

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**ESCUELA DE CONTADURÍA PÚBLICA**



**“GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE GESTIÓN AMBIENTAL APLICABLE A LOS  
DESECHOS BIOINFECCIOSOS GENERADOS POR LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE EL  
SALVADOR”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO POR:**

Orellana Ginea, Jessica Marcela

Romero Hernández, Karina Lisseth

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

LICENCIADA EN CONTADURÍA PÚBLICA

**Diciembre de 2015**

**San Salvador, El Salvador, Centroamérica**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

<b>Rector</b>	<b>: Licenciado José Luis Argueta Antillón</b>
<b>Secretaria General</b>	<b>: Doctora Ana Leticia Zavaleta de Amaya</b>
<b>Decano de la Facultad de Ciencias Económicas</b>	<b>: Licenciado Nixon Rogelio Hernández Vásquez</b>
<b>Secretario de la Facultad de Ciencias Económicas</b>	<b>: Master José Ciriaco Gutiérrez Contreras</b>
<b>Directora de la Escuela de Contaduría Pública</b>	<b>: Licenciada María Margarita de Jesús Martínez Mendoza de Hernández</b>
<b>Coordinador de seminario</b>	<b>: Licenciado Mauricio Ernesto Magaña Menéndez</b>
<b>Docente Director</b>	<b>: Licenciado Carlos Ernesto Ramírez</b>
<b>Jurado Examinador</b>	<b>: Master Luis Alonso Ramírez Aguilar Licenciado Carlos Ernesto Ramírez Licenciado Daniel Nehemías Reyes López</b>

**Diciembre del 2015**

**San Salvador, El Salvador, Centro América**

## AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a:

Principalmente a Dios y a la Virgen María por su infinita misericordia, la sabiduría para poder superar diferentes dificultades e iluminar nuestro camino y de esta manera culminar bajo su amparo las metas propuestas.

Nuestros padres, hermanos y hermanas; que han sido y seguirán siendo nuestros modelos a seguir, por alentarnos a seguir adelante y no desmayar en ningún momento, por el sacrificio que han hecho para que hoy en día estemos juntos al ver superadas adversidades y celebrando el fin de un ciclo. De igual manera a Alexander Aquino te agradecemos por tu tiempo y paciencia al momento de realizar las visitas de campo gracias por ser un verdadero apoyo, amigo y novio, a Edwin Alarcón por su apoyo incondicional y a las/os amigos que nos animaron a continuar en este viaje.

Director General de Hospitales del Ministerio de Salud, así como a los Directores de cada nosocomio y especialmente a cada auditor (a) responsables de la unidades de auditoría interna, por el tiempo invertido y la fina atención que tuvieron; y en general a todo el personal de los diferentes hospitales que nos proporcionaron información para que el desarrollo de la investigación finalizará con éxito.

Cada uno de los asesores, que nos guiaron desde el inicio, por todo el tiempo que nos dedicaron en cada reunión de revisión, en especial por la lectura y sugerencias brindadas durante todo el proceso. Gracias a cada licenciada/o que aportó sus conocimientos en nuestra formación como futuras profesionales.

*Jessica Orellana y Karina Romero*

"No llores porque ya se terminó... sonríe, porque sucedió."

Gabriel García Márquez

## ÍNDICE

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>i</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>iii</b>
<b>CAPÍTULO I: SUSTENTACIÓN TEÓRICA, TÉCNICA Y LEGAL</b>	<b>1</b>
1.1 ANTECEDENTES	1
1.1.1 AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL	1
1.1.2 AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL	2
1.1.3 RED PÚBLICA HOSPITALARIA DE EL SALVADOR	4
1.2 AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL	16
1.2.1 GENERALIDADES	16
1.2.2 TIPOS DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL	18
1.2.3 ETAPAS DE LA AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL	20
1.3 AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL	21
1.3.1 OBJETIVOS	21
1.3.2 CARACTERÍSTICAS	22
1.3.3 PRINCIPALES VENTAJAS	22
1.3.4 LIMITACIONES	22
1.3.5 CLASIFICACIÓN DE AUDITORÍA DE MEDIO AMBIENTE	23
1.3.6 TIPOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL	24
1.3.7 RIESGOS EN LA AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL	24
1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES NACIONALES	25
1.4.1 IMPORTANCIA EN EL SECTOR SOCIAL	28
1.5 DESECHOS BIOINFECCIOSOS	28
1.5.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS	28

1.5.2	CICLO DEL MANEJO DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS	29
1.5.3	BIOSEGURIDAD PARA LOS EMPLEADOS	32
1.6	MARCO TÉCNICO	32
1.6.1	NORMAS DE AUDITORÍA INTERNA DEL SECTOR GUBERNAMENTAL	32
1.6.2	NORMATIVA TÉCNICA APLICABLE A LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS	34
1.7	MARCO LEGAL	36
1.7.1	LEYES DE APLICACIÓN GENERAL	36
1.7.2	LEYES ESPECÍFICAS	39
	<b>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>42</b>
2.1	DISEÑO METODOLÓGICO	42
2.1.1	TIPO DE ESTUDIO	42
2.2	UNIDAD DE ANÁLISIS	42
2.3	UNIVERSO Y MUESTRA	42
2.3.1	UNIVERSO	42
2.3.2	MUESTRA	43
2.4	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	43
2.4.1	INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	43
2.4.2	INVESTIGACIÓN DE CAMPO	43
2.4.3	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
2.5	PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	44
2.6	DIAGNÓSTICO	44
	<b>CAPÍTULO III: GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE GESTIÓN AMBIENTAL APLICABLE A LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS GENERADOS POR LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE EL SALVADOR</b>	<b>49</b>
3.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
3.2	EXPLICACIÓN GENERAL DE ESTRUCTURA Y FORMA EN QUE SERÁ ABORDADO	49

3.3	GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE GESTIÓN AMBIENTAL	51
3.3.1	OBJETIVO Y ALCANCE DE LA GUÍA	51
3.3.2	JUSTIFICACIÓN	51
3.3.3	ÁMBITO DE APLICACIÓN	52
3.3.4	MARCO TÉCNICO	52
3.3.5	FLUJOGRAMA PARA EL PROCESO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL APLICADA A DESECHOS BIOINFECIOSOS	55
	<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>138</b>
4.1	CONCLUSIONES	138
4.2	RECOMENDACIONES	139
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>140</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>142</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Hospitales de la Red Pública de El Salvador	5
Tabla 2 Fases de auditoría gubernamental	20
Tabla 3 Hospitales básicos II nivel	26
Tabla 4 Hospitales departamentales II nivel	26
Tabla 5 Hospitales regionales	27
Tabla 6 Hospitales escuela	27
Tabla 7 Ley de Ética Gubernamental	36
Tabla 8 Ley de la Corte de Cuentas de la República	36
Tabla 9 Código de Salud	39
Tabla 10 Ley del Medio Ambiente	40
Tabla 11 Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos	41
Tabla 12 Clasificación de desechos bioinfecciosos	52
Tabla 13 Componentes de control interno	61
Tabla 14 Modelo de riesgos	67
Tabla 15 Explicación del ciclo básico para el proceso de construcción de indicadores	71
Tabla 16 Áreas a examinar	75

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Aspectos que se consideran para realizar cada tipo de auditoría gubernamental	19
Figura No. 2 Clasificación de los desechos sólidos hospitalarios	29
Figura No. 3 Ciclo del manejo de los residuos	31
Figura No. 4 Normas de Auditoría Interna del sector gubernamental	33
Figura No. 5 Normativa técnica aplicable a los desechos bioinfecciosos	35
Figura No. 6 Primera etapa del manejo de los desechos bioinfecciosos	53
Figura No. 7 Segunda etapa para el manejo de los desechos bioinfecciosos	54
Figura No. 8 Tercera etapa para el manejo de los desechos bioinfecciosos	54
Figura No. 9 Determinar riesgos	65
Figura No. 10 Ciclo básico para el proceso de construcción de indicadores	69
Figura No. 11 Características que deben presentar los indicadores de gestión	70
Figura No. 12 Fases para la determinación de la muestra	79
Figura No. 13 Estructura del memorándum	84
Figura No. 14 Ejemplo de referenciación alfanumérica	120
Figura No. 15 Estructura de archivo permanente	121
Figura No. 16 Estructura de archivo corriente	122



## ÍNDICE DE MODELOS SUGERIDOS

Modelo sugerido No. 1 Cuestionario dirigido a personal clave	59
Modelo sugerido No. 2 Cuestionario de control interno	62
Modelo sugerido No. 3 Matriz de riesgo de los desechos bioinfecciosos	66
Modelo sugerido No. 4 Selección de la muestra	80
Modelo sugerido No. 5 Cédula de marcas	119
Modelo sugerido No. 6 Carta de comunicación preliminar por deficiencia observada en área examinada	124
Modelo sugerido No. 7 Carta de convocatoria para lectura de informe borrador	125
Modelo sugerido No. 8 Borrador de informe de auditoría	126
Modelo sugerido No. 9 Esquema de agenda de reunión	127
Modelo sugerido No. 10 Cédula de hallazgo	128
Modelo sugerido No. 11 Carta a la Dirección	130
Modelo sugerido No. 12 Estructura de informe final	131
Modelo sugerido No. 13 Agenda para presentación de informe final	133
Modelo sugerido No. 14 Copia de informe final a Corte de Cuentas de la República	134
Modelo sugerido No. 15 Programa de seguimiento	135
Modelo sugerido No. 16 Plan de seguimiento área auditada	136
Modelo sugerido No. 17 Plan de seguimiento hallazgos	137

## RESUMEN EJECUTIVO

Las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, establecen los fundamentos para la práctica profesional de la auditoría interna en toda institución pública siendo de obligatorio cumplimiento para los responsables y colaboradores de las unidades de auditoría interna.

Dentro de las disposiciones de la normativa se encuentra la auditoría de gestión, en ella regula las fases de planificación, ejecución e informe, estas se implementan en todo examen. En el artículo 249 normaliza las evaluaciones relacionadas con el medio ambiente, las cuales deben cumplir los lineamientos que le son aplicables a las evaluaciones de gestión siendo efectuadas por auditoría interna, sin embargo, no menciona como debe ser realizada o bien procedimientos a seguir para la ejecución de la misma, por lo que se deriva la necesidad de crear un instrumento que sea de utilidad para su realización.

En relación a lo anterior, surge la idea de elaborar la guía dirigida al personal que labora en las unidades de auditoría interna, para que se realicen evaluaciones de gestión ambiental en la que se determine la eficiencia, eficacia y economía, considerando como modelo el manejo de los desechos bioinfecciosos que generan los hospitales de la red pública de El Salvador.

Para el desarrollo de la guía se hizo uso de normativa técnica que regula el manejo adecuado de los desechos bioinfecciosos, la cual establece los requisitos sanitarios y medidas de bioseguridad para el manejo, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos; la aplicación de esta norma es de carácter obligatorio para toda institución que realice las actividades descritas previamente, por lo que en una evaluación de gestión ambiental en las instalaciones de los nosocomios públicos debe ser implementada.

Durante el proceso de investigación, se recopiló información a través de encuestas y entrevistas dirigidas a los responsables de las unidades de auditoría interna y personal clave de otras áreas relacionadas con el manejo y control establecido por la dirección de los nosocomios públicos en relación al tratamiento en la generación, el manejo y procesamiento de los desechos peligrosos.

Los datos arrojan que dentro del plan anual de trabajo no se consideran los exámenes de gestión ambiental por lo que se afirma que no han realizado evaluaciones en las que se inspeccione el manejo de los residuos bioinfecciosos, lo que respalda que la guía sería de utilidad para los auditores internos dado que también confirmaron que sería de beneficio la verificación de la gestión ambiental de los residuos

infecciosos, patológicos y punzocortantes que generan los hospitales, la revisión del almacenamiento temporal, disposición final y el cumplimiento en la suministración de los recursos de protección necesarios para el personal con los cuales se resguardan de cualquier enfermedad que puede ser originadas al no implementarse medidas de seguridad adecuadas.

La guía contiene la metodología a seguir en las tres fases de auditoría de gestión ambiental lo que le permitirá a los auditores internos brindar sugerencias a la dirección para mejorar el manejo y control de los desechos bioinfecciosos, de acuerdo a lo establecido en la normativa técnica.

## INTRODUCCIÓN

La gestión ambiental es un campo de importancia para la población en general, ya que a través de ella se brindan los mecanismos para mitigar, corregir y compensar el impacto negativo que es causado por el mal manejo de los recursos naturales y los desechos generados por el ser humano. Por lo que se tiene como finalidad identificar y recopilar la normativa técnica y legal vigente que regula la gestión ambiental e integrarla en procedimientos de evaluación, de esta manera proponer una guía de auditoría de gestión ambiental que le permita a los responsables y colaboradores de las unidades de auditoría interna de los nosocomios públicos evaluar el manejo que las instituciones realizan a los desechos bioinfecciosos. Así, se contribuirá a que usuarios de la red hospitalaria y personal que manipulan estos residuos se desarrollen en un ambiente más higiénico mediante la aplicación correcta de la normativa.

El documento comprende en el primer capítulo datos históricos de la auditoría interna gubernamental, de gestión ambiental y la red pública hospitalaria de El Salvador, las diferentes etapas de la auditoría, características, ventajas, limitaciones y tipos de auditoría de gestión ambiental, la sustentación técnica y legal en la que se basa la investigación, la cual describe aspectos a considerar en la realización de auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos que son generados en los hospitales públicos.

El segundo capítulo, describe el proceso efectuado para la determinación de las unidades de análisis, universo y muestra, haciendo uso de técnicas e instrumentos de recolección de datos como la entrevista y encuesta se obtuvo información, la cual dio origen a diagnosticar la situación actual de la problemática en la realización de auditorías de gestión ambiental.

Se ha diseñado en el tercer capítulo la propuesta de guía para la realización de auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos, la cual servirá de base para que el auditor interno realice este tipo de evaluaciones sin hacer uso de expertos externos a la institución, dicha herramienta se encuentra basada en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental en concordancia con la normativa técnica y legal, reglamentos y guías emitidas por los Ministerios de Salud y de Medio Ambiente y Recursos Naturales que regulan el manejo de los desechos bioinfecciosos que generan los nosocomios públicos.

El cuarto capítulo está integrado por las conclusiones y recomendaciones obtenidas, las cuales han sido elaboradas con base al análisis de los datos e información recopilada durante la realización del trabajo de investigación.

## **CAPÍTULO I: SUSTENTACIÓN TEÓRICA, TÉCNICA Y LEGAL**

### **1.1 ANTECEDENTES**

#### **1.1.1 AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL**

En el año de 1940 se da inicio de forma legal la profesión de la contaduría pública buscando regular las actividades que realizaban los contadores públicos autorizados por el Estado, la auditoría gubernamental o la revisión de los recursos de las arcas del Estado, recibe categoría constitucional en el año de 1872, se creó el Tribunal Superior o Contaduría Mayor de Cuentas. Con los pasos de los años tanto los ingresos como los gastos públicos crecían, y surgió la necesidad de reestructurar la administración fiscal del país, de igual manera mejorar el control fiscal relativo a los actos de ejecución del presupuesto, el Tribunal Superior de Cuentas no retomaba aspectos administrativos.

La auditoría general del Ministerio de Hacienda fue creada en el año de 1929, así inician diversas reformas en el sistema de contabilidad, debido a ello se establece el control preventivo que el Estado necesitaba sobre el gasto de las rentas públicas. Una década posterior fue instituida la Corte de Cuentas de la República y a finales del mismo año se aprueba la Ley Orgánica de la Corte de Cuentas. A través del control administrativo y jurisdiccional se realizaban controles a priori y a posteriori causando un proceso pausado y generador de información en cantidad que llevo a la necesidad de recurrir a instalar nuevos lugares para archivar dichos documentos y colocar la seguridad pertinente. La Corte de Cuentas por medio de este tipo de control se convertía en juez y parte tanto de los procesos como de los resultados que se obtenían al final, a causa de ello en el año 1985 se presentó al Ministerio de Hacienda un “Perfil de proyecto de Modernización de la Corte de Cuentas”.

Se realizaron las gestiones necesarias para contratar los servicios de una firma internacional la cual ejecutó diversos procesos, generando un informe en el cual se presentó un análisis de la situación existente del control fiscal y de la Corte de Cuentas del país. Fue en el año de 1987 que da inicio el proyecto de modernización de la Corte de Cuentas con la asistencia de la firma internacional Price Watter House y con el apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID). Con los cambios realizados en el proyecto antes descrito se dice que en la década de los ochenta se sistematizaron los procesos de control y auditoría, estos cambios le permitieron a la administración del Estado responder a los retos y desafíos de la globalización. Después de la firma de los Acuerdos de Paz el Gobierno continuo en el proceso de reconstrucción y mejoramiento de los servicios básicos públicos, es

así como da paso a la modernización del Estado buscando como prioridad mejorar la gestión pública principalmente en el área financiera.

En el año de 1995, se decretó la Ley de la Corte de Cuentas de la República que sustituyó la Ley orgánica de la Corte de Cuentas, con la nueva ley se introducen nuevas metodologías adaptadas a las necesidades del país y a nivel internacional. La auditoría gubernamental pasa a ser una evaluadora del control de la hacienda pública; considerando la auditoría financiera y operacional o de gestión para todas las instituciones y organismos que administren recursos provenientes del Estado. La Corte de Cuentas de la República dentro de sus responsabilidades ha establecido los requisitos que deben cumplir los que ejercen la auditoría interna y externa, en las instituciones y dependencias gubernamentales, es por ello que en el año 2004 entraron en vigencia las Normas de Auditoría Gubernamental que surgieron con la finalidad de regular el funcionamiento del sistema nacional de control y auditoría de la gestión pública.

Debido a la necesidad de armonizar las normas profesionales con las que trabajan las unidades de auditoría interna y que son parte integrante del Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública, la Corte de Cuentas emitió en el año 2014 las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental que están acordes a las mejores prácticas de auditoría del ámbito internacional.

La Ley de la Corte de Cuentas de la República en el artículo 34 establece que en las instituciones que administren recursos del Estado deberán contar con una unidad de auditoría interna que estará bajo la dependencia directa de la máxima autoridad, exceptuando de su creación a aquellas entidades u organismos del Estado cuyo monto presupuestario sea inferior a cinco millones de colones siendo su equivalente en dólares \$571,428.57, la ley establece que la auditoría interna tendrá plena independencia funcional.

### **1.1.2 AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

En los últimos años la auditoría se desarrolla de forma constante como resultado de la exigencia de un control eficiente de actividades, diversificándose en áreas especializadas de acuerdo a las necesidades que se demandan, en la medida que las operaciones crecían en volumen y complejidad surgió la idea de asignar a una o más personas dentro de la organización, la responsabilidad de revisar e informar sobre los controles establecidos en la entidad.

A nivel centroamericano se firmó en el año 1989 por medio de los gobernantes el convenio que originó la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo, con la finalidad de estimular el respeto al medio ambiente y a ser protegido por los ciudadanos. Para acompañar y dar seguimiento a la Comisión, fue creado el Consejo Nacional del Medio Ambiente y su Secretaría Ejecutiva en 1991 siendo la principal función de ésta coordinar y velar por el cumplimiento de las políticas y estrategias procedentes del Consejo, dirigida a cumplir con las metas fijadas para la defensa de los recursos naturales y el control de la contaminación ambiental.

En el año 1995 se creó el Anteproyecto de Ley del Medio Ambiente; que contenía el fundamento necesario para respaldar la creación de un Ministerio, el cual daría cumplimiento a las funciones antes establecidas por la Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente. Por medio de Decreto Ejecutivo N° 27 se instituyó en El Salvador en el año 1997 el Ministerio de Medio Ambiente dando origen a la creación de la Ley de Medio Ambiente la cual por medio del decreto Ejecutivo N°233 entró en vigencia a partir del 13 de mayo de 1998. La Ley del Medio Ambiente establece en el artículo 16 la auditoría ambiental como herramienta de evaluación y estipula en el artículo 27 los requisitos para asegurar el cumplimiento del permiso ambiental, fijados por el titular de obras o proyectos.

Las auditorías ambientales en El Salvador son realizadas por profesionales independientes, este tipo de auditorías son requeridas para la aprobación de proyectos públicos y privados, ya que el informe de dicha evaluación da el soporte para asegurar que el medio ambiente no se verá afectado con la ejecución de dichos proyectos. Actualmente la auditoría ambiental no ha sido realizada por profesionales de Contaduría Pública, sino por expertos como biólogos e ingenieros químicos, los cuales permiten conocer el impacto ambiental solo con un enfoque inicial del proyecto, los colaboradores dan su opinión desde su especialidad sin considerar un impacto futuro sobre el comportamiento que la ejecución de los proyectos causen al entorno ambiental como alteraciones físicas y económicas ya que no utilizan procesos sistemáticos de auditoría.

La Corte de Cuentas es el rector de la ejecución de las auditorías ambientales con la finalidad de fiscalizar a las instituciones públicas de forma externa. Todo ente debe contar con una unidad de auditoría interna que se encargue de la evaluación y fortalecimiento del sistema de control interno por medio de procedimientos de auditoría con el fin de proveer una seguridad razonable de las actividades, procedimientos y transacciones realizadas por el ente auditado.

### **1.1.3 RED PÚBLICA HOSPITALARIA DE EL SALVADOR**

#### **A. MINISTERIO DE SALUD**

En el año de 1900 surge el 23 de julio con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. Teniendo como actividades principales realizar estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, obligatoriedad de instalar letrinas, visitas a establos, fábricas. El primer Código de Sanidad obtuvo vigencia el 24 de julio del año mencionado.

La Dirección General de Sanidad dependiendo también del Ministerio de Gobernación se fundó en 1920. En 1926 el Poder Ejecutivo creó a través de la Subsecretaría de Beneficencia, el servicio de asistencia médica gratuita, teniendo como finalidad brindarles auxilio a los enfermos pobres de todas las poblaciones del país. En 1930 se aprueba un nuevo Código de Sanidad, y en 1935 surgen las primeras tres enfermeras graduadas, contando la Sanidad en ese año con servicio médico escolar, servicio para el control de los parásitos intestinales. Los servicios departamentales de Sanidad se encontraban a cargo de un médico delegado, siendo asistido por un inspector de lucha anti larvaria, un agente sanitario, un vacunador y por enfermeras no graduadas.

Con el Instituto de Asuntos Interamericanos se celebra contrato en junio de 1942 por medio del director general de sanidad, para sentar las bases de un servicio cooperativo Interamericano en la República, lo que permitió la construcción del edificio de la Dirección General de Salud, tres unidades sanitarias, sistemas de agua potable, alcantarillados, rastros, baños, entre otros. En 1948 se creó el Ministerio de Asistencia Social, teniendo a final de ese año 32 servicios en 32 municipios. En 1950 dicho Ministerio pasa a ser el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El Ministerio de Salud tiene como finalidad, ser el organismo rector en materia de salud que les garantice a todos los habitantes de la República de El Salvador servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, incluyendo a todos los sectores para la mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio nacional.



## B. HOSPITALES NACIONALES

En la actualidad a nivel de país se cuenta con treinta hospitales públicos de los cuales doce de ellos tienen dentro de su estructura organizativa la unidad de auditoría interna, a continuación se detallará una breve reseña de todos los nosocomios que conforman la Red Pública Hospitalaria del país.

**Tabla 1 Hospitales de la Red Pública de El Salvador**

Nombre	Antecedentes
<p><b>Hospital Nacional Especializado “Rosales”, San Salvador.</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Mauricio Ventura Centeno</p>	<p>En 1883 el Hospital General era el único existente y no lograba cubrir la demanda asistencial que se estaba presentando.</p> <p>El Dr. Ramón García junto al Sr. Teodoro Kreitz dieron inicio a la construcción del nuevo lugar, finalmente el 13 de julio de 1902 fue inaugurado el nuevo nosocomio llevando por nombre Hospital Rosales, en honor al principal benefactor del lugar. Se constituye como un sanatorio de referencia dentro del sistema de salud nacional brindando servicios especializados de medicina y cirugía en áreas de emergencia ambulatoria y de hospitalización.</p>
<p><b>Hospital Nacional Especializado de Niños “Benjamín Bloom”, San Salvador</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán</p>	<p>El banquero Benjamín Bloom, destino un hospital para ser utilizado exclusivamente en atención a la niñez salvadoreña esto en noviembre de 1928, Benjamín Bloom asumió la dirección del nosocomio y debido a que el hospital trabajaba por la salud de la niñez, el 13 de marzo de 1947 se organizó la Sociedad de Pediatría.</p> <p>En 1957 iniciaron pláticas en relación a la construcción de un nuevo hospital por la demanda de consultas médicas, espacio insuficiente y la necesidad de cubrir los avances en pediatría. Asumiendo el nuevo reto en pro de la niñez en junio de 1958 se eligió el comité Pro-Construcción de Niños Benjamín Bloom iniciando en noviembre de 1961 los trabajos en un terreno adquirido frente a la Universidad de El Salvador. Fue en el año 1963 que inicio la construcción de un edificio, obra que finalizó en 1967 mejorando todos los aspectos en cuanto a servicios hospitalarios. Las nuevas instalaciones del Hospital fueron inauguradas el 10 de mayo de 1993.</p>

Nombre	Antecedentes
	El hospital Bloom como es reconocido es de referencia nacional que atiende 27 especialidades contando con equipo de vanguardia. La institución goza de prestigio y liderazgo dentro de la red hospitalaria nacional.
<p data-bbox="313 510 534 636"><b>Hospital Nacional de la Mujer, San Salvador</b></p> <p data-bbox="313 709 415 737"><b>Director:</b></p> <p data-bbox="313 758 534 888">Dr. Roberto Edmundo Sánchez Ochoa</p>	<p data-bbox="557 510 1435 842">El Dr. César Emilio López, desde el año 1944 tuvo la iniciativa de crear un nosocomio que solamente se dedicara en atención de ginecología-obstetricia y fue la familia Regalado Dueñas quien apoyo dicha iniciativa realizando una donación para el funcionamiento, dando por nombre Hospital Nacional de Maternidad. La instauración del hospital se inició el 30 de agosto de 1944 abriendo sus puertas al público en abril de 1954, en el año 1962 se constituyó el servicio de oncología y ginecología.</p> <p data-bbox="557 898 1435 1230">Con la iniciativa del ex presidente Mauricio Funes Cartagena a partir del año 2009 empezaron los procesos para la construcción de un nuevo nosocomio que sustituiría al Hospital de Maternidad, es así como el 10 de mayo de 2014 se inauguró Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”. , el cual atendería no solo a mujeres en estado de embarazo, sino que también serían brindados los servicios médicos y hospitalarios en atención a diversas enfermedades que tienden a padecer las mujeres.</p>
<p data-bbox="313 1249 534 1430"><b>Hospital Nacional Regional “San Juan de Dios”, Santa Ana</b></p> <p data-bbox="313 1602 415 1629"><b>Director:</b></p> <p data-bbox="313 1650 534 1730">Dr. Ramón Antonio Ábrego González</p>	<p data-bbox="557 1249 1435 1430">El nacimiento del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de Santa Ana, tuvo lugar en San Salvador, a través de decreto legislativo se acordó el establecimiento de un hospital en la ciudad de Santa Ana, el cual comenzaría su funcionamiento en el mismo año.</p> <p data-bbox="557 1486 1435 1667">El nosocomio ha tenido diversas modificaciones contando en la actualidad con los servicios básicos de atención médica, especialidades, sub-especialidades, servicios de apoyo, servicios de formación profesional, programas de atención especializada y se considera referencia de hospitales en la región occidental.</p>
<p data-bbox="313 1753 534 1879"><b>Hospital Nacional “San Juan de Dios”, San Miguel</b></p>	<p data-bbox="557 1753 1435 1879">Su fundación fue el 11 de abril de 1824 siendo el hospital regional de referencia en la zona oriental del país, debido a la demanda de la población y los avances en la tecnología se amplió la cobertura del nosocomio en cuanto a los servicios que</p>

Nombre	Antecedentes
<p><b>Directora:</b> Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales</p>	<p>presta descentralizando la consulta externa siendo este un cambio importante en el funcionamiento del lugar, esto se da en el año 1982.</p> <p>El hospital sufrió daños en los terremotos del año 2001 por lo que su funcionamiento durante los diez años posteriores fue limitado la calidad en la atención brindada a la población. La remodelación en la infraestructura del hospital inicio en marzo de 2008 y se adquirieron nuevos equipos médicos. El nuevo hospital se inauguró el 25 de noviembre de 2010 actualmente cuenta con servicios de salud en cinco áreas: medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y neonatología.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. Francisco Menéndez”, Ahuachapán</b> <b>Director:</b> Dr. Walter Ernesto Flores A.</p>	<p>En el año de 1875 se iniciaron los trabajos de construcción y fue inaugurado el 8 de julio de 1883, donde se firmó un acta en el cual se daba por inaugurado el Hospital de Ahuachapán.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. Jorge Mazzini Villacorta”, Sonsonate</b> <b>Director:</b> Dr. Nehemías Alfaro Trejo</p>	<p>En el año 1578 se fundó en Sonsonate el hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso, el cual pasó a manos de la orden de San Juan de Juan de Dios en 1640. Para la época republicana, en 1835, el hospital estaba en ruinas, por lo que en 1862 se adquirió un nuevo terreno junto al convento de San Francisco, donde se iniciaron las obras del nuevo hospital.</p> <p>La actual estructura se estableció en 1867, y fue durante el periodo del ministro de salud, Francisco López Bertrán, en la gestión presidencial de Francisco Flores, que pasó a llamarse Hospital Nacional General Dr. Jorge Mazzini Villacorta, el cual atiende a la población de dieciséis municipios de los departamentos de Sonsonate y Ahuachapán.</p>
<p><b>Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”,</b></p>	<p>El hospital nació gracias a un convenio entre la Comunidad Económica Europea y la República de El Salvador, el cual fue publicado en el Diario Oficial, de fecha 21 de junio de 1989, la Comunidad coopero con el financiamiento del proyecto de</p>

Nombre	Antecedentes
<p><b>Zacamil, San Salvador</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Douglas Salvador Panameño Martí</p>	<p>construcción, el cual consistía en la edificación y el equipamiento general del hospital, mientras que el Gobierno salvadoreño sería quien pondría a disposición el terreno en el cual se construiría el establecimiento de salud.</p> <p>El objetivo era contribuir a la restitución de camas pérdidas debido al terremoto de octubre de 1986 y participar en los esfuerzos del Ministerio de Salud en la descentralización de servicios sanitarios en el país. Dentro de sus principales objetivos se encuentra brindar a la población un servicio eficaz y especializado en los diferentes aspectos de la medicina.</p>
<p><b>Hospital Nacional General y de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez”, Soyapango, San Salvador</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Melvin Arturo Gómez Flores</p>	<p>Durante el periodo presidencial del General Rafael Antonio Gutiérrez surgió la idea de la construcción del “Manicomio general de San Salvador”, siendo su esposa la donante para la adquisición del terreno que serviría para la construcción del nosocomio, estando ubicado en un primer momento en lo que ahora son las instalaciones del Instituto Nacional Francisco Menéndez (INFRAMEN).</p> <p>El gobierno de turno del año 1918 adquiere siete manzanas en el cantón Venecia del municipio de Soyapango que servirían para las nuevas instalaciones del sanatorio, inaugurándose en 1975, siendo el lugar donde en la actualidad se encuentra el Hospital Nacional General y de Psiquiatría Dr. José Molina Martínez, institución especializada en la asistencia a personas que poseen problemas emocionales y de trastornos mentales.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña”, San Salvador</b></p>	<p>El Doctor Rafael Zaldívar se reunió con otros médicos en octubre de 1909 teniendo como idea principal la creación en Centroamérica del primer nosocomio encargado de tratar la tuberculosis, organizando una junta directiva la cual redactó los estatutos que darían paso a la creación de la institución, los cuales fueron presentados al Ministerio de Beneficencia aprobándolos en noviembre del año 1909.</p>

Nombre	Antecedentes
<p><b>Director:</b> Dr. Raúl Roberto Castillo Duran</p>	<p>Por medio de la junta se acordó la compra de un terreno ubicado en los Planes de Renderos aprobándose en febrero de 1913 los planos del lugar e iniciando en el año 1925 el servicio hospitalario.</p> <p>En 1972 el gobierno decidió que en el hospital ya no solo se trataría a la población afectada por la tuberculosis además le brindaría atención a quienes presentaran otro tipo de enfermedades broncopulmonares, sus complicaciones y la rehabilitación necesaria.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Santa Gertrudis”, San Vicente</b> <b>Directora:</b> Dra. Eva María Orellana Chacón</p>	<p>El hospital fue fundado en el año de 1820, la iniciativa del presbiterio Juan José Salazar, de la iglesia de San Miguel Arcángel el entrego su tiempo y fondos económicos junto al apoyo económico del Coronel Don Carlos Lesaca y otras personas bondadosas entre ellas la Señora Gertrudis quien aporfo cinco manzana de terreno y fondo económico para la edificación del nosocomio.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Sensuntepeque, cabañas</b> <b>Directora:</b> Dra. Rosa América Hernández Reyes</p>	<p>El párroco Don Medardo Jaime, con la cooperación de las autoridades y de personas altruistas, se logró arreglar convenientemente para hospital, la casa propiedad de la curia eclesiástica. El hospital lleva el nombre de “San Gerónimo Emiliani”, fue inaugurado el 10 de febrero de 1946, por el señor Presidente de la República, General Salvador Castaneda Castro, y fue puesto en servicio definitivo, el 25 del mismo mes.</p> <p>El gobierno de la República, subvencionaba mensualmente con cierta cantidad de dinero a este centro de caridad, que después de unas tres décadas pasó al lugar que hoy se conoce como el Centro de Gobierno que alberga oficinas públicas. A la señora Amanda Larreynaga de Bonilla le compraron una manzana de terreno en tres mil colones y ella a la vez donó media manzana más para que el centro hospitalario fuera más amplio. Luego pasó al lugar que ocupa actualmente a un costado de a la escuela Fermín Velasco.</p>

Nombre	Antecedentes
<p><b>Hospital Nacional General de Cojutepeque, Cuscatlán</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Joaquín Molina Cornejo</p>	<p>El General Manuel Carrascosa tuvo la iniciativa de crear una casa de salud llamada “San Rafael” la cual fue construida en un terreno donado por el presbítero Rosendo Alvarenga en el año de 1887. El 1 de enero de 1958 se edifica el centro de salud de Cojutepeque y para darle cumplimiento al Reglamento General de Hospitales pasa a nombrarse Hospital Nacional General de Cojutepeque.</p> <p>A finales del año 2002 se realiza la fusión del primer y segundo nivel de atención conformando el sistema básico de salud integral, el hospital general asume la atención de segundo nivel, con el internamiento en las cuatro áreas básicas de especialidad.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Santa Teresa”, Zacatecoluca, La Paz</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Raúl Alberto Pineda Díaz</p>	<p>Hospital Nacional General “Santa Teresa” Zacatecoluca fue en el año 1904 por la iniciativa de la Sra. Teresa de Alfaro que se inició con el proyecto de construcción del primer sitio de atención médica el cual fue llamado “Puesto de sanidad” teniendo servicios de consulta general y solo cuatro camas para hospitalización. Este hospital fue dañado por los terremotos ocurridos en el año 2001 que como consecuencia la administración se enfrentó a diversas dificultades para sobrellevar la atención de la población demandante.</p> <p>La reconstrucción del nosocomio dio inicio en julio del año 2007 y fue hasta junio de 2011 que se inauguraron las nuevas instalaciones, terminando de esta manera con diversas molestias que el lugar presentaba en la prestación de servicios médicos y de hospitalización.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. Luis Edmundo Vásquez”, Chalatenango</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Carlos Enrique Girón Sorto.</p>	<p>Se encuentra ubicado en el barrio San Antonio del departamento de Chalatenango, desde los años setenta ha brindado servicio a todos los habitantes del departamento y de los municipios aledaños. El hospital de Chalatenango inicio la prestación de servicios de salud desde el año de 1973 ofreciendo una asistencia de calidad.</p>

Nombre	Antecedentes
<p><b>Hospital Nacional General San Rafael, Santa Tecla, La Libertad</b></p> <p><b>Directora:</b> Dr. Yeerles Luis Ramírez Henríquez</p>	<p>El actual Hospital San Rafael fue fundado el día 6 de agosto de 1864 en la ciudad de Santa Tecla con el nombre de “Casa de Misericordia”, en una propiedad de la Srta. Luz Saldaña. Debido a la pronta aceptación del nosocomio se adquirieron otros locales dado que la atención médica no le era negada a nadie que la solicitara, el 16 de enero de 1890 nació el “Hospital de Nueva San Salvador” en donde ya se le empezaba a conocer como “San Rafael”. Tras la muerte de la fundadora del nosocomio el establecimiento pasa a manos del gobierno, siendo el inicio del Hospital Nacional San Rafael.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “San Pedro”, Usulután</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Alfredo Enrique González</p>	<p>El Hospital Nacional San Pedro fue fundado como institución en el año de 1911, a principios del siglo XIX arribó al país el presbítero español Pedro Poch a dirigir la parroquia de Usulután, el sacerdote tenía como profesión la de doctor y era él quien visitaba a los enfermos para atenderles y nació la idea de crear un hospital que albergara a personas con enfermedades graves la cual fue apoyada por el pueblo, con el paso del tiempo solicitó médicos para que trabajara dentro del lugar.</p> <p>Tras la muerte del sacerdote sus restos fueron sepultados en el lugar donde fue construido el nosocomio al que posteriormente llevaría su nombre, el edificio nuevo se inauguró el 15 de junio de 1972 llevando por nombre Hospital San Pedro.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de La Unión</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Edwin Aníbal Alfaro V.</p>	<p>El Ministerio de Salud (MINSAL) asegura que el año 2014 iba a ser inaugurado el hospital de La Unión, debido a retrasos por la empresa constructora presentados en el año 2014, la ministra de salud Violeta Menjívar afirmó que en el presente años el hospital nacional general de La Unión será inaugurado.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. Héctor Antonio Hernández F”. San Francisco Gotera, La Unión</b></p>	<p>El Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, de San Francisco Gotera, estaba ubicado al final de la avenida Thompson Norte, en el Barrio “La Cruz”, fue fundado el 27 de octubre de 1942; con el nombre de: “Casa de la salud”.</p> <p>El 6 de mayo de 1945, a través de la Sociedad de Beneficencia Franciscana se inició la gestión de la personería jurídica del establecimiento. El 19 de julio de 1945, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social nombra al Doctor Ernesto</p>

