

2017

Informe de Auditoría Social al Hospital de San Lorenzo – Periodo 2016

Llevada a cabo por: SOCIEDAD CIVIL DE SAN LORENZO
CON APOYO DE: TRANSFORMEMOS HONDURAS

Contenido

Introducción.....	2
Objetivos.....	2
Metodología.....	2
Resultados.....	5
Información Solicitada.....	5
Conclusión.....	8
Auditoría Social.....	9
Conclusión.....	15
Encuesta de Satisfacción de Pacientes	15
Conclusiones.....	20
Recomendaciones Generales	21

Introducción

El Movimiento ciudadano Transformemos Honduras lleva 8 años trabajando e incidiendo para que las estructuras estatales del sector salud mejoren sus procesos y provean servicios de calidad a la población hondureña. A nivel local apoya las estructuras de sociedad civil con el fin que en conjunto se puedan llevar a cabo ejercicios de participación ciudadana a través de Auditoría Social a partir de los cuales puedan evidenciarse la realidad, sean estas buenas prácticas y/o falencias o puntos de mejora, con el fin de que las instituciones auditadas atiendan las recomendaciones y puedan elaborar un plan de mejora, el cual la misma sociedad civil local pueda dar seguimiento al cumplimiento o implementación.

A la fecha se han llevado a cabo dos procesos de Auditoría Social al Hospital de San Lorenzo (ubicado en la ciudad de este mismo nombre del departamento de Valle); el primero realizado el año 2014 y el segundo fue un seguimiento a las recomendaciones del informe anterior en el año 2016. En fecha 19 de enero del presente año la Lic. Alba Consuelo Flores como Directora del Hospital de San Lorenzo mediante nota solicitó a Transformemos Honduras que le realizaran una Auditoría Social al Hospital, y como respuesta Transformemos Honduras en conjunto con las estructuras de Sociedad Civil de la zona llevaron a cabo en los meses de febrero, marzo, abril y mayo otro ejercicio de Auditoría Social verificando en esta ocasión los avances en las recomendaciones pendientes del informe anterior, así como, la situación de los aspectos de: planificación, elaboración de lineamientos de organización, cultura organizacional, informes presentados a la Secretaría de Salud, abastecimiento de medicamentos y material médico, capacitaciones, inventarios, entre otros, todos estos aspectos basados en los compromisos que tenía el gestor que cumplir en el marco del Convenio con la Secretaría de Salud.

El presente informe describe el procedimiento realizado en la Auditoría Social, su metodología, también presenta los hallazgos identificados, así como propuestas de mejora que puedan implementarse por la administración del Hospital de San Lorenzo.

Objetivos

1. A través de un proceso de Auditoría Social revisar el cumplimiento de los procesos y compromisos de gestión del Hospital de San Lorenzo adquiridos con varias entidades incluyendo con la Secretaría de Salud.
2. Involucrar a la Sociedad Civil de San Lorenzo en procesos de participación ciudadana a través de una Auditoría Social al Hospital San Lorenzo, buscando así potenciar su liderazgo y reconocimiento local.
3. Presentar resultados y hallazgos como resultado de la Auditoría Social que sean utilizados por las Autoridades del Hospital de San Lorenzo en la elaboración de un Plan de Mejora a ser implementado.
4. Fortalecer al Hospital de San Lorenzo desde la intervención de la sociedad civil local como instrumento de control externo para en conjunto propiciar mejoras evidentes en la provisión de los servicios de salud que brinda el Hospital y especialmente en las áreas intervenidas por la Auditoría Social.

Metodología

El año a auditar fue la gestión del 2016. La Auditoría Social se desarrolló en los siguientes momentos:

1. Reunión con líderes locales donde se presentaron los objetivos de la Auditoría Social (AS), el plan de trabajo y se validaron los temas en que versaría la AS (09 de febrero de 2017).
2. Reunión con personal del Hospital para presentar la metodología de la AS, el plan de trabajo y los temas que serían abordados en la Auditoría social (09 de febrero de 2017).
3. Se revisó la normativa institucional que regula la labor de los Hospitales Descentralizados y se mantuvieron entrevistas con personal de la Unidad de Gestión Descentralizada de la Secretaría de Salud, ente que es el encargado de los procesos de descentralización de los establecimientos de salud (firma de convenios con gestores y su seguimiento), con la cual se obtuvieron los instrumentos de monitoreo que se aplican al gestor que administra el Hospital de San Lorenzo, con dichos insumos se elaboraron los instrumentos para la AS (10 de febrero al 15 de marzo de 2017).

Es importante resaltar que para elaborar los instrumentos de la AS se tomó en cuenta la nueva normativa establecida por la Secretaría de Salud mediante el Modelo de Gestión Hospitalaria.

El Modelo de Gestión Hospitalaria, se define como la forma explícita de organizar, dirigir y administrar unidades hospitalarias del sector público, fundamentando su diseño en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana, a través de diferentes instrumentos innovadores. La Nueva modalidad de gestión que se plantea para los hospitales es un medio para lograr el objetivo central del sistema de salud, que pretende asegurar a la población acceso a servicios de salud con calidad, con equidad en el financiamiento, eficiencia en la producción y participación ciudadana en su gestión. En base al nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria la organización de la gestión hospitalaria se sustenta en cuatro componentes: conducción, gestión de pacientes, gestión clínica y gestión de recursos, estos componentes se agrupan en dos grandes pilares: la (1) Mesogestión o Gestión Hospitalaria y (2) la Microgestión.

Ambos pilares introducen acciones innovadoras que persiguen como objetivos la calidad, efectividad y eficiencia en la red de servicios del Sistema de Salud, para responder a la misión establecida para el Segundo Nivel de Atención. En resumen el Modelo de Gestión Hospitalaria se resume en el siguiente esquema:



4. Se elaboraron 4 fichas de verificación y 1 encuesta de satisfacción al usuario externo. La Ficha 1 menciona compromisos que tiene el gestor en el componente de conducción según

el Modelo de Gestión Hospitalaria arriba descrito. La ficha dos compromisos relacionados con el componente de gestión de recursos y la ficha 3 con el componente de gestión de pacientes. La ficha 4 corresponde a las recomendaciones del informe de AS realizado en el año 2016 y las cuales de verificaría su cumplimiento o adopción. Por último, la encuesta de satisfacción que se iba aplicar a los pacientes se estructuró en base al modelo de encuesta que provee la Secretaría de Salud adicionándosele otros puntos de interés para los auditores.

5. Los instrumentos elaborados se validaron con la Sociedad Civil de San Lorenzo y posteriormente fueron presentados al Hospital (16 de marzo de 2017).
6. Se presentó al Hospital solicitud de información escrita detallando la información necesaria para realizar la AS y el tiempo de entrega de la misma (20 de marzo de 2017).
7. Recepción de la información solicitada, una parte se proveyó en digital y otra en físico, se dio seguimiento hasta obtener la mayor cantidad de información (03 y 06 de abril de 2017).
8. Aplicación de la encuesta de satisfacción a pacientes (18 y 19 de abril de 2017).
9. Verificación de información in situ, en el caso de la información que se debía verificar en el mismo Hospital, se realizó una visita al Hospital con el fin de verificar algunos aspectos de la AS (04 de mayo de 2017).
10. Análisis de la información y vaciado de encuesta por veedores sociales (05 de mayo de 2017).

Para el análisis de la información se utilizaron las fichas que se habían elaborado para el levantamiento de la información de cada ítem o aspecto solicitado, se le asignó una ponderación en base a la que igualmente la Secretaría de Salud asigna a los mismos ítems o aspectos en los monitoreos que realiza, en el marco de las obligaciones del gestor.

11. Elaboración de informe, tomando en cuenta las ponderaciones y valoraciones que dieron los veedores sociales en base a los medios de verificación facilitados por el Hospital de San Lorenzo.
12. Validación de informe con líderes locales y presentación del mismo al Hospital (29 de mayo), en cuyo espacio se da un derecho a réplica y oportunidad de proveer los medios de verificación que no se habían provisto anteriormente.
13. Elaboración del plan de mejora por parte del Hospital, tomando en cuenta las recomendaciones que detalla el informe de la AS.
14. Presentación pública del informe de AS y el plan de mejora en San Lorenzo, Valle.
15. Seguimiento de los compromisos del plan de mejora por parte de los líderes locales.

