



INFORMES HOSPITALARIOS ANUALES EN EL MARCO  
 DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

14649

H. J. G. de Kok  
 Miembro del Consejo Nacional de Salud Pública  
 Países Bajos

J. L. Hamel  
 Médico del Instituto de Asistencia Sanitaria en los  
 Países en Desarrollo. Universidad de Nimega.  
 Países Bajos



INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION .....	1
PRIMERA PARTE: CONSIDERACIONES .....	2
1.1 Los hospitales y la atención primaria de salud .....	2
1.2 El hospital del primer nivel de referencia .....	4
1.3 Observaciones generales sobre los informes hospitalarios anuales .....	4
1.4 Uso de los informes anuales con fines de revisión y evaluación .....	5
2. Introducción al procedimiento para la presentación de informes hospitalarios anuales con especial referencia a los países en desarrollo .....	7
2.1 Objetivo .....	8
2.2 Estructura .....	8
2.2.1 Indice de materias .....	8
2.2.2 Parte descriptiva .....	8
2.2.3 Apéndices .....	9
2.3 Estandarización interna y externa de los informes hospitalarios anuales .....	10
2.3.1 Estandarización interna .....	10
2.3.2 Estandarización externa .....	11
2.4 Limitaciones .....	11
SEGUNDA PARTE: PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACION DE INFORMES HOSPITALARIOS ANUALES, CON ESPECIAL REFERENCIA A LOS PAISES EN DESARROLLO .....	12

Introducción

Este documento se ha realizado gracias a la contribución de Médicos Mundi Internacional en apoyo de los esfuerzos emprendidos por la Organización Mundial de la Salud para orientar los hospitales hacia la atención primaria de salud. El Consejo Nacional de Salud Pública y el Instituto de Asistencia Sanitaria en los Países en Desarrollo de la Universidad de Nimega (Países Bajos) han facilitado a los autores - que han trabajado en el Tercer Mundo - el tiempo y los medios necesarios para la redacción del documento.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

La finalidad de este documento es contribuir a mejorar la gerencia hospitalaria elevando la calidad de los informes hospitalarios anuales. Las ideas y sugerencias formuladas en este sentido están condensadas en la segunda parte de este documento: procedimiento para la presentación de los informes hospitalarios anuales, con especial referencia a los países en desarrollo.

Tales ideas y sugerencias se basan en las siguientes consideraciones:

1. Los hospitales no deben limitarse a dar una reseña de datos y hechos referentes únicamente al propio hospital, sino que deben relacionar la información hospitalaria con el sistema sanitario local destinado a mejorar el estado de salud de la comunidad.
2. El informe hospitalario anual debe servir como instrumento de revisión y evaluación de las actividades y de la política en materia de hospitales.

La PRIMERA PARTE empieza dando una idea de conjunto sobre la atención primaria de salud y las posibilidades que se ofrecen a los hospitales en apoyo de esa política. Sigue un debate sobre las posibilidades y las limitaciones de este apoyo en el hospital de primer nivel de referencia. La importancia de los informes hospitalarios anuales y la selección por el hospital de los datos que deben figurar en esos informes se tratan a continuación. Esta primera sección finaliza con algunas reflexiones sobre el papel que los informes hospitalarios anuales pueden tener en la revisión y evaluación de la política y las actividades hospitalarias.

En la segunda sección de esta primera parte se presenta el procedimiento que se debe seguir en la presentación de los informes hospitalarios anuales, prestando especial atención al objetivo y a la estructura del mismo. Aunque está concebido de manera que pueda adaptarse con flexibilidad a las circunstancias, este procedimiento aspira también a proporcionar un marco para la estandarización de los informes hospitalarios anuales.

En la SEGUNDA PARTE - el procedimiento en sí - los conceptos tratados en la primera se plasman en un instrumento práctico que resultará útil en los hospitales cuando se redacten los informes anuales. El esquema usado es paralelo al recomendado para la redacción del informe anual. El procedimiento debería considerarse como un instrumento que permite a los hospitales expresar su preocupación por la salud de la comunidad y, en consecuencia, determinar en qué manera pueden contribuir a mejorar la salud.

Agradeceríamos que se nos hicieran comentarios o sugerencias basados en la experiencia práctica de redacción o lectura de informes hospitalarios anuales, que nos puedan servir para mejorar este documento, así como que nos enviaran muestras de informes hospitalarios habituales. La correspondencia sobre el presente documento, así como las peticiones de más ejemplares, deben dirigirse a División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Organización Mundial de la Salud, CH-1211 Ginebra, Suiza.