Nombre	Antecedentes
<p><b>Director:</b> Dr. Salvador Humberto Pérez Orellana</p>	<p>Vázquez Guzmán, Médico Director con carácter Ad-honorem. En el año 1948 la Junta de Beneficencia hace el traspaso al Ministerio de Salud.</p> <p>En 1977 se inicia la demolición del viejo Centro de Salud, para construir el moderno edificio que funciona a la fecha. Y Recibe el Nombre de Hospital Nacional de Gotera, en julio de 1996.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. Arturo Morales”, Metapán, Santa Ana</b> <b>Directora:</b> Dra. Francia Irene de Jesús Orellana Urbina</p>	<p>En 1946 se construye el edificio para instalar la “Unidad Sanitaria” o la “Sanidad”, para el año 1950 el centro de salud se encontraba ubicado en el edificio del centro escolar Rodrigo J. Leiva. El 1 de Junio de 1987 comenzó a funcionar en sus propias y modernas instalaciones el centro de salud de Metapán, se conocían como centros de salud, desde sus inicios llevo el nombre de “Hospital San Vicente de Paul”. Para Agosto de 1989 el nuevo centro de salud empezó a recibir ayuda de la alcaldía, que toma el 50% de los intereses del fideicomiso “Arturo Morales” para los gastos del establecimiento.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Chalchuapa, Santa Ana</b> <b>Directora:</b> Dra. Katia Josefina Henríquez Rosales.</p>	<p>El Hospital Nacional de Chalchuapa inició sus funciones el 24 de octubre de 1981 como establecimiento de salud del primer nivel de atención, pero fue hasta 1996 cuando fue elevado a segundo nivel. Actualmente está clasificado como un Hospital Básico de Segundo Nivel que da respuesta al primer nivel y se constituye en el centro de referencia para la red de establecimientos.</p> <p>En el año 2010, debido al deterioro (infraestructura y equipo) que sufrían los servicios más críticos del hospital, la Dirección General para la Cooperación al Desarrollo del Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia (MAE-DGCS) aprobó un convenio para favorecer el desarrollo del sistema sanitario local, contribuyendo a la mejora de la atención obstétrico-ginecológica, pediátrica y de emergencia dirigida a la población del Municipio de Chalchuapa, por lo que en el año 2011 inició la reconstrucción de las áreas de emergencias, centro quirúrgico, pediatría, neonatología y obstetricia del Hospital Nacional de Chalchuapa y en el 2012 fueron finalizadas las obras de construcción y se equipó con toda la tecnología médica requerida para brindar atención médica en el centro quirúrgico.</p>



Nombre	Antecedentes
<p><b>Hospital Nacional General “Enf. Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, San Salvador</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Carlos René Fernández Rivera</p>	<p>El Hospital Nacional de San Bartolo, surgió como Unidad de Salud el 17 de Abril de 1979, con la ayuda del programa GOES-BID (Gobierno de El Salvador y Banco Interamericano de Desarrollo), fecha en la cual dan inicio los servicios de consulta externa. Las áreas básicas de internación de pacientes se habilitaron el 8 de Diciembre de 1979 convirtiéndose en Centro de Salud.</p> <p>Posteriormente el 21 de Junio de 1996 el Centro de Salud pasa a Hospital de 2do. Nivel siendo nominado “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”. Como Hospital de Referencia atiende además el 10% de la población de trece unidades de salud la cual asciende a 65,256 habitantes que se espera demanden atención.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. José Luis Saca”, Ilobasco, Cabañas</b></p> <p><b>Directora:</b> Dra. Xiomara Hildebrandía Argueta Bermúdez</p>	<p>Los antecedentes del Hospital inician en el año 1926 cuando el Ministerio de Salud y Asistencia Social estableció el primer Centro de Atención Médica de la Ciudad de Ilobasco, iniciando sus labores en un local arrendado frente al parque central, terreno conocido como “Gota de Leche”. Luego en 1930, fue creada la Unidad de Salud.</p> <p>Es a partir del 1 de enero de 1996, que el Centro de Salud de Ilobasco, se convierte en el Hospital Nacional de Ilobasco, clasificado como hospital general, perteneciente al segundo nivel de atención del paciente, dando cobertura clínica-asistencial a la población de escasos recursos.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Suchitoto, Cuscatlán</b></p> <p><b>Directora:</b> Dra. Blanca Lidia Romero de Menjívar</p>	<p>El Hospital fue fundado en el año de 1885, por las señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, que tuvieron la iniciativa de dar atención médica a las personas necesitadas, para ello adquirieron una finca, posteriormente con ayuda de personas altruistas construyeron la Clínica. En el año de 1997, obtuvo la categoría de hospital de segundo nivel. A partir de diciembre del 2002, El Ministerio de Salud Pública impulsa la descentralización de los recursos humanos, físicos y financieros del nivel central del Ministerio de Salud.</p> <p>El hospital nacional desarrolló la gestión de los recursos correspondientes de la región sistemas básicos de salud integral SIBASI, es así que el hospital Nacional Suchitoto, se encarga de administrar los recursos de la región SIBASI Suchitoto,</p>

Nombre	Antecedentes
	<p>teniendo a cargo dos unidades de salud que son la San José Guayabal y Oratorio de Concepción hasta el año 2006 luego de este período, desaparece como SIBASI y se convierte nuevamente en hospital de segundo nivel de atención y administrando únicamente los recursos del hospital, encontrándose así hasta la actualidad.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Nueva Concepción, Chalatenango</b> <b>Directora:</b> Dra. María Victoria Durán Ramírez</p>	<p>En el municipio de Nueva Concepción se encuentra ubicado uno de los dos hospitales nacionales que hay en el departamento, dentro de la organización del Ministerio de Salud este es el hospital regional de occidente en el cual presta atención primaria y hospitalaria en salud.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe, San Miguel</b> <b>Director:</b> Dr. Paul Aluis Zaun Chávez</p>	<p>Fue fundado en el año de 1988, este se convierte en el Centro Hospitalario de mayor accesibilidad para los habitantes de Chinameca y de otras comunidades aledañas. Posteriormente en el año de 1997 el Ministerio de Salud le da la categoría de hospital.</p>
<p><b>Hospital Nacional “Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez”, Ciudad Barrios, San Miguel</b> <b>Directora:</b> Dra. Máyela del Socorro Carballo Portillo</p>	<p>El Gobierno de El salvador con el apoyo del programa “Alianza para el Progreso”, un Comité local y un voluntario del Cuerpo de Paz, instaló en la Ciudad un puesto de Salud en 1964. Una auxiliar de enfermería proporcionaba atenciones a la población en forma permanente, la consulta estaba a cargo del médico y enfermera de la unidad móvil rural y se brindaba una vez por semana.</p> <p>En 1968 debido a la creciente demanda de la población, el Ministerio de Salud puso a funcionar el Puesto como Unidad de Salud y se iniciaron los clubes de parteras con recursos locales, los que se mantuvieron hasta 1981. En 1972 se inauguró el nuevo edificio de la unidad de Salud, construida en el Barrio Concepción en un terreno donado por don Carlos A. Boillat.</p>

Nombre	Antecedentes
	<p>En 1977, como resultado de un diagnóstico de salud, se gestionó la construcción de un moderno Centro de Salud donado también por don Carlos A. Boillat e inaugurado el 28 de noviembre de 1980. En 1992 se actualizó el estudio de condiciones de eficiencia de los servicios, previo a los proyectos de fortalecimiento de los sectores sociales, GOES-Banco Mundial; fortalecimiento de la Atención Materno Peri natal, Gobierno de Holanda/OPS; Comunidad Económica Europea y APSISA; con estos proyectos, a partir de 1994 se dota de equipos, materiales médico-quirúrgico y recursos humanos necesarios.</p> <p>En el año de 1997 esta institución dejó de ser Centro de Salud y pasó a ser Hospital Nacional de Ciudad Barrios y el 15 de Agosto de 1999 se le colocó el nombre de Hospital Nacional “Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez” de Ciudad Barrios.</p>
<p><b>Hospital Nacional General “Dr. Jorge Arturo Mena”, Santiago de María, Usulután</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Carlos Elías Portillo Lazo</p>	<p>El nosocomio fue fundado el 28 de julio de 1910, inició como una pequeña clínica, la cual en 1946 fue remodelada y fue expandida en infraestructura al igual que la demanda de sus servicios. Fue absorbido por el sistema nacional de salud pública.</p> <p>En el año 2001 después de los terremotos, con el apoyo internacional las autoridades de Salud dispusieron que debía ejecutarse un proyecto para mejorar la atención que se brindaba, lo cual lo convirtió en un centro asistencial nivel dos, en el que se ofrece atención en odontología, medicina general, ginecología.</p>
<p><b>Hospital Nacional General de Santa Rosa de Lima, La Unión</b></p> <p><b>Director:</b> Dr. Enrique Ovidio Villatoro Paz</p>	<p>El Ministerio de Salud realizó un análisis de la demanda y consideró la construcción de un nuevo nosocomio en el departamento de La Unión. Fue así como en el año de 1979 se inició la edificación dando paso a la inauguración en el año de 1980. Debido al proceso de capacitación e integración del personal el 5 de enero del año 1981, se da apertura al área hospitalaria y la unidad de emergencia, posteriormente en el año de 1997 se nombra al centro de salud “Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima”.</p>

Nombre	Antecedentes
<p data-bbox="310 352 537 537"><b>Hospital Nacional General de Jiquilisco, Usulután</b></p> <p data-bbox="310 653 537 789"><b>Directora:</b> Dra. Juana Fidelia López de Cortéz</p>	<p data-bbox="553 352 1432 590">El 27 de agosto de 1958 se inauguró en la Ciudad de Jiquilisco, la Unidad de Salud, siendo su primer Director el Doctor José Edmundo Avalos Laguardia. Se inició prestando servicios a la comunidad como puesto de salud. El Dr. Pedro Antonio Torres Castellón, fue el último de los directores de lo que fue hasta el 31 de Julio de 1988, la Unidad de Salud de Jiquilisco.</p> <p data-bbox="553 642 1432 879">El primero de agosto de 1988 es inaugurado el Centro de Salud de Jiquilisco, esta obra fue posible por el esfuerzo conjunto del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el comité pro mejoramiento de Jiquilisco. En el período presidencial del Dr. Armando Calderón Sol, el 14 de junio de 1996, se crea el Hospital Nacional de Jiquilisco, para dar una mayor cobertura a la población.</p> <p data-bbox="553 932 1432 1169">El primero de enero del 2007 según decreto N° 118 7 de noviembre del 2006 se llevó a cabo la regionalización nuevamente en donde las unidades de salud son administradas por la región oriental, también en ese mismo año se le cambio nombre al hospital nacional de Jiquilisco pasando a ser el Hospital Nacional General de Jiquilisco.</p>

Fuente: Oficina de Información y Respuesta-Ministerio de Salud

## 1.2 AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL

### 1.2.1 GENERALIDADES

Es el examen objetivo, independiente, imparcial, sistemático y profesional de las actividades financieras, administrativas y operativas ejecutadas por las entidades, que reciben asignaciones, privilegios o participaciones ocasionales de recursos públicos. (Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, 2014)

Se considera una herramienta que permite verificar el uso de los recursos públicos, la auditoría gubernamental reconoce si la gestión de los recursos asignados a cada institución ha sido manejada teniendo presente la transparencia, eficacia, excelencia, eficiencia, efectividad, equidad y economía. Es decir que al considerar cada componente, la gestión desarrollada estará de forma íntegra, actualmente se

ha confiado en el trabajo que desempeñan los auditores gubernamentales permitiendo obtener información oportuna.

#### **A. OBJETIVO**

La auditoría interna busca proporcionar a la administración de cada entidad un servicio de protección, mediante la verificación de procedimientos de cada uno de los controles y operaciones establecidas en las instituciones, que realiza de forma periódica para asegurar el cumplimiento técnico y legal al que cada institución está sujeta.

#### **B. CARACTERÍSTICAS**

- Debe ser ejecutada por personal que posea capacidad e idoneidad necesaria.
- La unidad de auditoría interna de cada institución, debe establecer un programa de educación para sus auditores.
- El control interno es responsabilidad de la Administración de cada entidad u organismo del Estado.

#### **C. IMPORTANCIA**

Vigila el cumplimiento de leyes, reglamentos, normas y políticas que posee la institución y es en sí dirigida al control interno, se encuentra encaminada a la dirección de la entidad de gobierno con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos y metas planteados. Siendo la auditoría interna gubernamental una actividad trascendental que contribuye para mejorar continuamente en las funciones de la institución aplicando procesos diseñados para evaluar el control de calidad de los procesos que desarrolla el organismo de gobierno.

#### **D. BENEFICIOS**

Cada institución por medio del auditor al realizar una auditoría interna obtiene mejoras para la entidad y descubre nuevas técnicas en el manejo de las actividades que realizan los usuarios.

- Al realizar la verificación de los procesos que efectúa la institución de forma periódica, el auditor obtiene un análisis de forma general de la calidad del servicio que se ofrece.

- El auditor adquiere conocimientos que le permite sugerir de forma oportuna para el mejoramiento de los procesos y así la institución cumpla sus objetivos y metas establecidas.
- El uso de diversas técnicas y herramientas, le permite al auditor verificar y analizar la información con mayor confianza.
- El uso de la tecnología le permite al auditor realizar las evaluaciones optimizando recursos y haciendo uso del tiempo de manera apropiada.
- Por medio de la evaluación la administración logra conocer que áreas de la entidad necesitan apoyo, asimismo el auditor logra obtener un análisis de la situación que presenta la institución.

## **E. FUNCIONES DEL AUDITOR INTERNO**

- Elaborar y desarrollar un plan de auditoría que le permita revisar y evaluar cada área, procesos y operaciones que realice la institución.
- Observar las actividades cotidianas y sugerir a la Administración estrategias para mejorar el control interno de la entidad.
- Realizar evaluaciones especiales solicitadas por la Administración.
- Determinar la razonabilidad de la información contable y financiera.
- Verificar que los activos adquiridos se encuentren en la localidad de la institución y que estén siendo utilizados de forma correcta.
- Presentar informe a la Dirección.

### **1.2.2 TIPOS DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL**

#### **A. AUDITORÍA OPERACIONAL O DE GESTIÓN**

El auditor interno de las instituciones gubernamentales realizan auditoría operacional o de gestión, las cuales están integradas por las fases de planificación, ejecución e informe se debe tener presente que la responsabilidad es de la administración de cada entidad u organismo público, la ejecución de la función pública se debe realizar para determinar la transparencia, eficacia, excelencia, eficiencia, efectividad, equidad y economía.

## B. AUDITORÍA DE MEDIO AMBIENTE

La auditoría que evalúa el medio ambiente considera las tres fases de auditoría que son planeación, ejecución e informe; las cuales se encuentran descritas en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental (NAIG), dicho examen lo realiza auditoría interna de las instituciones gubernamentales considerando también las normas específicas de la auditoría de gestión u operacional que se encuentran establecidas en las NAIG.

## C. AUDITORÍA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La auditoría clasificada para evaluar las tecnologías de la información al igual que las relacionadas con el medio ambiente, la realiza de evaluaciones interna de las diferentes instituciones de gobierno teniendo en consideración las tres fases generales de auditoría, así como las normas específicas de la auditoría de gestión u operacional que las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental establecen.

## D. EXAMEN ESPECIAL

Puede realizar un examen especial ya sea porque la administración lo ha solicitado o porque según el criterio del auditor es necesario.

**Figura No. 1 Aspectos que se consideran para realizar cada tipo de auditoría gubernamental**

Auditoría Financiera	1	Evalúa parte Contable – transacciones, registros e informes	E x a m e n  E s p e c i a l
	2	Evalúa la legalidad de las transacciones y el cumplimiento de otras disposiciones.	
	3	Control interno financiero.	
Auditoría de Gestión u operación.	4	Planificación, organización, ejecución y control.	
	5	Eficiencia, efectividad y economía en el uso de recurso.	
	6	Resultado de las operaciones.	

### 1.2.3 ETAPAS DE LA AUDITORÍA INTERNA GUBERNAMENTAL

Para la realización de auditorías internas gubernamentales se deben seguir los lineamientos establecidos en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

**Tabla 2 Fases de auditoría gubernamental**

Fases	Descripción
<b>Planificación</b>	<p>Normas de auditoría interna del sector gubernamental presentan los elementos que debe considerar el auditor interno en la planificación de la auditoría, haciéndolo con suma responsabilidad, ya que en esta etapa se establecen elementos claves que se retomaran en la fase de ejecución. Algunos de estos aspectos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar los recursos adecuados y suficientes a utilizarse para la ejecución de la auditoría tomando en cuenta la complejidad, el tiempo y los recursos disponibles.</li> <li>▪ Realizar programa de auditoría en el que se valore el conocimiento y comprensión del área objeto de estudio, elegir personal clave que ayude a conocer sobre las actividades que se desarrollan, considerando el control interno y dar seguimiento a informes anteriores, para así determinar la mejor estrategia a desarrollar durante la auditoría.</li> <li>▪ Considerar una administración adecuada del trabajo a desempeñar organizándose de tal manera que cumpla con el tiempo establecido para el examen.</li> <li>▪ Elaborar el memorándum de planificación.</li> </ul>
<b>Ejecución</b>	<p>Establecen lineamientos básicos a considerar en la elaboración de documentos para que en estos se refleje evidencia suficiente que respalde los resultados obtenidos que serán entregados a la autoridad competente.</p>
<b>Informe</b>	<p>La normativa establece la elaboración de un documento en calidad de informe, realizando primero un borrador en el que se analicen las deficiencias que han sido identificadas y determinar si deben ser o no incluidas en el informe final. Al</p>



Fases	Descripción
	<p>emitir el documento definitivo será sometido a revisión para ser firmado por el auditor responsable de la auditoría.</p> <p>De lo anterior se deriva un informe ejecutivo que contenga como mínimo el periodo auditado y los hallazgos contenidos en el informe final de auditoría.</p> <p>Finalmente el responsable de la auditoría deberá mantener procesos que le brinden seguimiento a los resultados que le han sido comunicados a la administración, y deberá brindarle atención a los resultados que los entes fiscalizadores externos hayan obtenido de la entidad.</p>

Fuente: Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental.

### 1.3 AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Es un instrumento de gestión que comprende una evaluación sistemática, documentada, periódica y objetiva de la eficiencia de la organización, el sistema de gestión y procedimientos destinados a la protección del medio ambiente. La auditoría de gestión ambiental también se puede definir como una actividad de control y de análisis, que permite recabar la información necesaria, permitiendo evaluar y determinar posibles errores, y así poder establecer pautas para corregirlos.

#### 1.3.1 OBJETIVOS

Principales objetivos que se pretenden alcanzar con la evaluación, verificación y el análisis al ejecutar este tipo de auditoría:

- a) Obtener datos y documentación necesaria que permita conocer la problemática para dar una posible solución en relación al medio ambiente.
- b) Conocer las medidas con las que cuenta la institución para evitar o disminuir daños a la salud, en caso de accidentes en el lugar de trabajo.
- c) Identificar problemas ambientales potenciales y las contingencias relacionadas que afecten a la entidad.

- d) Verificar si los sistemas de manejo y control de la entidad comprenden políticas y procedimientos relacionados con aspectos ambientales.
- e) Determinar medidas de control que permita mitigar el impacto ambiental, y tener las disposiciones a implementar como prevención.

### **1.3.2 CARACTERÍSTICAS**

Al momento de realizar este tipo de auditoría es importante contar con el personal que posee conocimientos en materia ambiental, y con la capacidad necesaria para poder lograr los objetivos que se han planteado, asumiendo las necesidades con imparcialidad e independencia en cuanto al equipo auditor.

Definir con anterioridad los objetivos, alcance y criterios que se emplean para establecer la aprobación del modelo y puntualizar oportunamente los contactos, logrando mediante reuniones programadas entre el equipo auditor y el auditado, con el fin de poder acordar la finalidad de la auditoría y los lineamientos que se seguirán durante la ejecución.

### **1.3.3 PRINCIPALES VENTAJAS**

- Identificar mejoras específicas en las áreas que integran a la institución;
- Asegura el cumplimiento legal y técnico relacionando al medio ambiente;
- Reduce el nivel de riesgo al que la institución se encuentra expuesta;
- El sistema de control se logra fortalecer; y
- Garantiza la información financiera que se encuentra relacionada directamente con los procesos de la institución.

### **1.3.4 LIMITACIONES**

- La ejecución de la auditoría de gestión ambiental tiene un elevado costo.
- La unidad de auditoría interna no cuenta con especialistas en materia ambiental.
- Los fondos que han sido asignados por la institución para el control interno son insuficientes para realizar la auditoría de gestión ambiental.
- Escasa información sobre la temática ambiental.

- En El Salvador las instituciones que brindan los servicios para capacitar a los profesionales en aspectos ambientales son escasas.

### 1.3.5 CLASIFICACIÓN DE AUDITORÍA DE MEDIO AMBIENTE

Pueden ser:

- Por la procedencia del auditor.  
La cual puede ser interna o externa, cada institución presente diversas actividades o procesos que necesitan manipular sustancias asimismo generan desechos peligrosos. Debido a estas circunstancias la implementación conjunta de ambas auditorías le permite a la entidad obtener un nivel de control adaptado a sus necesidades.
- Por su objeto  
Según este criterio se cuenta con ocho categorizaciones con respecto a su objeto y es así como se nombra la auditoría de gestión ambiental la cual consiste en realizar un análisis general de la organización que como institución se tiene sobre el cumplimiento de las políticas ambientales y la evaluación de los estándares adoptados por la entidad en relación al servicio que desarrollan.
- Por el entorno ambiental.  
Se encuentra dividido entre ambiente interno y externo, pueden ser evaluadas de forma independiente o unida. Cuando ambas se consideran en su análisis para obtener la incidencia que provoca las actividades del ambiente interno de la institución en el ambiente externo que se encuentra ubicado a unos metros de distancia del lugar en donde se sitúa la institución se logra un resultado completo.
- Por su periodicidad  
Entre ellas se encuentra la auditoría permanente, cíclica y discontinua, cada una de ellas se ve relacionada de forma directa con el tiempo de duración según su evaluación.
- Por la temporalidad del efecto.  
Esta clasificación tiene tres auditorías que se enfocan en las Responsabilidades pasadas, presente y futuras, cada una tiene como prioridad dar una imagen sobre la situación que la institución según

sea el caso presente en relación a sus procesos y actividades que efectúen con el objetivo de cumplir con sus metas.

- Por su alcance.  
Esta tiene las siguientes auditorías: auditoría integrada incluye aspectos económicos y financieros y la auditoría sectorial se implementa para verificar la eficacia de medidas correctivas de forma posterior a una auditoría integrada en la institución.

### **1.3.6 TIPOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

- Auditoría de verificación o de cumplimiento.  
Es aquella que se rige por la evaluación constante en el cumplimiento de las normas legales, técnicas y estándares que como institución deben verificar según el servicio que prestan.
- Auditoría de riesgo.  
Este tipo de auditoría ambiental se enfoca en evaluaciones de riesgos y peligros así, como la disposición de los residuos.

### **1.3.7 RIESGOS EN LA AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

La auditoría de gestión ambiental tiene el propósito de aumentar la capacidad de la entidad por medio del cumplimiento de los objetivos y metas establecidos por la administración. Busca disminuir las amenazas, las situaciones desfavorables e incrementar la capacidad que tiene la entidad. Un riesgo ambiental se determina como la circunstancia o factor que da origen a la posibilidad de una alteración negativa para el medio ambiente.

Los riesgos en la auditoría de gestión ambiental igual que en la auditoría financiera son: inherente, de control y de detección, la perspectiva que se aplicará se refiere a los aspectos especializados en la auditoría de gestión ambiental.

## 1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES NACIONALES

Los nosocomios públicos en forma jerárquica dependen de la Dirección Nacional de Hospitales y como vínculo a Nivel Superior es el Ministerio de Salud. Se encuentran categorizados en Hospitales de Segundo nivel, que al mismo tiempo se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales, siendo la otra categoría Hospitales de Tercer Nivel.

La categorización de los hospitales depende de diversos criterios, estos son:

- Perfil epidemiológico del área.
- Conjunto de prestaciones que ofrece.
- Ubicación geográfica.
- Población a atender.
- Equipamiento médico e industrial.
- Prestación de servicios de especialización.
- Tecnificación del recurso humano.
- Docencia e investigación para los Hospitales Escuela.

### a) Hospitales de segundo nivel

Se encuentran constituidos por diferentes aspectos en la red hospitalaria, pues son los que atienden a todos aquellos pacientes que han sido referidos de los demás niveles de atención siendo el principal en referencias el de atención de Primer Nivel. Para brindar atención hospitalaria en diagnóstico, terapéutica y de rehabilitación.

- Hospitales básicos: son los que atienden las cuatro especialidades primordiales, éstas con medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología.
- Hospitales departamentales: son los nosocomios que se encuentran establecidos en las cabeceras departamentales que contienen mayor población, reciben pacientes referidos de los Básicos ya que poseen una mayor capacidad en infraestructura y elementos técnicos.
- Hospitales regionales: son los que proporcionan atención en salud de forma ambulatoria en cuanto a las especialidades que posee, siendo un centro primario de referencia y hospitalización.

**Tabla 3 Hospitales básicos II nivel**

Nº	Nombre	Departamento	Región
1	Hospital Nacional General “Dr. Arturo Morales” de Metapán	Santa Ana	Occidental
2	Hospital Nacional General de Chalchuapa	Santa Ana	Occidental
3	Hospital Nacional General, “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo	San Salvador	Metropolitana
4	Hospital Nacional General de Nueva Concepción	Chalatenango	Central
5	Hospital Nacional General “Dr. José Luis Saca”, Ilobasco	Cabañas	Paracentral
6	Hospital Nacional General de Suchitoto	Cuscatlán	Paracentral
7	Hospital Nacional “Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez”, Ciudad Barrios	San Miguel	Oriental
8	Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe	San Miguel	Oriental
9	Hospital Nacional General de Jiquilisco	Usulután	Oriental
10	Hospital Nacional General “Dr. Jorge Arturo Mena”, Santiago de María	Usulután	Oriental
11	Hospital Nacional General de Santa Rosa de Lima	La Unión	Oriental

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud.

**Tabla 4 Hospitales departamentales II nivel**

No.	Nombre	Departamento	Región
1	Hospital Nacional General, “Dr. Francisco Menéndez”	Ahuachapán	Occidental
2	Hospital Nacional General “Dr. Jorge Mazzini Villacorta”	Sonsonate	Occidental
3	Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil	San Salvador	Metropolitana
4	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña”	San Salvador	Metropolitana
5	Hospital Nacional General y de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez”, Soyapango	San Salvador	Metropolitana
6	Hospital Nacional de Chalatenango, “Dr. Luis Edmundo Vásquez”	Chalatenango	Central
7	Hospital Nacional General San Rafael, Santa Tecla	La Libertad	Central
8	Hospital Nacional General “Santa Teresa”, Zacatecoluca	La Paz	Paracentral

No.	Nombre	Departamento	Región
9	Hospital Nacional General de Cojutepeque	Cuscatlán	Paracentral
10	Hospital Nacional General de Sensuntepeque	Cabañas	Paracentral
11	Hospital Nacional General “Santa Gertrudis”	San Vicente	Oriental
12	Hospital Nacional General “San Pedro”	Usulután	Oriental
13	Hospital Nacional General “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, San Francisco Gotera	Morazán	Oriental
14	Hospital Nacional General de La Unión	La Unión	Oriental

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud.

**Tabla 5 Hospitales regionales**

No.	Nombre	Departamento	Región
1	Hospital Nacional Regional “San Juan de Dios”	Santa Ana	Occidental
2	Hospital Nacional “San Juan de Dios”	San Miguel	Oriental

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud.

#### b) Hospitales de tercer nivel

Los nosocomios considerados de tercer nivel son aquellos que cuentan con servicios para una especialidad básica y otras especialidades, entre estas se encuentran:

- Pediátrico: cuenta con especialidades de atención tanto médica como quirúrgica para la población de cero a doce años de edad.
- Gineco-Obstétrico: cuenta con especialidad materno-infantil (ginecología, obstetricia y neonatología).
- Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: cuenta con atención en especialidades médico-quirúrgicas y otras subespecialidades.

**Tabla 6 Hospitales escuela**

No.	Nombre	Departamento	Región
1	Hospital Nacional Especializado “Rosales”	San Salvador	Metropolitana
2	Hospital Nacional Especializado de Niños “Benjamín Bloom”	San Salvador	Metropolitana

No.	Nombre	Departamento	Región
3	Hospital Nacional de la Mujer	San Salvador	Metropolitana
4	Hospital Nacional "San Juan de Dios"	San Miguel	Oriental
5	Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios"	Santa Ana	Occidental
6	Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez"	San Salvador	Metropolitana
7	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil	San Salvador	Metropolitana
8	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"	San Salvador	Metropolitana
9	Hospital Nacional General San Rafael	La Libertad	Central

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud.

#### 1.4.1 IMPORTANCIA EN EL SECTOR SOCIAL

Siendo instituciones que brindan servicios de salud son de suma importancia para la población en general y el que cuenten con servicios de calidad es una prioridad, el personal médico y de enfermería así como otros profesionales se encuentran disponibles durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana ofreciendo diversidad de servicios de atención en salud con todos los medios necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas por enfermedades, así como por traumas o anomalías genéticas.

Los hospitales son una fuente de información que da origen a investigaciones, siendo también escuelas formativas para los nuevos profesionales en salud.

### 1.5 DESECHOS BIOINFECCIOSOS

#### 1.5.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS

Los desechos hospitalarios se encuentran clasificados en la Norma Técnica para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos para una mejor comprensión, en el desarrollo de la investigación se consideraran procesos de forma precisa que la unidad de auditoría interna debe considerar en las evaluaciones de actividades que se efectúan de forma interna y externa para la disposición final de los residuos al momento de realizar la auditoría de gestión ambiental.



Se presentan la clasificación que corresponde a los desechos totales que se genera en la red hospitalaria dejando de forma precisa que el área específica a ser detallada por el equipo de investigación son los desechos bioinfecciosos. **Figura No. 2**

**Figura No. 2 Clasificación de los desechos sólidos hospitalarios**



Fuente: Ministerio de Salud Pública-Unidad de Saneamiento Ambiental  
Guía Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios

### 1.5.2 CICLO DEL MANEJO DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS

Este se encuentra integrado por un diagnóstico y las etapas que se debe realizar sobre el proceso que sufren los desechos hospitalarios, el diagnóstico la entidad debe tenerlo planificado, para mejorar el manejo de los residuos en las etapas que más adelante se explicaran; considerando las normativas correspondientes y acuerdos internos según el criterio del responsable de la unidad de auditoría interna. Para realizar el diagnóstico se debe contar con herramientas y métodos que faciliten su comprensión y ofrezcan una información oportuna como lo son: encuestas al personal que trata de forma directa con los desechos, inspecciones generales y específicas, observaciones planeadas, revisión de archivos, entre otras.

La información que se espera que proporcionen estas herramientas y método son los siguientes:

- Gestión del manejo de los residuos.
- Verificar los recursos asignados.
- Confirmar los responsables.
- Revisar el cumplimiento de las normativas.

- Conocer el control de las actividades.

De forma más precisa se espera tener una caracterización de los desechos como lo son: la cantidad de residuos generados en cada área del hospital y su clasificación, asimismo la característica de componentes los residuos.

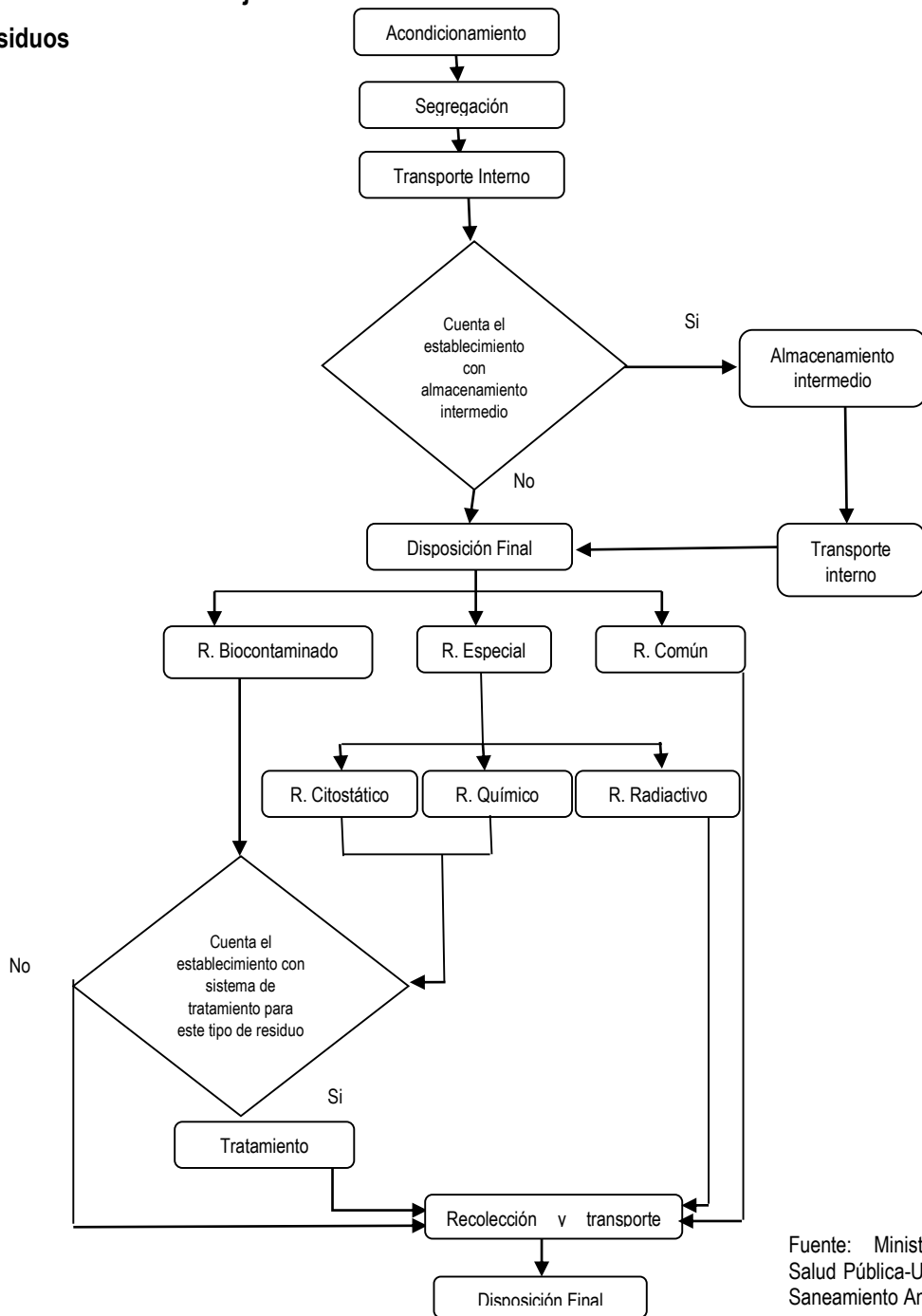
Etapas del manejo de los residuos hospitalarios.

- Acondicionamiento.
- Segregación y almacenamiento primario.
- Almacenamiento intermedio.
- Transporte interno.
- Centro de acopio.
- Tratamiento.
- Recolección externa.
- Disposición final

En los exámenes de gestión ambiental se debe verificar que cada etapa refleje el manejo apropiado de los residuos, es por ello que se debe seguir un orden que inicia con el acondicionamiento de los diferentes envases con su respectivas bolsas y en los lugares establecidos para la recolección de desechos y equipo necesario, posteriormente se presenta la segregación, en la cual todos los colaboradores de la institución deben comprometerse y participar activamente en los establecimientos. En las etapas de transporte interno, el centro de acopio y el tratamiento son operaciones que realizan los colaboradores de limpieza, para lo cual se requiere de logística adecuada y de personal debidamente equipado y capacitado. Además la institución debe hacer cumplir el tratamiento que le corresponde realizarle a cada tipo de residuo, para que al llegar las últimas etapas los desechos se encuentren en condiciones de ser trasladadas al lugar que se tiene como disposición final.

Por medio de los procesos a realizarse en la ejecución de la auditoría ambiental se debe evaluar la asistencia sanitaria y cada etapa que contempla el proceso del manejo de los desechos hospitalarios para evaluar si la entidad cumple con las disposiciones legales y normativas.

**Figura No. 3 Ciclo del manejo de los residuos**



Fuente: Ministerio de Salud Pública-Unidad de Saneamiento Ambiental.

Guía Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.

### **1.5.3 BIOSEGURIDAD PARA LOS EMPLEADOS**

Todos los doctores y enfermeras así como colaboradores que están al contacto diario con los residuos bioinfecciosos son capacitados desde el inicio de sus carreras profesionales y posterior a ellas en la bioseguridad, la cual establece con el propósito de reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas, en servicios de salud vinculados a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Sin embargo, otros autores ampliaron el concepto, y lo definieron como un sistema de conocimientos, actitudes y prácticas que promueven la prevención de accidentes laborales en el campo de laboratorio y práctica médica, o bien como una doctrina del comportamiento que compromete a todas las personas como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos del ambiente asistencial con el fin de diseñar estrategias que disminuyan los riesgos a los cuales se encuentran expuestos con la asistencia médica.