Resultados

Información Solicitada

El listado de la información que se necesitaba para realizar la Auditoría Social se trasladó a la Directora Ejecutiva del Hospital de San Lorenzo, igualmente se dio un término de 10 días para entregar la misma, pero no se facilitó toda la información solicitada en esta fecha, siendo necesario reprogramar otra entrega, pero nuevamente incumplieron en esta nueva fecha. En una segunda visita al Hospital se pidió nuevamente por escrito la información pendiente, la cual tampoco fue provista totalmente.

Los resultados que se presentan a continuación se muestran en dos líneas:

1. La cantidad de veces que fue solicitada la información que corresponde a un ítem/aspecto a evaluar y
2. El porcentaje de acceso a la información que se obtuvo al final por cada ítem/aspecto a evaluar.

La asignación de colores corresponde a:

- a. El color **verde**: entrega total de la información por cada ítem/aspecto a evaluar.
- b. El color **rojo**: entrega nula o parcial de la información por cada ítem/aspecto a evaluar.

Al final de cada cuadro hay una valoración promedio de los resultados de número de veces solicitada la información y el acceso a la misma y en la columna de observaciones se detalla la información que no se entregó y sustenta la nota asignada.

FICHA 1- Componente de Conducción					
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Información solicitada	Número de veces solicitada	% de acceso a la información	Observaciones
1	Elaborado el manual organizacional del hospital	1. Manual organizacional elaborado. 2. Informe (escrito o verbal) de avance de aprobación y utilización del Manual organizacional, <i>si es factible</i> .	1	100	
2	Aprobado el Reglamento Interno por la Secretaría del Trabajo y en implementación	1. Reglamento interno aprobado (por la Secretaría de Trabajo). 2. Informe de avance (escrito o verbal) de implementación del Reglamento.	1	100	
3	Hospital trabajando en base al plan estratégico	1. Plan operativo anual 2017 elaborado.	2	100	
4	Todos los procesos procedimientos de los sistemas priorizados del MGH están implementados	1. Hoja de ruta para implementación de procesos y procedimientos priorizados del MGH., aprobada por el DSSNA. 2. Informe de avance 2016 de la hoja de ruta. 3. Resultados de la aplicación del Check list.	2	58	No se obtuvo el oficio o nota de aprobación por la DSSNA, lo que se obtuvo fue una copia de correo electrónico pero que no hace referencia a nada de lo solicitado. Entregaron tres informes trimestrales del avance de la hoja de ruta, faltó un trimestre del año 2016. No se entregaron los resultados de la aplicación del Check List.
5	Hospital avanzando en la implementación del MGH	1. Oficio del DSSNA sobre el avance del Hospital en la implementación del MGH. 2. Informes trimestrales entregados al DSSNA sobre la implementación del MGH.	2	0	No se obtuvo ninguna información, y se entregaron unos informes trimestrales de monitoreo interno del avance en la implementación del MGH pero no que el DSSNA de constancia de los mismos.
6	Hospital generando informes	1. Oficio de la Región Sanitaria informando del cumplimiento. 2. Informes remitidos a la UGI de la Región Sanitaria y la SESAL.	2	83	Se obtuvieron los oficios de la Región donde remite los informes de producción a la UGI, así mismo, los informes del Hospital remitiendo informes estadísticos a la UGI (solo faltaron junio y octubre de 2016 de los oficios a la UGI).
7	Hospital avanzando en la cultura organizacional.	1. Informe de resultados de la encuesta. 2. Copias de las encuestas aplicadas.	2	100	
8	Hospital cumpliendo las medidas y recomendaciones en base a monitoreo	1. Informe de monitoreos y recomendaciones. 2. Informe de cumplimiento a recomendaciones.	2	50	Se obtuvieron los dos informes de monitoreo del año 2016, con sus respectivos informes de hallazgos y recomendaciones, pero no así los informes de cumplimiento a estas recomendaciones.
9	Todo el equipo de conducción deberá estar capacitado en el proceso de auditoría social y rendición de cuentas	1. Plan de capacitaciones, Listado de asistencia, ayuda memoria y fotos.	2	100	Según nota explicativa de la Dirección del Hospital la SESAL no ha provisto de los insumos para este apartado.

FICHA 1- Componente de Conducción					
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Información solicitada	Número de veces solicitada	% de acceso a la información	Observaciones
Totales (promedio)			78% de la información se pidió más de una vez	77%	

FICHA 2-Componente Gestión de Recursos					
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Información solicitada	Número de veces solicitada	% de acceso a la información	Observaciones
1	Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención materna e infantil	Se tomarán los meses de: febrero y septiembre para verificar por medio de los KARDEX si había abastecimiento de 2 medicamentos críticos de atención materno e infantil, estos números se deberán cotejar con las recetas de esos meses.	1	100	
2	Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención Médico - Quirúrgico	Se tomarán los meses de: febrero y septiembre para verificar por medio de los KARDEX si había abastecimiento de 2 medicamentos críticos de atención médico-quirúrgico, estos números se deberán cotejar con las solicitudes de las dependencias.	1	100	
3	Hospital abastecido con todo el material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	Se tomarán los meses de: febrero y septiembre para verificar por medio de los KARDEX si había abastecimiento de 2 materiales médico-quirúrgico, estos números se deberán cotejar con las solicitudes de material de las dependencias.	1	100	
4	Todo el personal que brinda atención materno neonatal está capacitado en la Norma Nacional Materno Neonatal actualizada	1. Programación de capacitaciones. 2. Informe de capacitaciones, listas de asistencia. 3. Norma nacional materno neo natal. 4. Plan de Capacitación.	1	75	No se obtuvo el documento de la norma nacional materno neo natal.
5	Sistema de información de gestión financiera implementado	1. Evidencias documentales del cumplimiento de las actividades planificadas. 2. Informes financieros del periodo 2016 evaluados.	2	75	Se obtuvo el contrato que se ha suscrito para la adquisición de sistema de información administrativa financiera del Hospital de San Lorenzo y el informe de la Auditoría de los estados financieros del 2016, no hay evidencias del cumplimiento de las actividades planificadas.
6	Hospital con inventario de bienes nacionales actualizado	1. Copia del Inventario de bienes nacionales actualizado. 2. Verificación In situ del inventario.	1	100	Se facilitó copia del inventario de una sala del Hospital (Pediatria) y se realizó con el mismo la verificación in situ.
Totales (promedio)			17% de la información se pidió más de una vez	92%	

FICHA 3-Componente Gestión de Pacientes					
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Información solicitada	Número de veces solicitada	% de acceso a la información	Observaciones
1	Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital están satisfechos (as) con la atención recibida.	1. Informe de resultados de la encuesta. 2. Copias de las encuestas aplicadas.	2	100	
Totales (promedio)			100% de la información se pidió más de una vez	100 %	