## PRIMERA PARTE: CONSIDERACIONES

### 1.1 Los hospitales y la atención primaria de salud

Como parte integrante del sistema local de salud los hospitales desempeñan un papel decisivo en el sostenimiento de la atención primaria de salud (APS). El Dr. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, ve este papel de la siguiente forma:

"Un sistema de salud basado en la APS no puede, insisto, no puede concebirse, desarrollarse, funcionar y ni siquiera existir sin una red de hospitales que apoyen la atención primaria y promuevan las actividades de fomento de la salud comunitaria, la formación básica y continua de todas las categorías de personal de salud y la investigación".

La adhesión al objetivo "Salud para todos mediante el concepto de APS" debería estimular a los hospitales a reconsiderar sus actividades actuales, preguntándose si sirven de apoyo a la APS y si han asimilado la idea esencial de la APS, es decir que la salud y la asistencia sanitaria conciernen sobre todo a la comunidad y no son meramente un asunto médico o técnico.

Al reconsiderar las actividades, habría que examinar las particularidades de la APS teniendo en cuenta: a) el programa de salud, b) la infraestructura sanitaria, y c) la organización sanitaria. Respecto a cada uno de estos tres puntos vamos a dar una breve orientación para ayudar a los hospitales a reajustar sus actividades en relación con ellos.

Por lo menos ocho elementos de la APS deberían integrarse en los programas de salud:

- educación sobre los problemas de salud más frecuentes y la manera de prevenirlos y controlarlos;
- fomento de suministro de alimentos y de la nutrición adecuada;
- provisión de agua potable y saneamiento de base;
- atención maternoinfantil (incluida la planificación familiar);
- inmunización contra las principales enfermedades contagiosas;
- prevención y control de las enfermedades endémicas locales;
- tratamiento apropiado de las enfermedades y los accidentes más comunes;
- suministro de medicamentos esenciales.

Además de estos elementos del programa de APS, se necesita una infraestructura sanitaria que haga funcionar esos elementos como un sistema de salud. Esta infraestructura consta de:

- un sistema de información que comprenda la evaluación de la comunidad, la vigilancia continua de los problemas y necesidades de salud y el control de los programas;
- funciones de gestión, en particular la planificación, la ejecución, la financiación y la evaluación;
- gestión del personal, inclusive la contratación, el adiestramiento, la supervisión y la formación continua;
- logística, inclusive el abastecimiento, el transporte, las comunicaciones y el mantenimiento.

La mayoría de hospitales tienen actividades acordes con los elementos de la APS e incluso con los de la infraestructura sanitaria. La APS se hace efectiva aplicando los elementos de organización sanitaria. Los elementos de organización sanitaria comprenden:

- existencia de un sistema de referencia;
- cooperación intersectorial;
- participación de la comunidad;
- formación y supervisión.

En cada uno de los diferentes aspectos del programa de salud y de la estructura sanitaria hay que preguntarse en qué medida se tienen en cuenta estos aspectos organizativos. Por ejemplo:

- En el caso del abastecimiento de agua y del saneamiento básico: ¿Se ha pedido a la comunidad que exprese su opinión y sus prioridades? ¿Toma ella parte de la ejecución de los programas? ¿Existe colaboración con otros sectores?
- En el caso de los servicios de salud maternoinfantil: ¿Existen en la práctica posibilidades de referencia? ¿Se ha pedido a la gente su opinión en lo concerniente a la crianza de los niños y la malnutrición? ¿Participan los servicios en la programación de los equipos móviles?
- ¿De qué manera y en qué niveles participa la comunidad en la elaboración de la política de salud local y en la ejecución de actividades sanitarias?

Tales preguntas son las que ponen de manifiesto el objetivo social de salud para todos, tal como lo preconiza el concepto de la APS.

En cada capítulo del Procedimiento (segunda parte de este documento) se dan ideas y se hacen sugerencias para ayudar a los hospitales a hacerse las preguntas que pongan en relación las actividades reseñadas con su impacto en la comunidad. Es de esperar que las respuestas generen cambios en las prioridades hospitalarias.

Como conclusión se puede decir que el examen de las actividades hospitalarias en relación con el programa de salud, la infraestructura y la organización sanitarias permitirá al hospital hacer una idea clara de su contribución al desarrollo de la APS en el sistema de salud local.