## **1.6 MARCO TÉCNICO**

### **1.6.1 NORMAS DE AUDITORÍA INTERNA DEL SECTOR GUBERNAMENTAL**

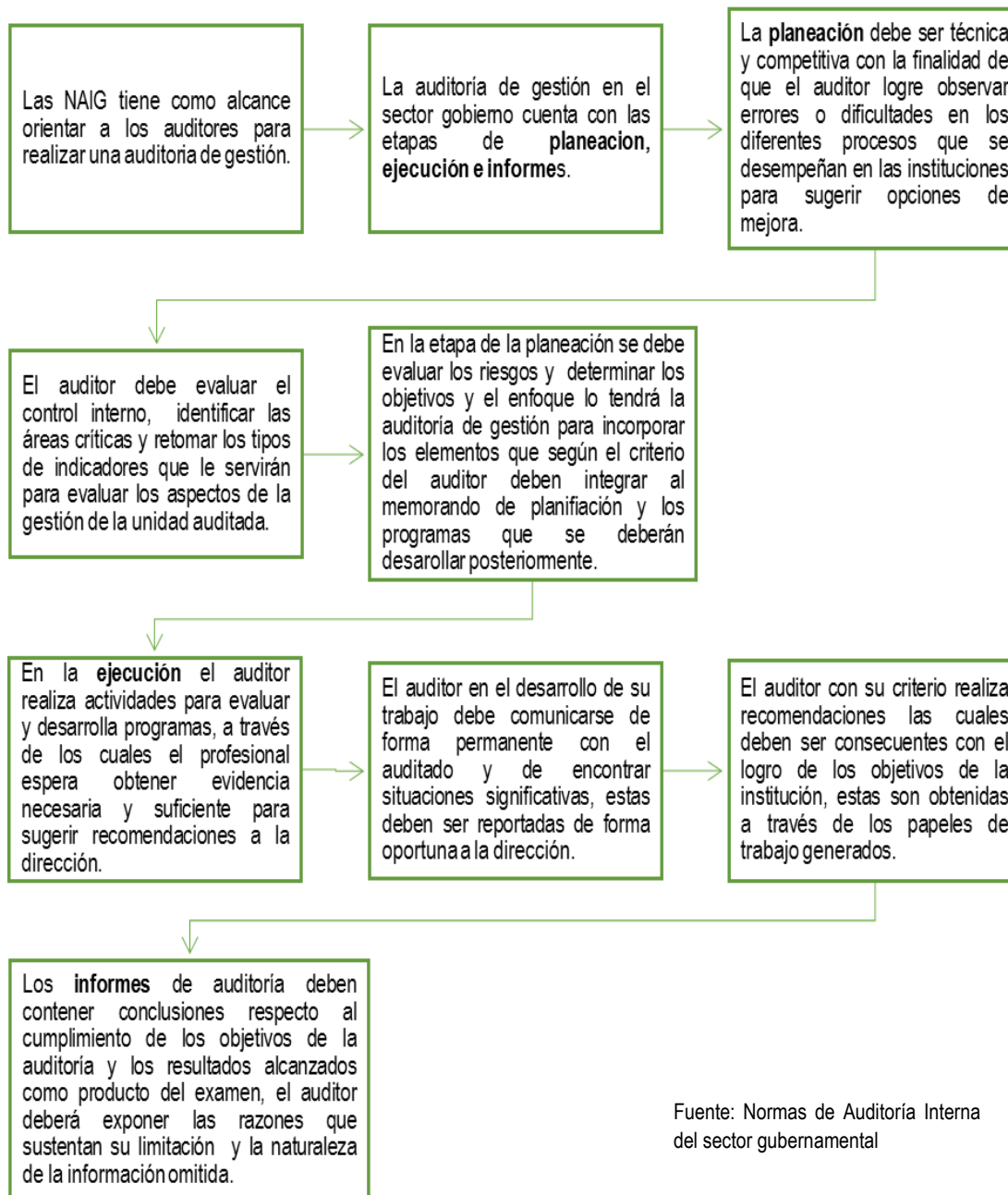
Las presentes normas definen las responsabilidades atribuibles a los contadores públicos que se desempeñan en las Unidades de Auditoría Interna de las diferentes instituciones del sector gubernamental del Estado salvadoreño, las cuales establecen los criterios y el marco de referencia a utilizar por los profesionales con la finalidad de garantizar que los trabajos ejecutados se realicen con el mayor profesionalismo para así emitir recomendaciones que contribuyan al logro de las metas y objetivos de los diferentes organismos de Gobierno.

Esta normativa también contiene las pautas que el auditor interno está obligado a desarrollar en el cumplimiento de sus deberes y en ejercicio de sus facultades, en las diferentes etapas de la auditoría. Presentando de una forma detallada los aspectos que debe contener todo tipo de auditoría dentro del sector Gobierno, ya que estas se encuentran clasificadas en: Auditoría Financiera, Auditoría Operacional o de Gestión, Exámenes Especiales.

Dentro de las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental se regulan las Auditorías relacionadas con el medio ambiente y en su Art. 249 establece:

Las auditorías relacionadas con el medio ambiente, serán realizadas por auditoría interna, cumpliendo con lo establecido en las Normas Aplicables a las tres fases de la auditoría y las Normas de Auditoría Operacional o de Gestión de este Reglamento. (Ver **Cuadro 2**).

**Figura No. 4 Normas de Auditoría Interna del sector gubernamental**



### 1.6.2 NORMATIVA TÉCNICA APLICABLE A LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS

Es de importancia que el auditor interno que trabaja en los diferentes establecimientos de salud maneje términos y procedimientos relacionados a la entidad o unidad que será examinada, por lo que debe conocer las diferentes normas y guías que son aplicadas por el personal, que ahí labora.

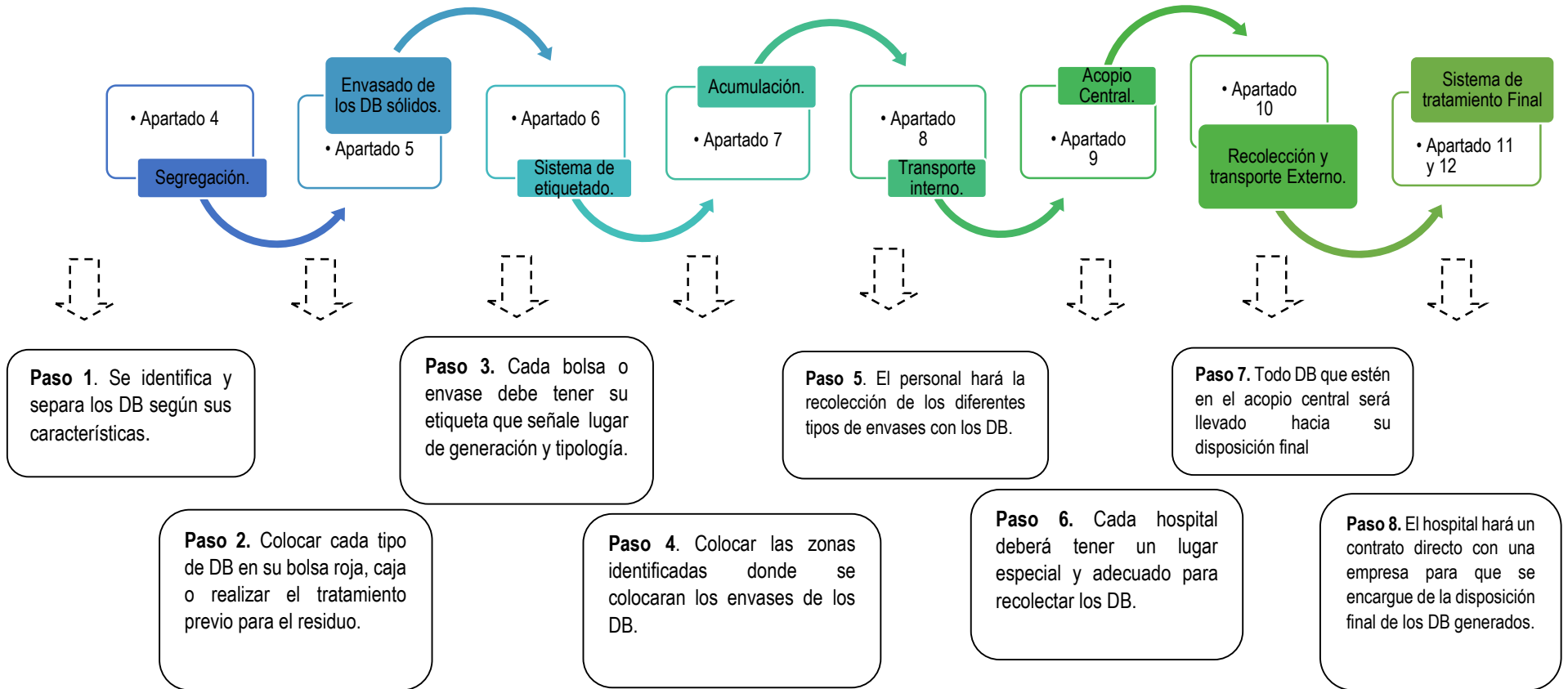
En El Salvador es el Ministerio de Salud el organismo encargado de brindar las normativas, guías y reglamentos; los cuales deben ser aplicados por los establecimientos de salud, en dichas regulaciones se establecen los procedimientos y medidas que deben seguir los diferentes nosocomios del país en cuanto a la manipulación de los desechos bioinfecciosos.

La normativa para el manejo de los desechos bioinfecciosos es:

- Normativa técnica para el manejo de los desechos bioinfecciosos, y
- Guía técnica para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios bioinfecciosos generados en establecimientos del sector salud.

La **figura 5** presenta una descripción de las normativas mencionadas con anterioridad y que son aplicadas por los diferentes hospitales del país.

**Figura No. 5 Normativa técnica aplicable a los desechos bioinfecciosos**



Fuente: Normativa Técnica para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos y Guía Técnica para el Manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios Bioinfecciosos generados en establecimientos del sector salud.

## 1.7 MARCO LEGAL

### 1.7.1 LEYES DE APLICACIÓN GENERAL

Los organismos de Gobierno se rigen por disposiciones generales y específicas, el cuadro N° 7 y 8 presentan la normativa de aplicación general a la que están sujetas los organismos y empleados públicos.

**Tabla 7 Ley de Ética Gubernamental**

Leyes	Ámbito de aplicación
<b>Ley de Ética Gubernamental</b>	<p>Art. 2. Esta Ley se aplica a todos los servidores públicos, permanentes o temporales, remunerados o ad-honorem, que ejerzan su cargo por elección, nombramiento o contrato, que presten servicio en la administración pública, dentro o fuera del territorio nacional.</p> <p>Asimismo, quedan sujetos a esta Ley en lo que fuere aplicable, las demás personas que, sin ser servidores públicos, administren bienes o manejen fondos públicos.</p> <p>También están sujetos los ex servidores públicos por las transgresiones a esta Ley que hubieren cometido en el desempeño de su función pública; o por las violaciones a las prohibiciones éticas a que se refieren el artículo 7 de la presente Ley.</p>

Fuente: Ley de Ética Gubernamental

**Tabla 8 Ley de la Corte de Cuentas de la República**

Apartados	Artículos Relacionados	Descripción
<b>Corte de Cuentas de la República</b>	Art. 1 Finalidad	<p>La Corte de Cuentas de la República es el máximo organismo rector en materia de fiscalización de la hacienda pública en general y de la ejecución del presupuesto. Están sujetos a la Corte todas las entidades y organismos del sector público así como sus servidores, también considera a diferentes organismos que no son parte del Gobierno pero que por ser beneficiarios de fondos públicos tiene la facultad de supervisar el destino de dichos fondos.</p>



Apartados	Artículos Relacionados	Descripción
	Art. 5 Atribuciones y funciones	La Corte tiene dentro de sus atribuciones y funciones establecer las políticas y normas técnicas para el ejercicio de la auditoría gubernamental. En función de ello evalúa las unidades de auditoría interna de todas aquellas entidades y organismos del sector público que la posean, así mismo es la encargada de capacitar al personal sobre las mismas normas y leyes que ha dictado para que sea de comprensión y útiles en el desarrollo de las actividades de los profesionales.
<b>Auditoría gubernamental</b>	Ejecución. Art.30 Contenido Art. 31 Clases	La auditoría será de carácter interno cuando sea practicada por las unidades administrativas pertinentes de los diferentes organismos gubernamentales y, externa cuando sea realizada por la Corte de Cuentas o por firmas privadas previamente autorizadas. La auditoría será de carácter operacional cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La planificación, organización, ejecución y control interno administrativo;</li> <li>▪ La eficiencia, efectividad y economía en el uso de los recursos humanos, ambientales, materiales, financieros y tecnológicos;</li> <li>▪ Los resultados de las operaciones y el cumplimiento de objetivos y metas.</li> </ul>
<b>Auditoría interna</b>	Art. 34 Organización Art. 35 Independencia	La unidad de auditoría interna tiene dependencia directa de la máxima autoridad de la administración, siendo la encargada de la realización de auditoría de las operaciones, actividades y programas que realiza la entidad u organismo, así como de cada una de las dependencias que posee. Según lo establece la ley existen organismos que no tienen obligación de crear la unidad de auditoría interna dado que el presupuesto asignado para sus operaciones es inferior a \$571,428.57, pero deben dar cumplimiento a todas las disposiciones legales establecidas ya

Apartados	Artículos Relacionados	Descripción
		<p>que siguen siendo objeto de examen de forma externa de parte del máximo organismo fiscalizador.</p> <p>En cuanto al funcionamiento de la unidad de auditoría interna esta tendrá independencia, ya que no debe vincularse con los procesos administrativos de los organismos gubernamentales, su intervención siempre será posterior a los hechos.</p>
	Art. 36 Coordinación de labores	Las unidades de auditoría interna deben crear un plan anual de trabajo para el siguiente ejercicio, el cual deberá ser entregado a la Corte de Cuentas de la República a más tardar el treinta y uno de marzo de cada año, de no hacerlo incurrirán en responsabilidad administrativa al jefe de la unidad.
	Art. 37 Informes	Los informes de auditoría generados por las unidades deberán ser firmados por el jefe de la unidad de auditoría interna y será enviada una copia a la Corte para su análisis, evaluación, comprobación e incorporación posterior.
	Art. 38 Acceso irrestricto	Los auditores internos tendrán acceso a todos los registros, archivos y documentos que requieran para poder sustentar las evaluaciones que están realizando, esto según la naturaleza de la auditoría que se esté ejecutando.

Fuente: Ley de la Corte de Cuentas de la República

### 1.7.2 LEYES ESPECÍFICAS

Los cuadros siguientes presentan una descripción de las leyes específicas que aplican los hospitales de la red pública de El Salvador.

**Tabla 9 Código de Salud**

<b>Apartados</b>	<b>Artículos Relacionados</b>	<b>Descripción</b>
<b>Atribuciones del Ministerio de Salud</b>	Art. 41	En el inciso 4 establece las facultades que el Ministerio de Salud tiene para establecer la organización, normalización y coordinación de todos los servicios técnicos y administrativos.
	Art. 42	Designa al Ministerio de Salud como el encargado de realizar las acciones necesarias para proteger al personal que colabora en las distintas dependencias, así como a la población en general, la respuesta a cada una de las responsabilidades establecidas da origen a los Lineamientos Técnicos sobre Bioseguridad estos tiene como finalidad exponer la importancia del uso de medidas de protección personal en la jornada de trabajo diario en las instituciones de salud a nivel de país.
<b>Basura y otros desechos</b>	Art. 77	Los establecimientos que produzcan desechos que por su naturaleza o peligrosidad no deben entregarse al servicio público de aseo deberán establecer un sistema de tratamiento o autorizado por el Ministerio.
	Art. 78	El Ministerio, directamente o por medio de los organismos competentes, tomará las medidas que sean necesarias para proteger a la población de contaminantes tales como: humo, ruidos, vibraciones, olores desagradables gases tóxicos, pólvora u otros atmosféricos.

Fuente: Código de Salud

Tabla 10 Ley del Medio Ambiente

Apartados	Artículos Relacionados	Descripción
<b>Conceptos y definiciones básicas</b>	Art. 5	Define conceptos que son de interés para la preservación del medio ambiente, algunos de ellos son: contaminante, desechos peligrosos, sustancias peligrosas, impacto ambiental y procesos peligrosos.
<b>Sistema de evaluación ambiental</b>	Arts. 16, 21, 23, 27.	Se refieren a los procesos para la evaluación ambiental, en la que las personas naturales o jurídicas que se dediquen a actividades consideradas como altamente riesgosas para la salud y bienestar humano y el medio ambiente, y las que se dispongan a mantener instalaciones de almacenamiento y disposición final de residuos peligrosos deberán efectuar un estudio de impacto ambiental, que al ser aprobado le será otorgado un permiso ambiental, siendo desde ese momento sujetos a evaluaciones de parte del Ministerio.
<b>Riesgos ambientales y materiales peligrosos.</b>	Arts. 56 al 60	Es el Ministerio quien clasifica las actividades de riesgo ambiental por lo que en coordinación con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y el Consejo Superior de Salud Pública, autorizarán la introducción, tránsito y almacenamiento de sustancias peligrosas. En cuanto al manejo, almacenamiento y disposición final de los desechos peligrosos que genera el país serán los mismos organismos mencionados junto con las municipalidades los encargados de regular dichas actividades.

Fuente: Ley del Medio Ambiente

**Tabla 11 Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos**

<b>Apartados</b>	<b>Artículos Relacionados</b>	<b>Descripción</b>
<b>Objeto y ámbito de aplicación</b>	Art. 1	Tiene como finalidad reglamentar la Ley del Medio Ambiente en lo referente a las sustancias, residuos y desechos de carácter peligrosos.
<b>Atribuciones y competencias del ministerio</b>	Art. 4	El Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales es la autoridad competente para la aplicación del reglamento, por lo que define una serie de atribuciones que tiene el organismo para la aplicación del reglamento.
<b>Generación de residuos peligrosos.</b>	Arts. 17 al 22	Regula aspectos claves de los agentes que generan desechos peligrosos y de los que contribuyen a la disposición final, uno de ellos es que el generador debe trasladar al Ministerio un informe semestral que contenga movimientos que ha realizado con los desechos durante ese periodo. Se establece una serie de obligaciones a las que debe de dar cumplimiento con la finalidad de preservar el medio ambiente.
<b>Desechos peligrosos</b>	Art. 27 Desechos biológico-infecciosos	El Ministerio considerará lo dispuesto en el Código de Salud y demás normativa correspondiente a los desechos biológico-infecciosos.
<b>Documento de transporte/ cartel indicador</b>	Art. 52 Art. 54	El organismo que genere desechos bioinfecciosos y que cuente con un sistema de traslado del establecimiento hacia el lugar donde se dará el tratamiento y disposición final a los residuos, deberá poseer un documento que contenga nombre, clasificación de riesgo, número de identificación, tipo y número de envases y embalajes que haga constar que se están transportando material peligroso. Por lo que el vehículo deberá portar en un lugar visible el cartel que identifique la sustancia que se está trasladando.

Fuente: Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **2.1.1 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio estuvo enfocado utilizando el método hipotético deductivo, el cual proviene de una verdad general hasta llegar al conocimiento de verdades particulares o específicas, es decir investigar la auditoría de gestión ambiental en general e indagar la realidad de los nosocomios de El Salvador en la aplicación del control dirigido a los desechos bioinfecciosos. El presente método cuenta con una característica en particular la cual permite dar un argumento deductivo que se encuentra integrado por dos partes, una universal y la otra particular ambas forman una conclusión basada en la indagación; se utilizaron diferentes instrumentos y técnicas de recolección de datos a través del responsable de las unidades de auditoría interna de los diferentes nosocomios públicos y de otro personal clave relacionado con el manejo de los desechos bioinfecciosos las cuales permitieron la realización y análisis de las hipótesis que se fueron planteadas.

### **2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis se integró por los 12 auditores encargados de las unidades de auditoría interna y el responsable de la unidad de auditoría del Ministerio de Salud, el cual ha sido asignado para realizar evaluaciones internas a todos los nosocomios nacionales que no cuentan con unidad de auditoría en sus instalaciones, por lo que el total de unidades de análisis estuvo conformado por los 13 responsables de auditoría interna.

### **2.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

#### **2.3.1 UNIVERSO**

El universo se conformó por 30 hospitales pertenecientes a la red pública de El Salvador que para el caso de estudio sólo fueron retomados 12 nosocomios, los cuales poseen unidad de auditoría interna según estudio realizado en el Ministerio de Salud. Se incluyó la unidad de auditoría del ministerio anteriormente mencionado dado que es el organismo encargado de evaluar los hospitales que no cuentan en su estructura organizativa con auditoría interna. **Anexo 3**

### **2.3.2 MUESTRA**

Debido a que el universo es finito no se necesitó el cálculo de muestra a través de un método estadístico, siendo la muestra las 12 unidades de auditoría interna de los nosocomios públicos y la unidad de auditoría del Ministerio de Salud, a través de estos se obtuvieron resultados que optimizaron la investigación, las cuales se encuentran en el **anexo 4**.

## **2.4 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1 INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Inicialmente se indagó en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental sobre la aplicación de la auditoría de gestión ambiental. Posteriormente se buscaron leyes, normas y reglamentos vigentes que regulan el manejo interno y externo que los nosocomios públicos deben cumplir en relación a los desechos bioinfecciosos.

En bibliotecas universitarias se investigaron libros y revistas que abordaran el tema de la auditoría ambiental para considerar como base para el diseño del capítulo III.

### **2.4.2 INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

Posteriormente de determinar la población y muestra, se realizaron los contactos en cada nosocomio seleccionado incluyendo la unidad de auditoría interna del Ministerio de Salud, por medio de recorridos en las instalaciones de algunos hospitales se logró recopilar información con el personal de auditoría sobre aspectos ambientales y al personal encargado por la dirección de los hospitales acerca del control y manejo de los desechos bioinfecciosos.

### **2.4.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El proceso de recolección de los datos se realizó a través de encuestas las cuales fueron complementadas por los encargados de las unidades de auditoría interna, siendo el instrumento adoptado un cuestionario, el cual estaba conformado por preguntas cerradas y de opción múltiple relacionadas con el trabajo que desempeña el auditor y sobre aspectos de gestión ambiental. **Anexo 5**

Las técnicas aplicadas en el proceso de recolección de la información fueron: la entrevista y visita de campo, ambas técnicas permitieron conocer el desempeño del auditor en relación con las evaluaciones ambientales en las instalaciones de los diferentes nosocomios públicos.

## **2.5 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Posteriormente a la recolección de información, se hizo uso de tabuladores estadísticos utilizando Microsoft Excel el cual permitió obtener un resumen de los datos proporcionados por los encargados de las unidades de auditoría de los hospitales públicos. A través de dichos datos se efectuó análisis estadístico deductivo tabulándolos en forma descriptiva, lo que permitió probar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación. **Anexo 6**

## **2.6 DIAGNÓSTICO**

Con base a los datos recopilados por medio de las encuestas facilitadas a los responsables de las unidades de auditoría interna de los diferentes nosocomios, respecto al tema “Guía para la realización de auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos de los hospitales de la red pública de El Salvador”, se efectuó el siguiente diagnóstico:

### **Realización de auditorías de gestión ambiental**

Los datos proporcionados determinan que actualmente el 100% de las unidades de auditoría interna de los diferentes hospitales públicos no han realizado auditorías de gestión ambiental, esto se debe a la falta de formación sobre el área especial de evaluaciones ambientales del personal de las unidades, las cuales en su mayoría solo están integradas por sus respectivos responsables, aunado a ello la falta de recursos asignados a las mismas por parte de la dirección hace difícil la capacitación del equipo de auditoría interna en el área ambiental. Además, la dirección de los nosocomios a través de la unidad de auditoría interna no han considerado los beneficios que este tipo de evaluaciones aportan a la institución; lo que origina que no exista verificación a los procesos brindados al manejo de los desechos bioinfecciosos así como las consecuencias ambientales y legales que pueden ser generadas al no proporcionar un manejo de acuerdo a la normativa emitida por la autoridad correspondiente.

Lo anterior, ocasiona ausencia de recomendaciones en materia ambiental y dada la importancia que éstas generan en el fortalecimiento de controles, la unidad de auditoría interna debe planificar actividades



que evalúen y contribuyan al cumplimiento de los objetivos planteados por la institución, a través de las sugerencias que auditoría interna brinde a la dirección y que esta tome las medidas necesarios de manera oportuna.

Preg.	Concepto	%
1	La unidad de auditoría interna no ha realizado auditorías de gestión ambiental en la Red Pública Hospitalaria.	
	No	100
2	Las principales causas por las que no se realizan auditorías de gestión ambiental en los hospitales son:	
	No cuentan con el personal capacitado en el área ambiental	62
	Poco personal	15

### La Dirección y el plan anual de trabajo de las unidades de auditoría interna

A través de la recopilación de datos se obtuvo que un 84% de los planes anuales de trabajo que las unidades de auditoría interna elaboran no consideran dentro del universo de auditoría la evaluación de la gestión ambiental de las instituciones; de conformidad con las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental el responsable de auditoría interna debe elaborar el plan anual de trabajo basado en una evaluación de riesgos, de esta manera enfocarse en el cumplimiento de objetivos y metas de los hospitales, posteriormente debe comunicarlo a la máxima autoridad para su autorización informando sobre el impacto o las implicaciones que conlleva una limitación a los recursos solicitados.

Los datos recopilados a través de la encuesta reflejan que el 100% de las direcciones de los diferentes hospitales públicos no han solicitado a las unidades de auditoría interna la integración de evaluaciones ambientales en el plan anual de trabajo, siendo éste un aspecto importante que debe ser considerado por las unidades de auditoría interna de los hospitales con el propósito de verificar el cumplimiento de los procesos de planificación, organización y ejecución que los diferentes nosocomios brindan al manejo de los desechos bioinfecciosos y el fortalecimiento de los controles internos que contribuyen con la minimización de riesgos de contaminación ambiental; asegurando la eficiencia y efectividad de los procesos internos en cumplimiento de las normas emitidas por las autoridades competentes y proponiendo de manera directa a la dirección de la institución el apoyo que se necesita para la realización de evaluaciones ambientales.

Preg.	Concepto	%
3	En el Plan Anual de Trabajo de la actividad de auditoría interna, no se considera la evaluación de la gestión ambiental de los hospitales.	
	No	84
4	Las Direcciones de los diferentes nosocomios públicos no han solicitado a la unidad de auditoría interna la realización de evaluaciones ambientales.	
	No	100

### La Corte de Cuentas de la República como ente fiscalizador

Los resultados afirman que el ente regulador de las instituciones públicas ha realizado auditorías de gestión ambiental en un 100% a los hospitales nacionales, algunos encargados de las unidades de auditoría interna expresaron que este tipo de informes emitidos por la Corte de Cuentas de la República le es entregado a la dirección del nosocomio, la unidad de auditoría interna no tiene información del contenido que integra dicho informe, es decir que el seguimiento queda bajo la responsabilidad de la dirección del hospital, sin embargo no en todos los hospitales se sigue este protocolo ya que hay instituciones en las cuales el director ha solicitado de manera directa al responsable de la unidad de auditoría interna darle el seguimiento correspondiente a las observaciones realizadas por dicho organismo regulador, esta debería ser la actuación de la dirección de los diferentes nosocomios para solicitar de manera directa al personal involucrado en la deficiencia observada por medio de la evaluación y así subsanar a la brevedad las observaciones en beneficio de la institución y del medio ambiente, siendo la unidad de auditoría interna la facultada de dar seguimiento a las sugerencias.

Dentro de las facultades de la Corte de Cuentas de la República se encuentran dictar las políticas, normas técnicas y demás disposiciones para la práctica de auditoría interna gubernamental, así como las capacitaciones para la aplicación de las mismas. Sin embargo los datos recopilados reflejan que solo un 8% de los encuestados han sido capacitados en evaluaciones ambientales por parte del ente regulador, lo que es preocupante ya que la mayoría que es el 83% no ha recibido capacitaciones relacionadas al tema y el porcentaje restante ha optado por capacitarse con instituciones privadas. Además los responsables de las unidades de auditoría interna de los hospitales nacionales revelan que el 77% de estas no cuentan con un plan de capacitaciones, ocasionando que el personal no sea formado en áreas especiales como son los exámenes ambientales. El responsable de la unidad de auditoría debe elaborar el plan de capacitaciones

y de esta manera solicitar a la dirección la formación en temas frecuentes, especiales y nuevos para el equipo de trabajo para contribuir al mejoramiento de la institución.

Preg.	Concepto	%
5	El personal de la unidad de auditoría interna ha recibido capacitación en el área ambiental de parte de:	
	Corte de Cuentas de la República	8
	No se ha recibido capacitación	83
6	La unidad de auditoría interna no posee un plan de capacitaciones para el personal que labora dentro de dicha unidad.	
	No	77
7	De las capacitaciones recibidas, no se han considerado como tema la auditoría de gestión ambiental.	
	No	77
8	Los responsables de las unidades de auditoría tienen conocimientos que Corte de Cuentas de la República ha realizado auditorías de gestión ambiental a los hospitales públicos.	
	Sí	100

#### **Opinión de los responsables de las unidades de auditoría interna con respecto a la evaluación de la gestión ambiental.**

Un 92% de los responsables de las unidades de auditoría interna de los diferentes nosocomios públicos considera que sería conveniente evaluar los procesos que se ejecutan para el control interno de los desechos que se generan de forma periódica, por medio de los datos obtenidos se refleja que el 23% de los hospitales han sido sancionados y/o multados por el manejo inadecuado que el personal competente brinda a los residuos infecciosos generados por los sanatorios. A consecuencia de lo anterior el 100% de los encuestados afirman que sería beneficiosa la realización de evaluaciones ambientales para evitar amonestaciones futuras dado que las recomendaciones obtenidas por una auditoría de gestión ambiental contribuirían a mejorar la gestión y la toma de decisiones.

<b>Preg.</b>	<b>Concepto</b>	<b>%</b>
<b>9</b>	Datos proporcionados revelan que algunos hospitales públicos han sido objeto de sanciones o multas a causa del manejo inadecuado de los desechos bioinfecciosos.	
	Sí	23
<b>10</b>	Los auditores consideran oportuno que se evalúen los procesos realizados a los desechos bioinfecciosos hasta la disposición final que les brinda el hospital.	
	Sí	92
<b>11</b>	Los responsables de la unidad de auditoría interna de los nosocomios consideran que sería beneficioso la realización de auditorías de gestión ambiental en relación a los desechos bioinfecciosos que genera la institución.	
	Sí	100

Al investigar si los responsables de las unidades de auditoría interna de los hospitales públicos cuentan con una herramienta por escrito que contengan aspectos específicos para la realización de auditoría de gestión ambiental el 85% manifestó que no tienen un manual que les sea de utilidad para la realización de evaluaciones ambientales. Consecuentemente a lo anterior, el 100% de los encargados de las unidades de auditoría interna de los nosocomios consideran conveniente la existencia de una guía para la ejecución de auditorías de gestión ambiental, ya que esto les permitirá tener una herramienta que les sirva de fuente para la realización de este tipo de evaluaciones contribuyendo con recomendaciones y/o sugerencias para el logro de los objetivos institucionales en la correcta aplicación de las normas técnicas y legales.

<b>Preg.</b>	<b>Concepto</b>	<b>%</b>
<b>12</b>	La mayoría de las unidades de auditoría interna no cuenta con una herramienta por escrito que contenga aspectos específicos de gestión ambiental.	
	No	85
<b>13</b>	Según el criterio de los auditores consideran necesario el uso de guía para desarrollar la auditoría de gestión ambiental.	
	Sí	100

## **CAPÍTULO III: GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE GESTIÓN AMBIENTAL APLICABLE A LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS GENERADOS POR LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE EL SALVADOR**

### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El nivel de capacitación que los auditores internos de los hospitales de la red pública tienen sobre la auditoría de gestión ambiental es mínimo, motivo por el cual se origina la ausencia de control posterior y evaluación que se deben de dar al tratamiento de cada tipo de desechos bioinfecciosos. Debido a ello es necesario elaborar estrategias integrales, que permita evaluar y verificar los procedimientos y medidas de prevención dirigidas de manera específica al manejo de los desechos bioinfecciosos.

Los auditores internos pueden por medio de la realización de auditorías de gestión ambiental en los hospitales de la red pública elaborar un análisis de la gestión de riesgos de forma periódica incluyendo dentro del mismo la categoría de prevención en relación con la gestión ambiental, los responsables de la unidad de auditoría interna deben considerar la auditoría ambiental como una herramienta de evaluación que genera información específica sobre cada clase de desechos sólidos y líquidos que la entidad produce como consecuencia de la asistencia médica que se le brinda a cada paciente, el auditor al evaluar el control interno no ahonda sobre los procesos que se le da a cada tipo de residuo originados en el nosocomio, causando la ausencia de información que permita verificar alteraciones negativas a la salud del personal y usuarios, así como también posibles riesgos de contaminación al medio ambiente.

Los auditores internos no poseen una herramienta que les facilite la planificación, ejecución e informe enfocados en la evaluación de la gestión ambiental, debido a ello se proporciona una guía delimitada al cumplimiento del estándar veintitrés, y las normativas técnicas y legales aplicables al manejo de los desechos bioinfecciosos.

### **3.2 EXPLICACIÓN GENERAL DE ESTRUCTURA Y FORMA EN QUE SERÁ ABORDADO**

Después del análisis y diagnóstico de la problemática, se determinó abordarla con el diseño de una guía la cual contendrá lineamientos técnicos y legales para que el responsable y colaboradores de las unidades

de auditoría interna de los nosocomios públicos ejecuten auditorías de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos.

La guía estará integrada por los siguientes aspectos:

- **Objetivos y alcance:** determina la finalidad a cumplir con el desarrollo de la guía.
- **Justificación:** explica la importancia de la realización de guía para que el auditor interno ejecute evaluaciones ambientales y ser fuente de información para otros profesionales interesados en la gestión ambiental.
- **Ámbito de aplicación:** establece el personal de las instituciones a las que va dirigida la herramienta de auditoría.
- **Marco técnico:** contiene lineamientos técnicos que rigen la actividad de auditoría interna gubernamental y el manejo de los desechos bioinfecciosos.
- **Fases de auditoría:** establece una descripción de las etapas que conforman la evaluación de la gestión ambiental haciendo referencia a los pasos que el auditor debe considerar para la realización de un examen ambiental.
- **Actualizaciones:** detalla los aspectos a considerar en los cambios de la normativa por los cuales se deben hacer modificaciones a la guía.

Es por ello que la realización de la guía será de utilidad para los contadores públicos que laboran en las unidades de auditoría interna ya que contarán con una herramienta de evaluación que les facilite la ejecución de las auditorías ambientales. Teniendo como finalidad de proporcionar una seguridad razonable de los procedimientos aplicados a los desechos bioinfecciosos y de la gestión ambiental.

### **3.3 GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS DE GESTIÓN AMBIENTAL**

#### **3.3.1 OBJETIVO Y ALCANCE DE LA GUÍA**

##### **OBJETIVO**

Proponer la metodología para la planificación, ejecución e informe en la realización de auditorías de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos, que les sea de utilidad a los responsables y colaboradores de las unidades de auditoría interna de la red pública hospitalaria, al profesional independiente, estudiantes y demás interesados en la implementación de evaluaciones de este tipo.

##### **ALCANCE**

Esta guía metodológica comprende las tres fases de auditoría planificación, ejecución e informe para que los auditores internos de los nosocomios públicos realicen evaluaciones de gestión ambiental en las que se verifique el tratamiento y disposición final de los desechos bioinfecciosos que son generados en los hospitales.

#### **3.3.2 JUSTIFICACIÓN**

Esta guía es dirigida a: responsables y colaboradores de las unidades de auditoría interna de la red pública hospitalaria, profesionales independientes que se dedican a la actividad de auditoría, docentes y estudiantes de la carrera de Licenciatura en Contaduría Pública, con la finalidad de ejecutar la auditoría de gestión ambiental de forma constante en las instituciones para minimizar riesgos que se presentan internamente por la falta de control y verificación, debido al desconocimiento sobre los beneficios que ofrece este tipo de evaluación ambiental para las instituciones, sus colaboradores y la población en general.

Con la realización de la guía, el personal que laboran en las unidades de auditoría interna tendrá una herramienta de evaluación que les facilite la ejecución de las auditorías ambientales. Teniendo como finalidad de proporcionar una seguridad razonable de los procedimientos aplicados a los desechos bioinfecciosos.

### 3.3.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es sugerida a los responsables de las unidades de auditoría interna de los hospitales nacionales de la República de El Salvador, para implementarse en el control interno del manejo de los desechos bioinfecciosos.

### 3.3.4 MARCO TÉCNICO

Normativa Técnica para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos y Guía Técnica para el Manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios Bioinfecciosos Generados en Establecimientos del Sector Salud.