FICHA 4-Seguimiento Recomendaciones del Informe AS 2016					
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Información solicitada	Número de veces solicitada	% de acceso a la información	Observaciones
1	Revisar el Convenio Anual de Gestión y adecuarlo a las condiciones reales técnicas, administrativas, económicas y financieras tanto de la SESAL como del Gestor.	1. Convenio 2016 2. Convenio 2017. 3. Documentos de verificación del proceso de negociación.	2	100	- El Convenio 2016 no se obtuvo por medio del Hospital, sino que lo facilitó la UGD. - Con respecto al documento de verificación del proceso de negociación se acepta como entregado pero lo que se facilitó fue un documento de observaciones al Convenio y no tiene fecha que se remitió, ni a quien se envió el mismo y si hubo alguna respuesta.
2	Que se incorpore a durante el proceso de negociación de un nuevo contrato a representantes de la Comisión Ciudadana de Transparencia y al Comisionado Municipal.	1. Documentos de verificación del proceso de negociación. 2. Listados de asistencia. 3. Oficios de invitación a Sociedad Civil para este proceso.	2	33	- Con respecto al documento de verificación del proceso de negociación se acepta como entregado pero lo que se facilitó fue un documento de observaciones al Convenio y no tiene fecha que se remitió, ni a quien se envió el mismo y si hubo alguna respuesta. - No se obtuvieron los listados de asistencia, y oficios de invitación a Sociedad Civil para este proceso. - Según oficio presentado por el Hospital no se puede incluir a los actores de Sociedad Civil en la negociación del Convenio con la SESAL, por disposiciones normativas de esta. La Directora del Hospital expresó que si la Sociedad Civil quiere participar del proceso de negociación del convenio, deberá firmar con ellos y ser corresponsable con el Hospital.
3	Establecer comunicación al Departamento de Hospitales y solicitar que realicen las supervisiones requeridas.	1. Comunicación escrita del Hospital con el departamento de Hospitales. 2. Copia de las supervisiones.	2	100	Se obtuvieron los informes de supervisiones o monitorias que desarrolla la UGD (2 al año) en donde está involucrado personal del Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención (Departamento de Hospitales).
4	Aplicar lo dispuesto en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos.	1. Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos. 2. Informe (verbal/escrito) sobre su implementación.	1	50	Lo que se entregó fue un documento de Plan de Gestión Integral para el Manejo de los Residuos Hospitalarios, el cual incluye en parte la aplicación del Reglamento para el manejo de Desechos Peligrosos en el Hospital, pero no demuestra todo lo requerido.
5	Poner en funcionamiento el Portal de Transparencia con información actualizada en concordancia con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los "Lineamientos para Uniformizar los Portales de Transparencia" emitidos por el Instituto de Acceso a la Información Pública.	Verificación en la web del Portal de Transparencia del Hospital.	1	100	
6	Colocar un mural con información de interés para la gente que a diario visita el hospital o que no tiene acceso a la información publicada en los Portales de Transparencia o cualquier otro medio electrónico.	Verificación del mural de Transparencia del Hospital.	1	100	
7	Rendir cuentas durante el Cabildo Abierto establecido en la Ley de Municipalidades.	1. Informe de rendición de cuentas. 2. Fotografías. 3. Listados de asistencia.	2	33	- Se facilitó un informe de Rendición de Cuentas de los años 2014-2015. - No se dio informe, fotografías o listados de asistencia del evento de rendición de cuentas, y no fue un evento en el marco de la Ley de Municipalidades, sino en cumplimiento al compromiso que se tiene con la SESAL.
8	Solicitar a la Corporación Municipal de San Lorenzo la celebración al menos de un cabildo abierto anual para la rendición de cuentas al pueblo.	1. Solicitud a la municipalidad. 2. Fotografías. 3. Listados de asistencia. 4. Informe de rendición de cuentas.	2	0	No se obtuvo ninguna información.
9	Construir un Programa de Seguridad Integral con el acompañamiento de las diferentes instancias de sociedad civil a fin de que responda a sus propias necesidades y sea aceptado y respetado por todos.	1. Listados de asistencia de reuniones de construcción del programa. 2. Programa de Seguridad Integral.	2	25	No se obtuvo ninguna información. Lo único que se presentó fue un oficio donde se menciona que el Hospital cuenta con cámaras de seguridad, así como elementos de seguridad 24/7.
10	Capacitar a los empleados sobre los riesgos que se corre si no se usan los protectores de ojos.	1. Plan de Capacitación. 2. Listados de asistencia de capacitaciones.	2	50	Se facilitó copia de un informe de capacitación para personal técnico operativo del departamento de mantenimiento sobre medidas de seguridad y uso adecuado de herramientas de trabajo (cuyo documento no aplica a un plan de capacitación, pero que se considera) pero no se especificó fecha en que se realizó, tampoco se adjuntan listado de asistencia o fotografías de la capacitación misma. No hay constancia del seguimiento a la capacitación, según como lo mencionan los compromisos del informe que se presentó.

FICHA 4-Seguimiento Recomendaciones del Informe AS 2016					
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Información solicitada	Número de veces solicitada	% de acceso a la información	Observaciones
11	Colocar en el vehículo rótulos que permitan a la población enterarse que se transportan desechos hospitalarios y la peligrosidad de los mismos.	1. Verificación in situ del vehículo referido con los rótulos.	1	0	- El vehículo no estaba en la institución cuando se hizo la verificación in situ. - Mediante oficio se informó que el Hospital estaba en la adquisición de una planta de manejo de desechos sólidos, aunque esto no es suficiente justificativo para no haber adoptado acciones en todo este tiempo en el transporte de los desechos del Hospital al basurero municipal.
12	Adecuar el transporte para que al momento de trasladar los desechos peligrosos este herméticamente cerrado.	1. Verificación in situ del vehículo referido.	1	0	- El vehículo no estaba en la institución cuando se hizo la verificación in situ. - Mediante oficio se informó que el Hospital estaba en la adquisición de una planta de manejo de desechos sólidos, aunque esto no es suficiente justificativo para no haber adoptado acciones en todo este tiempo en el transporte de los desechos del Hospital al basurero municipal.
13	Solicitar al Cuerpo de Bomberos una capacitación sobre emergencias debido a incendios y la utilización de los extinguidores y colocarlos en las áreas por ellos identificadas como estratégicas.	1. Solicitud al cuerpo de bomberos. 2. Informe de capacitación. 3. Fotografías. 4. Listados de asistencia. 5. Verificar in situ.	2	25	Mediante oficio se informó que la capacitación con los bomberos se retomará después de terminada la construcción del edificio.
14	Capacitar a los responsables sobre la importancia de la identificación de los desechos y su etiquetado.	1. Plan de Capacitación. 2. Listados de asistencia de capacitaciones.	2	85	- Se proveyó de un plan de gestión integral para el manejo de los residuos hospitalarios, pero que no detalla acciones puntuales, ni responsables, tiempos definidos o en todo caso si ese plan era del año 2016. - Se entregó una agenda, la ayuda memoria y una presentación de la capacitación sobre medidas de seguridad, uso adecuado de los desechos hospitalarios, no especifica la fecha en la que se realizó, y se adjuntó un listado pero no detalla si es de la capacitación referida. - Se facilitó un documento de lineamientos para implementar el proceso de limpieza hospitalaria.
15	Conformar un comité interinstitucional para el manejo apropiado de los desechos. Este comité podría estar integrado por: - Miembros de la Fundación de Apoyo y Vigilancia Pro-mejoramiento del Hospital. - Representantes del Gobierno Local. - Dirección del hospital. - Representantes de los administradores del Sistema de Agua de San Lorenzo. - Representantes del Instituto de Conservación Forestal. - La Gobernación Departamental de Valle. - El Comisionado Municipal. - Representantes de Sociedad Civil: Red de Mujeres, Red de Jóvenes, CCT. Este comité interinstitucional podría trabajar en la construcción de un proyecto que tenga como objetivo manejar apropiadamente los desechos sólidos no solamente al interior del hospital sino también en su disposición final con el fin de que no contamine el aire, la tierra y las aguas subterráneas.	1. Oficio de conformación del Comité. 2. Ayudas memorias de reuniones. 3. Listados de asistencia. 4. Avances en el proyecto sobre desechos sólidos.	2	25	Mediante oficio se informó que el Hospital ya cuenta con un proyecto marco para el manejo de los desechos, y la conformación del Comité en todo caso deberá ser manejado a nivel regional.
Totales (promedio)			67% de la información se pidió más de una vez	48%	

Conclusión

En el caso de los ítems/aspectos de seguimiento a las recomendaciones del informe de Auditoría Social del 2016 se presentaron oficios justificativos de la no realización de la recomendación, a lo cual, a criterio de esta evaluación, se le otorga únicamente una cuarta parte del puntaje total, porque tampoco, en algunos casos, se presentó documentación soporte que sustente las justificaciones.

En total se obtuvo acceso a un 79% de la información solicitada. El 65% de la información se pidió más de una vez (en ambas ocasiones por escrito).

Total (promedio) General	
Número de veces solicitada	% de acceso a la información
65% de la información se pidió más de una vez	79

Auditoría Social

La metodología de trabajo en la Auditoría se basó en verificar el cumplimiento de los compromisos que ha adquirido el Hospital de San Lorenzo, en cuanto a los componentes de Conducción, Gestión de Recursos y Gestión de Pacientes, utilizando los instrumentos de monitoreo utilizados por la Secretaría de Salud. También se verificó el cumplimiento de las recomendaciones del informe de Auditoría Social del año 2016. En los resultados se va definiendo las recomendaciones por cada ítem/aspecto evaluado.

La asignación de colores corresponde a:

- c. El color **verde**: cumplimiento del 100% del ítem/aspecto evaluado.
- d. El color **rojo**: cumplimiento de menos de 100% del cada ítem/aspecto evaluado.