## 1.2 El hospital del primer nivel de referencia

En vista del programa, de la infraestructura y de la organización sanitarias, los hospitales pueden preguntarse si serán capaces de funcionar de acuerdo con todos los elementos. En realidad, el factor limitante son las circunstancias y no las intenciones. De hecho, estas dudas son completamente naturales y comprensibles en los hospitales del primer nivel de referencia, a los que está dedicado el presente documento.

Se entiende aquí por hospital del primer nivel de referencia un establecimiento de salud perteneciente al sistema local de salud que dispone de camas, personal médico y demás recursos en cantidad suficiente para asegurar prestaciones de salud que serían imposibles en un nivel inferior. Este hospital se considera como una interfase entre los niveles inferiores de atención sanitaria y el resto del sistema de salud. En este sentido el hospital del primer nivel de referencia cumple una doble función: en primer lugar dar asistencia básica a los enfermos, en su mayor parte procedentes de las cercanías, y en segundo lugar, servir de hospital de referencia. El hospital está considerado como punto focal del sistema de referencia y de apoyo a la APS, tanto en sus aspectos clínicos como en los de salud pública. La referencia engloba aquí dos tipos de problemas: los humanos y los administrativos y de salud pública. En este aspecto la referencia constituye una forma vital de apoyo, en el centro mismo de la relación entre el hospital y las demás funciones de atención de salud. En realidad, casi siempre hay un desequilibrio entre los dos aspectos del sistema de referencia, con predominio del aspecto clínico en la mayoría de los casos. Incluso así, la mayor parte de hospitales no pueden asumir completamente sus funciones de referencia. Las razones de esto son, probablemente:

- a. Cuando los demás elementos del sistema sanitario no funcionan correctamente, los enfermos los evitan y acuden directamente al hospital.
- b. Aunque hayan sido correctamente referidos al hospital, los pacientes no pueden llegar a éste por falta de medios de transporte o de subsistencia.

Para complicar aún más las cosas, muchos hospitales, al menos en los países en desarrollo, tienen que hacer frente a un volumen de trabajo cada vez mayor con el mismo nivel de recursos o incluso con menos recursos que antes. Puede ocurrir entonces que esos hospitales tengan dificultad en adaptar su contribución y responder a las exigencias que impone el desarrollo de la APS, según sea su sensibilidad a todos esos elementos.

¿Podemos pedir en estas condiciones a los hospitales que apoyen la APS o, al menos, que reorienten sus recursos? ¿Es posible hacerlo sin rebajar el nivel actual de calidad de los hospitales? Los hospitales deberán responder francamente a estas preguntas, ya que es su participación en la APS lo que hará que sus actividades influyan verdaderamente en la comunidad.

Ahora bien, es alentador que los hospitales que informaron a la OMS en 1985 no sólo hayan demostrado su solidaridad con la labor emprendida para alcanzar el objetivo de la salud para todos y con el concepto de la APS sino que también hayan hecho patente su compromiso en la práctica.

El procedimiento descrito en la segunda parte de este documento proporciona los datos que pondrán a los hospitales en condiciones de hacer su aportación.

## 1.3 Observaciones generales sobre los informes hospitalarios anuales

En casi todos los hospitales existen datos que pueden usarse como punto de partida para un informe anual. Sistemáticamente se recoge y registra información (departamental) sobre diferentes cuestiones con arreglo a los tipos de datos que se requieren para la administración diaria del hospital. Hay además mucha información disponible pero que no se registra para el uso diario.

Los informes anuales contienen sólo una parte de la información de que dispone el hospital. Por esta razón, tendrán que decidir qué partes de ella se incluirán en el informe y cuáles no, a menos que las autoridades sanitarias del país hayan dado normas al efecto.

Un informe anual es importante por las siguientes razones:

- representa en ocasiones el único documento público sobre la salud y los servicios sanitarios utilizable por la comunidad, el gobierno y otros estamentos;

- permite tratar del desarrollo del hospital con conocimiento de causa; sólo si se dispone de información sobre éste será posible mejorar los conocimientos sobre el funcionamiento de éste, asimismo en apoyo de la APS;
- permite revisar y evaluar las intenciones y políticas explícitas del hospital, también en relación con la APS;
- puede servir para señalar problemas;
- puede ser un mecanismo de comunicación entre diferentes niveles de organización dentro del sector sanitario y con otros sectores conexos, así como un mecanismo de desarrollo y planificación en común de la política, por ejemplo en el seno de un comité de desarrollo de la salud.

