidad con la Ley de Acceso a la información Pública”