A continuación se detallan los resultados:

Ficha 1- Componente de Conducción		
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada por la Secretaría de Salud en Monitoreo/Evaluación 2016
1	Elaborado el manual organizacional del hospital	100
2	Aprobado el Reglamento Interno por la Secretaría del Trabajo y en implementación	100
3	Hospital trabajando en base al plan estratégico	100
4	Todos los procesos procedimientos de los sistemas priorizados del MGH están implementados	88
5	Hospital avanzando en la implementación del MGH	100
6	Hospital generando informes	81
7	Hospital avanzando en la cultura organizacional.	100
8	Hospital cumpliendo las medidas y recomendaciones en base a monitoreo	100
9	Todo el equipo de conducción deberá estar capacitado en el proceso de auditoría social y rendición de cuentas	100
Total (Promedio)		97%

Ficha 1- Componente de Conducción				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada en la Auditoría Social	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
1	Elaborado el manual organizacional del hospital	100	- Trabajaron Manual con modelo que da la SESAL y el Manual de Puestos y Salarios de Servicio Civil. Lo revisa Departamento de Hospitales de la SESAL. - El Manual está aprobado por la SESAL desde octubre 2016.	1. Elaborar un Plan de implementación gradual del Manual y socializarlo, para dar un seguimiento más preciso y así monitorear la apropiación del mismo por parte de los empleados.

			Los contratos de enero 2017 a la fecha tienen las funciones del Manual.	2. Colocar al Manual número de edición y fecha de actualización.
2	Aprobado el Reglamento Interno por la Secretaría del Trabajo y en implementación	100	- Hay constancia de la Secretaría de Trabajo que la aprobación del Reglamento está en proceso. - La Secretaría de Trabajo ha remitido observaciones al reglamento y el Hospital ha dado respuesta a las mismas. - Los sindicatos no quisieron incluirse en ninguna de las reuniones de elaboración o validación del Reglamento.	1. Colocar al Reglamento número de edición y fecha de actualización. 2. El Hospital debería buscar alternativas para mejorar la relación con los sindicatos y como opción podría gestionar la medicación de la Sociedad Civil en esta tarea. 3. Dar un efectivo seguimiento de la aprobación del Reglamento por la Secretaría de Trabajo. 4. Confirmar que la Secretaría de Trabajo no permite incluir en el proceso de elaboración del Reglamento al personal de servicio civil.
3	Hospital trabajando en base al plan estratégico	100	Se cuenta con el POA 2017 (planificación operativa, presupuestaria y de producción del Hospital).	
4	Todos los procesos procedimientos de los sistemas priorizados del MGH están implementados	53	Se proveyó el plan de implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria para el año 2016 (que corresponde a la hoja de ruta), igualmente tres informes de monitoreo interno (que no tienen detalle de avance, y propuestas de mejora, sino solo asignación de colores de semáforo para el cumplimiento de las actividades) y el resultado de la evaluación y un monitoreo (del periodo del 1ero mayo al 31 de agosto 2016) por parte de la SESAL. No se obtuvieron los oficios o autorizaciones del plan de implementación de MGH. No se obtuvo los resultados de la aplicación del check list. El único documento que se proveyó fueron los informes trimestrales de avance del Plan de Implementación del MGH, este es un documento interno y no hay constancia del avance de este plan, según lo que informa la SESAL.	1. El Plan de implementación del MGH debería de incluir responsables y detalle de tiempos para ser más operativo y eficiente. 2. Si en los monitoreos de la SESAL se hace levantamiento de fichas que demuestran el cumplimiento del Hospital en el plan de implementación del MGH, el Hospital debe tener constancia de los mismos e igualmente se debería dar seguimiento de los avances y de los pendientes en el plan.
5	Hospital avanzando en la implementación del MGH	0	No se obtuvo ninguna información, y se entregaron unos informes trimestrales de monitoreo interno del avance en la implementación del MGH pero no que el DSSNA de constancia de los mismos.	
6	Hospital generando informes	83	Se obtuvieron los oficios de la Región donde remite los informes de producción a la UGD, así mismo, los informes del Hospital remitiendo informes estadísticos a la UGI (solo faltaron junio y octubre de 2016).	
7	Hospital avanzando en la cultura organizacional.	100	Se obtuvo el informe de resultados de la encuesta de usuario interno del año 2016 y se tuvieron a la vista las encuestas aplicadas.	
8	Hospital cumpliendo las medidas y recomendaciones en base a monitoreo	50	Se obtuvieron los dos informes de monitoreo del año 2016, con sus respectivos informes de hallazgos y recomendaciones, pero no así los informes de cumplimiento a estas recomendaciones.	
9	Todo el equipo de conducción deberá estar capacitado en el proceso de auditoría social y rendición de cuentas	100	Según nota explicativa de la Dirección del Hospital la SESAL no ha provisto de los insumos para este apartado. Los insumos para esta capacitación según justificación debían ser provistos por la SESAL, y como no los ha facilitado no se han realizado estas capacitaciones.	1. Programar capacitaciones sobre Auditoría Social incluyendo a la Sociedad Civil de San Lorenzo que desarrolle estos ejercicios de Auditoría Social u otros actores técnicos que conozcan de los temas, reforzando la cultura de transparencia y apertura de datos en los empleados a todo nivel.
Totales (Promedio)		76%		

Ficha 2- Componente de Gestión de Recursos		
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada por la Secretaría de Salud en Monitoreo/Evaluación 2016
1	Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención materna e infantil	100
2	Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención Médico - Quirúrgico	100
3	Hospital abastecido con todo el material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	100

Ficha 2- Componente de Gestión de Recursos		
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada por la Secretaría de Salud en Monitoreo/Evaluación 2016
4	Todo el personal que brinda atención materno neonatal está capacitado en la Norma Nacional Materno Neonatal actualizada	100
5	Sistema de información de gestión financiera implementado	83
6	Hospital con inventario de bienes nacionales actualizado	95
Totales (Promedio)		96%

Ficha 2- Componente de Gestión de Recursos				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada en la Auditoría Social	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
1	Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención materna e infantil	100	- Se verificó in situ la disponibilidad de dos medicamentos críticos para la atención materna e infantil, siendo seleccionados el Acetaminofén y las multivitaminas pediátricas con los cuales se revisó los KARDEX y las recetas del 30 de septiembre de 2016 ubicados en la Farmacia del Hospital, resultando: a. KARDEX: Multivitaminas Pediátricas= 19 unidades b. Recetas: Multivitaminas Pediátricas= 19 unidades c. KARDEX: Acetaminofén=461 unidades d. Recetas: Acetaminofén=461 unidades - También se verificó recetas y KARDEX del 25 de febrero del 2016, resultando: a. KARDEX: Multivitaminas Pediátricas= 6 unidades b. Recetas: Multivitaminas Pediátricas= 6 unidades c. KARDEX: Acetaminofén=690 unidades d. Recetas: Acetaminofén=690 unidades	1. Verificar porque se utiliza tan poco el multivitamínico.
2	Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención Médico - Quirúrgico	100	- Se verificó in situ la disponibilidad de un medicamento crítico para la atención médico - quirúrgico, siendo seleccionado el ácido fólico, con el cual se revisó los KARDEX y las solicitudes de medicamentos de la farmacia ubicadas en la el Almacén del Hospital, resultando: <u>01 de febrero de 2016:</u> a. KARDEX: Ácido Fólico= 5,000 unidades. b. Solicitud de Farmacia: Ácido Fólico= 5,000 unidades. <u>08 de febrero de 2016:</u> a. KARDEX: Ácido Fólico= 4,000 unidades. b. Solicitud de Farmacia: Ácido Fólico= 4,000 unidades. <u>15 de febrero de 2016:</u> a. KARDEX: Ácido Fólico= 3,000 unidades. b. Solicitud de Farmacia: Ácido Fólico= 3,000 unidades. <u>22 de febrero de 2016:</u> a. KARDEX: Ácido Fólico= 4,000 unidades. b. Solicitud de Farmacia: Ácido Fólico= 4,000 unidades. <u>29 de febrero de 2016:</u> a. KARDEX: Ácido Fólico= 5,000 unidades. b. Solicitud de Farmacia: Ácido Fólico= 5,000 unidades. - Haciendo un total de 21,000 unidades de Ácido Fólico que fueron trasladadas del almacén a la farmacia del Hospital en el mes de febrero de 2016.	
3	Hospital abastecido con todo el material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	100	Se verificó in situ la disponibilidad de un material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria, siendo seleccionado el suero cloruro de sodio al 9% 1000 ml., con el cual se revisó los KARDEX y los pactos de stock de insumos de las salas del Hospital, (ambos documentos los custodia el Almacén) resultando: a. Periodo verificado: Septiembre 2016 b. 5,000 en existencia del mes, según KARDEX. c. Revisados los Pactos de Stock de la Sala de Cirugía. d. Los datos encontrados en el KARDEX y el Pacto de Stock fue el mismo, bajo este detalle semanal de entregas del Almacén a la Sala de Cirugía: 07 de septiembre=12 bolsas, 22 de septiembre=12 bolsas y 28 de septiembre=12 bolsas.	