La normativa, da una clasificación a los desechos sólidos hospitalarios, en la que se muestra la diferencia entre los residuos comunes y los bioinfecciosos:

**Tabla 12 Clasificación de desechos bioinfecciosos**

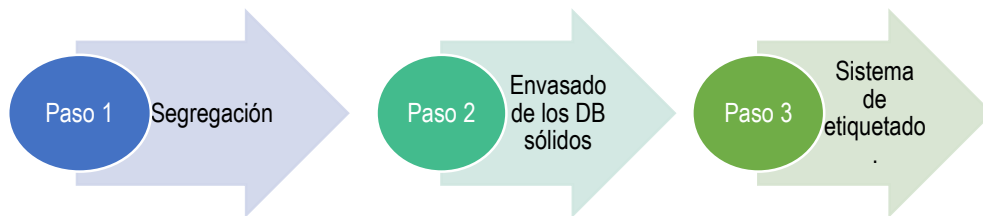
<b>Desechos</b>	<b>Estado físico</b>	<b>Envase</b>	<b>Color</b>
<b>Comunes</b>	Sólido	Bolsa plástico	Negro
<b>Infecciosos</b>	Líquido y sólido	Bolsa plástico recipiente hermético colocado en bolsa plásticas.	Rojo con el símbolo correspondiente
<b>Patológicos</b>	Sólido que pueden generar líquido	Bolsa plástico recipiente hermético colocado en bolsa plásticas.	Rojo
<b>Punzocortantes</b>	Sólido	Bolsa plástica	Rojo



El proceso que describe ambas normativas se encuentran directamente relacionados, aunque es un mismo proceso se puede observar tres etapas en el manejo de los desechos bioinfecciosos (DB) a continuación se describen de forma breve:

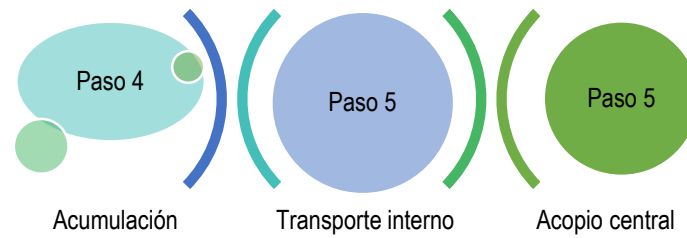
- El encargado que ha sido asignado por el hospital, deberá entregar a cada área los depósitos especiales, bolsas que cumplan con las características descritas en la normativa y la distribución del equipo de bioseguridad a todo el personal que colabora en la institución y de esta manera iniciar con la segregación para que todo DB sean depositados según su clasificación y el personal encargado de la recolección deberá colocar de forma oportuna la etiqueta a cada bolsa o depósito.

**Figura No. 6 Primera etapa del manejo de los desechos bioinfecciosos**



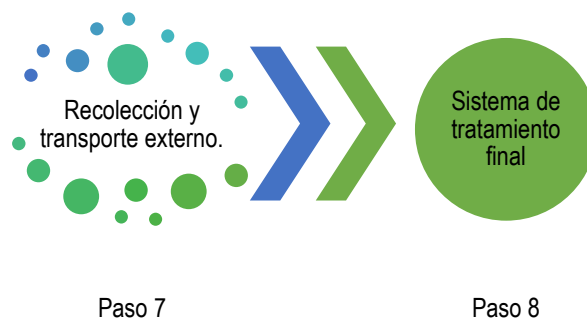
- Posteriormente en cada área del hospital deberá estar asignado un lugar para colocar cada DB según su clasificación y así ubicar los depósitos llenos en un lugar específico, cuando el responsable de la recolección interna del establecimiento de salud realice el retiro de los DB de cada área, todos se encuentren de forma correcta siguiendo las normativas para ser ubicado en una celda temporal, la cual debe estar construida y ubicada cumpliendo las especificaciones establecidas en la normativa.

**Figura No. 7 Segunda etapa para el manejo de los desechos bioinfecciosos**

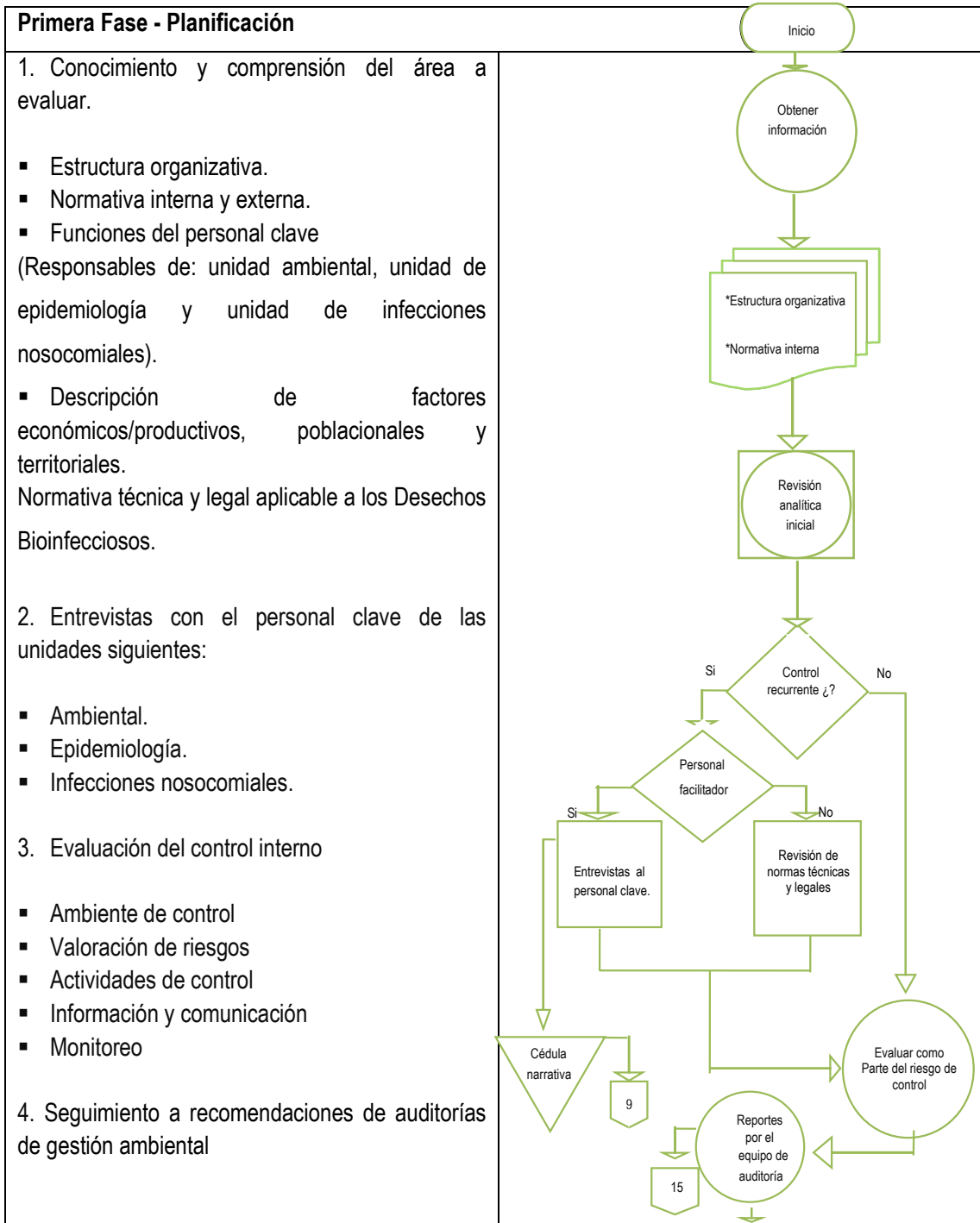


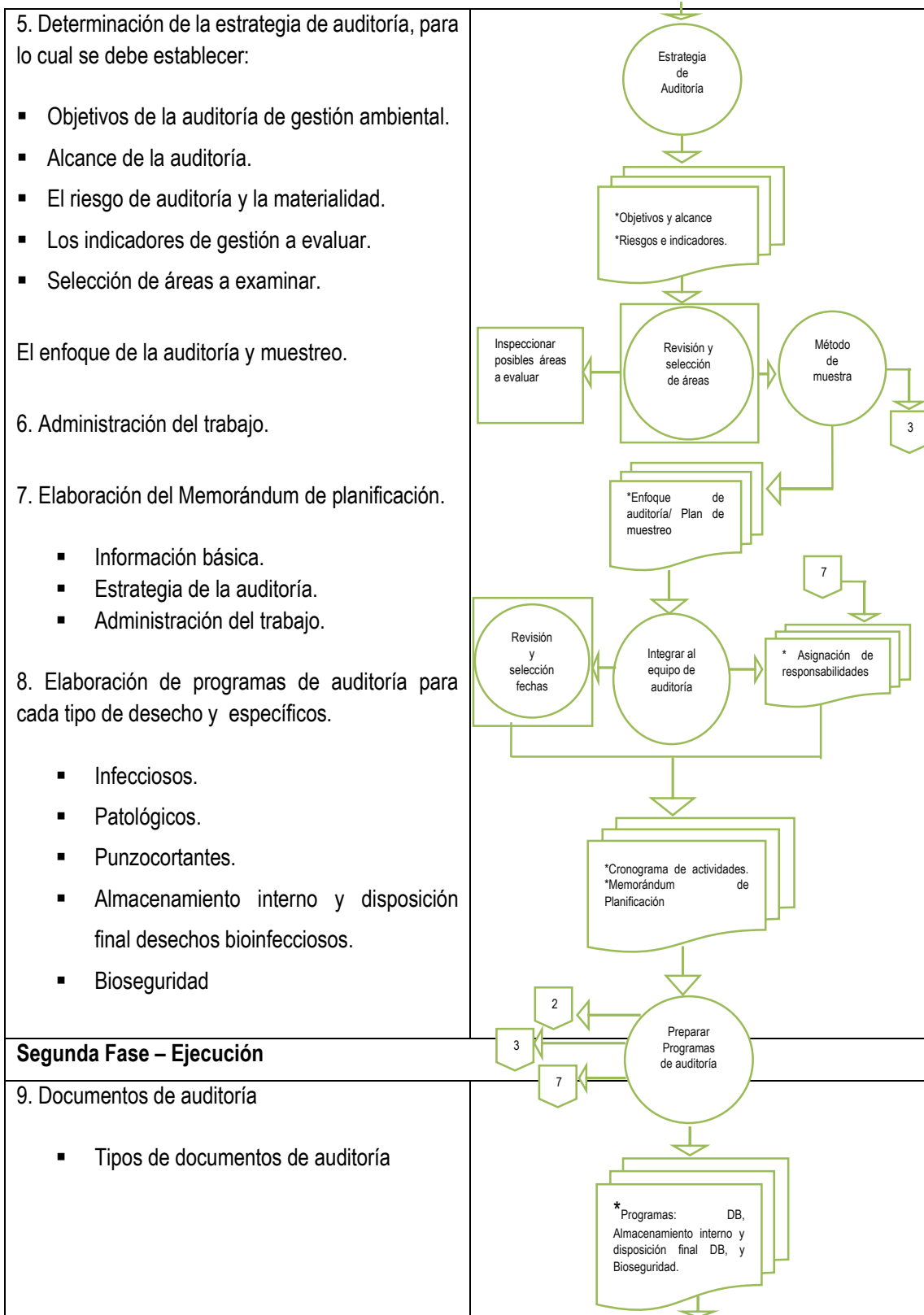
- Cada hospital tiene un contrato con una entidad privada para la recolección externa y tratamiento final a los desechos bioinfecciosos generados por el nosocomio, dicho contrato es integrado por especificaciones establecidas en la norma y por los acuerdos que como institución se tomen según el proceso para la recolección de los DB buscando un servicio de calidad y confiable.

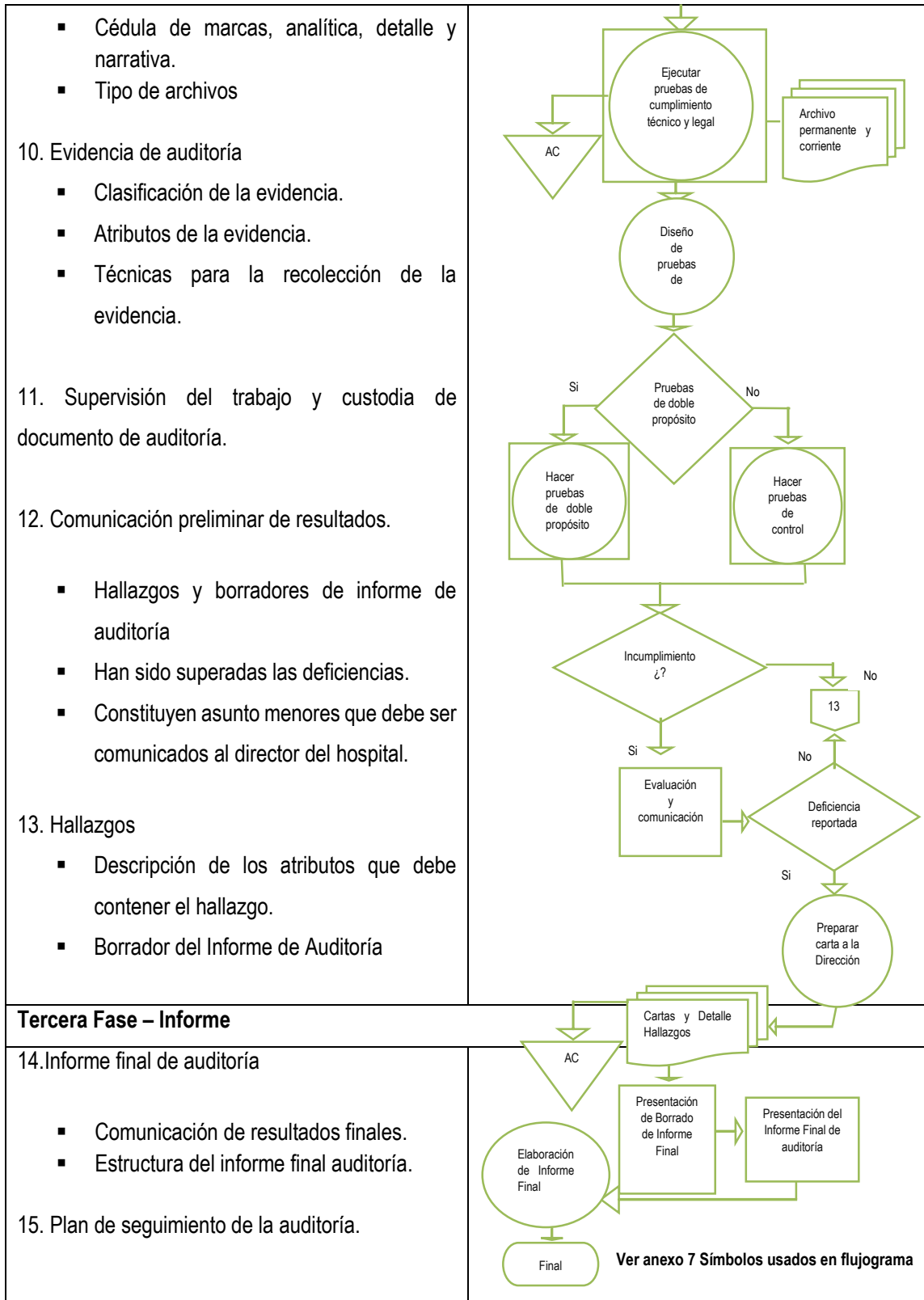
**Figura No. 8 Tercera etapa para el manejo de los desechos bioinfecciosos**



### 3.3.5 FLUJOGRAMA PARA EL PROCESO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL APLICADA A DESECHOS BIOINFECCIOSOS







## **A. PRIMERA FASE: PLANIFICACIÓN**

La auditoría de gestión ambiental busca a través de la planificación integrar la parte técnica y legal permitiéndole al equipo de trabajo detectar errores significativos que se encuentran inmersos en los procesos que realizan las áreas auditadas, minimizando tiempo y gastos para lograr maximizar la eficacia de la unidad de auditoría interna de la institución.

La planificación busca como fin principal identificar los aspectos a considerar en el desarrollo de una auditoría, por quien debe hacerse y como realizarlo efectuando una secuencia de los pasos a seguir por el equipo de auditoría para la obtención de evidencia suficiente y adecuada para brindar recomendaciones en pro de mejorar la gestión de las partes involucradas.

### **1. Conocimiento y comprensión del área a evaluar**

El auditor debe realizar un diagnóstico del área que será examinada para obtener datos sobre aspectos básicos que influyen en la gestión de la unidad por los cuales deben ser auditados. Para la obtención de la información se deben escoger técnicas que ayuden a recopilar los datos adecuados para el desarrollo de su trabajo, los cuales podrán ser derivados de evaluaciones que le hayan sido realizadas al área, archivos de la institución, manuales con los que se desempeña, páginas web, entre otros.

Para el desarrollo de la auditoría, lo anterior se resume en la estrategia que el equipo auditor implementará para la evaluación de los factores internos y externos que influyen en el área a ser auditada, se debe considerar como datos básicos la recolección de la siguiente información:

- Estructura organizativa
- Normativa interna y externa
- Funciones del personal clave
- Descripción de factores económicos/productivos, poblacionales y territoriales

### **2. Entrevistas con el personal clave**

El equipo de auditoría deberá buscar por medio del personal clave información que le permita indagar sobre la situación que el nosocomio presenta en relación al cumplimiento en el manejo de los desechos bioinfecciosos, la dirección ha asignado responsabilidades específicas a cada unidad sin embargo tiene

relación directa, ya que su campo de aplicación se realiza de forma paralela. El equipo de auditoría debe recopilar información por medio del siguiente personal clave:

- Ambiental.
- Epidemiología
- Infecciones nosocomiales

El auditor deberá hacer uso de técnicas como la entrevista y cuestionarios para obtener los datos necesarios que ayuden a enriquecer su evaluación, a continuación se presenta un modelo de cuestionario:

#### Modelo sugerido No. 1 Cuestionario dirigido a personal clave

<b>Hospital nacional</b>	
<b>Unidad de auditoría interna</b>	
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)	<b>Fecha:</b>
<b>Periodo:</b>	<b>Elaborado por:</b>
<b>Área a examinar:</b>	<b>Revisado por:</b>
<b>Formato:</b>	<b>Autorizado por:</b>
Cuestionario para entrevista con personal clave	
No.	Pregunta
1	¿Cuál es la función de su área en correlación al manejo de los desechos bioinfecciosos?
2	Cantidad de personal colaborador en su área.
3	¿Cuáles son sus principales funciones, obligaciones y responsabilidades en relación al control de los desechos bioinfecciosos?
4	¿Cómo se encuentra organizada el área para el control de los residuos infecciosos, patológicos y punzocortantes?
5	¿Hace entrega de planificación de actividades a la Dirección?
6	¿En la planeación se incluyen otras áreas?, ¿cuáles?
7	¿Qué tipo de informes prepara?, ¿cómo?, ¿con quién?, ¿a dónde lo remite?, ¿con qué regularidad?, ¿quiénes son sus usuarios?
8	¿Cómo evalúa la eficiencia del personal de su área?
9	¿Cómo evalúa la eficacia del personal de su área?
10	¿Cómo evalúa la economía del personal de su área?

<b>Hospital nacional</b>		
<b>Unidad de auditoría interna</b>		
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)	<b>Fecha:</b>	
<b>Periodo:</b>	<b>Elaborado por:</b>	
<b>Área a examinar:</b>	<b>Revisado por:</b>	
<b>Formato:</b>	<b>Autorizado por:</b>	
Cuestionario para entrevista con personal clave		
No.	Pregunta	
11	¿Junto al personal de su área realiza reuniones de evaluación, planificación e información especial en las cuales se considere el área ambiental?	
12	Con que frecuencia realizan las reuniones: anuales, semestrales, trimestrales, bimestral, mensual, bimensual.	
13	¿Qué problemas son los más comunes con el manejo de los desechos bioinfecciosos?	
14	¿El hospital ha presentado algún problema con el manejo de los desechos bioinfecciosos?	
15	¿Según su criterio se cumple el estándar 23? ¿En qué porcentaje?	
16	¿Cuál es la principal causa que origina que algunos puntos del estándar 23 no sean verificados?	
17	El personal cuando solicita el equipo protector, ¿le es entregado de manera inmediata?	
18	¿Quién es el encargado de llevar el control del equipo entregado?	
19	¿Qué tipo de medidas utiliza para confrontar el cumplimiento y la eficacia de los planes como área?	
20	¿Cómo califica el riesgo ambiental del hospital alto, medio o bajo? ¿Por qué?	

### 3. Evaluación del control interno

El auditor debe identificar que el área auditada mantenga un sistema de control interno que implemente procedimientos eficientes los cuales estén enfocados a la protección de los recursos con los que cuenta la unidad y que brinde cumplimiento a las disposiciones técnicas y legales a las cuales está sujeto. Para ello debe considerar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas que han sido elaboradas por los hospitales públicos, verificando que el sistema de control interno se base en los componentes de COSO, el principal objetivo que buscan dichos elementos son:



**Tabla 13 Componentes de control interno**

No.	Componente	Objetivo
1	<b>Ambiente de control</b>	Proporcionar la estructura organizacional, funciones y responsabilidades del personal que labora en las unidades a ser auditadas con la finalidad de abonar en la buena gestión de los recursos que les son confiados.
2	<b>Valoración de riesgos</b>	Identificar y analizar los riesgos tanto internos como externos que obstaculizan el logro de los objetivos y metas planteados por las unidades, así como la determinación de cómo serán dirigidos para que no afecten en la gestión.
3	<b>Actividades de control</b>	Establecer las políticas y procedimientos que le permitan a las diferentes unidades una seguridad razonable de que los procesos mitigan los riesgos establecidos.
4	<b>Información y comunicación</b>	Implementar un sistema en el que la información se comunique de manera oportuna y sea lo suficientemente confiable para la toma de decisiones en el cumplimiento de los objetivos planteados.
5	<b>Monitoreo</b>	Garantizar la aplicación adecuada de los procedimientos que son realizados y la evaluación de los mismos los cuales son efectuados por los diferentes agentes que intervienen en la consecución de los objetivos.

A raíz de la evaluación del sistema de control interno el auditor identificará las áreas críticas que merecen un examen más profundo ya que tienen consigo beneficios para la gestión del área auditada por lo que deben estar incluidos en la planificación. Debido a ello se presenta la propuesta para evaluar el control interno que posee el hospital:

**Modelo sugerido No. 2 Cuestionario de control interno**

<b>Hospital nacional</b>					
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>					
<b>Evaluación del control interno</b> <b>Auditoría de gestión ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos) <b>Área a examinar:</b> <b>Periodo de auditoría:</b> Del 1 de enero al 31 de diciembre de 20XX		<b>Fecha:</b>			
		<b>Elaborado por:</b>			
		<b>Revisado por:</b>			
		<b>Autorizado por:</b>			
<b>No.</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Comentarios</b>
1	¿Es del conocimiento del personal la visión, misión y objetivos de la institución?				
2	¿Cuenta la institución con normativa interna que regule el comportamiento ambiental relacionado con el manejo de los desechos bioinfecciosos?				
3	¿Se han diseñado procedimientos que identifiquen aspectos perjudiciales a la salud del personal que labora en la institución?				
4	¿Los procedimientos diseñados por el hospital referente al manejo de los desechos bioinfecciosos se encuentra documentados?				
5	¿Todos los procedimientos son registrados de tal forma que se permita su consulta periódica a los responsables?				
6	¿El hospital ha establecido mecanismos de control en la generación de desechos bioinfecciosos en las diferentes áreas de servicios?				
7	¿Se realiza evaluación periódica al tratamiento del agua potable?				

No.	Pregunta	Sí	No	N/A	Comentarios
8	¿Posee la institución una revisión programada para verificar el saneamiento de las instalaciones?				
9	¿Todas las áreas de servicios del hospital informan de manera periódica a la Dirección sobre dificultades presentadas con el equipo de protección y/o herramientas de trabajo?				
10	¿Se han diseñado procedimientos encaminados a manejar y corregir dificultades con la segregación de los desechos bioinfecciosos en las áreas de servicios más críticas?				
11	¿La dirección evalúa de forma periódica el cumplimiento de la normativa aplicada a los desechos bioinfecciosos?				
12	¿La institución tiene política ambiental diseñada por la dirección?				
13	¿El hospital cumple con la política ambiental establecida por el Ministerio de Salud?				
14	¿El hospital es evaluado de forma periódica por el Ministerio de Salud?				

#### 4. Seguimiento a recomendaciones de auditoría de gestión ambiental

El equipo de auditoría verificará el informe más reciente de auditoría de gestión ambiental realizada al manejo y control de los desechos bioinfecciosos para inspeccionar si las deficiencias fueron subsanadas de manera oportuna, el responsable del equipo de auditoría elaborará un programa de seguimiento, que servirá de guía para verificar si todas las áreas examinadas han logrado subsanar las deficiencias.

Sin embargo, el auditor por medio de su criterio profesional podrá retomar puntos equivalentes a examinar según su juicio profesional para inspeccionar y verificar. Este apartado le permite al auditor conocer y analizar la situación que el nosocomio ha presentado anteriormente y así evaluar de igual manera como las correcciones oportunas han mejorado la gestión en el manejo de los desechos bioinfecciosos.

## 5. Determinación de la estrategia de auditoría

### ➤ **Estrategia de la auditoría**

En una auditoría de gestión ambiental debe contener el desarrollo de las siguientes variables: determinar los objetivos y alcance de la auditoría, riesgos de auditoría, materialidad específica, indicadores de gestión, establecimiento de las áreas a examinar y la selección de la muestra.

### ➤ **Determinación de los objetivos de la auditoría de gestión ambiental**

#### ✓ **Objetivo general**

El objetivo de una auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos es expresar una conclusión sobre el grado de cumplimiento que posee la institución en cuanto a la normativa técnica y legal que establece como deben ser manipulados y tratados estos residuos, haciendo uso de indicadores de eficiencia, eficacia y economía.

#### ✓ **Objetivos específicos**

Lo que se busca por medio de los objetivos específicos es que se elabore un objetivo por indicador de esta manera evaluar la gestión ambiental interna relacionada con el control de los DB.

- Verificar si los procesos que el hospital realiza en la compra de servicios para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los desechos bioinfecciosos ha sido de acuerdo a los principios y prácticas administrativas razonables y con las directrices señaladas.
- Determinar el grado de eficiencia alcanzado por el hospital, en la utilización del recurso humano y financiero asignado al manejo de los desechos bioinfecciosos.
- Examinar el proceso del manejo interno de los desechos bioinfecciosos, las medidas de rendimiento y control para recomendar a la dirección según lo recopilado en las áreas evaluadas.
- Verificar el grado de eficacia por los objetivos y metas establecidos por el hospital en relación al manejo y control de los desechos bioinfecciosos.

➤ **Alcance de la auditoría de gestión ambiental**

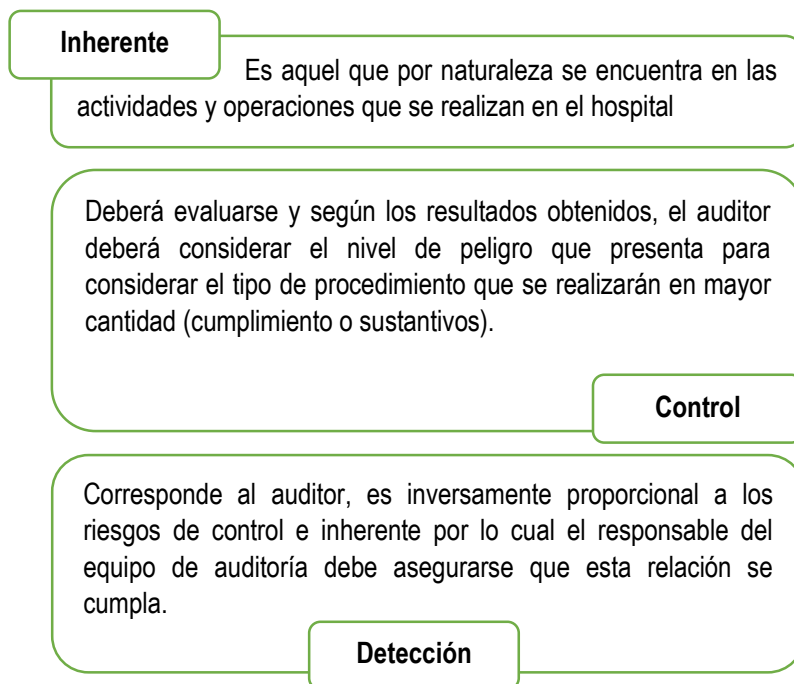
Se debe describir de forma clara y precisa que es lo que se busca examinar con la ejecución de la auditoría de gestión ambiental en las áreas que se considerarán como muestra posteriormente. A continuación un modelo de cómo debe ser la redacción del alcance de la auditoría de gestión ambiental.

Realizar auditoría de gestión ambiental en el Hospital Nacional (Nombre), en el periodo comprendido (Periodo de examen), examinando el cumplimiento de las normas técnicas y legales en relación al manejo de los desechos bioinfecciosos generados por el nosocomio.

➤ **Determinación del riesgo de auditoría**

En la auditoría de gestión ambiental, tiene como propósito identificar riesgos que puedan afectar los objetivos de la entidad. El auditor debe determinar y evaluar los peligros que el hospital presenta en las diferentes áreas, determinando los riesgos: inherente, de control y de detección.

**Figura No. 9 Determinar riesgos**



➤ **La matriz de riesgo debe exponer:**

El factor de riesgo, en el cual se nombra de manera precisa el área o servicio a evaluar.

La descripción del riesgo, es detallar de manera precisa la ausencia del cumplimiento a la norma.

Posibles consecuencias, por medio de este apartado se describe desde el más mínimo peligro al que se encuentra expuesto el personal que labora en el hospital.

Calificando, en este apartado el auditor por medio de su juicio profesional determinara un porcentaje a cada tipo de riesgo.

**Modelo sugerido No. 3 Matriz de riesgo de los desechos bioinfecciosos**

Factor de riesgo	Descripción del riesgo	Posibles consecuencias	Calificando	
			RC	RI
<b>Desechos bioinfecciosos</b>	*No contar con el equipo de protección.  *Que el personal realice la segregación inadecuada de los residuos.  *Los residuos no sean retiradas según el tiempo establecido.	*Mayor exposición del personal ante diferentes infecciones nosocomiales.  *Los desechos bioinfecciosos hayan sido depositados de manera incorrecta.  *Generación de contaminación hacia el personal y al medioambiente.	Alto	Moderado

A continuación se ejemplifican los pasos para establecer los riesgos en la auditoría de gestión ambiental, se debe considerar que este proceso se deberá realizar por cada área a examinar para obtener un análisis que facilite posterior la determinación del riesgo y confianza total de la auditoría.

### Ejemplo 1

Paso 1: Selección y observar la situación del área (el auditor deberá dar un pequeño recorrido por cada área que ha sido seleccionada dentro de la muestra para que por medio del criterio profesional asigne una nivel de riesgo) servicios de Cirugía (el área nombrada anterior servirá de modelo ya que el auditor deberá realizar este proceso con cada una de las áreas a examinar).

Paso 2: Asignarle el nivel de confianza 95% (en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental se establece que será entre el 90% y 95% el nivel de confianza y que al juicio del auditor determinara para la auditoría de gestión se ambiental).

Paso 3: Determinar el riesgo inherente y de control.

**Tabla 14 Modelo de riesgos**

		B= Nivel de riesgo de control		
		ALTO	MODERADO	BAJO
A= Nivel del riesgo inherente	ALTO	ALTO (1)	ALTO (2)	MODERADO (3)
	MODERADO	ALTO (4)	MODERADO (5)	BAJO (6)
	BAJO	MODERADO (7)	BAJO (8)	BAJO (9)

El auditor debe según el paso 1 asignar el nivel de riesgo a cada área a examinar, posteriormente obtener de manera global los niveles de riesgo para asignar un porcentaje según la tabla que se encuentra en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental a continuación se representa el contenido de dicha tabla.

RIESGO	ALTO	MODERADO	BAJO
<b>INHERENTE</b>	0.60	0.50	0.40
<b>CONTROL</b>	0.80	0.50	0.20

Riesgo inherente (RI) es moderado– 0.50

Riesgo de control (RC) es alto – 0.80

Paso 4: Determinar el riesgo de detección

Riesgo de detección (RD) es bajo – 0.13

Riesgo de Auditoría (RA) es 5% (según el paso 2 se ha determinado un 95% el nivel de confianza por la cual el riesgo de auditoría es el 5%)

$$RA = RI \times RC \times RD$$

$$RD = RA / (RI \times RC)$$

$$RD = 0.05 / (0.50 \times 0.80)$$

$$RD = 13\%$$

Paso 5: Asignar los pasos anteriores a todas las áreas incluidas en la muestra de la auditoría de gestión ambiental.

Como se estableció en el ejemplo anterior luego de colocar a cada área a examinar sus respectivos niveles de riesgo, se debe realizar la determinación global de los riesgos inherente, de control y detección. Por medio del nivel de peligro de control obtenido el auditor retoma el riesgo de detección obtenido y le permite analizar lo siguiente: considerar entre un 40% y un 60% la muestra de las áreas a examinar en la auditoría de gestión ambiental deberán incrementar la cantidad de pruebas de control, y realizar menos pruebas analíticas y sustantivas.

#### ➤ **Materialidad**

La materialidad es valorizada por el auditor, debido a que aplica su juicio profesional en la percepción de la información que será generada a través de la auditoría. El responsable junto a sus colaboradores se basarán en las experiencias de evaluaciones anteriores y considerarán la importancia relativa de cada área posible de selección en la muestra, esto según juicio profesional. Esta será efectuada cuando aplique y que el auditor considere lo necesario.



### ➤ **Identificación y formulación de indicadores**

La evaluación a través de indicadores permite verificar de forma cuantitativa si las actividades realizadas en cuanto al manejo de los desechos bioinfecciosos desde su generación hasta la disposición final es la adecuada.

En el caso que la institución no cuente con indicadores será el auditor quien deberá formularlos para el desarrollo de la evaluación, los cuales le serán de utilidad para examinar la gestión ambiental, por lo que debe utilizar la información que le proporciona la misma unidad considerando que la auditoría de gestión se debe realizar mediante la medición de tres principales indicadores los cuales son: eficiencia, eficacia y economía; sin embargo, se pueden agregar otros que de acuerdo a los aspectos a examinar que le sean de utilidad para la mejora de la gestión.

**Figura No. 10 Ciclo básico para el proceso de construcción de indicadores**

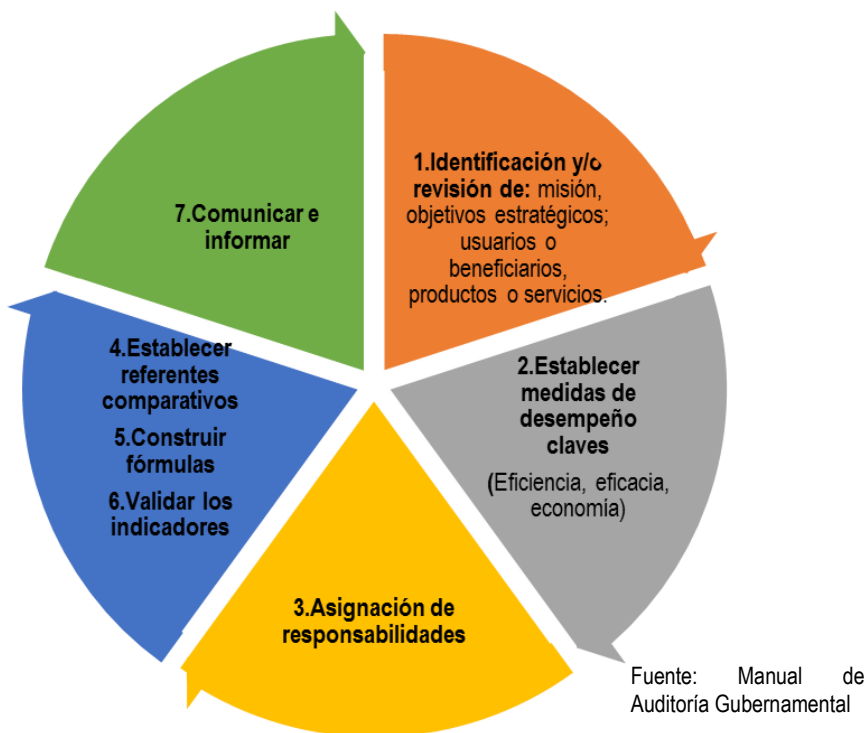


Figura No. 11 Características que deben presentar los indicadores de gestión



Fuente: Manual de Auditoría Gubernamental

**Tabla 15 Explicación del ciclo básico para el proceso de construcción de indicadores**

No.	Proceso	Concepto
1	Identificación y/o revisión de misión, objetivos estratégicos; usuarios o beneficiarios, productos o servicios	<p>Es el inicio para la buena construcción de los indicadores para lo cual se deben considerar las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar si es el principal servicio que el nosocomio brinda al público.</li> <li>▪ Considerar los servicios que presta la institución ya sean responsabilidad directa del hospital o si ha sido subcontratado.</li> <li>▪ Cuáles son los servicios con mayor demanda del público en general.</li> <li>▪ Los recursos que el nosocomio implementa para brindar sus servicios expresados en porcentaje del presupuesto asignado o el porcentaje de personal que interviene para la ejecución del servicio.</li> </ul>
2	Establecer medidas de desempeño claves	<p>El número de indicadores dependerá de las metas y objetivos establecidos por el hospital así como lo que pretende evaluar con ellos, por lo que para decidir debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cantidad de indicadores que permitan evaluar lo esencial de la gestión.</li> <li>▪ Que cubran procesos con los cuales se pueda determinar una conclusión más certera de los procesos que efectúa el nosocomio.</li> <li>▪ Que cubran dimensiones de desempeño de manera integrada: eficacia, eficiencia y economía.</li> <li>▪ Permiten conocer el desempeño de los procesos para brindar el seguimiento y mejoras oportunas.</li> </ul>
3	Asignación de responsabilidades	<p>Los indicadores se hacen según los niveles de la organización que se examinarán, por lo que al tener construidos los</p>

No.	Proceso	Concepto
		indicadores se debe identificar al personal que brindará la información necesaria para evaluar dichos indicadores.
4	Establecer referentes comparativos	Consiste en determinar referentes esto se hace a raíz de los objetivos y metas que han sido planeadas por las áreas a evaluar o bien utilizar datos históricos que puedan ser comparables y sirvan de parámetros para la obtención de mejores resultados.
5	Construir fórmulas	Se debe asegurar que el cálculo obtenga la información de las variables que se están midiendo para obtener el resultado para dicho indicador.
6	Validar los indicadores	Permite obtener transparencia y confianza en los indicadores convirtiéndose en una herramienta que servirá y brindará mejores resultados para la toma de decisiones oportunas.
7	Comunicar e informar	Los indicadores son utilizados para diversos propósitos según lo que se esté evaluando y hacia quien va dirigido, por lo que la comunicación debe enfocarse a los interesados del área que está siendo examinada.