Los informes anuales pueden servir para diversos fines y estar destinados a diferentes usuarios. Si no existen instrucciones de las autoridades sanitarias regionales o nacionales, los hospitales tendrán que seleccionar ellos mismos la información que haya que presentar, habida cuenta de que tenga un objetivo o fin bien definido. Los hospitales deberían incluir en sus informes anuales los datos necesarios con fines claramente definidos y precisar los usuarios de tales conocimientos.

Estos informes pueden tener uno o varios de los objetivos siguientes:

- suministrar información clara y comprensible;
- facilitar información clarificadora y objetiva (clara, concisa y sencilla);
- formular nuevas propuestas, indicando las ventajas y los inconvenientes del cambio;
- servir de base para la planificación;
- revisar y evaluar la información como medio de autoevaluación o autoanálisis. Este es el tema principal del presente documento.

Otro aspecto muy importante de la elección de datos destinados al informe anual es saber quiénes utilizarán este documento y qué tipo de información necesitarán. Los informes se destinan normalmente a uno o varios de los grupos siguientes:

- grupos o individuos responsables o encargados de la política general de la institución: miembros de la junta de gobierno o del comité asesor del hospital, equipo responsable de la gestión del hospital;
- representantes de grupos organizados de la comunidad que no participan en la gestión hospitalaria: sindicatos, asociaciones femeninas, grupos religiosos, grupos juveniles;
- otras instituciones o categorías de personal de salud;
- representantes de otros sectores relacionados con la salud (educación, agua, vivienda, etc.);
- representantes de las autoridades locales;
- funcionarios del departamento de salud del distrito, de la oficina regional de salud, del Ministerio de Salud u otros organismos consultivos o coordinadores en el sector sanitario;
- benefactores del hospital; propietarios.

Los datos de los informes anuales se recogen con fines técnicos, administrativos y de política sanitaria en el plano local y con fines de utilización en los planos intermedio o nacional. Esta información será analizada, presentada e interpretada de diversas formas según el uso al que esté destinada. Las funciones de los niveles intermedio y central del sistema de salud suelen ser esencialmente de supervisión, coordinación y apoyo, más que de prestación de servicios.

Se recoge mucha información y parte de ella es en muchos casos de dudosa utilidad. Así pues, hay que empezar por revisar y evaluar esta información a fin de decidir cuál es la verdaderamente necesaria para el informe.

Seguidamente hay que tener en cuenta la cuestión de la capacidad del hospital en función del tiempo, los medios y el dinero que puede invertir en el informe. ¿Cuál ha de ser el equilibrio con las actividades hospitalarias propiamente dichas?

#### 1.4 Uso de los informes anuales para revisión y evaluación

Como antes se indicó, la estrategia hospitalaria debe reorientarse para poder responder con mayor eficacia a las necesidades de la APS. Los hospitales han de establecer o poner al día las estrategias para determinar su papel en la atención primaria de salud.

El sistema local de salud, en el que están incluidos los hospitales, depende claramente de la forma en que se obtienen y utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud de la comunidad. Habrá pues que elegir entre diferentes opciones a la hora de distribuir los recursos entre las diversas actividades que entren en consideración.

Las actividades de los hospitales se llevan a cabo en distintos sitios: en el propio hospital (tratamiento de enfermos), en otros establecimientos sanitarios (visitas de apoyo a los centros de atención primaria de salud), en la comunidad en general (educación, trabajo con los dirigentes o comités de salud de la comunidad), en las casas (visitas domiciliarias) y en instituciones de otros sectores sociales (escuelas, lugares de trabajo, etc.).

Los servicios hospitalarios están sobrecargados de trabajo y, por consiguiente, no suelen tener tiempo para considerar si han logrado sus objetivos o si la orientación que se sigue es el mejor camino para lograr un buen equilibrio entre las distintas actividades. Incluso a veces se preocupan poco de determinar los objetivos a nivel operacional. No es sorprendente pues que esto se refleje en una falta de interés por la APS o por las prioridades del desarrollo sanitario, es decir por la importancia respectiva de los diversos objetivos.