Ficha 2- Componente de Gestión de Recursos				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada en la Auditoría Social	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
4	Todo el personal que brinda atención materno neonatal está capacitado en la Norma Nacional Materno Neonatal actualizada	75	- El plan que se presenta de capacitación sobre el Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE) no se desarrolló igual en la práctica, algunas ayudas memorias están incompletas. - No se proveyó de la norma Nacional Materno Neonatal actualizada. - Se presentó ayuda memoria de temas adicionales a lo planificado, como ser: la socialización de cambios en normas CONE. - Algunos listados de asistencia son de personal administrativo, no médicos ni enfermeras, las fotografías presentadas son de una sola reunión y solo como dos de otra, no de todas las que se hacen referencia en las ayudas memorias.	- Elaborar un plan anual de capacitación de la Norma Neonatal actualizada. - Llevar a cabo más capacitaciones y planificaciones de mejora, llevando un seguimiento del resultado de las capacitaciones.
5	Sistema de información de gestión financiera implementado	90	- Se obtuvo el contrato que se ha suscrito para la adquisición de sistema de información administrativa financiera del Hospital de San Lorenzo y el informe de la Auditoría de los estados financieros del 2016, no hay evidencias del cumplimiento de las actividades planificadas. - El contrato que se presentó se firmó el 07 de marzo de 2017, lo que no conocemos es si el mismo es producto de algún proceso de concurso para este fin y que se desarrolló en el año 2016.	
6	Hospital con inventario de bienes nacionales actualizado	100	- Hay dos inventarios: SIAFI y el del Hospital. Hay mobiliario viejo que no está en SIAFI. - Se realizó una verificación in situ del inventario, en la sala de pediatría, y se encontró que todos los bienes dentro de la sala estaban inventariados, en una u otra base de datos, ya que el inventario está siendo migrado gradualmente a SIAFI en su totalidad.	Terminar de incluir todo el mobiliario en el SIAFI.
Totales (Promedio)		94%		

Ficha 3- Componente de Gestión de Pacientes		
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada por la Secretaría de Salud en Monitoreo/Evaluación 2016
1	Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital están satisfechos (as) con la atención recibida.	100
Totales (Promedio)		100%

Ficha 3- Componente de Gestión de Pacientes				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota asignada en la Auditoría Social	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
1	Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital están satisfechos (as) con la atención recibida.	100	Se proveyó del informe de encuesta a los pacientes e igualmente se dio acceso a las encuestas levantadas.	
Totales (Promedio)		100%		

Ficha 4- Recomendaciones Informe AS 2016				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
1	Revisar el Convenio Anual de Gestión y adecuarlo a las condiciones reales técnicas, administrativas, económicas y financieras tanto de la SESAL como del Gestor.	65	Presentaron un documento donde se detallan observaciones al Convenio pero sin especificación de fecha de envío o a quien se le remitió.	1. Dejar documentación soporte del proceso de negociación del convenio, igualmente dejar evidencias de las falencias que tiene la SESAL a fin de documentar el incumplimiento por su parte.
2	Que se incorpore durante el proceso de negociación de un nuevo contrato a representantes de la Comisión Ciudadana de Transparencia y al Comisionado Municipal.	50	- Según oficio presentado por el Hospital no se puede incluir a los actores de Sociedad Civil en la negociación del Convenio con la SESAL, por disposiciones normativas de esta. La Directora del Hospital expresó que si la Sociedad Civil quiere participar del proceso de negociación del convenio, deberá firmar con ellos y ser corresponsable con el Hospital. - Después de la presentación del informe de Auditoría Social 2016 no se realizó ninguna acción con respecto a este punto.	1. Asegurarse y dejar constancia por escrito que la SESAL no prohíba que en las sesiones de negociación del Convenio puedan participar veedores sociales, identificando la norma legal que lo ampara.
3	Establecer comunicación al Departamento de Hospitales y solicitar que realicen las supervisiones requeridas.	100	Se obtuvieron los informes de supervisiones o monitorias que desarrolla la UGD (2 al año) en donde está involucrado personal del Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención.	
4	Aplicar lo dispuesto en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos.	60	- El Hospital ha recibido donación de una planta de Desechos Peligrosos, que incluye la trituradora de agujas, la cual no han recibido aún y que se espera tener a finales de este año. - El manejo de desechos está funcionando igual. - No se pudo constatar que haya una sola persona para llevar la basura al botadero municipal. - Se observó en los pasillos del Hospital una persona recogiendo basura que no andaba todo el equipo de protección, solo mascarilla, guantes quirúrgicos y camiseta. - Verbalmente personal del Hospital comentó que se ha hecho conciencia en las personas del botadero en que no abran las bolsas rojas y que han tenido resultados satisfactorios con esto.	- Llevar un mayor control sobre la utilización de los implementos de protección que debe utilizar el personal que maneja los desechos peligrosos hospitalarios. - Establecer una ruta crítica para traslado de los desechos desde el Hospital hasta al botadero municipal. - Definir las acciones a realizar mientras se instala la maquina donada y que permitan la aplicación del Reglamento para el manejo de Desechos Peligrosos.
5	Poner en funcionamiento el Portal de Transparencia con información actualizada en concordancia con lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los "Lineamientos para Uniformizar los Portales de Transparencia" emitidos por el Instituto de Acceso a la Información Pública.	100	El Portal de Transparencia de SESAL se encuentra información del Hospital de San Lorenzo, según corresponda en base a los lineamientos emanados del Instituto de Acceso a la Información Pública, como ser: - Organigrama del Hospital. - Licitaciones. - Transferencias de la SESAL al Hospital. - Ventas, relacionado a los fondos recuperados, - Compras menores licitaciones (compras) publicados por Hospitales. - Atribuciones por unidad administrativa, en general y el de Hospitales y Regionales. - Remuneración Mensual de empleados. - Información Catastral. Según la Unidad de Transparencia toda la información deberá seguirse publicando en el Portal de Transparencia Institucional hasta que el Instituto de Acceso a la Información Pública decida lo contrario.	
6	Colocar un mural con información de interés para la gente que a diario visita el hospital o que no tiene acceso a la información publicada en los Portales de Transparencia o cualquier otro medio electrónico.	0	Tienen un mural estadístico dentro de una oficina y oculto de la población.	1. Instalar en un lugar visible y con información de interés a los pacientes.
7	Rendir cuentas durante el Cabildo Abierto establecido en la Ley de Municipalidades.	60	- Se realizó un evento de Rendición de Cuentas en Tegucigalpa y otro en San Lorenzo, no fueron eventos de asistencia abierta sino con invitaciones privadas y personales. - El Hospital facilitó un informe de Rendición de cuentas de 2014-2015.	- Abrir más la convocatoria y que la misma sea a través de la Alcaldía, como lo indica la Ley de Municipalidades. - Que la información a proveer sea clara y precisa, así como detallar comparativos de un año a otro.
8	Solicitar a la Corporación Municipal de San Lorenzo la celebración al menos de un cabildo abierto anual para la rendición de cuentas al pueblo.	0	No se obtuvo ninguna información de este ítem.	
9	Construir un Programa de Seguridad Integral con el acompañamiento de las diferentes instancias de sociedad civil a fin de que responda a sus	0	- No se obtuvo la información solicitada en este ítem. - Únicamente se presentó un oficio donde se menciona que el Hospital cuenta con cámaras de seguridad, así como elementos de seguridad 24/7.	1. Fortalecer el sistema de seguridad del Hospital, implementando reglas claras de ingreso, estadía y salida de las instalaciones del Hospital, entre otros factores, desde el punto de vista más integral y no solo vista que la seguridad son guardias y cámaras.