✓ **Beneficios de los indicadores de gestión**

Detectan procesos con problemas en la gestión del hospital como el uso de los recursos asignados, deficiencia en la recolección de desechos, entre otros.

Brindan la posibilidad de efectuar mejoras a los procesos a partir de previo análisis a la información obtenida en donde se refleje lo que se ha realizado con lo que ha sido programado.

Establecen credibilidad respecto a los recursos que el gobierno ha brindado al nosocomio para el desarrollo de sus actividades.

### ✓ Indicadores de eficacia

Estos indicadores van en función del cumplimiento de las metas y objetivos planteados por la unidad auditada, y considera los aspectos siguientes:

- Cobertura: las actividades realizadas por el personal encargado de la recolección de desechos bioinfecciosos cubre con la demanda de las diferentes áreas generadoras de desechos.
- Focalización: el nivel de precisión con el que son realizados los procesos de recolección de desechos y si son depositados en el tiempo y frecuencia establecida, lo que permitirá efectuar ajustes de ser necesarios.
- Capacidad de cubrir la demanda: refiere al sistema que ejecuta el personal del hospital en cuanto al manejo y recolección de desechos bioinfecciosos si es capaz de cubrir la demanda de las diferentes áreas sin perjudicar el medio ambiente.
- Resultado final: permite la verificación de los resultados de la gestión a través de una comparación con parámetros previamente establecidos.

#### Ejemplo:

- **Generación de desechos:**

$$\frac{\text{Cantidad de Kg de desechos bioinfecciosos generados}}{\text{Cantidad de Kg de desechos bioinfecciosos programados}}$$

- **Frecuencia de recolección de los desechos:**

$$\frac{\text{Tiempo total ejecutado para la recolección de DB}}{\text{Tiempo total programado para la recolección de DB}}$$

### ✓ Indicadores de eficiencia

El auditor podrá evaluar la gestión verificando la optimización de los recursos que efectúa el responsable de los procesos, es decir examinar los costos en los que incurre el nosocomio para lograr las metas establecidas.

**Ejemplo:**

- **Insumos:**

$$\frac{\text{Costo promedio ejecutado en la adquisición de insumos}}{\text{Costo promedio programado para la adquisición de insumos}}$$

- **Adquisición de equipo para el personal que recolecta los desechos bioinfecciosos:**

$$\frac{\text{Costo ejecutado en adquisición de equipo para la recolección de DB}}{\text{Costo programado para la adquisición de equipo para la recolección de DB}}$$

✓ **Indicadores de economía**

Identifican la capacidad que poseen los responsables de los procedimientos en cuanto a la generación e implementación adecuada de los recursos financieros en beneficio del cumplimiento de los objetivos y metas planteados. El análisis de la economía consiste en verificar la optimización de los insumos que han sido adquiridos, los cuales deben obtenerse el tiempo oportuno, al mejor costo, en cantidades precisas y de buena calidad.

**Ejemplos:**

- **Gasto ejecutado para la disposición final de los desechos bioinfecciosos:**

$$\frac{\text{Gastos realizado para la disposición final del los DB}}{\text{Total de gastos programados para la disposición final de los DB}}$$

- **Para insumos:**

$$\frac{\text{Gastos realizados en la adquisición de insumos para la recolección de DB}}{\text{Total de gastos programados para la compra de insumos}}$$

➤ **Determinación de las áreas a examinar**

El auditor deberá considerar todas las áreas que conforman la institución para ser considerada en la selección de la muestra, sin embargo por juicio profesional hay unidades que por su función en relación al control y manejo de los desechos bioinfecciosos deberán ser incluidas como parte de la muestra.

El auditor deberá dejar establecido la calificación de los riesgos que presenta cada unidad de servicio de la institución considerando los recorridos iniciales estos le servirán al equipo de auditoría interna como base para asignar a cada área los niveles de riesgos de control, inherente y de detección que por medio del **ejemplo 1** se representa debido a ello se recomienda verificar. A continuación el auditor podrá estipular la valoración adecuada considerándolos como alto, moderado y bajo en cada área del nosocomio que se encuentre relacionada con el manejo y control de los desechos bioinfecciosos así posteriormente se podrá establecer los riesgos globales para la ejecución de la auditoría de gestión ambiental.

**Tabla 16 Áreas a examinar**

<b>Hospital nacional</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (Aplicable a los desechos bioinfecciosos)			<b>Fecha:</b>	
<b>Área a examinar:</b>			<b>Elaborado por:</b>	
<b>Periodo de auditoría:</b> Del 1 de enero al 31 de diciembre de 20XX.			<b>Revisado por:</b>	
			<b>Autorizado por:</b>	
	<b>Área a examinar</b>	<b>RI</b>	<b>RC</b>	<b>RD</b>
<b>División médica</b>				
<b>1</b>	Departamento medicina general	Bajo	Bajo	Alto
<b>2</b>	Consulta externa	Alto	Alto	Bajo
<b>3</b>	Unidad de emergencia	Bajo	Bajo	Alto
<b>4</b>	Medicina interna	Bajo	Bajo	Alto
<b>5</b>	Servicio de cirugía	Alto	Moderado	Bajo
<b>6</b>	Servicio de ginecología y obstetricia	Bajo	Bajo	Alto
<b>7</b>	Servicio de pediatría	Bajo	Bajo	Alto

<b>Hospital nacional</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (Aplicable a los desechos bioinfecciosos)			<b>Fecha:</b>	
<b>Área a examinar:</b>			<b>Elaborado por:</b>	
<b>Periodo de auditoría:</b> Del 1 de enero al 31 de diciembre de 20XX.			<b>Revisado por:</b>	
			<b>Autorizado por:</b>	
<b>Área a examinar</b>		<b>RI</b>	<b>RC</b>	<b>RD</b>
<b>8</b>	Servicio de salud mental	Alto	Moderado	Bajo
<b>9</b>	Unidad de atención integral	Alto	Alto	Bajo
<b>10</b>	Departamento de neumología	Alto	Alto	Bajo
<b>11</b>	Unidad de broncología	Alto	Moderado	Bajo
<b>12</b>	Unidad de fisiología pulmonar	Bajo	Bajo	Alto
<b>13</b>	Unidad de rehabilitación pulmonar	Bajo	Bajo	Alto
<b>14</b>	Servicio de cirugía de tórax	Alto	Moderado	Bajo
<b>15</b>	Servicios de hospitalización neumológica	Alto	Moderado	Bajo
<b>División de apoyo diagnóstico y terapéutico</b>				
<b>16</b>	Departamento radiología e imagenología	Alto	Moderado	Bajo
<b>17</b>	Departamento de laboratorio clínico	Bajo	Bajo	Alto
<b>18</b>	Departamento nutrición y dieta	Alto	Moderado	Bajo
<b>19</b>	Departamento trabajo social	Alto	Moderado	Bajo
<b>20</b>	Departamento patológico	Alto	Alto	Bajo
<b>21</b>	Departamento de farmacia	Alto	Alto	Bajo
<b>22</b>	Unidad de fisioterapia	Alto	Alto	Bajo
<b>23</b>	Unidad electrocardiograma	Alto	Alto	Bajo
<b>24</b>	Banco de sangre	Alto	Moderado	Bajo
<b>25</b>	Departamento de anatomía patológica	Alto	Moderado	Bajo
<b>26</b>	Ultrasonografía	Bajo	Bajo	Alto
<b>27</b>	Servicio de citología	Bajo	Bajo	Alto



<b>Hospital nacional</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (Aplicable a los desechos bioinfecciosos)			<b>Fecha:</b>	
<b>Área a examinar:</b>			<b>Elaborado por:</b>	
<b>Periodo de auditoría:</b> Del 1 de enero al 31 de diciembre de 20XX.			<b>Revisado por:</b>	
			<b>Autorizado por:</b>	
<b>Área a examinar</b>		<b>RI</b>	<b>RC</b>	<b>RD</b>
<b>28</b>	Unidad de electro diagnósticos	Alto	Moderado	Bajo
<b>29</b>	Procedimientos endoscópicos	Alto	Moderado	Bajo
<b>30</b>	Banco de leche humana	Alto	Alto	Bajo
<b>31</b>	Unidad de procedimientos electrofisiológicos	Alto	Alto	Bajo
<b>32</b>	Rayos X	Alto	Alto	Bajo
<b>33</b>	Colposcopia	Alto	Moderado	Bajo
<b>34</b>	Terapia respiratoria	Bajo	Bajo	Alto
<b>División administrativa</b>				
<b>35</b>	Departamento de mantenimiento	Bajo	Bajo	Alto
<b>36</b>	Departamento de servicios generales	Bajo	Bajo	Alto
<b>37</b>	Departamento de almacén y suministros	Bajo	Bajo	Alto
<b>Dirección</b>				
<b>38</b>	Epidemiología y ESDOMED	Alto	Alto	Bajo
<b>39</b>	Unidad de gestión ambiental	Alto	Alto	Bajo
<b>40</b>	Unidad de infecciones nosocomiales	Bajo	Moderado	Alto

➤ **Enfoque de la auditoría**

El enfoque de la auditoría de gestión ambiental tiene como importancia la verificación del cumplimiento de las normas técnicas y legales que regulan el manejo de los desechos bioinfecciosos que genera el

hospital, y así poder analizar los procesos que ejecuta el personal asignado por la Dirección para la manipulación y control de dichos residuos.

➤ **Muestreo**

Según la Norma de Auditoría Interna del Sector Gubernamental el muestreo es la aplicación de procedimientos de auditoría de gestión ambiental a menos del 100% de las áreas a examinar, de tal manera que cada área de la población tenga una oportunidad de selección y dar al auditor una base razonable para utilizar como fuente de las sugerencias que posteriormente le será entregada a la dirección del nosocomio.

El auditor deberá seleccionar cuál de los tipos de enfoque de muestreo que según la situación que presente el hospital es apropiado con la finalidad de obtener una muestra que le permita recopilar suficiente información y evidencia que le sirva de fundamento para proporcionar a la dirección diferentes recomendaciones relacionadas al manejo de los desechos bioinfecciosos.

Los tipos de enfoques de muestreo pueden ser estadísticos y no estadístico a continuación se detallan las técnicas que se sugieren para la aplicación en la auditoría de gestión ambiental:

- **Estadístico**
  - Sistemático
  - Aleatorio
  
- **No estadístico**
  - Selección a juicio del auditor

Se continuará ejemplificando haciendo uso del **modelo sugerido 4** en el cual se describe las posibles áreas a examinar del hospital como se observa previamente a juicio del auditor le es asignado la clasificación de cada tipo de riesgo como se hacía referencia en el ejemplo 1 así seleccionar entre el 30% y el 60% de la muestra ya que el RC fue alto dando como resultado un nivel bajo en el RD lo cual debe considerar el auditor para incrementar la muestra y la aplicación de pruebas de control.

**Figura No. 12 Fases para la determinación de la muestra**



**Nota:**

Al momento del cálculo de la muestra si existe un área que según el criterio del auditor es fundamental en la realización de la auditoría de gestión ambiental él tiene la autoridad de incluir aunque haya quedado fuera de la muestra, en el caso las unidades de infecciones nosocomiales y epidemiología y ESDOMED, no estaba dentro de la fracción de muestreo pero es de suma importancia para la evaluación de los controles del manejo de los desechos bioinfecciosos por lo cual se ha considerado parte de la muestra.

**Ejemplo 2**

Fase 1: El tipo de enfoque de muestreo para este ejemplo se ha elegido el estadístico por medio de la técnica Muestreo sistemático.

Fase 2: La presente técnica estadística tiene como inicio la identificación de cada área del hospital posible de selección, cada una debe estar en un listado debidamente enumerado y determinado los niveles de los riesgos como lo observamos en el cuadro No 1.

Fase 3: Posteriormente se determina un número denominado **fracción de muestreo** el cual es representado por la letra (**K**) para terminar.

Fase 4: Se calcula dividiendo el total de la población por la muestra necesaria, la cual por medio del juicio del auditor determinada según el número de áreas a examinar con las que cuenta el hospital.

<b>Muestreo sistemático</b>	
<b>Fórmula</b>	K= N/n
<b>Fracción de muestreo</b>	K= 2
<b>Áreas totales a examinar</b>	N=40
<b>Muestra a evaluar (Determinada según el juicio del auditor)</b>	n=20

#### Modelo sugerido No. 4 Selección de la muestra

<b>Hospital nacional</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (Aplicable a los desechos bioinfecciosos)		<b>Fecha:</b>		
<b>Área a examinar:</b>		<b>Elaborado por:</b>		
<b>Periodo de auditoría:</b> Del 1 de enero al 31 de diciembre de 20XX.		<b>Revisado por:</b>		
		<b>Autorizado por:</b>		
<b>Área a examinar</b>		<b>RI</b>	<b>RC</b>	<b>RD</b>
<b>División médica</b>				
<b>1</b>	Departamento medicina general	Bajo	Bajo	Alto
<b>3</b>	Unidad de emergencia	Bajo	Bajo	Alto
<b>5</b>	Servicio de cirugía	Alto	Moderado	Bajo
<b>7</b>	Servicio de pediatría	Bajo	Bajo	Alto
<b>9</b>	Unidad de atención integral	Alto	Alto	Bajo
<b>11</b>	Unidad de broncología	Alto	Moderado	Bajo
<b>13</b>	Unidad de rehabilitación pulmonar	Bajo	Bajo	Alto

<b>Hospital nacional</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>				
<b>Auditoría de gestión ambiental</b> (Aplicable a los desechos bioinfecciosos)			<b>Fecha:</b>	
<b>Área a examinar:</b>			<b>Elaborado por:</b>	
<b>Periodo de auditoría:</b> Del 1 de enero al 31 de diciembre de 20XX.			<b>Revisado por:</b>	
			<b>Autorizado por:</b>	
<b>Área a examinar</b>		<b>RI</b>	<b>RC</b>	<b>RD</b>
<b>15</b>	Servicios de hospitalización neumológica	Alto	Moderado	Bajo
<b>División de apoyo diagnóstico y terapéutico</b>				
<b>17</b>	Departamento de laboratorio clínico	Bajo	Bajo	Alto
<b>19</b>	Departamento trabajo social	Alto	Moderado	Bajo
<b>21</b>	Departamento de farmacia	Alto	Alto	Bajo
<b>23</b>	Unidad electrocardiograma	Alto	Alto	Bajo
<b>25</b>	Departamento de anatomía patológica	Alto	Moderado	Bajo
<b>27</b>	Servicio de citología	Bajo	Bajo	Alto
<b>29</b>	Procedimientos endoscópicos	Alto	Moderado	Bajo
<b>31</b>	Unidad de procedimientos electrofisiológicos	Alto	Alto	Bajo
<b>33</b>	Colposcopia	Alto	Moderado	Bajo
<b>División administrativa</b>				
<b>35</b>	Departamento de mantenimiento	Bajo	Bajo	Alto
<b>37</b>	Departamento de almacén y suministros	Bajo	Bajo	Alto
<b>Dirección</b>				
<b>38</b>	Epidemiología y ESDOMED	Alto	Alto	Bajo
<b>39</b>	Unidad de gestión ambiental	Alto	Alto	Bajo
<b>40</b>	Unidad de infecciones nosocomiales	Bajo	Moderado	Alto

## 6. Administración del trabajo

En este apartado el jefe de la unidad de auditoría interna, deberá asignar a cada colaborador sus responsabilidades y así complementar el siguiente formato sugerido

Auditoría de gestión ambiental "Hospital nacional"				
Unidad de auditoría interna: asignación del equipo de trabajo				
Fecha: _____ Hora: _____ Realizado por: _____				
<b>Organización del Equipo de Trabajo</b>				
<pre> graph TD     AJ[Auditor Jefe]     CI[Colaboradores de la unidad de auditoría Interna]     CT[Colaborador temporal]     AJ --- CI     AJ --- CT           </pre>				
Descripción de las funciones de cada miembro del Equipo de Trabajo				
Cargo	Apellidos	Nombres	Funciones	Recursos
Auditor Jefe (a)				
Colaborador (a)				
Colaborador (a)				

El responsable de la unidad de auditoría interna junto con los colaboradores del área, acordarán el tiempo para la ejecución de la auditoría de gestión ambiental y lo documentaran por medio de un formato como el que se muestra:

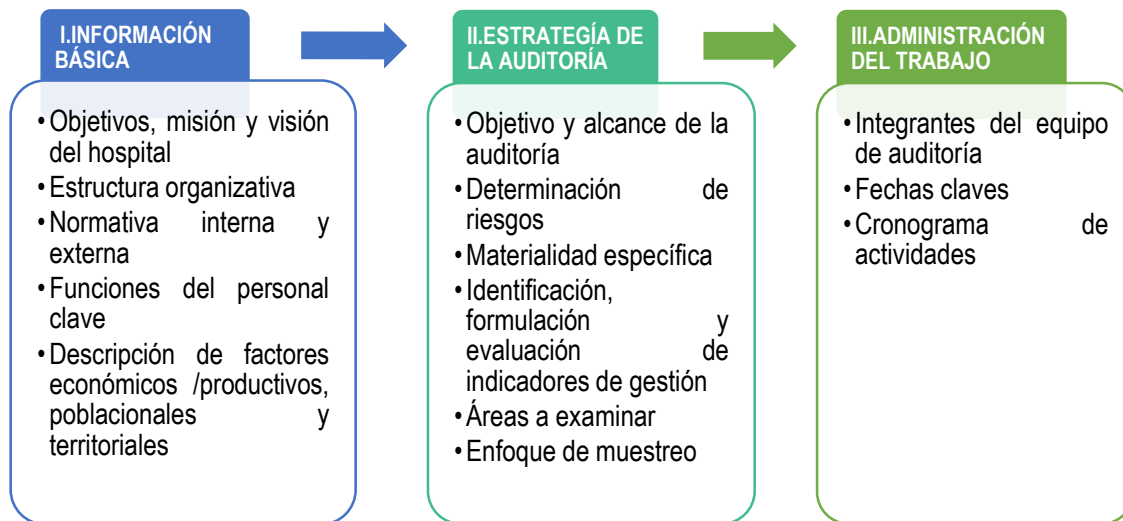
Auditoría de gestión ambiental "Hospital nacional"	
Unidad de auditoría interna: asignación fechas claves (visitas e informes)	
Fecha: _____ Hora: _____ Realizado por: _____	
<b>Detalle de las fechas claves que debe establecer el responsable de la unidad de auditoría interna</b>	
Avance	Fechas
<b>Primera visita</b> – recorrido inicial a todo el hospital.	Primera semana
<b>Segunda visita</b> –recorrido y entrevistas con los jefes de las áreas seleccionadas como muestra.	Segunda semana
<b>Tercera visita</b> – uso de técnicas de auditoría para adquirir información con personal clave de la institución.	Cuarta semana
<b>Borrador de informe</b> – convocatoria a lectura del Borrador con los jefes de las áreas examinadas y con el personal relacionado con las observaciones.	Octava semana
<b>Informe final de auditoría</b> – notificará el Informe a la Dirección y los hallazgos a los servidores relacionados. También remitirá una copia del Informe a la Corte de Cuentas de la República.	Entre la novena y décima semana

El equipo de trabajo establecerá las actividades bajo su criterio para este tipo de evaluación de igual manera elaborarán un cronograma el cual les será de guía para cada colaborador y en especial al auditor responsable para la verificación del tiempo y de las actividades realizadas por cada colaborador.

Auditoría de gestión ambiental "Hospital nacional"												
Unidad de auditoría interna: cronograma de actividades												
Fecha: _____			Hora: _____			Realizado por: _____						
Detalle del cronograma de actividades												
Meses	1er. Mes				2do. Mes				3er. Mes			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Planeación</b>												
Obtención de objetivos, misión y visión												
Estructura organizativa												
Normativa interna y externa												
Estudio y evaluación del control interno												
Funciones del personal clave												
Descripción de factores económicos /productivos, poblacionales y territoriales												
Evaluación de riesgos												
Estrategia de la auditoría												
Integrantes del equipo de auditoría												
Fechas Claves												
<b>Ejecución</b>												
Obtención de evidencia suficiente												
Áreas a examinar												
Desarrollo de los programas												
<b>Pre - Cierre</b>												
Realizar un informe borrador detallando los hallazgos para darle seguimiento.												
<b>Informes a emitir</b>												
Informe de auditoría de gestión ambiental												
Reporte de seguimiento.												

## 7. Elaboración del memorándum de planificación

Figura No. 13 Estructura del memorándum



I.

En la estructura del memorándum de planificación, el auditor cuenta con diversos recursos para obtener la información fundamental de la institución lo cual le permitirá reconfirmar aspectos de importancia que el hospital nacional tiene establecido por la administración u otra unidad.

II.

De igual manera que en los ejemplos anteriores se individualiza cada parte que integra la estrategia de auditoría, ejemplificando algunos aspectos que le permitirán al auditor conocer la situación que cada área posible a examinar refleja y así realizar un análisis previo al desarrollo de la auditoría.

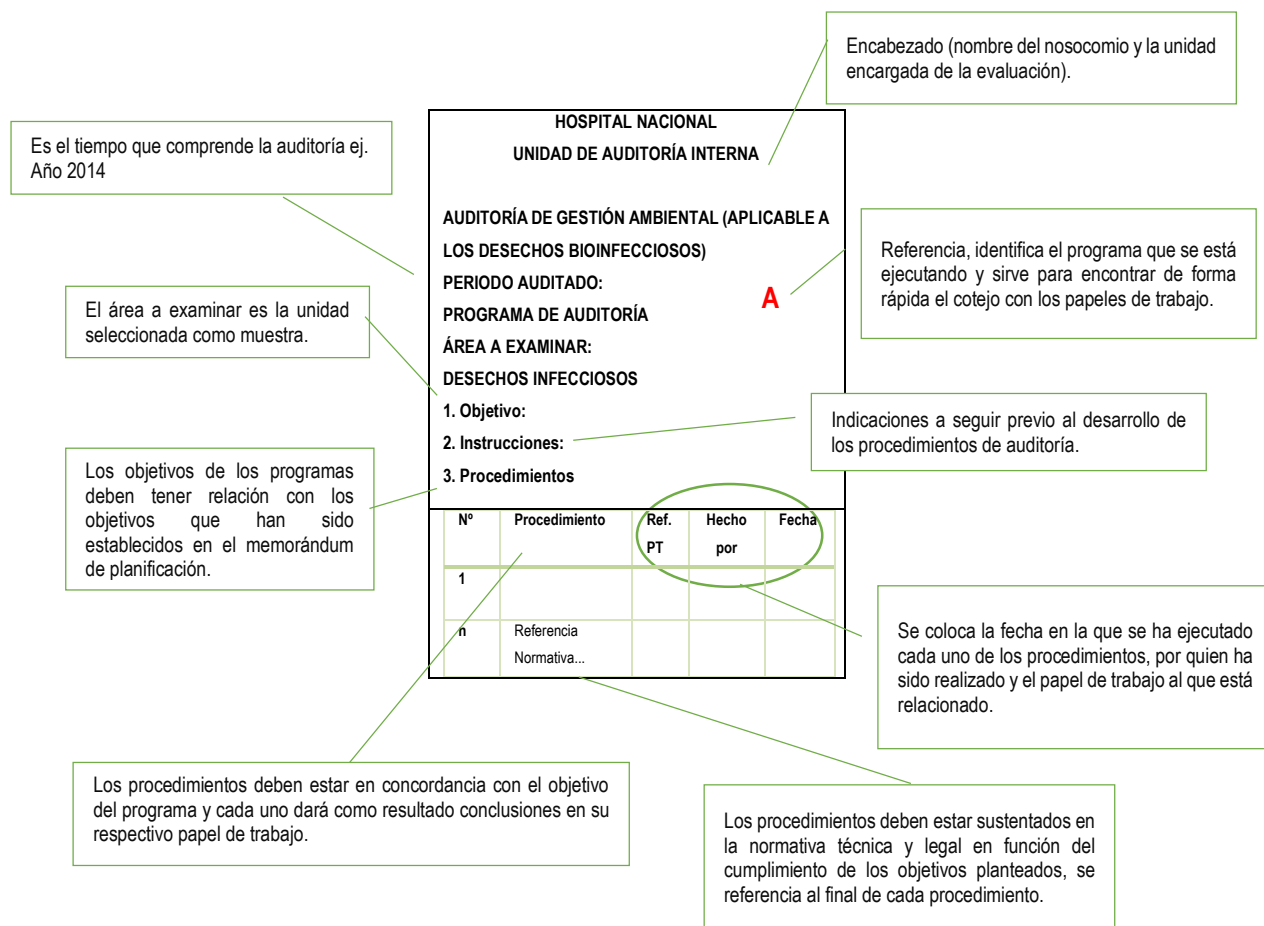
III.

El auditor responsable debe comunicarse sobre el equipo de auditoría para que cada colaborador pueda tener acceso a todas las áreas y a toda información que sea requerida, de igual manera el responsable considerara junto a su equipo las fechas claves y las actividades que desarrollaran en la auditoría de gestión ambiental.



## 8. Elaboración de programas de auditoría

El auditor será el encargado de elaborar los programas de auditoría, los cuales tienen como fin principal la obtención de evidencia suficiente, fiable y relevante que permita el logro de los objetivos del trabajo, por lo que se sugiere el siguiente formato:



A continuación se presentan programas sugeridos para la realización de auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos:

### PROGRAMAS

- A.** Infecciosos
- B.** Patológicos
- C.** Punzocortantes
- D.** Almacenamiento interno y disposición final de desechos bioinfecciosos
- E.** Bioseguridad

**HOSPITAL NACIONAL**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL** (aplicable a los desechos bioinfecciosos)

**A**

**PERIODO AUDITADO:**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**Elaborado por:**

**ÁREA A EXAMINAR: CIRUGÍA**

**Revisado por:**

**DESECHOS INFECCIOSOS**

**Autorizado por:**

**1. Objetivo:** obtener seguridad de los procesos que realizan en la manipulación de los desechos infecciosos con relación a la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07

**2. Instrucciones:** examinar la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07 previo a ejecución de procedimientos.

**3. Procedimientos**

Nº	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
1	Por medio de la técnica de la observación evalúe la segregación de los desechos comunes e infecciosos durante un servicio médico que genere residuos hospitalarios, elabore cédula narrativa que plasme la información obtenida. Referencias punto 5 de NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 1 de GTMSH/B.			
2	Verifique e inspeccione la manipulación por parte del personal generador (doctor/as, paramédico/as, enfermero/as) en los servicios médicos hospitalarios en relación a los desechos, documente por medio de cédula de detalle. Referencias punto 3.13 de NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 1 de GTMSH/B.			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
3	<p>Realice cédula de detalle en la que se examinen las características generales que deben presentar las bolsas que son utilizadas para el depósito de los desechos infecciosos Referencia punto 5.1.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 2 b) de GTMSH/B.</p> <p><b>Características generales</b></p> <p><b>Color :</b> Rojo</p> <p><b>Material.</b> Plástico impermeable, polietileno de baja densidad, espesor de 100 a 200 micras capacidad máxima de 8 a 10 kilogramos.</p> <p><b>Tamaño:</b> Ancho desde 16 plg. Hasta 27 plg., y</p> <p>Alto desde 31 plg. Hasta 53 plg.</p> <p><b>Uso:</b> Dos tercios de su capacidad.</p> <p><b>Colocación:</b> Debe cubrir completamente el borde del recipiente y hacer un dobléz hacia afuera mínimo unos 10cm.</p>			
4	<p>Inspeccione los envases que son utilizados para el depósito de desechos infecciosos con líquidos libres y elabore cédula de detalle en la que se examinen las características que deben cumplir e indague con el personal encargado de su manejo. Referencia punto 5.1.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 2 b) de GTMSH/B.</p> <p><b>Características</b></p> <p>Resistente, preferiblemente de polietileno o polipropileno.</p> <p>De cierre hermético.</p> <p>De diferentes tamaños, según volumen generado.</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<p>De superficie lisa, redondeada por dentro.</p> <p>Que el material le permita efectuar el tratamiento de los desechos efectivamente.</p> <p>Debidamente etiquetado con el símbolo de bioinfecciosos.</p>			
5	<p>Investigue si los envases que se encuentran en cada una de las áreas de generación, cumplen con los lineamientos establecidos sobre los depósito para los desechos y así comprobar las características (ubicación de envases, bolsas deben ser visibles y con su respectivo rotulo para ambos depósitos) establecidas según normativa, posteriormente efectúe cédula de detalle con la información recopilada. Referencia punto 7.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 2 b) de GTMSH/B.</p>			
6	<p>Realice cédula de detalle sobre la ubicación de acuerdo a la ruta crítica de envases para la acumulación de los desechos, el cual deberá ser establecido por área de servicios del nosocomio para identificar el espacio asignado y así verificar el cumplimiento de los siguientes lineamientos. Referencia punto 7.2 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 4 de GTMSH/B.</p> <p><b>Lineamientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Está en un lugar protegido.</li> <li>▪ Son utilizados contenedores/cajas de embalaje para la acumulación de envases y bolsas.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje deben contar con tapadera y permanecer cerrados.</li> </ul>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje de las áreas de acumulación son retirados como mínimo 2 veces al día.</li> <li>▪ En los quirófanos, la acumulación es centralizada en un lugar fuera del área estéril o limpia.</li> <li>▪ Prohibida la acumulación de desechos en las áreas destinadas a hospitalización de pacientes y en los pasillos.</li> </ul>			
7	<p>Indague según el tipo de contenedores que son utilizados para el embalaje de bolsas y envases de los desechos infecciosos según las especificaciones establecidas por la normativa técnica y recopile representaciones pictóricas que sirvan de argumento para que realice cédula narrativa. Referencia punto 5.5 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No.4 y 5 de GTMSH/B.</p> <p><b>Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser de color rojo</li> <li>▪ Tener el símbolo universal de desecho bioinfecciosos, el cual estará grabado en el material del contenedor. Tener dimensión que facilite su manejo.</li> <li>▪ Estar grabado un rotulo en el contenedor que identifique el nombre de su procedencia.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje deben ser de plástico u otro material similar, reutilizable y con tapadera, resistente y sin aberturas o rendijas.</li> <li>▪ De tener bordes internos inferiores redondeada.</li> <li>▪ El material de su elaboración debe permitir ser desinfectado por calor o químicos sin perder sus propiedades durante su vida útil.</li> </ul>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La desinfección de los contenedores se realizará después de cada jornada de uso.</li> <li>▪ Mantenerse cerrado con tapadera hermética, para su manipulación dentro y fuera del establecimiento generador.</li> </ul>			
8	<p>Solicite a la unidad de medio ambiente los reportes de la recolección que realiza el personal encargado de los desechos intrahospitalarios, y verifique el cumplimiento de los requisitos generales de la normativa, así amplíe con cédula de detalle y/o narrativa los datos proporcionados. Referencia punto 8.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 5 de GTMSH/B.</p> <p><b>Requisitos generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Horario y frecuencia.</li> <li>▪ Ruta crítica.</li> <li>▪ Medios de transporte.</li> <li>▪ Medidas de bioseguridad para el recolector.</li> </ul>			
9	<p>Observe e inspeccione la celda temporal donde se almacenan los desechos, además elabore cédula de detalle en la que se verifiquen el cumplimiento de las características establecidas en relación al aspecto físico que debe poseer la celda temporal. Referencia punto 9 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 6 de GTMSH/B.</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<p><b>Requisitos generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificado y señalado</li> <li>▪ Aislado</li> <li>▪ Con acceso restringido</li> <li>▪ Separado de cualquier área por una división que los delimite.</li> </ul>			
10	De las deficiencias detectadas en la evaluación realizada al manejo de los desechos, elabore los hallazgos respectivos.			
11	Elabore cédula de conclusiones e incorpore la razonabilidad de las deficiencias encontradas y el cumplimiento de leyes por procedimiento o por atributo examinado a nivel de área evaluada en el manejo de los desechos infecciosos.			

**HOSPITAL NACIONAL**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

**B**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL** (aplicable a los desechos bioinfecciosos)

**PERIODO AUDITADO:**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA:**

**Elaborado por:**

**ÁREA A EXAMINAR:**

**Revisado por:**

**DESECHOS PATOLÓGICOS**

**Autorizado por:**

**1. Objetivo:** obtener seguridad de los procesos que realizan en la manipulación de los desechos patológicos con relación a la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07

**2. Instrucciones:** examinar la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07 previo a la ejecución de procedimientos

**3. Procedimientos**

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
1	Elabore cédula de detalle y/o narrativa para evaluar la separación respectiva de los desechos comunes y de los peligrosos-patológicos. Referencia punto 4 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 1 de GTMSH/B.			
2	Solicite a las jefaturas los registros e informes concernientes a los desechos patológicos (placentas, partes humanas y cultivos microbiológicos) que han sido generados en los diferentes servicios hospitalarios, de esta manera especifique por medio de cédula de detalle la información examinada. Referencia 6 punto NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 3 de GTMDH/B.			
3	Evalúe las características generales que deben tener las bolsas que son utilizadas para el depósito de desechos patológicos, posteriormente Realice cédula de detalle. Referencia punto 5.1.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 2 b) de GTMSH/B			



N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<p><b>Características generales</b></p> <p><b>Color</b> Rojo</p> <p><b>Material</b> Plástico impermeable, polietileno de baja densidad, espesor de 100 a 200 micras capacidad máxima de 8 a 10 kilogramos.</p> <p><b>Tamaño</b> Ancho desde 16 plg. Hasta 27 plg., y</p> <p>Alto desde 31 plg. Hasta 53 plg.</p> <p><b>Uso</b> Dos tercios de su capacidad.</p> <p><b>Colocación</b> Debe cubrir completamente el borde del recipiente y hacer un dobléz hacia afuera mínimo unos 10cm.</p>			
4	<p>Inspeccione los envases utilizados para el depósito de desechos patológicos que contienen líquidos libres, consecutivamente realizar cédula de detalle y/o analítica en la que se examine las características que deben cumplir. Referencia punto 5.1.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 2 b) de GTMSH/B.</p> <p><b>Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resistente, preferiblemente de polietileno o polipropileno.</li> <li>▪ De diferentes tamaños, según volumen generado.</li> <li>▪ De superficie lisa, redondeada por dentro.</li> <li>▪ Que el material le permita efectuar el tratamiento de los desechos efectivamente.</li> </ul>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
5	<p>Evalúe si los envases colocados en las áreas de generación cumplen con los lineamientos establecidos para los depósitos de los desechos comunes y patológicos que se generan en cada unidad de servicio, compruebe las características (ubicación de envases, bolsas deben ser visibles y con su respectivo rotulo para ambos depósitos) establecidas según normativa. Complemente en cédula de detalle la información recopilada. Referencia 7.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 2 b) de GTMDH/B.</p>			
6	<p>Desarrolle cédula narrativa sobre la ubicación de acuerdo a la ruta crítica de los envases establecidos para la acumulación de los desechos patológicos, el cual deberá ser establecido por área de servicios del nosocomio para identificar el espacio asignado y así verificar el cumplimiento de los lineamientos siguientes. Referencia punto 7.2 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 4 de GTMSH/B.</p> <p><b>Lineamientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estar en lugares protegidos.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje cuentan con tapadera y permanecen cerrados.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje de las áreas de acumulación se retiran como mínimo 2 veces al día.</li> <li>▪ En los quirófanos, la acumulación es centralizada en un lugar fuera del área estéril o limpia.</li> <li>▪ No se acumulan desechos en las áreas destinadas a la hospitalización de pacientes, ni en los pasillos.</li> </ul>			
7	<p>Indague el tipo de contenedores que son utilizados para el embalaje de bolsas y envases de los desechos patológicos según las características establecidas por la normativa técnica y recopile</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<p>información que sirvan de argumento para realizar cédula narrativa. Referencia punto 5.5 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No.4 y 5 de GTMSH/B.</p> <p><b>Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser de color rojo</li> <li>▪ Tener el símbolo universal de desecho bioinfecciosos, el cual debe estar grabado en el material del contenedor.</li> <li>▪ Poseer la dimensión adecuada que facilite su manejo.</li> <li>▪ El contenedor posee un rotulo grabado que identifique el nombre de su procedencia.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje son de plástico u otro material similar, reutilizable y con tapadera. Son resistentes y sin aberturas o rendijas.</li> <li>▪ Posee bordes internos inferiores redondeados.</li> <li>▪ El material de su elaboración permite ser desinfectado por calor o químicos sin perder sus propiedades durante su vida útil.</li> <li>▪ La desinfección de los contenedores es realizada después de cada jornada de utilización.</li> <li>▪ Se mantienen cerrados con tapadera hermética, para su manipulación dentro y fuera del establecimiento generador.</li> </ul>			
8	<p>Verifique por medio de reportes elaborados por la unidad ambiental el cumplimiento de los requisitos generales de recolección y transporte interno de los desechos patológicos intrahospitalarios, posteriormente elabore una cédula de detalle. Referencia punto 8.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 5 de GTMSH/B.</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<p><b>Requisitos generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Horario y frecuencia.</li> <li>▪ Ruta crítica.</li> <li>▪ Medios de transporte.</li> <li>▪ Medidas de bioseguridad para el recolector.</li> </ul>			
9	<p>Examine por medio de la unidad ambiental :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí se recolectan los desechos patológicos como máximo 16 horas después de que fueron generados.</li> <li>▪ Sí el nosocomio brinda tratamiento químico a los residuos para que su tiempo de almacenamiento temporal se prolongue y poder ser recolectados como máximo 48 horas después de haber sido generados. Referencia punto 10.1 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 5 de GTMDSH/B.</li> </ul>			
10	<p>De las deficiencias detectadas en la evaluación realizada al manejo de los desechos patológicos, elabore los hallazgos respectivos.</p>			
11	<p>Elabore la cédula de conclusiones e incorpore la razonabilidad de las deficiencias encontradas y el cumplimiento de leyes por procedimiento o por atributo examinados a nivel de área evaluada en el manejo de los desechos patológicos.</p>			

**HOSPITAL NACIONAL**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL** (aplicable a los desechos bioinfecciosos)

**C**

**PERIODO AUDITADO:**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**Elaborado por:**

**ÁREA A EXAMINAR:**

**Revisado por:**

**DESECHOS PUNZOCORTANTE**

**Autorizado por:**

**1. Objetivo:** obtener seguridad de los procesos que realizan en la manipulación de los desechos punzocortantes con relación a la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07

**2. Instrucciones:** examinar la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07 previo a ejecución de procedimientos.