Una vez fijados estos objetivos, hay que vigilar la marcha de las actividades para determinar si se están alcanzando. No basta fijar objetivos y establecer las estrategias correspondientes para estar seguros del éxito. Tampoco sabemos si estos objetivos y estrategias son los más acertados ni los más económicos. Así pues, se necesita un proceso sistemático de evaluación y revisión en torno a las preguntas: ¿Quiénes somos y qué estamos haciendo? ¿Cómo hemos llegado a esta situación (tendencias pasadas) y hacia dónde nos dirigimos? O, habida cuenta de la planificación, ¿dónde queremos ir? Los hospitales pueden hacer este tipo de evaluaciones o reflexiones para mejorar el rendimiento. De esta forma se podrán mejorar los resultados continuamente e incrementar el desarrollo sanitario.

Los informes anuales pueden servir como instrumento para que los hospitales puedan ver si están haciendo lo necesario para alcanzar un nivel aceptable y un buen equilibrio en sus actividades. Por esto merecen muchos esfuerzos y atención. La redacción de informes anuales con fines de revisión y evaluación puede ser un método sistemático de aprendizaje basado en la experiencia y en las lecciones aprendidas, un camino para mejorar las actividades y promover una mejor planificación seleccionando adecuadamente las alternativas y prioridades de la acción futura. Esto puede contribuir a que las actividades de salud resulten más pertinentes, eficaces y útiles.

La responsabilidad de redactar los informes hospitalarios anuales incumbe a las personas o los grupos encargados de la gestión hospitalaria. Esta labor requiere una actitud de crítica constructiva y franca que permita hacer un juicio certero. Exige también que todos los interesados estén dispuestos a expresar libremente su opinión.

La revisión y la evaluación pueden situarse en dos niveles interrelacionados del hospital: el nivel de política hospitalaria y el nivel administrativo o técnico.

En el primero habrá que saber si el estado de salud de la población mejora y si es necesario revisar la política sanitaria, las estrategias y los planes de acción.

En el nivel administrativo se tendrá que saber si los programas están convenientemente formulados, si los servicios o actividades necesarios para su puesta en marcha están bien concebidos y si los programas están siendo aplicados eficazmente por los servicios de salud correspondientes.

La labor de revisión y evaluación debe basarse en lo siguiente:

1. Eficiencia: ¿con qué grado de economía, es decir sin desperdiciar recursos, se están llevando a cabo las actividades y se obtienen los resultados?
2. Cobertura: ¿cuál es la proporción de la población que se beneficia de las actividades de salud?
3. Efecto/impacto/resultado de las actividades: ¿qué cambios del estado de salud pueden atribuirse a la atención hospitalaria?

La evaluación de estos tres puntos requiere un sistema de información cuya complejidad aumenta a medida que se avanza desde la eficacia al impacto, pero es en definitiva el tercer punto efecto impacto resultado el que cuenta para enjuiciar el funcionamiento.

Los hospitales necesitan indicadores para determinar si progresan en su contribución al logro de un nivel de salud "satisfactorio" o "máximo posible" en función de las circunstancias del hospital. Cabe distinguir cuatro tipos de indicadores:

- indicadores sociales y económicos;
- indicadores de política sanitaria;
- indicadores de prestación de servicios de salud;
- indicadores del estado de salud.

Para formular juicios sobre la base de los indicadores hay que establecer criterios o puntos de referencia. Los criterios pueden ser de carácter técnico o social. Raramente se formula un juicio basándose sólo en el examen de unas cifras. Sin embargo, los criterios para la evaluación o autoevaluación de la gestión hospitalaria deben estar cuantificados siempre que sea viable y posible. En la práctica, esto no será siempre fácil, sobre todo si se trata de criterios sociales. Por tanto, muchas veces es necesario recurrir a datos de carácter más cualitativo que cuantitativo para la evaluación. Los indicadores sirven con frecuencia para evaluar situaciones complejas, pero si se usan consecutivamente en el tiempo pueden suministrar puntos de referencia que permitan a los hospitales comparar sus propios progresos con los de otros hospitales, especialmente los de su mismo nivel de desarrollo socioeconómico.

Es importante que los hospitales compartan sus experiencias, pero todavía es mucho más importante el intercambio de datos sobre experiencias concretas, tanto positivas como negativas, entre los hospitales y el sistema de salud (los pacientes, la colectividad y todos cuantos participan en el sistema local de salud). Este proceso puede verse facilitado usando los informes anuales. La mejora de estos informes debe pues ser objeto de especial atención, sobre todo en lo relativo a la acción en el plano local y al intercambio de experiencias e ideas.