Ficha 4- Recomendaciones Informe AS 2016				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
	propias necesidades y sea aceptado y respetado por todos.			
10	Capacitar a los empleados sobre los riesgos que se corre si no se usan los protectores de ojos.	50	- Se facilitó copia de un informe de capacitación para personal técnico operativo del departamento de mantenimiento sobre medidas de seguridad y uso adecuado de herramientas de trabajo, pero no se especificó fecha en que se realizó, tampoco se adjuntan listado de asistencia o fotografías de la capacitación misma. No hay constancia del seguimiento a la capacitación, según como lo mencionan los compromisos del informe que se presentó. - Lo presentado no correspondía a un plan sino solo al informe de una capacitación aislada y sin seguimiento alguno.	1. Realizar un plan de implementación integral del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos tanto para los empleados que manejan estos desechos como para la población en general (empleados y usuarios), dando seguimiento al mismo.
11	Colocar en el vehículo rótulos que permitan a la población enterarse que se transportan desechos hospitalarios y la peligrosidad de los mismos.	0	El vehículo no estaba en la institución cuando se hizo la verificación in situ. Mediante oficio se informó que el Hospital estaba en la adquisición de una planta de manejo de desechos sólidos, aunque esto no es suficiente justificativo para no haber adoptado acciones en todo este tiempo en el transporte de los desechos del Hospital al basurero municipal.	
12	Adecuar el transporte para que al momento de trasladar los desechos peligrosos este herméticamente cerrado.	0	El vehículo no estaba en la institución cuando se hizo la verificación in situ. Mediante oficio se informó que el Hospital estaba en la adquisición de una planta de manejo de desechos sólidos, aunque esto no es suficiente justificativo para no haber adoptado acciones en todo este tiempo en el transporte de los desechos del Hospital al basurero municipal.	
13	Solicitar al Cuerpo de Bomberos una capacitación sobre emergencias debido a incendios y la utilización de los extinguidores y colocarlos en las áreas por ellos identificadas como estratégicas.	0	- Mediante oficio se informó que la capacitación con los bomberos se retomará después de terminada la construcción del edificio. - A pesar de la justificación presentada, la misma no se acepta como válida debido a que independientemente de la construcción los riesgos de incendios son latentes y deben realizarse acciones alternas sin importar que la construcción no haya terminado.	1. Desarrollar un plan de capacitaciones y/o otras acciones alternativas para prevenir emergencias debido a incendios sin importar si están en construcción o no.
14	Capacitar a los responsables sobre la importancia de la identificación de los desechos y su etiquetado.	85	- Se proveyó un plan de gestión integral para el manejo de los residuos hospitalarios, pero que no detalla acciones puntuales, ni responsables, tiempos definidos o en todo caso si ese plan era del año 2016. - Se entregó una agenda, la ayuda memoria y una presentación de la capacitación sobre medidas de seguridad, uso adecuado de los desechos hospitalarios, no especifica la fecha en la que se realizó, y se adjuntó un listado pero no detalla si es de la capacitación referida. - Se facilitó un documento de lineamientos para implementar el proceso de limpieza hospitalaria. - Solo se reportó una capacitación al año, lo cual parece poco, y tampoco hay constancia de un seguimiento a la misma.	1. Realizar un plan de implementación integral del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos tanto para los empleados que manejan estos desechos como para la población en general (empleados y usuarios), dando seguimiento al mismo.
15	Conformar un comité interinstitucional para el manejo apropiado de los desechos. Este comité podría estar integrado por: - Miembros de la Fundación de Apoyo y Vigilancia Mejoramiento del Hospital. - Representantes del Gobierno Local. - Dirección del hospital. - Representantes de los administradores del Sistema de Agua de San Lorenzo. - Representantes del Instituto de Conservación Forestal. - La Gobernación Departamental de Valle. - El Comisionado Municipal. - Representantes de Sociedad Civil: Red de Mujeres, Red de Jóvenes, CCT. Este comité interinstitucional podría trabajar en la construcción de un proyecto que tenga como objetivo manejar apropiadamente los desechos sólidos no solamente al interior del hospital sino también en su disposición final con el fin de	0	- Mediante oficio se informó que el Hospital ya cuenta con un proyecto para el manejo de los desechos, y la conformación del Comité en todo caso deberá ser manejado a nivel regional. - En esta AS se está verificando lo desarrollado en el año 2016, y la justificación refiere a algo más actual, pero no justifica que no se atendió la recomendación después de emitida en el informe de AS 2016.	1. Coordinar con las diferentes instancias de la comunidad (alcaldía, región sanitaria, gobernación sociedad civil, etc.) una estrategia de utilización de la planta de tratamiento de desechos que ha sido donado al Hospital y que puede servir para uso comunitario, beneficiando a toda la población de San Lorenzo y sus alrededores.

Ficha 4- Recomendaciones Informe AS 2016				
Nº	Ítem/aspecto a evaluar	Nota	Consideraciones para la asignación de la nota	Recomendaciones Específicas
	que no contamine el aire, la tierra y las aguas subterráneas.			
Total (Promedio)		38%		

Conclusión

Es importante recalcar que la asignación de resultados en los últimos cuadros de análisis de la información facilitada, se basó en los medios de verificación que se solicitan en los monitoreos la SESAL, por lo que se evaluó en base a evidencias presentadas y la calidad de las mismas y que apunten al cumplimiento de los ítems evaluados.

El Hospital no facilitó medios de verificación en muchos de los ítem/aspectos que se evaluaron en todo caso se entregó información fuera de contexto o no correspondiente.

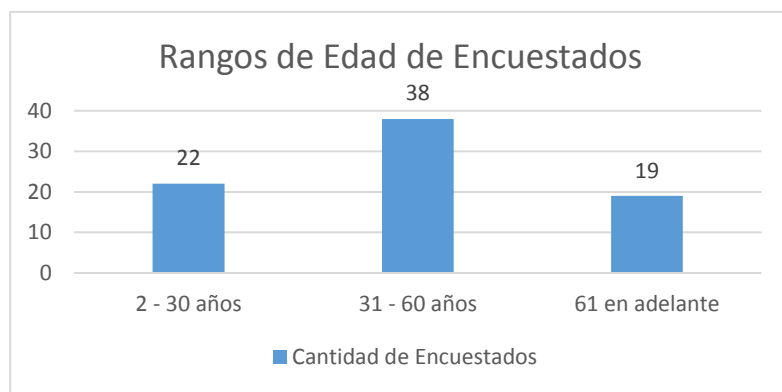
En general, según el monitoreo de la Secretaría, el Hospital San Lorenzo obtuvo un 98% de cumplimiento de sus compromisos en los aspectos evaluados por la Auditoría Social, pero la Auditoría Social asignó una ponderación de 90% a estos mismos aspectos evaluados por la SESAL, habiendo una diferencia de un 8% entre ambas evaluaciones.

Con relación al cumplimiento de las recomendaciones del Informe de Auditoría Social 2016 el Hospital San Lorenzo logró demostrar un cumplimiento de un 38%, evidenciando así la falta de interés de atender las recomendaciones que se establecen a partir de las Auditorías realizadas.

Sumando ambas evaluaciones el Hospital de San Lorenzo obtiene un **64%** de cumplimiento de los aspectos evaluados según esta Auditoría Social realizada.

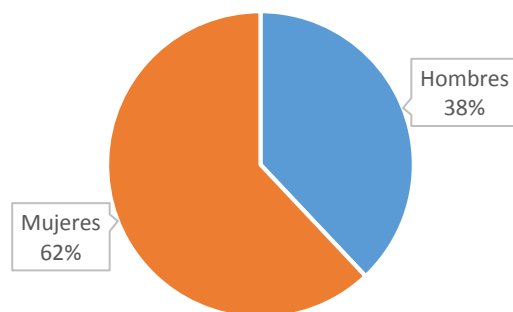
Encuesta de Satisfacción de Pacientes

De un total de 79 personas encuestadas, 22 se encontraban en un rango de edad de 2 a 30 años, 38 de 31 a 60 años de edad, y 19 de 61 años en adelante.