**3. Procedimientos**

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
1	Elabore cédula de detalle en la que se examine la segregación de los desechos comunes de los peligrosos-punzocortantes. Referencia punto 3.7 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 1 de GTMSH/B.			
2	Recopile información sobre la generación de los desechos peligrosos-punzocortantes y documentar por medio de cédula narrativa que describa la forma en la que el personal deposita este tipo de desecho en cada área examinada. Referencia punto 3.7 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 1 b) de GTMSH/B			
3	Observe para que posteriormente elabore cédula de detalle donde se verifiquen las características generales que deben tener los envases rígidos que son utilizados para el depósito de los desechos punzocortantes. Referencia punto 5.4.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 1 b) de GTMSH/B.			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
	<p><b>Características generales</b></p> <p>Hechos de material rígido, impermeable, resistente y descartable con tapadera hermética.</p> <p>Su material de elaboración debe ser plástico u otro material.</p> <p>Fácilmente identificable, rotular con la leyenda PUNZOCORTANTES BIOINFECCIOSOS.</p>			
4	<p>Examine la ubicación de acuerdo a la ruta crítica de los envases para la acumulación de los desechos punzocortantes el cual deberá ser establecido por área de servicios del nosocomio para identificar el espacio asignado y así verificar el cumplimiento de los lineamientos siguientes. Posteriormente elabore cédula de detalle y/o narrativa. Referencia punto 7.2 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso</p> <p><b>Lineamientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se encuentra en lugares protegidos.</li> <li>▪ Son utilizados contenedores/cajas de embalaje para la acumulación de envases y bolsas.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje poseen tapadera y permanecen cerrados.</li> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje de las áreas de acumulación son retirados como mínimo 2 veces al día.</li> <li>▪ En los quirófanos, la acumulación es centralizada en un lugar fuera del área estéril o limpia.</li> <li>▪ No deben acumularse desechos en las áreas destinadas a la hospitalización de pacientes, ni en los pasillos.</li> </ul>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
5	<p>Efectúe cédula narrativa en la cual se debe describir si cumple el tipo de contenedores utilizados por el nosocomio para el embalaje de envases según las especificaciones establecidas por la normativa técnica. Referencia punto 5.5 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 5 de GTMSH/B.</p> <p><b>Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser de color rojo</li> <li>▪ Tener el símbolo universal de desecho bioinfecciosos, el cual debe estar grabado en el material del contenedor.</li> <li>▪ Posee la dimensión adecuada que facilite su manejo.</li> <li>▪ El contenedor posee un rotulo grabado que identifique el nombre de su procedencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los contenedores/cajas de embalaje son de plástico u otro material similar, reutilizable y con tapadera. Son resistentes y sin aberturas o rendijas.</li> <li>▪ Posee bordes internos inferiores redondeados.</li> <li>▪ El material de su elaboración permite ser desinfectado por calor o químicos sin perder sus propiedades durante su vida útil.</li> <li>▪ La desinfección de los contenedores es realizada después de cada jornada de utilización.</li> <li>▪ Se mantienen cerrados con tapadera hermética, para su manipulación dentro y fuera del establecimiento generador.</li> </ul> </li> </ul>			
6	<p>Verifique en los reportes elaborados por la unidad ambiental el cumplimiento de los requisitos generales de recolección y transporte interno de los desechos punzocortantes intrahospitalarios. Referencia punto 8.1 NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 5 de GTMSH/B.</p>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
	<p><b>Requisitos generales</b></p> <p>Horario y frecuencia.</p> <p>Ruta crítica.</p> <p>Medios de transporte.</p> <p>Medidas de bioseguridad para el recolector.</p>			
7	<p>Compruebe por medio de la observación e inspección que los envases han sido cerrados al alcanzar el límite de capacidad máximo de dos terceras partes del depósito según lo establecido en la normativa, hacer uso de cédula narrativa para documentar la información recopilada.</p> <p>Referencia punto 5.4.2 de NSO 13.25.01:07 y Apartado IV fase I – Paso No. 5 y 6 de GTMSH/B.</p>			
8	<p>De las deficiencias detectadas en la evaluación realizada al manejo de los desechos punzocortante, elabore los hallazgos respectivos.</p>			
9	<p>Elabore la cédula de conclusiones e incorpore la razonabilidad de las deficiencias encontradas y el cumplimiento de leyes por procedimiento o por atributo examinados a nivel de área evaluada en el manejo de los desechos punzocortante.</p>			



**HOSPITAL NACIONAL**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL** (aplicable a los desechos bioinfecciosos) D

**PERIODO AUDITADO:**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**Elaborado por:**

**ÁREA A EXAMINAR:**

**Revisado por:**

**ALMACENAMIENTO INTERNO Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS** **Autorizado por:**

**1. Objetivo:** obtener seguridad de los procesos que realizan en el almacenamiento interno y disposición final de desechos bioinfecciosos con relación a la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07

**2. Instrucciones:** examinar la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07 previo a ejecución de procedimientos.

**3. Procedimientos**

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
1	<p>Inspeccione el proceso de recolección interna de los desechos bioinfecciosos que genera el nosocomio y elabore cédula de detalle.</p> <p>Verificando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envasado de los desechos en bolsas plásticas de color rojo.</li> <li>▪ El uso de caja plástica sanitaria retornable.</li> <li>▪ Etiquetado de bolsas en donde se identifique lugar de generación, tipología y peligrosidad del desecho.</li> </ul> <p>Referencia puntos 8.1, 8.2.1.1 y 8.2.1.2 de NSO 13.25.01:07</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
2	<p>Verifique el transporte interno de los desechos bioinfecciosos que realiza el nosocomio y elabore cédula de detalle que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recolección a través de carretillas: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Garantía de manejo y estabilidad, con ruedas de hule</li> <li>b) Diseñada sobre la base de las dimensiones del contenedor/caja de embalaje</li> <li>c) Con sistemas incorporados para sujetar los contenedores/cajas de embalaje</li> <li>d) No se excede de capacidad máxima y es de uso exclusivo para la actividad de recolección</li> </ul> </li>   <li>▪ En caso que no existe área de encamados la recolección manual se realiza con el uso de contenedores/cajas de embalaje.</li>   <li>▪ La existencia de zona de acumulación de desechos</li>   <li>▪ Ruta critica <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Señalización</li> <li>b) Trayecto directo al almacén temporal</li> <li>c) Que no interfiera con otras actividades del nosocomio</li> <li>d) Solicitar mapa a nivel de institución de la ruta crítica.</li> </ul> </li> </ul> <p>Referencia puntos 8.1 y 8.2.1.1 de NSO 13.25.01:07</p>			
3	<p>Coteje la hora y frecuencia en los cuales son retirados los desechos bioinfecciosos de las áreas generadoras, por medio de cédula narrativa, documente la información obtenida según el tipo de desecho:</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecciosos: deben ser retirados como mínimo una vez al día hacia el almacenamiento central temporal</li> <li>▪ Patológicos: debe ser retirados al momento de ser generados</li> <li>▪ Punzocortantes: deben ser cerrados los envases cuando se llegue a su límite establecido (dos terceras partes) y posteriormente ser retirados por el personal encargado.</li> </ul> <p>Referencia punto 8.1.1 de NSO 13.25.01:07</p>			
4	<p>Examine el almacenamiento central temporal que se le brinda a los desechos bioinfecciosos y verifique el cumplimiento de los requisitos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Señalización con el símbolo de desechos peligrosos</li> <li>b. Aislado</li> <li>c. Con acceso restringido y techado</li> <li>d. Separado de cualquier área por una división que los delimite</li> <li>e. De uso exclusivo para los desechos bioinfecciosos</li> <li>f. Pisos y paredes repellados y pulidos, pintados con pintura de aceite con colores claros</li> <li>g. Sistema de desagüe con su caja de registro y conectado a la red de alcantarillado previo tratamiento de desinfección</li> <li>h. Con acceso a agua, ventilado e iluminado</li> </ol> <p>Referencia punto 9 de NSO 13.25.01:07</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
5	<p>A través de la técnica de la observación evalúe la recolección de los contenedores del sitio de almacenamiento temporal verifique que los desechos sean retirados dando cumplimiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desechos infecciosos y punzocortantes:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Si la generación es hasta 1kg por día, la recolección no debe ser mayor de 5 días calendario</li> <li>b) Si la generación es mayor a 1kg por día, la recolección no debe ser mayor de 48 horas.</li> </ol> </li> <li>▪ Desechos patológicos:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Deben ser recolectados como máximo 16 horas después de haber sido generados</li> <li>b) En caso de haber recibido tratamiento químico para eliminar riesgo deben ser recolectados como máximo 48 horas después de haber sido generados</li> </ol> </li> </ul> <p>Referencia punto 10.1 de NSO 13.25.01:07</p>			
6	<p>Solicite el permiso ambiental que emite el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales sobre el medio de transporte contratado para el traslado de los desechos bioinfecciosos hacia su disposición final e indague sí el vehículo cuenta con las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificado con el símbolo universal y con la frase “Desechos Bioinfecciosos” el cual deberá estar ubicado en las partes laterales del vehículo</li> <li>▪ Esté conformado por furgón cerrado e independiente de la cabina</li> <li>▪ El vagón cuente con sistema de refrigeración</li> </ul>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El área interna del camión posee sistema para sujetar los contenedores</li> <li>▪ Las puertas se encuentren en la parte trasera y se abran hacia afuera</li> <li>▪ El vehículo está identificado con el nombre de la empresa que transporta los desechos, número telefónico y número asignado a la unidad</li> </ul> <p>Referencia punto 10.2 de NSO 13.25.01:07</p>			
7	<p>Verifique si el hospital cuenta en sus instalaciones con un sistema de tratamiento de desechos bioinfecciosos, cumpliendo los siguientes lineamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que las instalaciones donde se encuentra ubicado el sistema de tratamiento sea seguro, con accesos restringido y sanitario</li> <li>▪ Se encuentre a una distancia de 10 metros radiales de tal forma que no represente riesgo a la salud de las personas.</li> <li>▪ El acceso al sector donde se realiza el tratamiento es restringido e identificado.</li> <li>▪ Cuenta con plan de contingencia según lineamientos del cuerpo de bomberos.</li> <li>▪ Los desechos patológicos obtenidos listos para la disposición final son llevados a cementerios.</li> </ul> <p>Referencia puntos 11.1 y 11.2.1 de NSO 13.25.01:07</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
8	<p>Si el hospital no cuenta en sus instalaciones con un sistema de tratamiento de desechos bioinfecciosos indague:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que las instalaciones donde se encuentra ubicado el sistema de tratamiento sea seguro, con accesos restringido y sanitario</li> <li>▪ Se encuentra a una distancia de 100 metros radiales de la población circundante, medidos a partir del área perimetral de donde está ubicado el sistema.</li> </ul> <p>Referencia punto 12.1 de NSO 13.25.01:07</p>			
9	<p>Si el hospital generador por su ubicación geográfica no posee sistema de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los desechos bioinfecciosos, verifique la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Celda de seguridad para desechos bioinfecciosos</li> <li>b) Sitio de disposición controlados impermeabilizados para punzocortantes</li> </ul> <p>Solicite croquis de la ubicación de los puntos antes detallados y realice cédula narrativa.</p> <p>Referencia punto 12.1 de NSO 13.25.01:07</p>			
10	<p>En relación al literal a) del procedimiento 9, verifique los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es impermeabilizada, garantiza y evita la conexión y posterior contaminación con las aguas subterráneas</li> </ul> <p>Acceso restringido</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispone de sistema de evacuación de gases</li> <li>▪ La celda posee sistema de monitoreo donde se verifique el proceso de degradación y posterior producción de olores</li> <li>▪ La descarga de los desechos se efectúa de forma mecanizada</li> <li>▪ Cuenta con plan de control de insectos y vectores</li> <li>▪ Existe registro diario de la cantidad y procedencia de los desechos bioinfecciosos</li> <li>▪ Cuenta con plan de contingencia</li> </ul> <p>Documento sobre el punto examinado por medio de cédula de detalle y/o narrativa. Referencia punto 12.2.1 de NSO 13.25.01:07</p>			
11	<p>Con la técnica de la observación y en relación al literal b) del procedimiento 9, compruebe las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fosa impermeabilizada con paredes y de ladrillo, mampostería o anillos de concreto</li> <li>▪ Tapa elaborada con losa de concreto y con orificio para colocar tubo de acero galvanizado o PVC que sobrepase alrededor de 1.5m de parte superior de la losa, el tubo debe poseer diámetro interno de 6 a 8 pulgadas que permita verter las aguas directamente desde el contenedor especial para este tipo de desechos</li> <li>▪ Las agujas y hojas de bisturí son depositados en la fosa sin la jeringa o los tubos de venoclisis.</li> <li>▪ La fosa es sellada cuando está llena con una capa de cemento y preparan una nueva con iguales características.</li> </ul> <p>Documento sobre el punto examinado por medio de cédula de detalle y/o narrativa. Referencia puntos 12.2.2 y 12.2.3.1 de NSO 13.25.01:07</p>			

N°	Procedimiento	Ref. P/T	Hecho por	Fecha
12	De las deficiencias detectadas en la evaluación realizada al almacenamiento interno y disposición final de desechos bioinfecciosos, elabore los hallazgos respectivos.			
13	Elabore la cédula de conclusiones e incorpore la razonabilidad de las deficiencias encontradas y el cumplimiento de leyes por procedimiento o por atributo examinados en el almacenamiento interno y disposición final de desechos bioinfecciosos.			



**HOSPITAL NACIONAL**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL** (aplicable a los desechos bioinfecciosos)

E

**PERIODO AUDITADO:**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**Elaborado por:**

**ÁREA A EXAMINAR:**

**Revisado por:**

**BIOSEGURIDAD**

**Autorizado por:**

**1. Objetivo:** obtener seguridad de los procesos que realizan el personal del nosocomio en relación al manejo de desechos bioinfecciosos teniendo de base la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07

**2. Instrucciones:** examinar la norma salvadoreña obligatoria 13.25.01:07 y lineamientos técnicos de bioseguridad previo a ejecución de procedimientos.

**3. Procedimientos**

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
1	Indague con el personal de servicios generales si existen manuales de buenas prácticas que sirvan de base para el manejo de desechos bioinfecciosos en el nosocomio, por medio de cédula narrativa documentar las contestaciones obtenidas.			
2	<p>Realice lista de chequeo del equipo de protección que se encuentra en almacén para la disposición del personal del nosocomio en la jornada laboral y verifique que tengan en existencias al menos lo siguiente:</p> <p><b>Equipo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guantes</li> <li>▪ Gabacha</li> </ul>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gorro</li> <li>▪ Mascarilla simple</li> <li>▪ Zapateras</li> <li>▪ Mascarilla especial con filtro</li> <li>▪ Traje especial</li> <li>▪ Lentes</li> </ul>			
3	<p>Inspeccione con personal de diversas categorías del nosocomio, si la institución les proporciona oportunamente materiales y equipo necesario para el desempeño de sus servicios. Realice cédula narrativa basada en documentos que sustenten la información obtenida.</p>			
4	<p>Solicite informes a los jefes de las diversas áreas del hospital, sobre la capacitación preventiva impartidas sobre el manejo de los desechos bioinfecciosos al personal de la institución, redacte por medio de cédula de detalle o narrativa la información recopilada.</p>			
5	<p>Examine el uso constante de barreras físicas por parte del personal del hospital (doctor/as, paramédico/as y enfermero/as), posteriormente documente por medio de cédula de detalle y/o narrativa.</p> <p><b>Barreras de protección físicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guantes.</li> <li>▪ Mascarillas simples.</li> <li>▪ Lentes.</li> </ul>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gabachas.</li> <li>▪ Gorro.</li> <li>▪ Zapateras.</li> </ul>			
6	<p>Desarrolle comprobación de la utilización de barreras químicas antes y después de realizar procedimientos hospitalarios por parte del personal (doctor/as, paramédico/as y enfermero/as).</p> <p><b>Barreras de protección de químicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lavado de manos.</li> <li>▪ Desinfección.</li> <li>▪ Esterilización.</li> </ul>			
7	<p>Indague con el personal de servicios generales el tipo de materiales de limpieza que le ha sido proporcionado por la administración para el desarrollo de sus actividades de saneamiento y consultar la frecuencia con la que realiza limpieza en las instalaciones del hospital, haga uso de cédula narrativa.</p>			
8	<p>Verifique la existencia de equipo de emergencia para responder a accidentes laborales en las diferentes áreas que integran el nosocomio, posteriormente concluir sobre los aspectos observados.</p> <p><b>Entre ellos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponer de duchas.</li> <li>▪ Poseer lava ojos.</li> <li>▪ Contar con botiquín de emergencias que contenga insumos según el riesgo. Establecidas en: Lineamientos técnicos sobre bioseguridad</li> </ul>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
9	<p>Solicite expediente de vacunación preventiva del personal encargado de la recolección de desechos bioinfecciosos que son generados en el nosocomio y verificar que al menos cuenten con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacuna de hepatitis B.</li> <li>▪ Toxoide tetánico.</li> <li>▪ Influenza estacional.</li> </ul> <p>Documentar sobre el tema haciendo uso de cédula narrativa.</p>			
10	<p>Observe al personal que desarrolla sus actividades en las zonas restringidas y compruebe si la vestimenta especial utilizada cumple con la siguiente característica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizar telas de manta o algodón, evitando el uso de vestimenta de material sintético, con accesorios o adornos.</li> </ul> <p>Establecida en: Lineamientos técnicos sobre bioseguridad</p>			
<b>Bioseguridad en la recolección de desechos bioinfecciosos</b>				
11	<p>Realice lista de chequeo del equipo de protección que es utilizado por el personal encargado de la recolección de los desechos bioinfecciosos del hospital. Cuando la recolección sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Por carretillas</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Guantes anticorte.</li> <li>b) Mascarillas.</li> </ol> </li> </ul>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
	<p>c) Lentes</p> <p>d) Delantal de material impermeable.</p> <p>e) Gorro.</p> <p>f) Botas de hule</p> <p>▪ <b>De forma manual</b></p> <p>a) Guantes anticorte.</p> <p>b) Mascarillas.</p> <p>c) Delantal de material impermeable.</p> <p>d) Zapatos cerrados</p> <p>Represente por medio de cédula de detalle el equipo de bioseguridad utilizado.</p>			
12	<p>Con el uso de cédula de detalle coteje las siguientes medidas de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las bolsas y envases son transportadas en cajas de embalaje</li> <li>▪ No exceder la capacidad máxima de carga del contenedor de embalaje, cuando se efectúe la recolección interna</li> <li>▪ No arrastrar por el suelo los contenedores, envases y bolsas</li> <li>▪ Las bolsas deben manejarse sujetándolas por la parte superior arriba y mantenerlas alejadas lo más posible del cuerpo</li> <li>▪ No transferir desechos bioinfecciosos de un contenedor, envase o bolsa a otros</li> <li>▪ Las bolsas no pueden ser comprimidas ni perforadas</li> <li>▪ Al cerrar el contenedor la tapa no puede ser forzada</li> </ul>			

No.	Procedimiento	Ref. PT	Hecho por	Fecha
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que el personal de recolección cuente con el esquema de vacunación</li> <li>▪ Después de la jornada diaria de trabajo, haberse lavado y desinfectado, los medios de transporte y el equipo de trabajo para lo cual se debe utilizar agua a presión y jabón, seguidamente hacer uso de desinfectante químico</li> <li>▪ Proporcionar periódicamente un mantenimiento preventivo y correctivo a las carretillas</li> <li>▪ El personal que manipula y transporta los desechos bioinfecciosos cumpla con higiene personal</li> </ul> <p>Finalmente documente el punto evaluado.</p>			
13	De las deficiencias detectadas en las técnicas de bioseguridad que realizan en el personal del nosocomio en relación al manejo de desechos bioinfecciosos, elabore los hallazgos respectivos.			
14	Elabore la cédula de conclusiones e incorpore la razonabilidad de las deficiencias encontradas y el cumplimiento de leyes en las técnicas de bioseguridad que realizan en el personal del nosocomio en relación al manejo de desechos bioinfecciosos.			

## B. SEGUNDA FASE: EJECUCIÓN

### 9. Documentos de auditoría

La fase de ejecución consiste en el desarrollo de los procedimientos que previamente se han determinado en la planificación como un medio para la obtención de evidencia suficiente, competente y relevante que servirán de fundamento en las conclusiones y hallazgos que determine el auditor.

#### ➤ Documentos de auditoría ¿qué son?

Los documentos de auditoría no son más que los papeles de trabajo es decir cédulas y documentos que elabora el auditor para la obtención de información la cual es recopilada en las diferentes fases del proceso de auditoría siendo un soporte para la conclusión del trabajo realizado y que además deben ser comprensibles por terceras personas con la finalidad de facilitar revisiones al trabajo ejecutado. Existen diferentes tipos de documentos de auditoría, entre ellos se encuentran:

- Programas de auditoría

<b>HOSPITAL NACIONAL UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA</b>				
AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL				<b>A</b>
PERIODO AUDITADO:				
PROGRAMA DE AUDITORÍA				
ÁREA A EXAMINAR:				Elaborado por:
DESECHOS INFECCIOSOS				Revisado por:
1. Objetivo:				Autorizado por:
2. Instrucciones:				
3. Procedimientos				
Nº	Procedimiento	Ref PT	Hecho por	Fecha
1				
n				
Conclusiones:				
Marcas utilizadas:				Ref. PT

- Cédulas de detalle

Hospital nacional Unidad de auditoría interna						
Auditoría de Gestión Ambiental (aplicable a los desechos bioinfecciosos)				Fecha:		
				Elaborado por:		
Área a examinar:				Revisado por:		
				Autorizado por:		
Periodo de auditoría:						
Cédula de detalle						
No.	Tipo de Desecho Bioinfecciosos	a	b	c	Observaciones	
Atributos:						
a)						
b)						
c)						
						Ref. PT
Conclusiones:						
Marcas utilizadas:						

- Cédulas analíticas

Hospital nacional Unidad de auditoría interna						
Auditoría de Gestión Ambiental (aplicable a los desechos bioinfecciosos)				Fecha:		
				Elaborado por:		
Área a examinar:				Revisado por:		
				Autorizado por:		
Periodo de auditoría:						
Cédula analítica						
No.	Meses	Hospital	Tipo de Desecho Bioinfecciosos	Cantidad de desecho generado (kg)	Costo por disposición final (Tn)	Comentarios
						Ref. PT
Conclusiones:						
Marcas utilizadas:						



- Cédulas narrativas

Hospital nacional Unidad de auditoría interna	
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)	Fecha:
	Elaborado por:
	Revisado por:
	Autorizado por:
Área a examinar:	
Periodo de auditoría:	
<b>Narrativa</b>	
Conclusiones:	Ref. PT
Marcas utilizadas:	

- Cédulas de hallazgos


Hospital nacional Unidad de auditoría interna	
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)	
<b>Cédula de Hallazgo</b>	Fecha:
	Elaborado por:
	Revisado por:
	Autorizado por:
<b>Hallazgo de Auditoría</b>	
Título:	<input type="text"/>
Condición:	<input type="text"/>
Criterio:	<input type="text"/>
Causa:	<input type="text"/>
Efecto:	<input type="text"/>
Conclusiones:	<input type="text"/>
Recomendaciones:	<input type="text"/>

▪ Cuestionarios

Hospital nacional Unidad de auditoria interna					
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)				Fecha:	
				Elaborado por:	
				Revisado por:	
				Autorizado por:	
<b>Área a examinar:</b>					
<b>Periodo de auditoría:</b>					
Control Interno					
No.	Pregunta	Sí	No	N/A	Comentario
<b>Conclusiones:</b>					<b>Ref. PT</b>
<b>Marcas utilizadas:</b>					

▪ Cartas de confirmación de terceros

**Confirmación Externa**

 San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_


PARA:

ASUNTO:

Descripción:

Para los usos que el interesado estime conveniente se extiende la presente los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Atentamente:

F. \_\_\_\_\_ 

➤ **Marcas**

Para la documentación del trabajo que se hace en las diferentes cédulas se hace uso de símbolos o marcas de chequeo con la finalidad de ahorro de espacio y tiempo, dado que hacen referencia a datos que ya han sido examinados. Cada símbolo utilizado debe de poseer su significado el cual será descrito al pie de la cédula o en todo caso en la cédula de marcas.

### Modelo sugerido No. 5 Cédula de marcas

Símbolo	Concepto
✓	Revisado
@	Cumple con atributo
≠	No cumple con atributo
⊗	Verificado físicamente
□	Medio grabado
©	Datos obtenidos de reportes de control
®	Monto según respaldo físico
±	Calculo aritmético verificado
&	Según reportes archivados de las áreas de servicio
N/A	Procedimiento no aplicable
P/H	Papel de trabajo proporcionado por el hospital
A-Z	Nota explicativa
>>	Solicitud de confirmación enviada
<<	Solicitud de confirmación recibida
H1-n	Hallazgo de Control

#### ➤ Referencias

Todos los documentos de auditoría deben ser ordenados por lo que se utiliza la referenciación la cual tiene como finalidad facilitar el cruce de información de datos de un papel de trabajo a otro, de tal forma que puedan ser encontrados de manera rápida por cualquier persona que se dé a la tarea de revisar los papeles de trabajo.

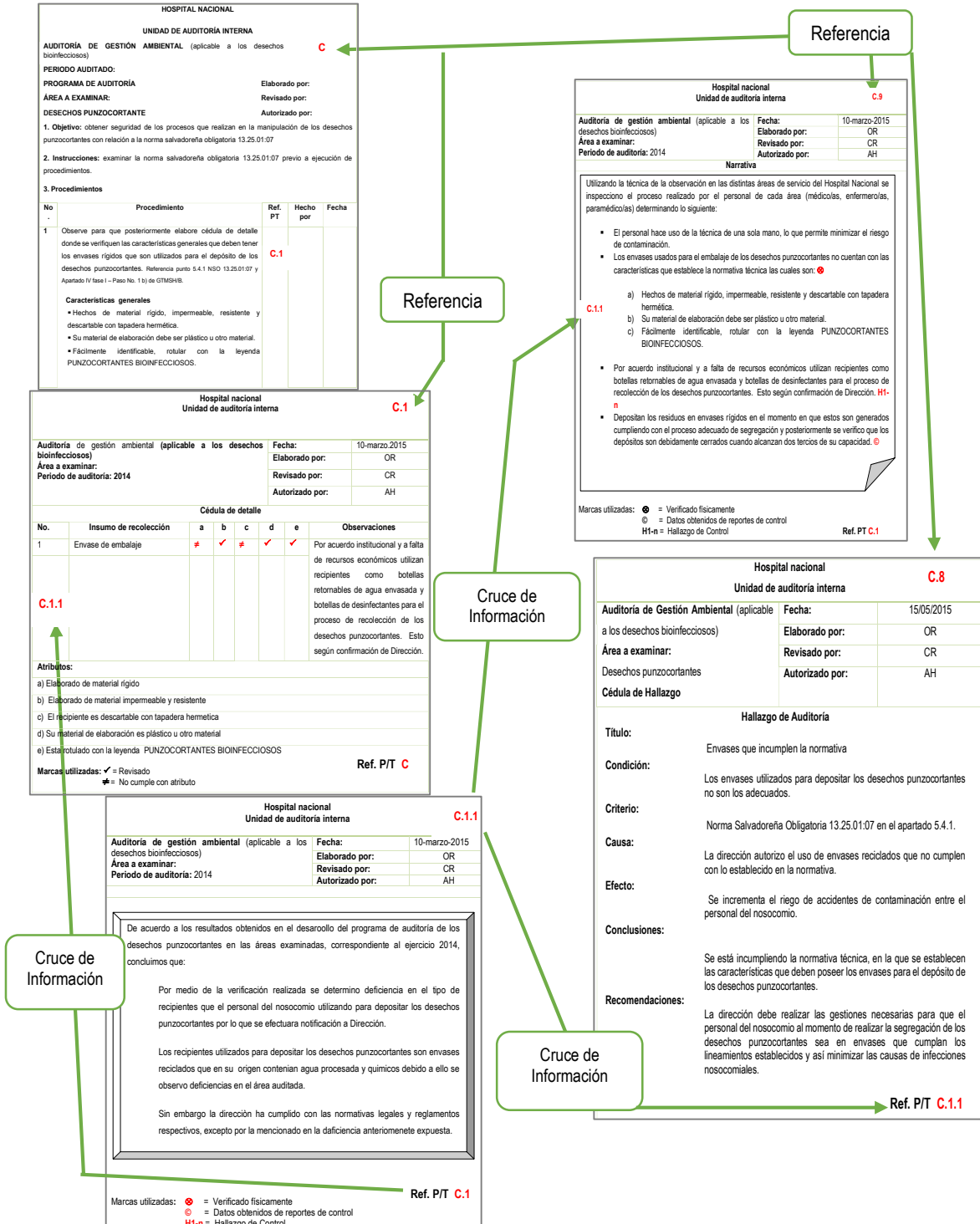
#### ✓ Métodos de referenciación

Existen diferentes métodos de referenciación:

- Referenciación alfabética: el auditor adopta el sistema de letras para identificar los papeles de trabajo, éstas pueden ser desde la letra "A" a la letra "Z".
- Referenciación numérica: es la que el auditor utiliza para identificar los papeles de trabajo, normalmente estos son números arábigos y en algunos casos número romanos.

- Referenciación alfanumérica: resulta de la utilización combinada de letras y números al mismo tiempo. Ver figura No. 14

Figura No. 14 Ejemplo de referenciación alfanumérica

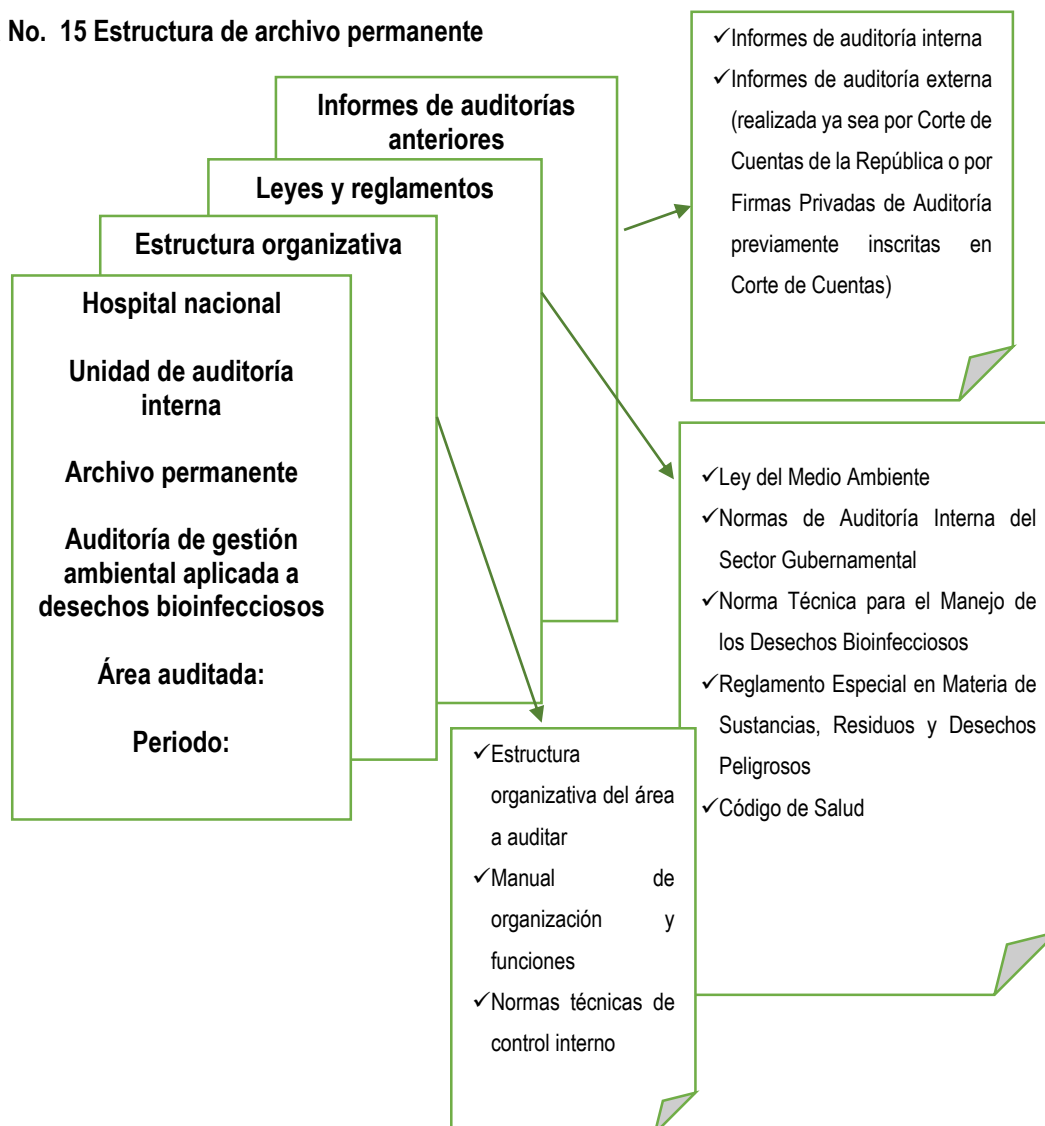


## ➤ Archivos

Dentro del desarrollo de la auditoría de gestión ambiental el responsable de la unidad de auditoría interna deberá clasificar los documentos para integrar al archivo permanente o el corriente.

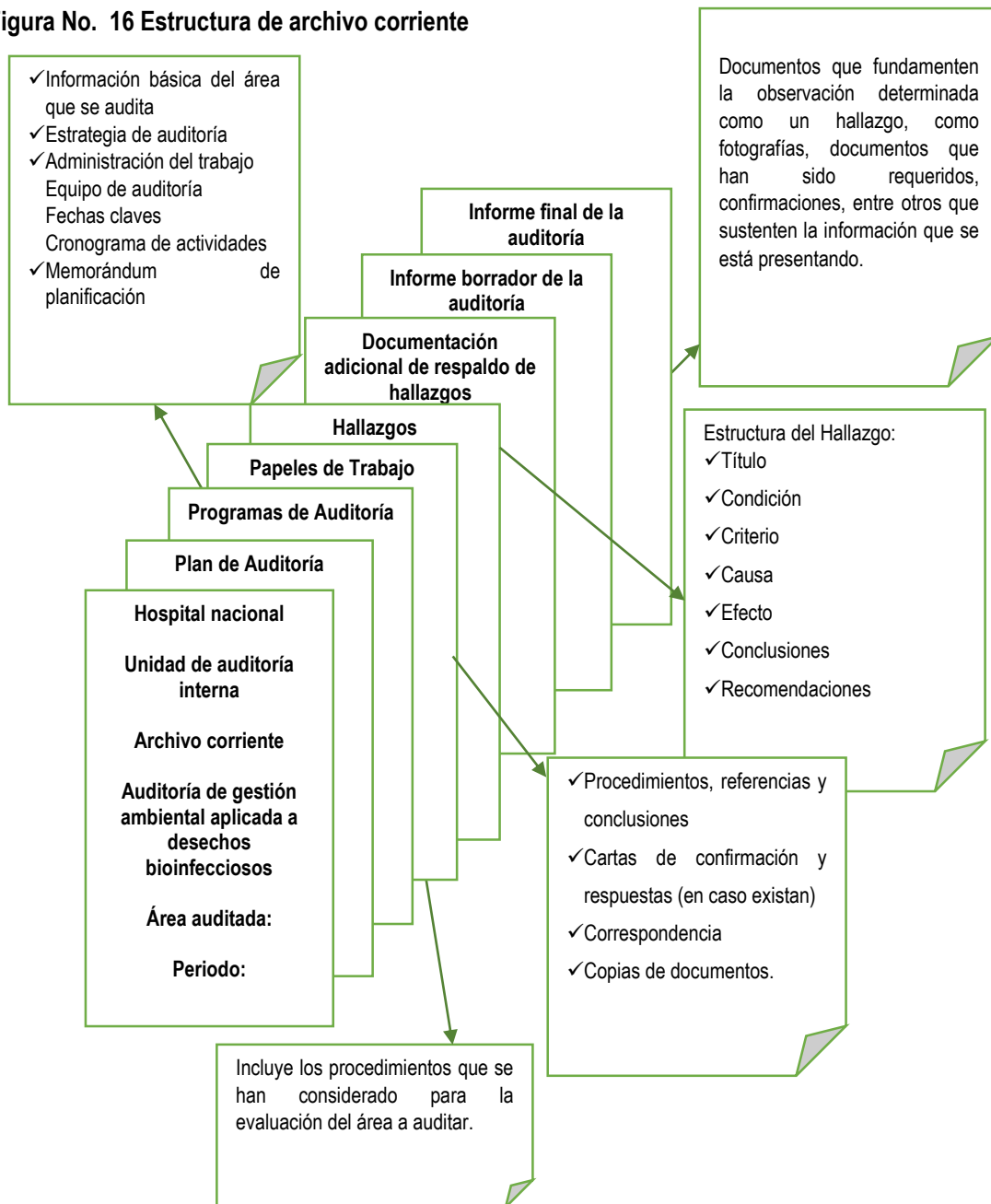
- El archivo permanente tiene el objetivo de contener todos los documentos que proporcionen la información de importancia del hospital, sin necesidad de elaborarlo cada año, sin embargo, el auditor debe considerar la actualización oportuna cuando la institución por motivos internos o externos relevantes realice cambios que generen nueva documentación a integrar al archivo permanente.