La importancia dada a la acción en el plano local implica que los hospitales deberían orientar el contenido de sus informes en el contexto del sistema local de salud a fin de que la información se adapte a las exigencias particulares a este nivel. El contenido y el formato de los informes se deberán precisar o decidir en colaboración con otras autoridades sanitarias y los establecimientos del sistema local de salud.

Aparte de esto, podrían preverse mecanismos para el intercambio de información hospitalaria en los niveles intermedio o central. El Ministerio de Salud u otra entidad coordinadora, en colaboración con los hospitales, podría:

- indicar qué datos deben facilitarse y cuándo se ha de dar la información;
- evaluar las reglas aplicables a la recogida y el formato de presentación de los datos;
- designar un departamento ministerial o alguna otra organización para que recoja y procese los datos;
- establecer las reglas que han de tenerse en cuenta, por ejemplo las relativas al reenvío de la información a los hospitales.

## 2. Introducción al procedimiento para la presentación de informes hospitalarios anuales con especial referencia a los países en desarrollo

La redacción y la presentación de informes anuales representa un gran trabajo. A pesar de ello, éstos no siempre resultan tan útiles como podrían ser. Importa que el producto final tenga la máxima utilidad posible, tanto como fuente general de información como a efectos de planificación y evaluación. El informe anual del hospital es con frecuencia la única indicación del estado de salud y del bienestar de una comunidad y suele ser la principal fuente de información pública sobre la asistencia sanitaria de la misma.

Los informes anuales presentan grandes diferencias en función de variables por parte del autor (capacidad, tiempo disponible, etc.), de la finalidad del informe y de los grupos a los que está destinado. Es pues natural y comprensible que tanto el formato, como la orientación y el estilo varíen. Por otro lado, es evidente que un contenido básico mínimo y cierto grado de uniformidad y estandarización harían los informes más útiles. El presente procedimiento se ha concebido con la esperanza de mejorar la calidad de los informes hospitalarios anuales, particularmente en los países donde no existen instrucciones claras al respecto.

El procedimiento conlleva un marco para la redacción de los informes anuales con ideas y sugerencias referentes al contenido. Está concebido con miras a poder adaptarlo con flexibilidad a las circunstancias en que se utilice. No se trata de un conjunto de reglas estrictas sino de una serie de sugerencias que puedan consultarse provechosamente a la hora de redactar el informe.

## 2.1 Objetivo

El procedimiento tiene por objetivo mejorar los informes anuales en los cuatro aspectos siguientes:

- a. Claridad del informe: la información debe presentarse con un orden lógico que la haga más interesante.
- b. Accesibilidad a la información: el lector debe poder hacerse rápidamente una idea de la situación, conservando al mismo tiempo la posibilidad de encontrar sin dificultad en el informe datos más específicos.
- c. Pertinencia de la información: los informes deben contener sólo la información que se considere esencial.
- d. Análisis de los problemas: el informe debe tener un carácter de revisión y evaluación o un enfoque centrado en el problema o en la acción de manera que se pueda utilizar como instrumento de gestión.

## 2.2 Estructura

La estructura del procedimiento es similar a la sugerida para un informe anual. Consta de tres elementos: índice de materias, parte descriptiva y apéndices.

### 2.2.1 Índice de materias

El índice muestra al lector qué puede encontrar y dónde puede encontrar cada cosa en el informe. Indica el orden numérico, los títulos y la paginación de los capítulos, secciones y párrafos en la parte descriptiva y la de los apéndices en la parte estadística.

El índice no cubre todas las posibles situaciones en las que el hospital puede encontrarse. Por ejemplo, no se incluyen en él las unidades de rehabilitación nutricional, las actividades de construcción o las asociaciones de hospitales. Si es necesario, se pueden intercalar nuevos elementos entre los existentes. Por otro lado, si un elemento no es aplicable, por ejemplo, porque no haya ninguna institución docente asociada al hospital, habrá que omitirlo.

### 2.2.2 Parte descriptiva

La parte descriptiva en sí permite al lector hacerse una clara idea de lo que ha pasado en el año sobre el que se informa. El procedimiento consta de once capítulos en la parte descriptiva, divididos en secciones y párrafos. En cada uno de estos elementos de la parte descriptiva se hacen sugerencias a efectos de evaluación, presentadas como palabras clave o frases cortas.