Fuente: Base de datos encuestas

Encuestados por Sexo

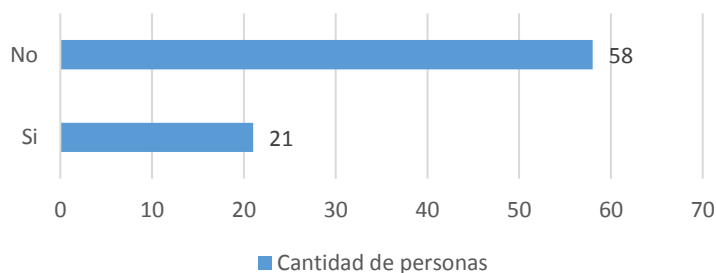


Fuente: Base de datos encuestas

La mayoría de las encuestas fueron llenadas por mujeres, representando el 62% (49 personas) de los encuestados, mientras que los hombres representan el 38% (30 personas).

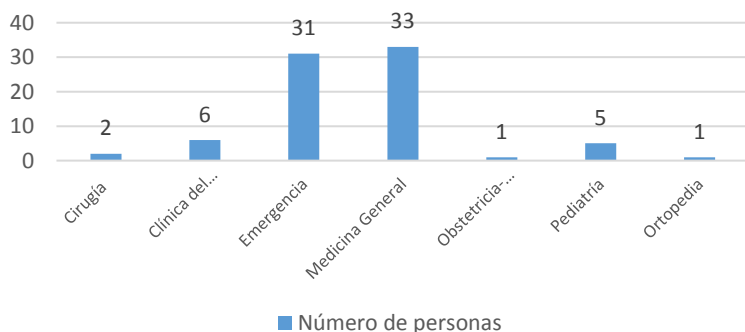
Solo el 27% (21 personas) de los encuestados mencionaron haber sido remitidos de un establecimiento de salud (ES) de primer nivel hacia el Hospital, entre los cuales tenemos a los Centros de Salud de Nacaome, Aramecina, Pespire, Langué, Arada, Las Lajas, Puerto Grande y hasta el Hospital del Sur (Cholulteca). En promedio el tiempo de espera o de atención de una remisión al Hospital es el 1.6 días.

de personas remitidas de un ES de primer nivel



Fuente: Base de datos encuestas

de personas por lugar de atención



Fuente: Base de datos encuestas

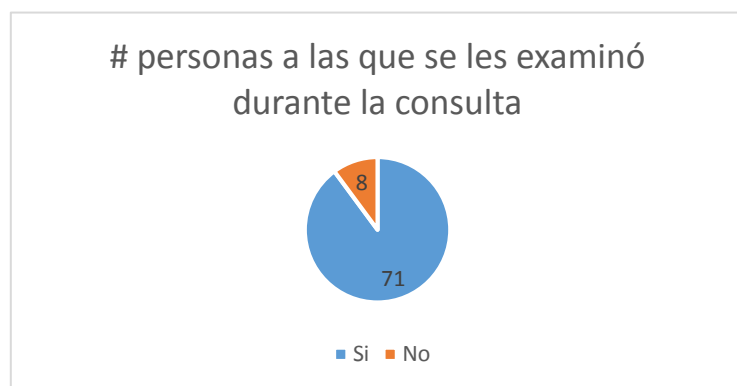
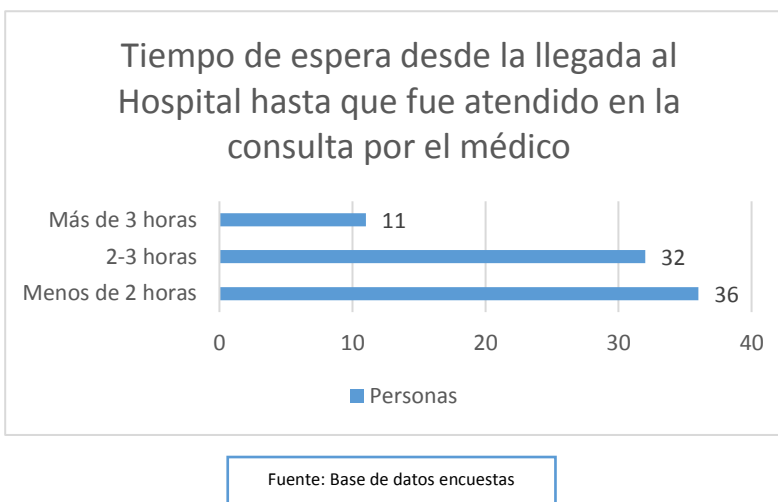
En su mayoría los encuestados fueron atendidos en medicina general y emergencia del Hospital (64 personas), el 30% de los pacientes refirieron que era la primera vez que asistía a esta consulta y el 70% manifestó lo contrario. El dato anterior denota que al Hospital lo visita muy recurrentemente la misma población para

recibir los servicios sanitarios que brinda. Del 70% antes mencionado el 79% esperó más de un mes para su cita programada. Y sólo un 21% esperó menos de 30 días para ser atendido. Así

mismo, el 65% los pacientes atendidos consideraron que el tiempo de espera fue aceptable, el 20% consideró que fue mucho y un 15% que fue poco el tiempo de espera.

El 46% (36 personas) de los encuestados expresaron que esperaron menos de 2 horas para ser atendidos desde su entrada al Hospital y el 40% (32 personas) de 2-3 horas y el 14% (11 personas) más de 3 horas.

El 62% de los encuestados consideró aceptable este tiempo de espera, mientras que el 30% le pareció mucho y el 8% poco.



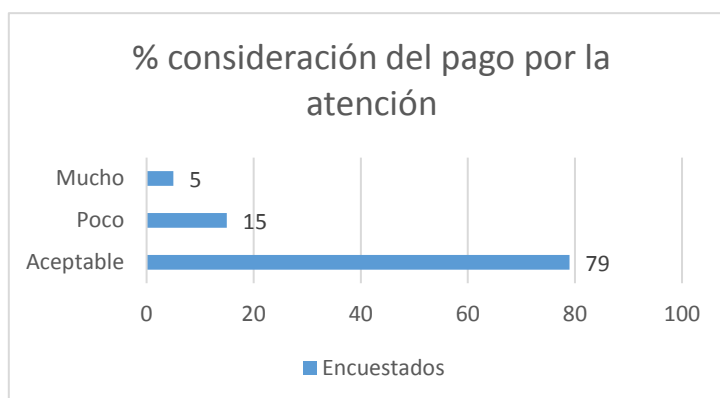
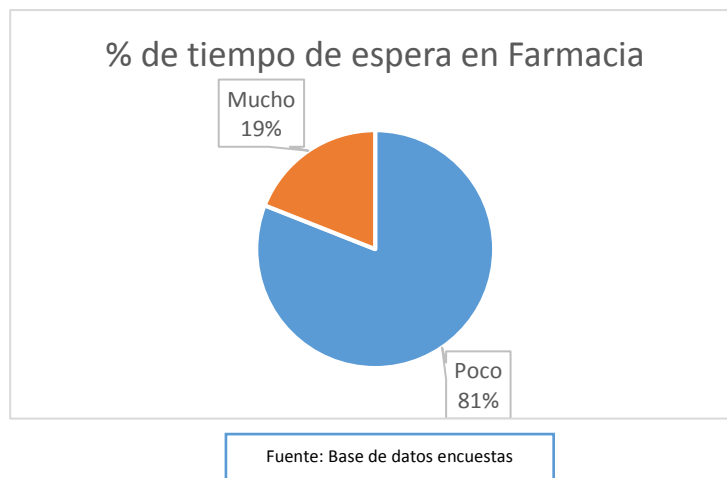
Al preguntarle a los encuestados si durante la consulta la persona que les atendió les examinó, el 90% (71 personas) de los mismos contestó que sí fueron examinados y un 10% (8 personas) de que no, siendo este 10% atendido en Medicina General, Pediatría y emergencia (unos pacientes mencionaron dos doctores uno apellido Ruiz y otro Pavón). 4 pacientes mencionaron

que durante la atendidos en

encuestados expresaron que durante la consulta quien lo atendió le explicó con palabras claras su enfermedad/estado de salud, un 20% más o menos y un 4% no recibió con palabras claras el diagnostico de su enfermedad o estado de salud. Así mismo, para recibir instrucciones sobre el tratamiento el 94% contestó si y más o menos haberlas recibido y un 6% restante no haberlas recibido.

consulta entró alguien a interrumpir, siendo ellos emergencia y medicina general. El 76% de los