**Figura No. 15 Estructura de archivo permanente**



- El archivo corriente será conformado por los documentos generados en el desarrollo de la auditoría de gestión ambiental, cada procedimiento que sea ejecutado por el auditor deberá quedar por escrito para obtener así la evidencia (relevante, suficiente, competente y pertinente) que le permitirá al auditor analizar y concluir sobre la situación en relación al manejo que le brinda a los desechos bioinfecciosos el personal del nosocomio, habiendo obtenido dicha información será la base para dar sus recomendaciones a la dirección del hospital.

**Figura No. 16 Estructura de archivo corriente**



## **10. Evidencia de auditoría**

Para la aplicación de la auditoría de gestión ambiental el auditor deberá hacer uso de técnicas de recolección de evidencia la cual en el desarrollo de los programas se podrá obtener de la siguiente manera: física, testimonial, documental y analítica.

## **11. Supervisión del trabajo y custodia de documentos de auditoría**

Los documentos de auditoría que elabora el auditor interno son de propiedad exclusiva del hospital público en el que labora, ya que en ellos existe información que ha sido obtenida de registros y documentos relacionados a las operaciones que el nosocomio realiza.

Los papeles de auditoría deberán mantenerse bajo resguardo durante el desarrollo del examen y al ser finalizado, deben ser conservados durante un periodo que a criterio del auditor sea lo suficiente para cumplir con las necesidades de la práctica profesional y por requerimientos legales que exijan la utilización de ellos. Después del proceso anterior, la custodia de dichos documentos estará bajo la responsabilidad de la unidad de archivo del hospital, según las políticas de resguardo de la documentación que posea el nosocomio.

## **12. Comunicación preliminar de resultados**

El auditor durante el proceso de la evaluación de gestión ambiental deberá comunicar de forma escrita las deficiencias encontradas en las áreas examinadas, tendrá que ser autorizada por el responsable de auditoría la entrega del documento que le corresponderá detallar la deficiencia que de manera significativa perjudica a la área evaluada y así comunicar los resultados preliminares obtenido de manera oportuna a la jefatura correspondiente y al personal involucrado.

Posteriormente el auditor espera obtener comentarios y documentos por parte de las jefaturas y del personal involucrado de las deficiencias observadas para que consecutivamente el responsable de auditoría pueda determinar si ha sido superada la deficiencia, se clasifica como un asunto menor el cual solo necesita ser comunicada a la dirección por medio de una carta a la gerencia, o constituyen hallazgo y por ello deberá ser incluido en el borrador de informe de auditoría.

A continuación se presentan modelos de la estructura que debe contener:

- Carta de comunicación de deficiencia observada en área examinada.

- Carta a la Dirección
- Borrador de informe de auditoría y esquema de agenda de reunión.

**Modelo sugerido No. 6 Carta de comunicación preliminar por deficiencia observada en área examinada**

San Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

Sr. Mauricio Lara  
**Hospital nacional**  
**Jefe de Cirugía**  
**Presente.**

Hemos realizado auditoría de gestión ambiental relacionada con el manejo de los desechos bioinfecciosos en el área de cirugía que se encuentra a su digno cargo, correspondiente se han observado con el equipo de auditoría deficiencias en los procesos que realiza la enfermera encargada del área en la segunda semana del mes de abril en la fase de segregación de los desechos patológicos.

La deficiencia al ser superada mejoraría la gestión del área así como a nivel hospitalaria, fortaleciendo su sistema de control interno evitaría que en el futuro, pueda convertirse en hallazgos de auditoría; es por ellos que se solicita la corrección de la deficiencia observada y esperamos su respuesta a la presente aseveración.

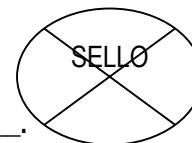
Detalle de las deficiencias comunicadas, los cuales son:

- Título: Incorrecta segregación de los desechos patológicos en el área de cirugía.
- Condición: Todo desecho patológico al momento de ser generado debe ser retirado en bolsa roja y solicitar su retiro de la institución antes de las 24 horas.
- Criterio: Norma Técnica para el manejo de los desechos bioinfecciosos.

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima.


**DIOS UNIÓN LIBERTAD**

Responsable de la Unidad de Auditoría Interna \_\_\_\_\_.






**Modelo sugerido No. 7 Carta de convocatoria para lectura de informe borrador**

<b>Hospital Nacional</b>	
<b>Unidad de auditoría interna</b>	
<b>Auditoría de Gestión Ambiental (aplicable a los desechos bioinfecciosos)</b>	Fecha: _____
<b>Periodo:</b>	Elaborado por: _____
<b>Formato:</b> Convocatoria a lectura y discusión de borrador de Informe.	Revisado por: _____
Ref. _____ de _____ de _____	
Señor(es) (Nombre) Director / Funcionario y empleados / presuntamente responsables Presente:	
<p>Atentamente me dirijo a usted(es), para hacer de su conocimiento que, con la finalidad de cumplir lo dispuesto en el Art.33 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, la Unidad de Auditoría Interna, ha preparado un borrador de Informe de Auditoría de Gestión Ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos del Hospital Nacional correspondiente al período 2014, del cual remito un ejemplar adjunto a la presente.</p> <p>Al respecto , es oportuno mencionar que por tratarse de resultados preliminares, tal informe puede ser modificado mediante la presentación de evidencias documentales, así como el análisis de explicaciones y comentarios adicionales que se presenten por escrito el día de la lectura y discusión de dicho informe; para tal efecto, se le(s) convoca a usted(es), funcionario y empleados que se detallan en anexo, a una reunión en la Sala de Reunión del Hospital Nacional, a las _____ horas del día _____ del corriente año.</p> <p>Lo anterior se notifica a usted(es) para los efectos legales consiguientes, y aprovecho la ocasión para expresarles las muestras de mi consideración y estima.</p>	
<b>DIOS UNIÓN LIBERTAD</b>	
Auditor interno del Hospital Nacional: _____	
	



## Modelo sugerido No. 8 Borrador de informe de auditoría

<b>Hospital nacional</b>		
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>		
<b>Formato:</b>	Fecha:	
<b>Borrador de informe de auditoría de gestión ambiental</b>	Elaborado por:	
	Revisado por:	
	Dirigido:	

<b>Hospital nacional</b> <b>Auditoría de gestión ambiental</b> <b>Borrador de informe de auditoría de gestión ambiental</b>
<p><b>Objetivos de la auditoría</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Se debe expresar el propósito de la auditoría</div>
<p><b>Alcance de la auditoría</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Detallar el tipo de auditoría y el periodo de evaluación</div>
<p><b>Principales realizaciones y Logros</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Procedimientos aplicados en el desarrollo de la auditoría</div>
<p><b>Resultado de la auditoría</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Desarrollo de las observaciones</div>
<p><b>Recomendaciones de auditoría</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Recomendaciones para mejorar los procesos auditados</div>
<p><b>Seguimiento a las recomendaciones de auditorías anteriores</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Cuando ya se ha realiza periodos anteriores este tipo de evaluación</div>
<p><b>Conclusión</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">En relación a los indicadores evaluados</div>
<p><b>DIOS UNIÓN LIBERTAD</b></p>
<p>Firma: _____ Responsable de la unidad de auditoría interna</p>


**Modelo sugerido No. 9 Esquema de agenda de reunión**

<b>Hospital nacional</b>	
<b>Auditoría de gestión ambiental</b>	
<b>Formato:</b>  Agenda de reunión para la presentación del Borrador de informe de auditoría	Fecha
	Elaborado por
	Procedimiento de referencias
	Versión
<b>Agenda de reunión para la presentación del borrador de informe de auditoría</b>	
Hospital:	Fecha/Hora:
Tipo de auditoría:	Lugar específico:
Temas a tratar	Comentario
1. Agradecimiento <input type="checkbox"/>	
2. Confirmación de criterios y alcances <input type="checkbox"/>	
3. Explicación sobre la metodología utilizada <input type="checkbox"/>	
4. Explicación sobre el desarrollo de la auditoría <input type="checkbox"/>	
5. Referencia de deficiencias reportadas y superadas durante el proceso de evaluación <input type="checkbox"/>	
6. Presentar el borrador de informe de auditoría <input type="checkbox"/>	
7. Detalles de hallazgos en procesos y sin subsanar. <input type="checkbox"/>	
8. Compromiso de los jefes de las áreas examinadas que fueron reportadas. <input type="checkbox"/>	
9. Aclaraciones <input type="checkbox"/>	
10. Cierre de la reunión <input type="checkbox"/>	
Observaciones por parte de los presente:	
Observación del equipo de auditoría:	
Firma del Auditor Responsable: _____ 	Firma del Director: _____ 



## C. TERCERA FASE: INFORME

### 14. Informe final de auditoría

Esta fase se compone de la elaboración, edición y entrega de informe final, el auditor debe presentar un informe completo, exacto, objetivo y convincente que por medio de la evaluación realizada a las áreas examinadas brinde su opinión ya que el informe final deberá ser redactado de manera claro y conciso, con el fin de que sea entendidos por las personas interesadas y principalmente por la dirección del nosocomio y todo aquel personal que se encuentra relacionado de manera directa con el control y manejo de los desechos bioinfecciosos, este informe debe emitirse lo más pronto posible para que su información pueda ser utilizada oportunamente.

En esta fase es necesario tomar en cuenta los comentarios que surjan por parte de la dirección o de los jefes responsables de áreas del hospital que se encuentran relacionados con deficiencias señaladas durante el proceso de evaluación. Cuando el auditor tenga conocimientos de la respuesta que brinde la dirección deberá sustentar con evidencia suficiente y competente, si la dirección junto a las jefaturas de las áreas que fueron reportadas debido a deficiencias encontradas durante la evaluación se presentaran en el informe final como hallazgo y se determinará el grado de cumplimiento que la dirección ha dado a la recomendación. El grado de acatamiento podrá definirse según los siguientes niveles:

1. Cumplida
2. En proceso
3. No cumplida

La auditoría de gestión ambiental aplicada a los desechos bioinfecciosos busca de manera particular proporcionar a la dirección del nosocomio recomendaciones que le permita a cada área que integra el hospital mejorar el control y manejo de los residuos dando paso a mejorar la gestión ambiental.

El auditor puede hacer uso de medios de visión electrónicos (computadora, proyector y entre otros que le permitan dar a conocer con mayor claridad las recomendaciones que en base a la evaluación realizada en el hospital ha elaborado además para la reunión final se presenta una agenda sugerida como modelo para integrar aspectos de importancia a tratar en la reunión definitiva.

- **Comunicación de resultados finales**

Es importante recordar que el auditor deberá notificar el informe final a la dirección y los hallazgos a los servidores involucrados.

### Modelo sugerido No. 11 Carta a la Dirección

San Salvador. \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

Doc. Juan José Molina

**Director del Hospital Nacional**

**Presente.**

Hemos realizado auditoría de gestión ambiental relacionada con el manejo de los desechos bioinfecciosos en la institución a su digno cargo, correspondiente al período comprendido del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de 20XX.

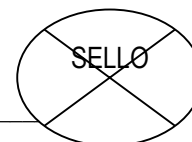
Como resultado de nuestra evaluación de gestión ambiental en el nosocomio, hemos identificado algunas deficiencias en las áreas examinadas en relación al control interno y/o cumplimiento con la Norma técnica y legal para el manejo de los desechos bioinfecciosos, la cual al ser superada mejoraría la gestión hospitalaria, fortaleciendo su sistema de control interno y evitaría que en el futuro, pueda convertirse en hallazgos de auditoría; siendo las siguientes:

Detalle de los asuntos menores comunicados anteriormente a los responsables de las áreas examinadas y al personal involucrado con la deficiencia observada, los cuales deben contener:

- Título
- Condición, y
- Criterio

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima.

**DIOS UNIÓN LIBERTAD**



Responsable de la Unidad de Auditoría Interna \_\_\_\_\_

A continuación se muestran formatos sugeridos para la presentación del informe final y agenda propuesta.

### Modelo sugerido No. 12 Estructura de informe final

<b>Hospital nacional Unidad de auditoría interna</b>		
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)	Fecha	
	Elaborado por	
	Revisado por	
	<b>Periodo:</b>	
<b>Formato:</b> Informe final de auditoría de gestión ambiental	Dirigido	

Hospital nacional  
Auditoría de gestión ambiental  
Informe final de auditoría

**Resumen ejecutivo**

Debe incluir: a) Nombre del hospital  
b) Nombre de la auditoría  
c) Período examinado  
d) Títulos de los hallazgos

**Párrafo introductorio**

Contener aspectos generales y de forma breve describir el proceso de auditoría

**Objetivos de la auditoría**

Se debe expresar el propósito de la auditoría

**Alcance de la auditoría**

Detallar el tipo de auditoría y el periodo de evaluación

**Principales realizaciones y logros**

Procedimientos aplicados en el desarrollo de la auditoría

**Resultado de la auditoría**

Incluir cada hallazgo con sus atributos observados en las áreas examinadas de igual manera integrar los comentarios de la Dirección y/o jefaturas presentes y los comentarios por parte del auditor

**Recomendaciones de auditoría**

Recomendaciones para mejorar los procesos auditados

**Seguimiento a las recomendaciones de auditorías anteriores**

Cuando ya se ha realiza periodos anteriores este tipo de evaluación

**Conclusión**

En relación a los indicadores evaluados y dejar por escrito las normas técnicas y legales que se han dado considerado para evaluar el cumplimiento por el nosocomio.

**Párrafo aclaratorio**

En este espacio se delimita a la (s) persona (s) a quien va dirigido, el tipo de evaluación y periodo auditado; a quien se le comunica el informe de auditoría y el uso exclusivo del mismo.

**DIOS UNIÓN LIBERTAD**

Firma: \_\_\_\_\_



**Responsable de la Unidad de Auditoría Interna**


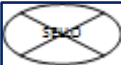
Es importante que el auditor al redactar el resumen ejecutivo detalle cada uno de los hallazgos, por medio de este la dirección como las personas descritas en el informe final (párrafo aclaratorio), tendrán accesos a los resultados generados por la auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos, y de esta manera tener la información necesaria para discutir la situación en la que se encuentra el hospital y así considerar las actividades a realizar para mejorar procesos en las áreas



involucradas, que le permitan obtener una mejor gestión en beneficio de todo el personal que prestan sus servicios a la institución, pacientes y medio ambiente.

### Modelo sugerido No. 13 Agenda para presentación de informe final

La agenda para la reunión en la cual se leerá el informe final de auditoría estará integrada por todos los puntos que según el criterio del auditor deben tratarse.

Hospital Nacional Auditoría de Gestión Ambiental	
<b>Auditoría de Gestión Ambiental (aplicable a los desechos bioinfecciosos)</b>	Fecha
<b>Periodo:</b>	Elaborado por
<b>Formato:</b>	Revisado por
Agenda de reunión para la presentación del Informe Final de Auditoría	
Registro de la reunión de cierre	
Hospital:	Fecha/Hora:
Tipo de Auditoría:	Lugar específico:
Temas a tratar	Comentario
1. Agradecimiento	<input type="checkbox"/>
2. Confirmación de criterios y Alcances	<input type="checkbox"/>
3. Explicación sobre la metodología utilizada	<input type="checkbox"/>
4. Explicación sobre el desarrollo de la auditoría	<input type="checkbox"/>
5. Referencia de deficiencias superadas durante el proceso de evaluación	<input type="checkbox"/>
6. Presentar el informe	<input type="checkbox"/>
7. Detalles de hallazgos en procesos y sin subsanar.	<input type="checkbox"/>
8. Mención del proceso de seguimiento para los hallazgos	<input type="checkbox"/>
9. Compromiso de los jefes de las áreas examinadas que fueron reportadas.	<input type="checkbox"/>
10. Aclaraciones	<input type="checkbox"/>
11. Cierre de la reunión	<input type="checkbox"/>
Observaciones por parte de los presente:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Observación del Equipo de auditoría:	
	
<b>Firma del Auditor Responsable:</b>	<b>Firma del Director:</b>

Además deberá ser enviada una copia del informe final a la Corte de Cuentas de la República a continuación se detalla la portada y el índice que debe acompañar al informe final para la copia que será enviada al organismo regulador.

#### **Modelo sugerido No. 14 Copia de informe final a Corte de Cuentas de la República**

<p><b>Hospital nacional</b></p> <p>Unidad de auditoría interna</p> <p><b>Informe de auditoría de gestión ambiental</b></p> <p>Por el período comprendido (Período sujeto de evaluación).</p> <p>El Salvador, ____ de _____ de 20XX.</p>	<p><b>ÍNDICE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resumen ejecutivo.</li> <li>2. Párrafo introductorio.</li> <li>3. Objetivos y alcance de la auditoría.</li> <li>4. Principales realizaciones y Logros.</li> <li>5. Resultados de la Auditoría por área examinadas.</li> <li>6. Seguimiento a las recomendaciones de auditorías anteriores.</li> <li>7. Conclusión general.</li> <li>8. Recomendaciones de auditoría.</li> <li>9. Párrafo aclaratorio.</li> </ol>
---	---

#### **15. Plan de seguimiento de la auditoría**

El responsable de auditoría interna del nosocomio debe establecer y mantener un proceso específicamente para darle seguimiento a los resultados comunicado a la dirección en esta fase se detalla las actividades a realizar para dar continuidad a la supervisión de los hallazgos encontrados en la auditoría de gestión ambiental anterior.

El objetivo de realizar un seguimiento es determinar el grado de cumplimiento que tanto jefaturas como personal directamente relacionado con los hallazgos, han implementado por medio de las recomendaciones realizadas por el auditor para los procesos sugeridos, unificando criterios y orientando al auditor para la obtención de evidencia suficiente y competente sobre el grado de aplicación de las recomendaciones. Y así determinar si la recomendación ha sido cumplida, en proceso o no cumplida.

➤ **Programa de seguimiento**

El responsable de equipo de auditoría preparará un programa considerando cada detalle que ha dado origen a los hallazgos, y se elaborará considerando cada hallazgo señalado para verificar de forma directa en qué fase se encuentra la recomendación realizada para corregir las deficiencias por parte de las jefaturas y personal involucrado.

**Modelo sugerido No. 15 Programa de seguimiento**

Hospital Nacional Auditoría de Gestión Ambiental				
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b>		Fecha		
(aplicable a los desechos bioinfecciosos)		Elaborado por		
		Revisado por		
		Dirigido		
<b>Período:</b>				
<b>Formato:</b>				
<b>Programa de Seguimiento</b>				
Hallazgo	Seguimiento	Respuesta		Observaciones
		si	no	
1. Título	1. ¿Cumplió con la fecha programada?			
	2. ¿Se implemento la sugerencia por parte del personal?			
	3. Detallara pregunta de acuerdo al hallazgo			
2. Título	1. ¿Cumplió con la fecha programada?			
	2. ¿Se implemento la sugerencia por parte del personal?			
	3. Detallara pregunta de acuerdo al hallazgo			
n. Título	1. ¿Cumplió con la fecha programada?			
	2. ¿Se implemento la sugerencia por parte del personal?			
	3. Detallara pregunta de acuerdo al hallazgo			

**Modelo sugerido No. 16 Plan de seguimiento área auditada**

Hospital Nacional Auditoría de Gestión Ambiental			
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b> (aplicable a los desechos bioinfecciosos)	Fecha		
	Elaborado por		
	Revisado por		
	Dirigido		
<b>Período:</b>			
<b>Formato:</b>			
<b>Plan de Seguimiento</b>			
Área Examinada	Hallazgo	Significancia/Importancia	Sugerencia
(Área auditada 1.)			
(Área auditada 2.)			
(Área auditada n.)			

### Modelo sugerido No. 17 Plan de seguimiento hallazgos

Hospital Nacional				
Auditoría de Gestión Ambiental				
<b>Auditoría de Gestión Ambiental</b>			Fecha	
(aplicable a los desechos bioinfecciosos)			Elaborado por	
			Revisado por	
			Dirigido	
<b>Período:</b>				
<b>Formato:</b>				
<b>Plan de Seguimiento</b>				
Hallazgo	Acción de mejora	Observación	Responsable	Plazo
1.				
2.				
n.				

### D. ACTUALIZACIONES

La guía debe ser modificada cuando:

- Las disposiciones legales que regulan la auditoría interna gubernamental y la manipulación de los desechos bioinfecciosos sufran actualizaciones.
- Existan cambios en los lineamientos técnicos que regulan el manejo de los desechos bioinfecciosos y la auditoría interna gubernamental.

## CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos en la investigación y considerando el diagnóstico sobre las auditorías de gestión ambiental aplicada a los desechos bioinfecciosos que generan los nosocomios públicos se llegan a las siguientes conclusiones:

- a) Las diferentes unidades de auditoría interna de los hospitales que conforman la red pública hospitalaria de El Salvador no han integrado auditorías de gestión ambiental en el plan anual de trabajo, lo cual incrementa el riesgo de contaminación al no contar con verificación de los procesos que se deben seguir en el control y manejo de los desechos bioinfecciosos que se generan en cada nosocomio.
- b) Las unidades de auditoría interna no cuentan con un plan de capacitaciones a pesar de que las normas de auditoría interna del sector gubernamental establecen que las unidades deben implementar un programa de educación sobre temas que incidan en la institución, esto ha generado que los responsables y su equipo de auditoría no se encuentren formados en áreas especiales como lo es la gestión ambiental.
- c) Las unidades de auditoría interna de los nosocomios de la red pública se encuentran integradas en su mayoría únicamente por el responsable del área, debido a ello los procesos de evaluación de los desechos bioinfecciosos presentan dificultad como causa principal la limitación del personal para implementar auditorías de gestión ambiental.
- d) La unidad de auditoría interna debe ayudar a la red pública hospitalaria a cumplir con sus objetivos aportando un enfoque sistemático para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos de los desechos bioinfecciosos a los cuales se encuentran expuestos los nosocomios.
- e) Los datos proporcionados por los responsables de las unidades de auditoría interna de los diferentes hospitales públicos reflejan que no cuentan con una herramienta por escrito que les permita realizar auditorías de gestión ambiental aplicable al manejo a los desechos bioinfecciosos.

## 4.2 RECOMENDACIONES

A través de la investigación realizada surgen las siguientes recomendaciones:

- a) Se recomienda integrar en el plan anual de trabajo que elabora el responsable de la unidad de auditoría interna de cada hospital la evaluación de gestión ambiental, para verificar los procesos que se realizan en la institución en relación al manejo de los desechos bioinfecciosos y si estos están de acuerdo a los estándares técnicos.
- b) Al encargado de la unidad de auditoría interna de los nosocomios se le sugiere elaborar el plan de capacitación para que por medio de ello todo el equipo de auditoría se encuentre en formación constante considerando temas de relevancia y especiales como lo es el área ambiental.
- c) Retomando la información recopilada se sugiere que se solicite a la dirección que contraten a nuevos elementos para incorporarlos al equipo de auditoría o considerar la opción de requerir a la unidad de auditoría interna del Ministerio de Salud apoyo facilitando colaboradores especializados en otras áreas para el fortalecimiento en el equipo de trabajo.
- d) Se sugiere a las unidades de auditoría interna resguardar documentación obtenida de las evaluaciones que hayan realizado a los procesos relacionados al manejo de los desechos bioinfecciosos por medio de las cuales se propusieron recomendaciones a la dirección y así cuando entes externos realicen auditorías ambientales a las instituciones no presenten observaciones significativas en sus informes sobre el funcionamiento y la eficacia que tiene la institución en el desarrollo de sus procesos.
- e) Se insta a los responsables de las unidades de auditoría interna utilizar guía propuesta para la realización de auditorías de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos generados por los nosocomios de la red pública de El Salvador.

## BIBLIOGRAFÍA

Código de Salud. (11 de Mayo de 1988). San Salvador , El Salvador: Diario Oficial N° 86, Tomo N°299.

Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública . (15 de Mayo de 2000). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial 88, Tomo 347 .

Ley de Ética Gubernamental. (01 de Julio de 2006). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial N°90, Tomo N° 371, Decreto N° 1038.

Ley de la Corte de Cuentas de la República. (25 de Septiembre de 1995). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial N° 176, Tomo N° 328.

Ley del Medio Ambiente. (4 de Mayo de 1998). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial No. 79, Tomo 339.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral. (01 de 09 de 2005). *Ley del Sistema Básico de Salud Integral N° 161, Primera*, 6. El Salvador, San Salvador, Centroamerica .

Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. (5 de Mayo de 2010). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial N° 82, Tomo N°387.

Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado. (23 de Noviembre de 1995). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial N° 7, Tomo N° 330.

Ley Reguladora del Ejercicio de la Contaduría. (29 de Febrero de 2000). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial N° 42, Tomo 346.

Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios. (2012). San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud.

Norma Técnica para el Manejo de Desechos Bioinfecciosos. (6 de Mayo de 2008). San Salvador, El Salvador: Diario Oficial No. 82, Tomo 379.



Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental. (7 de Febrero de 2014). San Salvador, El Salvador:  
Diario Oficial N° 25, Tomo No. 402.

Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos, y Desechos Peligrosos. (31 de Mayo de 2000).  
San Salvador, El Salvador: Decreto N° 41.

Rodríguez Ruiz, J., Alcaide Arenales, Á., Castro Guevara, J. F., & Rodríguez Fernández, P. (2012). *Auditoría Ambiental*. Madrid: UNED.

# ANEXOS

## ÍNDICE

Anexo No. 1 Organigrama de hospital de segundo nivel de atención

Anexo No. 2 Organigrama de hospital de tercer nivel de atención

Anexo No. 3 Red Pública Hospitalaria

Anexo No. 4 Hospitales que poseen unidad de auditoría interna

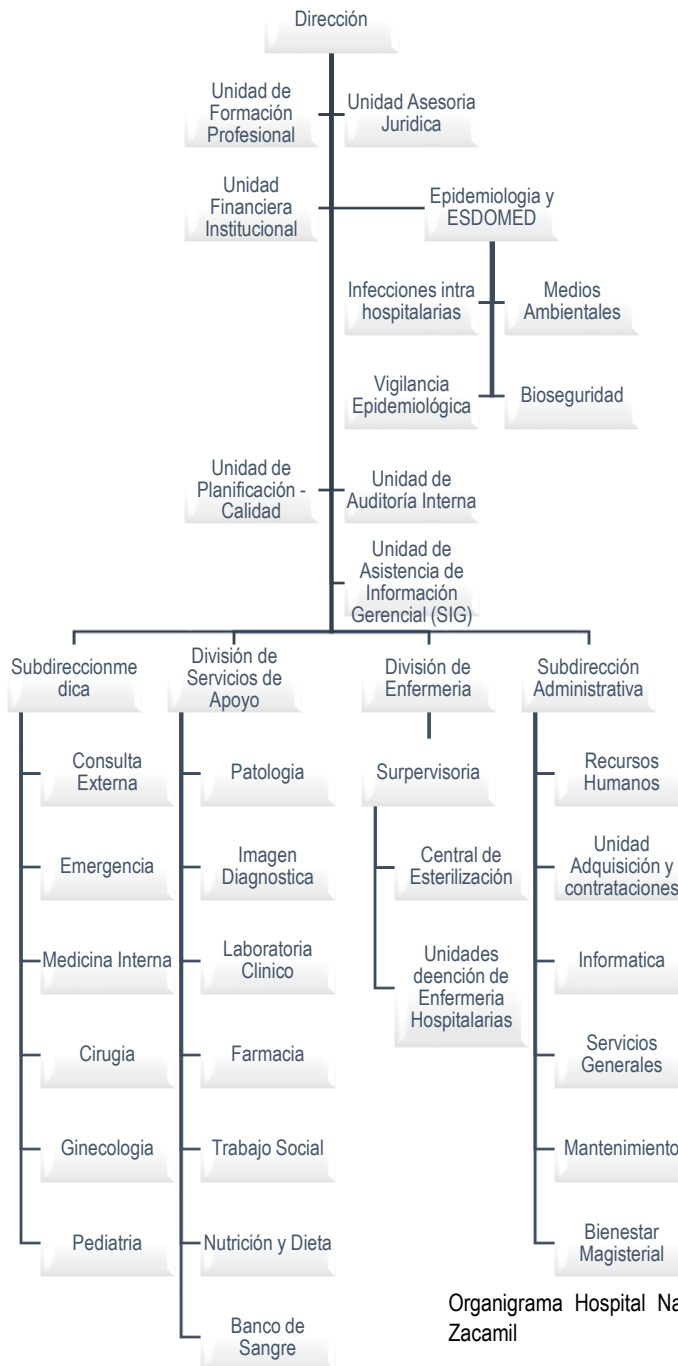
Anexo No. 5 Encuesta dirigida a los responsables de auditoría interna

Anexo No. 6 Tabulación de datos

Anexo No. 7 Significados de símbolos utilizados en el flujograma de la guía

Anexo No. 8 Glosario

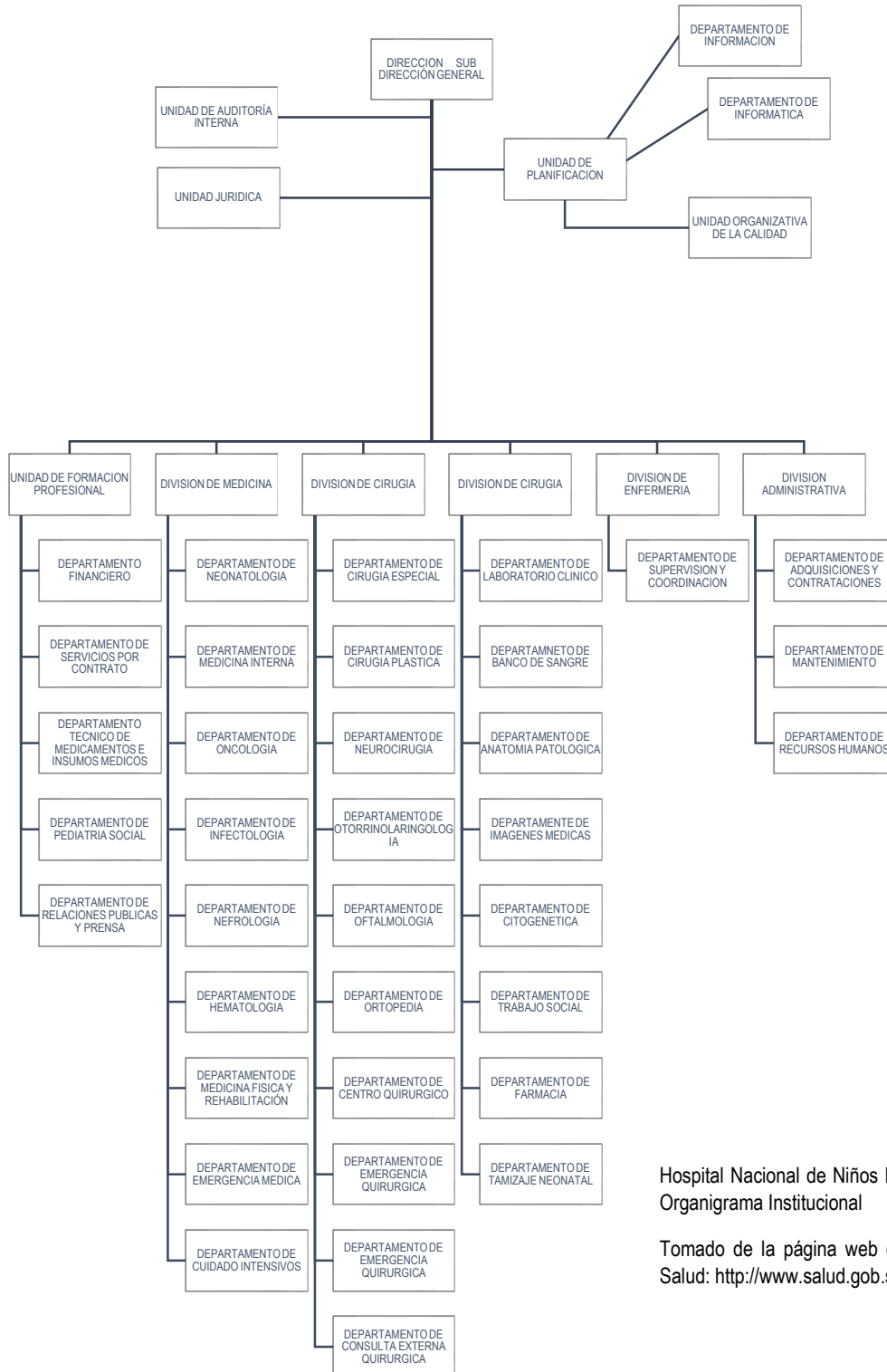
**Organigrama de hospital de segundo nivel de atención**



Organigrama Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil

Tomado de la página web del Ministerio de Salud:  
<http://www.salud.gob.sv>

**Organigrama de hospital de tercer nivel de atención**



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.  
Organigrama Institucional

Tomado de la página web del Ministerio de Salud: <http://www.salud.gob.sv>

## Red Pública Hospitalaria

No.	HOSPITALES
1	Hospital Nacional Especializado "Rosales"
2	Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom"
3	Hospital Nacional de la Mujer, San Salvador
4	Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", Santa Ana
5	Hospital Nacional "San Juan de Dios", San Miguel
6	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán
7	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate
8	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil
9	Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez", Soyapango, San salvador.
10	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"
11	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente
12	Hospital Nacional General de Sensuntepeque
13	Hospital Nacional General de Cojutepeque, Cuscatlán
14	Hospital Nacional General "Santa Teresa", Zacatecoluca, La Paz
15	Hospital Nacional General "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango
16	Hospital Nacional General San Rafael, Santa Tecla, La Libertad
17	Hospital Nacional General "San Pedro", Usulután
18	Hospital Nacional General de La Unión
19	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera, La Unión
20	Hospital Nacional General "Dr. Arturo Morales", Metapán, Santa Ana
21	Hospital Nacional General de Chalchuapa, Santa Ana
22	Hospital Nacional General "Enf. Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador
23	Hospital Nacional General "Dr. José Luis Saca", Ilobasco, Cabañas
24	Hospital Nacional General de Suchitoto, Cuscatlán
25	Hospital Nacional General de Nueva Concepción, Chalatenango
26	Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe, San Miguel
27	Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel
28	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Arturo Mena", Santiago de María, Usulután
29	Hospital Nacional General de Santa Rosa de Lima, La Unión
30	Hospital Nacional General de Jiquilisco, Usulután

**Hospitales que poseen unidad de auditoría interna**

<b>MINISTERIO DE SALUD</b>		
<b>DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES</b>		
<b>INVENTARIO DE HOSPITALES QUE TIENEN UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA</b>		
<b>HOSPITALES</b>	<b>POSEE UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA</b>	<b>NÚMERO DE SERVIDORES POR UNIDAD</b>
Hospital Nacional Especializado "Rosales"	X	6
Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom"	X	4
Hospital Nacional de la Mujer, San Salvador	X	1
Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", Santa Ana	X	1
Hospital Nacional "San Juan de Dios", San Miguel	X	1
Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate	X	1
Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil	X	2
Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez", Soyapango, San salvador.	X	1
Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"	X	1
Hospital Nacional General "Santa Teresa", Zacatecoluca, La Paz	X	1
Hospital Nacional General San Rafael, Santa Tecla, La Libertad	X	2
Hospital Nacional General "San Pedro", Usulután	X	1
Ministerio de Salud	X	

## Encuesta dirigida a los responsables de auditoría interna



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
ESCUELA DE CONTADURIA PÚBLICA



### CUESTIONARIO

**DIRIGIDO A:** Personal encargado de la unidad de auditoría interna de los hospitales de la red pública de El Salvador y del Ministerio de Salud.

**OBJETIVO:** Recopilar información confiable a través de la unidad de auditoría interna de los nosocomios para la realización de un diagnóstico sobre el estado actual de la gestión ambiental de los desechos bioinfecciosos generados por la institución.

**PROPÓSITO:** Este cuestionario permite identificar las necesidades de los hospitales, lo cual ayudara al diseño de una Guía para la realización de auditoría de gestión ambiental aplicable a los desechos bioinfecciosos.

**INDICACIONES:** Marque con un “√” la(s) respuesta(s) que usted considere conveniente o complementar según sea el caso.

1. ¿La unidad de auditoría interna ha realizado auditorías de gestión ambiental en el nosocomio?  
SI  NO

**Objetivo:** Conocer el porcentaje de hospitales públicos que han ejecutado auditoría de gestión ambiental



2. A su criterio, ¿cuáles son las causas por las que no se realizan auditorías de gestión ambiental en la institución?

- a) No cuentan con el personal capacitado en el área ambiental
- b) El alto costo que representa la realización de la auditoría de gestión ambiental
- c) No están obligados por ley
- d) Poco personal

**Objetivo:** investigar la causa principal por la que no se realizan auditorías de gestión ambiental.

3. ¿En el Plan Anual de Trabajo de la actividad de auditoría interna, se considera la evaluación de la gestión ambiental de la institución?