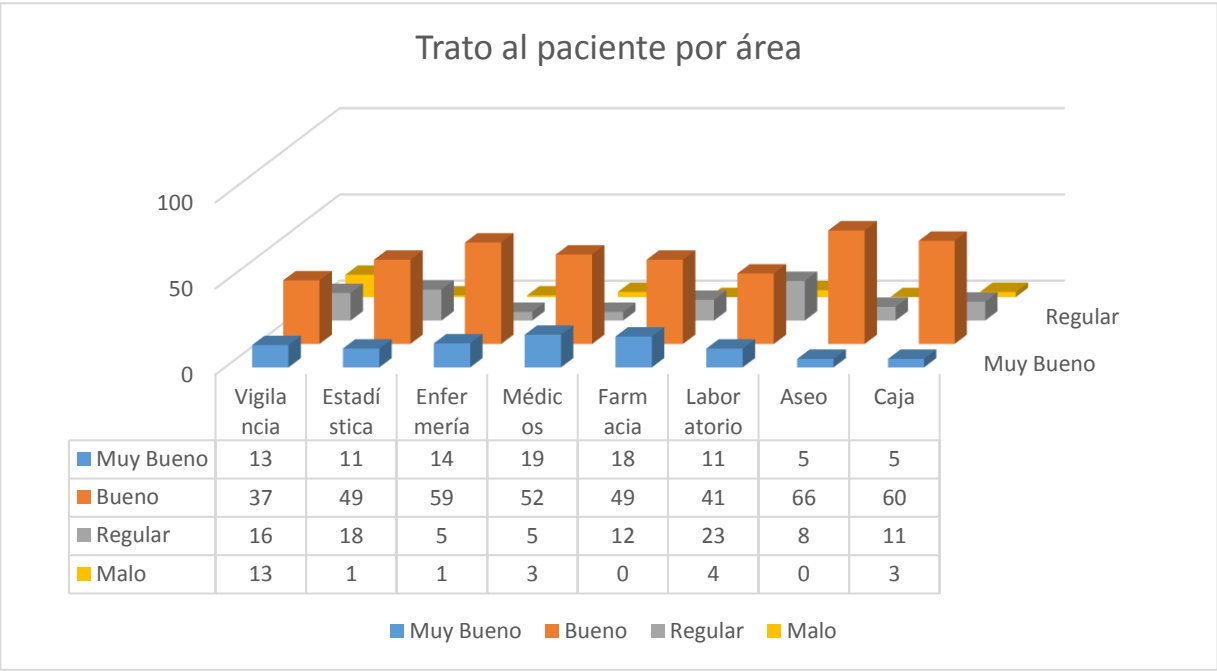
El 81% de los pacientes encuestados consideraron poco el tiempo que esperaron en farmacia para ser atendidos. El 74% recibieron completo el medicamento que se les había recetado, de los cuales un 3% no recibió indicaciones del uso del medicamento, un 73% si las recibieron y un 24% aseguró haberlas recibido a medias.



Fuente: Base de datos encuestas

El 79% de los encuestados expresaron que el pago por la atención recibida era aceptable, y solo un 5% que era mucho.

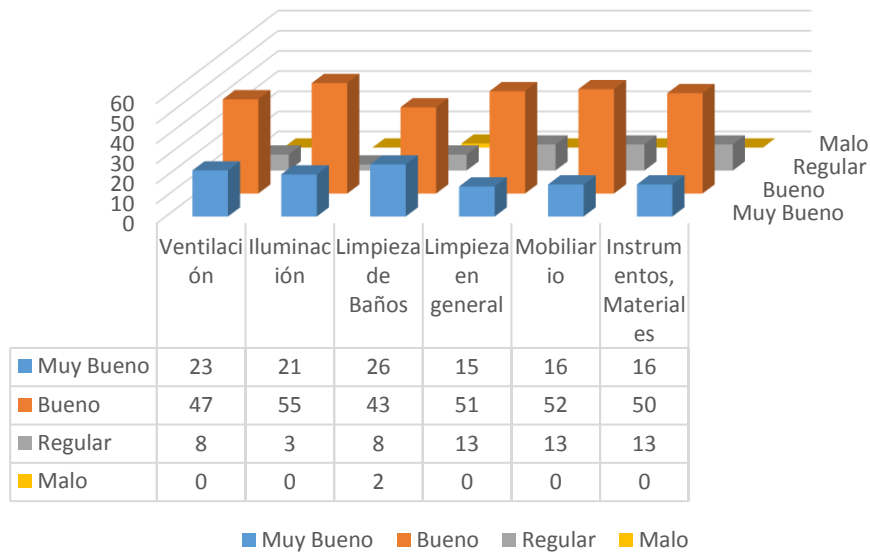
Del total de personas encuestadas el 92% expresó que se le había resuelto su problema de salud.



Fuente: Base de datos encuestas

Los pacientes encuestados evidencian un buen trato por las diferentes dependencias enunciadas, teniendo mayores quejas de obtener un servicio entre malo y regular de Laboratorio, Vigilancia y Estadística, por el contrario enfermería, los médicos y el personal de aseo los mejores calificados con un trato entre muy bueno y bueno en la atención que brindan.

Condiciones de las instalaciones del Hospital



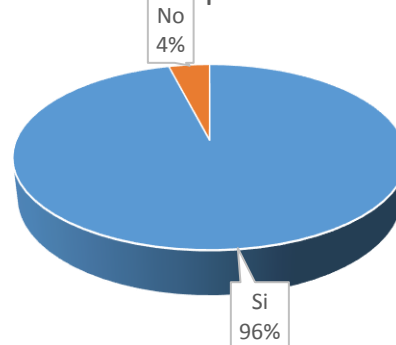
Fuente: Base de datos encuestas

Los encuestados consideraron la iluminación y la ventilación de Hospital como en condiciones muy buenas y buenas, en cambio se consideró la limpieza en general y los instrumentos-materiales como áreas donde se debía mejorar.

En cuanto a la apertura del Hospital para proveer información, el 76% de los encuestados expresaron no haber escuchado o informado sobre todos los servicios que presta el Hospital a la población. Y un 89% mencionó no haber recibido información sobre la gestión y administración del Hospital.

En cambio, un 96% exteriorizó estar interesado en recibir información por parte del Hospital.

Le interesa recibir información del Hospital



Fuente: Base de datos encuestas

Conclusiones

1. El Hospital no fue tan abierto a proveer información, sólo un 79% de la información requerida fue facilitada, el 65% de la información se solicitó más de una vez, y al final sólo se obtuvo una parte de la misma; sin contar la oportunidad que se dio para proveer la información después de socializado el informe de Auditoría, previo a la presentación pública del mismo.

2. Es importante revisar los aspectos en los cuales hay diferencia entre la evaluación de la Auditoría Social y la elaborada por la Secretaría de Salud (la cual representa un 8% de diferencia entre ambas), tomando en cuenta las consideraciones y recomendaciones que se han mencionado en cada aspecto.
3. Resulta evidente que el Hospital no toma en cuenta las recomendaciones que emanan de los informes de Auditoría Social, ya que en seguimiento a las recomendaciones del informe anterior (2016), en total 15, solo se atendieron dos y seis en cierto avance.

Recomendaciones Generales

1. Los resultados y hallazgos de este informe deben ser considerados como prioridad para la elaboración de un Plan de Mejora por parte de la administración del Hospital San Lorenzo.
2. El plan de Mejora entre otros debe incluir:
 - a. Fortalecer y capacitar a todo el personal del Hospital en la normativa de transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas, con participación de la Sociedad Civil de la comunidad, con el fin de quitar el estigma de que no se debe dar información y que debe haber una cultura de puertas cerradas.
 - b. La Secretaría de Salud y el Hospital deberán revisar los aspectos que se están verificando en el marco del Convenio firmado, ya que no solo debe verse un cumplimiento de forma, sino también de fondo y de calidad en cada uno de los compromisos.
 - c. Atender las recomendaciones específicas y generales del presente informe y rendir cuentas periódicas del cumplimiento de las mismas.
 - d. Proporcionar información a la población mediante murales ubicados en los pasillos del Hospital, identificando la información de interés o bien preguntando a los usuarios mediante encuestas que información es a la que quisieran acceder.
 - e. Se debe asegurar que la Sociedad Civil (SC) de San Lorenzo que participó en esta Auditoría Social participen en la elaboración de ese Plan de Mejora junto con los encargados del Hospital San Lorenzo y lograr un compromiso de que ellos (SC) darán seguimiento a su implementación.