SI  NO

**Objetivo:** Verificar si dentro de los planes que elabora el personal de las unidades de auditoría interna implementan procesos que evalúen la gestión ambiental del nosocomio.

4. ¿La Dirección ha solicitado a la unidad de auditoría interna la realización de evaluaciones ambientales?

SI  NO

**Objetivo:** Indagar si la administración del hospital ha solicitado que se examine la gestión ambiental que realiza la institución.

5. El personal de la unidad de auditoría interna ha recibido capacitación en el área ambiental de parte de:

- a) Corte de Cuentas de la República
- b) Consejo de Vigilancia para la Profesión de la Contaduría Pública y Auditoría
- c) Instituto Salvadoreño de Contadores Públicos
- d) Corporación de Contadores de El Salvador
- e) Red de Contadores Públicos de El Salvador
- f) Otros
- g) No se ha recibido capacitación

**Objetivo:** Conocer si el personal de la institución se encuentra capacitado en el área ambiental y quien ha sido la institución que le ha brindado formación en el área.

6. ¿La unidad de auditoría interna posee un plan de capacitaciones para el personal que labora dentro de dicha unidad?

SI  NO

**Objetivo:** Conocer si la unidad de auditoría interna tiene plan de capacitaciones para el personal que labora en la unidad de auditoría interna.

7. ¿De las capacitaciones recibidas, se han considerado como tema la auditoría de gestión ambiental?

SI  NO

**Objetivo:** Confirmar la importancia de la gestión ambiental para la institución.

8. Tiene conocimiento si la Corte de Cuentas de la República o firmas de auditoría externa debidamente autorizadas, ¿han realizado auditorías de gestión ambiental al hospital?

SI  NO

**Objetivo:** Indagar si la institución ha sido objeto de evaluación por los entes fiscalizadores en materia de gestión ambiental.

9. ¿Conoce usted sobre alguna sanción o multa que le haya sido impuesta a la institución a casusa del manejo inadecuado de los desechos bioinfecciosos que el nosocomio genera?

SI  NO

**Objetivo:** Indagar si la institución ha atravesado por procesos sancionatorios de parte de los organismos competentes.

10. ¿Considera oportuno que se evalúen los procesos realizados a los desechos bioinfecciosos hasta la disposición final que les brinda el hospital?

SI  NO

**Objetivo:** Conocer si la evaluación de los procesos de manejo de los desechos bioinfecciosos le generan a la institución certeza de la gestión que se realiza con los mismos.

11. ¿Considera que sería beneficioso la realización de auditoría de gestión ambiental en relación a los desechos bioinfecciosos que genera la institución?

SI  NO

**Objetivo:** Conocer si la ejecución de auditorías de gestión ambiental es de importancia para la institución en el cumplimiento de sus objetivos y metas.

12. La unidad de auditoría interna, ¿cuenta con una herramienta por escrito que contenga aspectos específicos de gestión ambiental?

SI  NO

**Objetivo:** Conocer si el personal de la unidad de auditoría interna cuenta con un documento que le permita realizar evaluaciones ambientales.

13. ¿El uso de una guía para desarrollar la auditoría de gestión ambiental según su criterio, es necesaria?

SI  NO

**Objetivo:** Conocer si el personal de auditoría interna de la institución considera importante contar con un documento que establezca lineamientos basados en normativas técnicas y legales establecidas en el país para ejecutar auditorías de gestión ambiental.

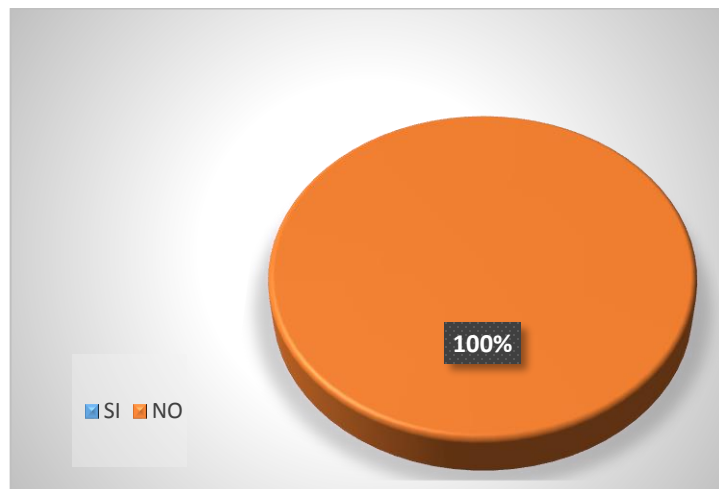
**Tabulación de datos****Pregunta No. 1**

¿La unidad de auditoría interna ha realizado auditorías de gestión ambiental en el nosocomio?

**Objetivo:**

Conocer el porcentaje de hospitales públicos que han ejecutado auditoría de gestión ambiental

Respuesta	F	Fr (%)
SI		
NO	13	100
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** al consultar a los responsables de las unidades de auditoría interna, el 100% de los resultados obtenidos coinciden que no se han realizado auditorías de gestión ambiental en los diferentes hospitales públicos.

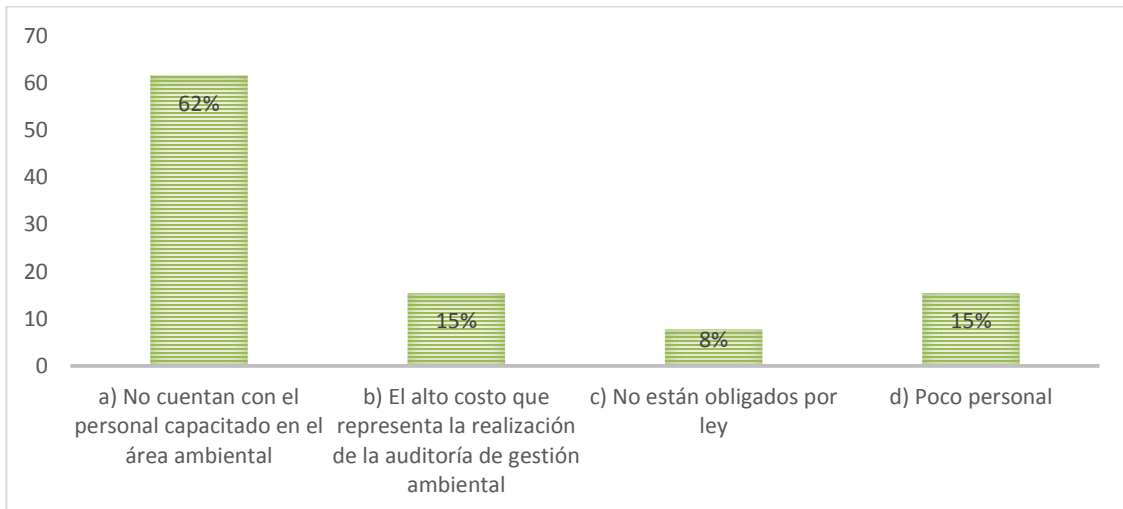
## Pregunta No. 2

A su criterio, ¿cuáles son las causas por las que no se realizan auditorías de gestión ambiental en la institución?

### Objetivo:

Investigar la causa principal por la que no se realizan auditorías de gestión ambiental.

Respuesta	F	Fr (%)
a) No cuentan con el personal capacitado en el área ambiental	8	62
b) El alto costo que representa la realización de la auditoría de gestión ambiental	2	15
c) No están obligados por ley	1	8
d) Poco personal	2	15
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** los resultados obtenidos muestran que la principal causa de no realizar auditorías de gestión ambiental es que la unidades de auditoría interna no poseen personal capacitado con un 62% de los encuestados, sin embargo el 15% hace referencia al alto costo que representa el realizar una auditoría de este tipo el otro 15% de los encuestados afirman que cuentan con muy poco personal que integra la unidad de auditoría y finalmente un 8% hace mención que no se realizan debido a que no se encuentran obligados por ley.

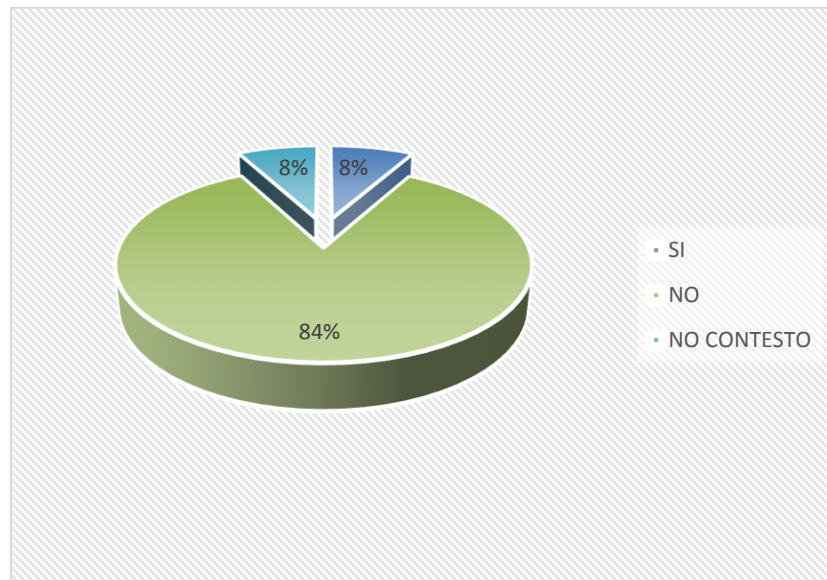
### Pregunta No. 3

¿En el Plan Anual de Trabajo de la actividad de auditoría interna, se considera la evaluación de la gestión ambiental de la institución?

#### Objetivo:

Verificar si dentro de los planes que elabora el personal de las unidades de auditoría interna implementan procesos que evalúen la gestión ambiental del nosocomio.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	1	8
NO	11	84
NO CONTESTO	1	8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** los datos reflejan que sólo el 8% ha considerado evaluar aspectos ambientales, el 85% de los encuestados no consideran dentro de su Plan Anual de Trabajo procesos que evalúen la gestión ambiental en las instalaciones de los diferentes nosocomios públicos y un 10% se limitó a no contestar la interrogante.

**Pregunta No. 4**

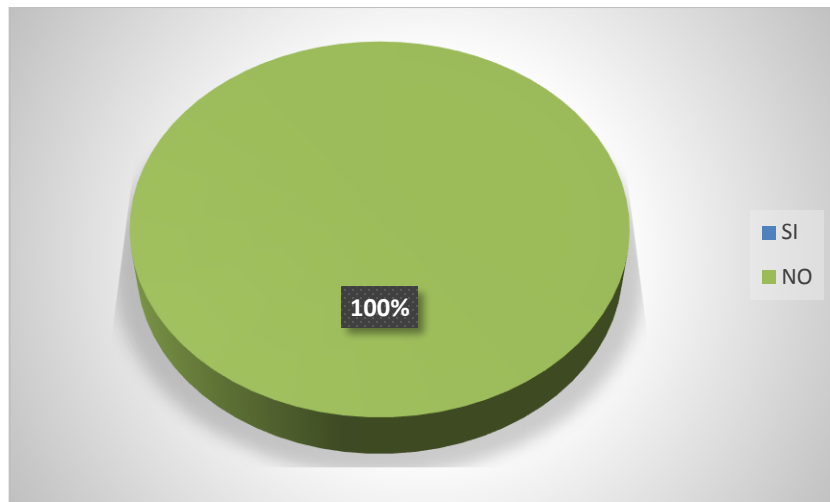
¿La Dirección ha solicitado a la unidad de auditoría interna la realización de evaluaciones ambientales?

**SI**

**NO**

**Objetivo:** Indagar si la dirección del hospital ha solicitado que se examine la gestión ambiental que realiza la institución.

Respuesta	F	Fr (%)
SI		
NO	13	100
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** del total de los encuestados el 100% afirma que la dirección de los diferentes hospitales de la red pública no ha solicitado auditorías de gestión ambiental.

**Pregunta No. 5**

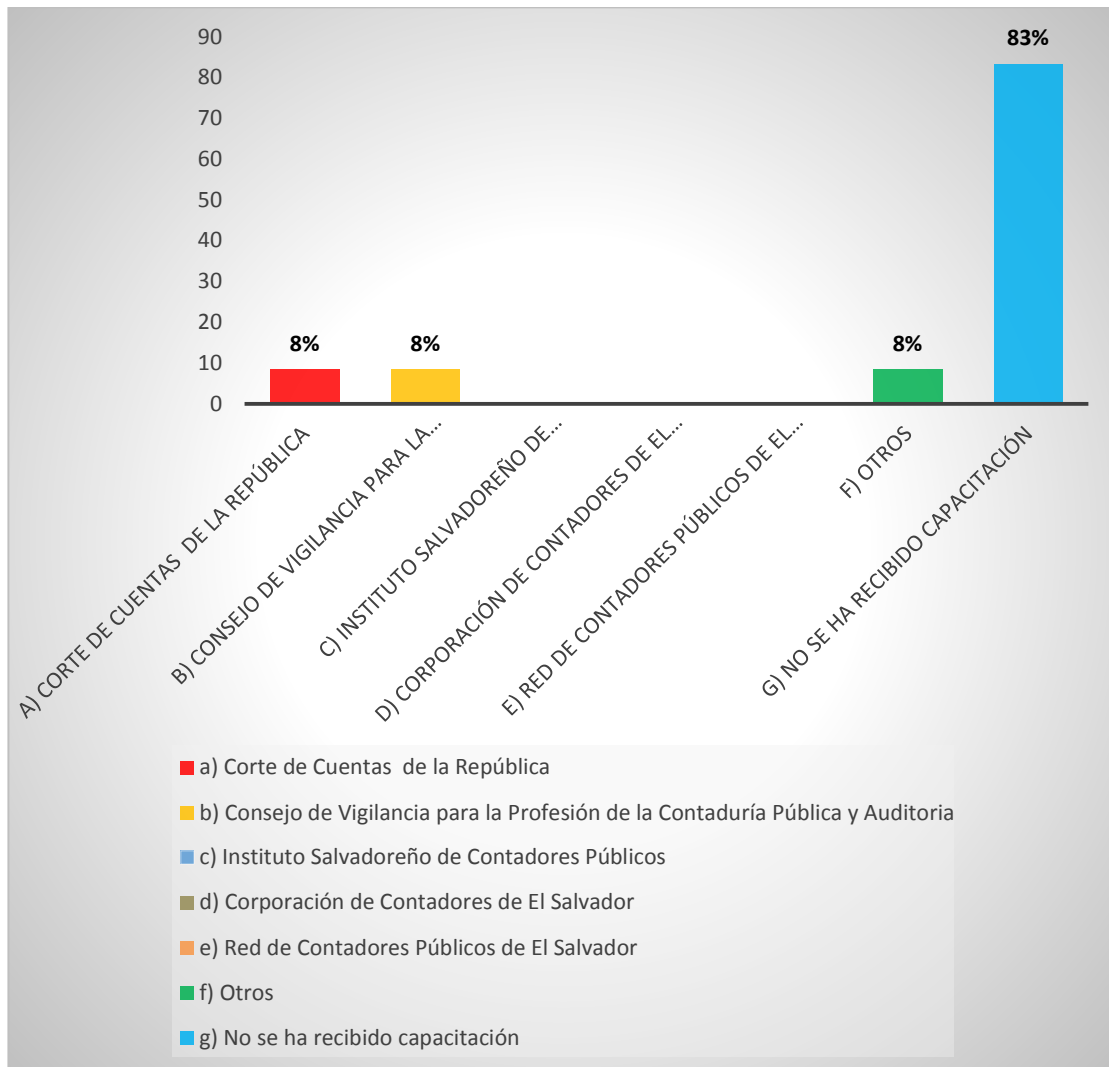
El personal de la unidad de auditoría interna ha recibido capacitación en el área ambiental de parte de:

**Objetivo:**

Conocer si el personal de la institución se encuentra capacitado en el área ambiental y quien ha sido la institución que le ha brindado formación en el área.

	<b>Respuesta</b>	<b>F</b>	<b>Fr (%)</b>
<b>a</b>	Corte de Cuentas de la República	1	8
<b>b</b>	Consejo de Vigilancia para la Profesión de la Contaduría Pública y Auditoría	1	8
<b>c</b>	Instituto Salvadoreño de Contadores Públicos		
<b>d</b>	Corporación de Contadores de El Salvador		
<b>e</b>	Red de Contadores Públicos de El Salvador		
<b>f</b>	Otros	1	8
<b>g</b>	No se ha recibido capacitación	11	83





**Análisis:** los resultados obtenidos muestran que la gran mayoría del personal de las unidades de auditoría interna de los hospitales públicos, no han recibido capacitación en relación a la auditoría de gestión ambiental lo cual influye de manera directa en la no realización de evaluaciones de este tipo.

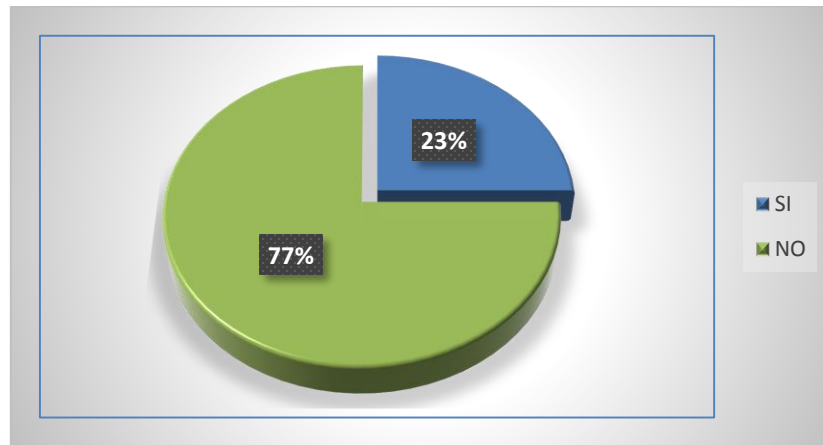
**Pregunta No. 6**

¿La unidad de auditoría interna posee un plan de capacitaciones para el personal que labora dentro de dicha unidad?

**Objetivo:**

Conocer si la unidad de auditoría interna tiene plan de capacitaciones para el personal que labora en la unidad de auditoría interna.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	3	23
NO	10	77
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** los resultados obtenidos por las encuestas reflejan que sólo un 23% de las unidades de auditoría interna de los diferentes hospitales públicos elaboran un plan de capacitaciones y el 77% no crea un plan de capacitaciones para su personal.

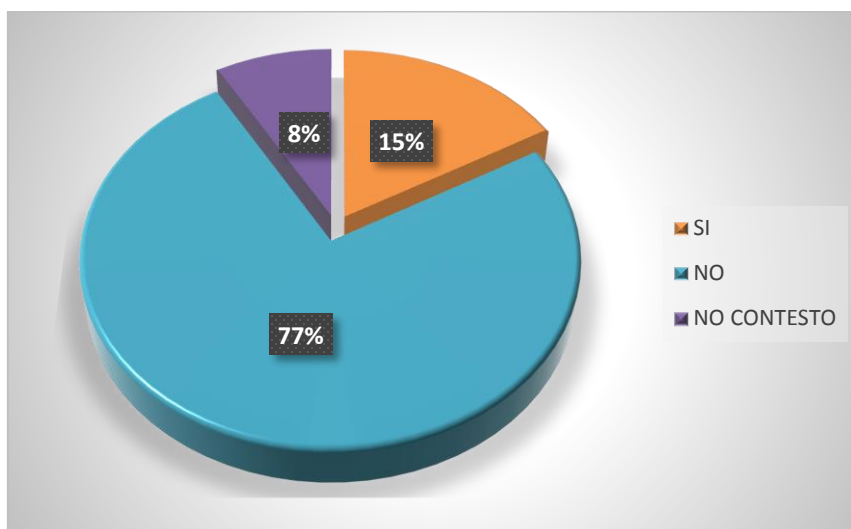
**Pregunta No. 7**

¿De las capacitaciones recibidas, se han considerado como tema la auditoría de gestión ambiental?

**Objetivo:**

Confirmar la importancia de la gestión ambiental para la institución.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	2	15
NO	10	77
NO CONTESTO	1	8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** por medio de los datos recolectados se obtuvo, que el 15% de los encuestados afirman que han recibido capacitación en el área ambiental sin embargo, el 8% se abstuvo de responder y el 77% como se muestra, los colaboradores de las instituciones no han sido formados en el área de estudio.

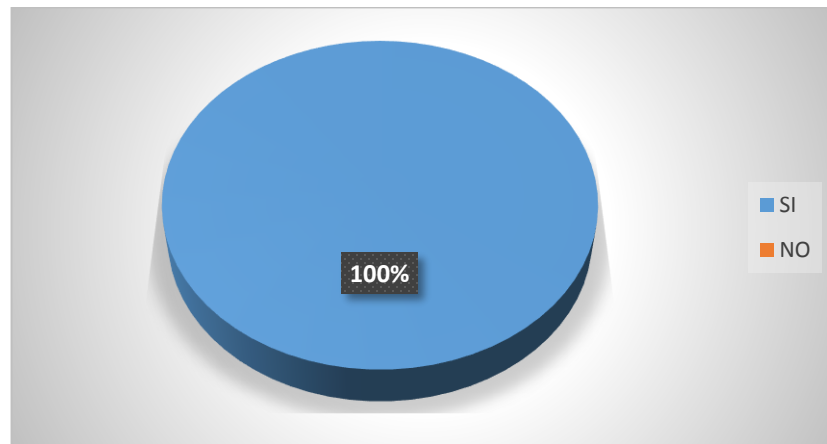
**Pregunta No. 8**

Tiene conocimiento si la Corte de Cuentas de la República o firmas de auditoría externa debidamente autorizadas, ¿han realizado auditorías de gestión ambiental al hospital?

**Objetivo:**

Indagar si la institución ha sido objeto de evaluación por los entes fiscalizadores en materia de gestión ambiental.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	13	100
NO		0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** los datos obtenidos reflejan que el 100% de los nosocomios han sido evaluados por parte de la Corte de Cuenta de la República en el área ambiental.

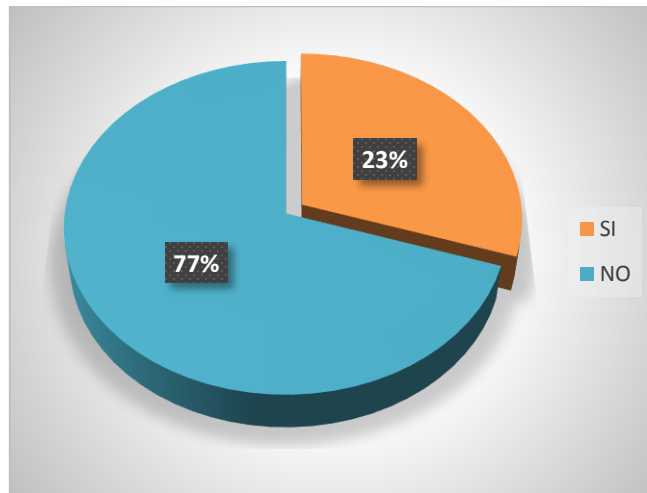
### Pregunta No. 9

¿Conoce usted sobre alguna sanción o multa que le haya sido impuesta a la institución a casusa del manejo inadecuado de los desechos bioinfecciosos que el nosocomio genera?

#### Objetivo:

Indagar si la institución ha atravesado por procesos sancionatorios de parte de los organismos competentes.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	3	23
NO	10	77
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** como se observa en el grafico el 23% de las instituciones ha sufrido sanciones debido a que no todos los desechos bioinfecciosos generados por los nosocomios fueron procesados debidamente por los responsables asignados por la institución, por el contrario el 77% de los encuestados dan a conocer que el hospital público en el cual prestan sus servicios no ha sido en ninguna ocasión amonestado por el manejo de los desechos bioinfecciosos.

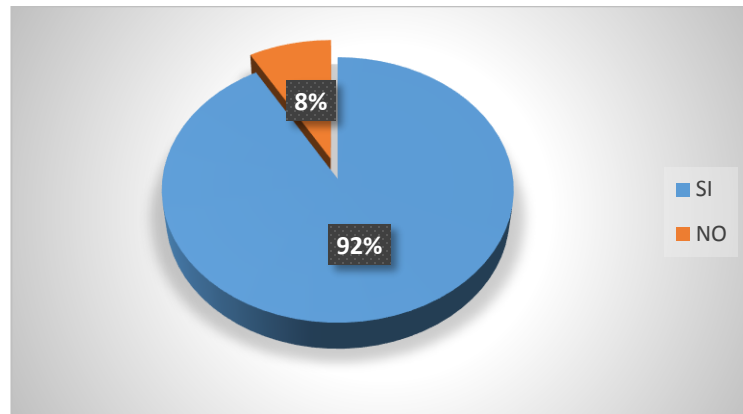
**Pregunta No. 10**

¿Considera oportuno que se evalúen los procesos realizados a los desechos bioinfecciosos hasta la disposición final que les brinda el hospital?

**Objetivo:**

Conocer si la evaluación de los procesos de manejo de los desechos bioinfecciosos le generan a la institución certeza de la gestión que se realiza con los mismos.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	12	92
NO	1	8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** según los datos obtenidos se puede observar que el 92% de los encuestados, consideran que es oportuno evaluar los procesos que las instituciones han establecido para el manejo interno de los desechos bioinfecciosos generados por el nosocomio.

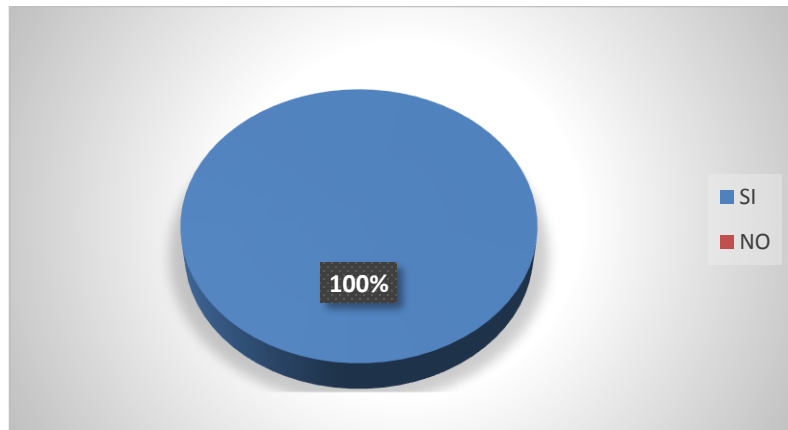
**Pregunta No. 11**

¿Considera que sería beneficioso la realización de auditoría de gestión ambiental en relación a los desechos bioinfecciosos que genera la institución?

**Objetivo:**

Conocer si la ejecución de auditorías de gestión ambiental es de importancia para la institución en el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	13	100
NO		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** Por medio de los resultados obtenidos el 100% de los responsables de las unidades de auditoría interna de los nosocomios públicos, consideran que es beneficiosa la evaluación ambiental para el mejoramiento de los servicios que la institución ofrece al público.

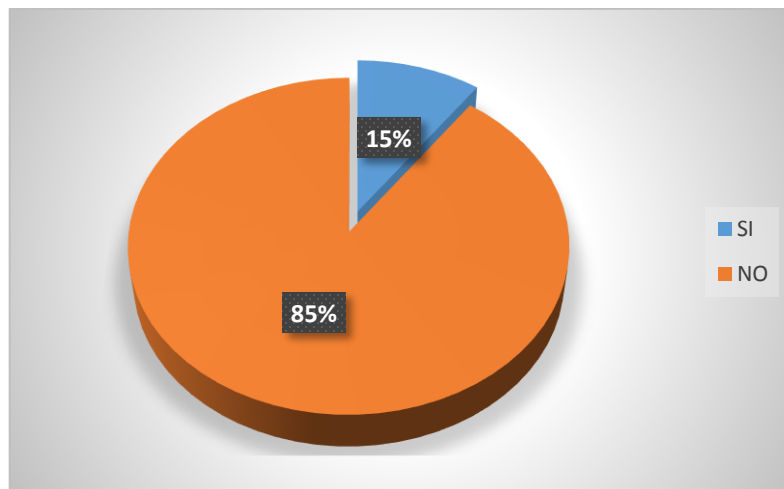
**Pregunta No. 12**

La unidad de auditoría interna, ¿cuenta con una herramienta por escrito que contenga aspectos específicos de gestión ambiental?

**Objetivo:**

Conocer si el personal de la unidad de auditoría interna cuenta con un documento que le permita realizar evaluaciones ambientales.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	2	15
NO	11	85
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** al consultar a los encuestados el 15% expresó que cuenta con una herramienta que les permite realizar evaluaciones ambientales en las instituciones, sin embargo no han sido implementadas. Por el contrario el 85% no cuentan con un documento base para realizar auditorías de gestión ambiental en los diferentes nosocomios.



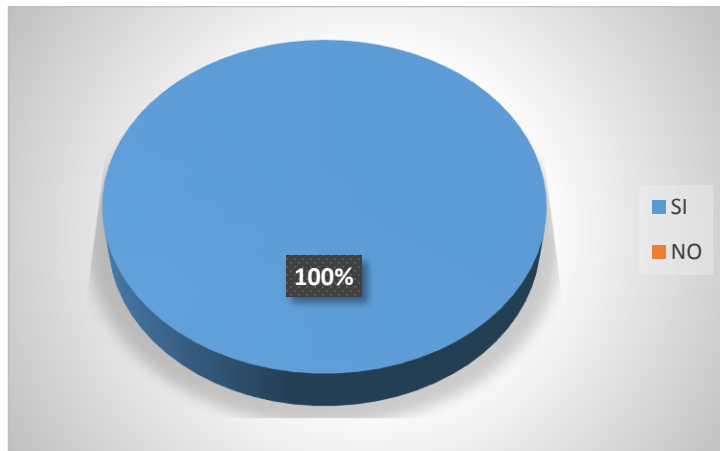
**Pregunta No. 13**

¿El uso de una guía para desarrollar la auditoría de gestión ambiental según su criterio, es necesaria?

**Objetivo:**

Conocer si el personal de auditoría interna de la institución considera importante contar con un documento que establezca lineamientos basados en normativas técnicas y legales establecidas en el país para ejecutar auditorías de gestión ambiental.

Respuesta	F	Fr (%)
SI	13	100
NO		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



**Análisis:** el 100% de los datos obtenidos hacen referencia que para el personal de auditoría interna de los diferentes nosocomios público, es importante poseer un documento que sea herramienta para el desarrollo de auditorías de gestión ambiental.

## Significados de símbolos utilizados en el flujograma de la guía

Flujograma del proceso de auditoría de gestión ambiental

### Símbolos utilizados

**Inicio/Final de proceso**



**Procedimiento operativo**



Indica las principales fases de los procesos

**Procedimiento de revisión/ inspección**



Representa un procedimiento revisión/ Inspección que se ejecuta

**Procedimiento operativo combinado con revisión/ inspección**



Hace referencia a un procedimiento que es una combinación de revisión e inspección.

**Documentos generados**



Son documentos que se han generado durante el procedimiento.

**Punto de decisión entre dos alternativas**



Representa la posibilidad de obtener dos alternativas

**Conector entre dos procedimientos**



Representa una conexión entre dos procedimientos, el número indica de donde viene el vínculo.

**Ingreso a un archivo**



Indica el depósito permanente de un documento o información dentro un archivo.

**Conectores**



Representa la unión entre los diferentes símbolos.

## Glosario

### A

- **Accidentes laborales:** toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencias del trabajo que ejecute.
- **Acopio:** acción de almacenar, reunir, conservar, guardar o depositar los desechos peligrosos en una caseta y contenedores bajo las condiciones estipuladas en la normativa.
- **Acumulación:** consiste en colocar los contenedores sellados en un lugar apropiado en espera de su recolección.
- **Almacenamiento temporal:** consiste en acumular los DSH/B en un lugar especialmente acondicionado, en espera de su recolección definitiva.
- **Auditoría ambiental:** es un instrumento de gestión que comprende una evaluación sistemática, documentada, periódica y objetiva de la eficiencia de la organización, el sistema de gestión y procedimientos destinados a la protección del medio ambiente y tiene por objeto:
  - ✓ Facilitar control, por parte de la dirección, de las prácticas que pueden incidir sobre el medio ambiente.
  - ✓ Evaluar su adecuación a las políticas ambientales de la institución.
- **Asistencia sanitaria:** actividades medicas tales como diagnósticos, tratamientos, prevención de enfermedades o alivio de afecciones en seres humanos en virtud de sus calificaciones profesionales.

### C

- **Confinamiento o Disposición final:** depositar definitivamente los desechos sólidos peligrosos en sitios y condicione sanitarias para evitar impactos negativos a la salud humana y el ambiente.
- **Contenedor y envase:** recipiente de plástico, metal u otro material que brinda protección variable y que se utiliza para depositar residuos o desechos peligrosos para su acumulación, recolección, transporte, acopio temporal.

### D

- **Desecho bioinfeccioso (DB):** desechos que contienen agentes microbiológicos con capacidad de causar infección y efectos nocivos a los seres vivos y el ambiente; resulta de su contacto con fluidos de pacientes y animales; se originan durante las diferentes actividades de atención a la salud humana y animal, procedimientos de diagnósticos de tratamientos e investigación que tienen alta posibilidad de acceder a un individuo a través de una puerta de entrada.

- **Desechos biomédicos y sanitarios:** desecho sólido o líquido producido por actividades de asistencia sanitaria (médica), como las de diagnóstico, seguimiento, tratamiento, prevención de enfermedades o alivio de afecciones en seres humanos o animales, incluidas las investigaciones conexas realizadas bajo la supervisión de un médico profesional o un cirujano, u otra persona autorizada.
- **Desechos comunes:** son los residuos generados principalmente por las actividades administrativas, auxiliares y generales, que no corresponden a ninguna de las categorías de desechos peligrosos. Son similares a los desechos de producción doméstica e implica las mismas prácticas de higiene en su manejo y transporte.
- **Desecho patológico:** tejidos, productos de la concepción (placentas o membranas), fluidos, órganos o partes de órganos obtenidos por trauma o mutilación, así como por procedimientos médicos, quirúrgicos y autopsias provenientes de seres humanos o animales.
- **Desecho peligroso:** material resultante de la unificación de los procesos y actividades que no tienen uso directo y revisten características peligrosas y propiedades físicas químicas, que pueden ocasionar peligro a la salud humana y al ambiente.
- **Desecho punzocortante bioinfeccioso:** objetos que han estado en contacto con líquidos provenientes de humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico o tratamiento y que tiene la capacidad de penetrar, causar heridas y/o cortar.
- **Desechos residuales:** materiales (sólidos o líquidos) que siguen siendo necesario eliminar después de la culminación de una actividad de tratamiento o recuperación de recursos, por ejemplo sedimentos y efluentes líquidos suscitados por una operación de pirolisis y los elementos descartados de sistemas de separación inicial.
- **Descontaminación:** proceso de reducción o eliminación de la presencia de sustancias infecciosas, como agentes infecciosos, para reducir la probabilidad de transmisión de enfermedades a partir de esas sustancias.
- **Disposición final:** se define como la ubicación de los desechos hospitalarios peligrosos en rellenos sanitarios u otro destino adecuado, después de haber sido debidamente tratados o incinerados.

## E

- **Embalaje:** envoltura exterior protectora que cubre donde se deposita para su manejo los envases.

- **Emergencia:** situación creada por la liberación o el derrame accidental de sustancias químicas peligrosas o materiales infecciosos que creen un riesgo para la seguridad de los trabajadores, residentes, medio ambiente o la propiedad.
- **Establecimientos externos:** establecimientos de tratamientos, almacenaje o eliminación de desechos clínicos y conexos ubicados fuera del lugar de generación de los mismos.
- **Esterilización:** proceso utilizado para alcanzar un estado libre de microorganismos viables. Si bien la probabilidad puede reducirse a una cifra muy baja, nunca puede llegar a cero.
- **Etiqueta:** viñeta escrita o impresa que especifica el contenido de un desecho o residuo en un envase o embalaje.

## G

- **Generador:** toda persona natural o jurídica que a consecuencia de la manipulación ó de los procesos que realiza produzca desechos peligrosos.

## I

- **Incineración:** combustión controlada de desechos combustibles sólidos, líquidos o gaseosos para producir gases y residuos que contengan escaso material combustible o en los que éste esté ausente.
- **Infecciones nosocomiales:** son infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no había manifestado ni estaban en período de incubación en el momento del internado del paciente.

## M

- **Manejo interno:** es el conjunto de operaciones que se realizan al interior de la instalación de salud, con el fin de garantizar seguridad en el control de los desechos hospitalarios.

## R

- **Recolección:** el acto de eliminar de la fuente generadora desechos sólidos acumulados en contenedores.
- **Residuo:** materiales que quedan como inservibles en cualquier trabajo u operación.

## S

- **Saneamiento:** control de todos los factores del medio ambiente físico que ejerce o puede ejercer efectos contaminantes para el desarrollo, la salud y la supervisión física del ser humano.
- **Separación o segregación de desechos:** proceso tendiente a mantener separados desechos de distintas fuentes durante la manipulación, la acumulación, el almacenaje y el transporte, para

facilitar la recuperación de recursos y garantizar la utilización de apropiados métodos de tratamiento y/o eliminación establecidos a esos efectos.

## T

- **Transporte externo:** es el operativo de traslado de los DSH/B desde el lugar de almacenamiento temporal de la instalación de salud, hasta el sitio donde se le dará el tratamiento final.

**Transporte interno:** recoger los envases de desechos del lugar de acumulación y trasladarlos hacia el lugar del almacenamiento temporal.