Puede resultar difícil dar respuestas precisas a alguna de las sugerencias hechas. A pesar de ello, nos ha parecido útil incluirlas porque pueden subrayar los problemas de gestión que conllevan y estimular de esta forma al personal administrativo del hospital a que oriente sus esfuerzos en consecuencia.

No todas las sugerencias son válidas para cualquier hospital. Incumbe por lo tanto al hospital juzgar qué es lo importante en su situación particular y si lo debe incluir o no en el informe.

El cuadro siguiente constituye la base de la parte descriptiva del procedimiento y conviene tenerlo en la memoria a la hora de redactar un informe. Las cifras entre paréntesis hacen referencia a los capítulos del procedimiento.

entradas/recursos	salidas/actividades/ servicios	efecto/impacto/ resultados
BALANCE GENERAL DEL AÑO		(1)
POLITICA SANITARIA E INFRAESTRUCTURA		(4)
Gestión (5)		
Personal (6)	Servicios hospitalarios (8)	Comunidad y estado de salud (3)
Finanzas (7)	Formación (9)	
PLANES PARA EL FUTURO		(10)

Este cuadro muestra los diversos capítulos del procedimiento en relación con entradas/recursos del hospital, salidas/actividades/servicios del mismo y, por último (pero no menos importante), efecto/impacto/resultados de la actividad hospitalaria en el estado de salud de la comunidad.

El procedimiento se ha redactado con intención de hacer del informe anual un instrumento de revisión y evaluación para el equipo responsable de la gestión hospitalaria. Teniendo esto en cuenta los hospitales deberán considerar a quién irán o debieran ir los informes. Es posible que en atención a los usuarios haya que incluir como información suplementaria datos que parezcan superfluos al equipo de gestión del hospital. Ejemplos de esto podrían ser la ubicación del hospital y el entorno físico, el nivel socioeconómico de desarrollo de la región, la información sobre los servicios sanitarios circundantes, etc.

Por otro lado, las necesidades de información de los usuarios condicionarán el mayor o menor detalle del informe. Por ejemplo, un análisis de los resultados de las intervenciones quirúrgicas importantes puede ser útil para la gerencia médica del hospital, pero no tendrá probablemente interés para la mayoría de los usuarios.

Por esta razón, el redactor deberá encontrar el punto de equilibrio que corresponda a una situación determinada. Hay que adoptar una actitud altamente selectiva y hacer figurar sólo la información que se considere esencial tanto para el equipo de gestión del hospital como para los demás destinatarios.

En general, la información mínima requerida será la que sea necesaria para que el nivel administrativo superior al del hospital pueda desempeñar sus funciones.

### 2.2.3 Apéndices

El procedimiento sugiere que todos los datos cuantitativos básicos se presenten en apéndices, aunque éstos puedan contener también otro tipo de información. Los apéndices pueden referirse a cada elemento de la parte descriptiva y llevan el mismo orden numérico y titulación que éstos. Un apéndice puede comprender diversas secciones para la información suministrada. Cuando un elemento de la parte descriptiva tiene un apéndice, las informaciones más destacadas e importantes que éste contiene se pueden resumir, citar, analizar o comentar en la parte descriptiva.

La mayor parte de los datos recogidos en los apéndices del procedimiento se han recogido a nivel departamental. La extensión de los apéndices, tal como se propone en el procedimiento, tiene por objeto ofrecer al hospital un marco en el que se pueda organizar la recogida de datos a nivel de departamento. No se pretende que los informes anuales lleven unos apéndices tan extensos como los del procedimiento. Los hospitales deberán decidir los datos que consideren

necesarios en su informe anual. El hospital debería tratar de llegar a un equilibrio entre lo que necesite para el equipo de gestión con fines de revisión y evaluación, y las necesidades de información que se hagan sentir en los destinatarios del informe.

Los apéndices contienen, entre otras cosas, los siguientes grupos de datos básicos cuantificados:

- tamaño de la población (o grupos);
- morbilidad/mortalidad en el hospital;
- entradas del hospital (de personal y financieras);
- salidas/resultados del hospital.

Con todos estos datos se pueden calcular numerosas tasas y razones como, por ejemplo:

- Proporción entre mortalidad/morbilidad hospitalarias y población (grupos), que puede servir para deducir las de prevalencia/incidencia de ciertas enfermedades en la zona.
- Proporción entre servicios hospitalarios y población, de la que se pueden inferir datos sobre la utilización del hospital por los enfermos (cobertura y accesibilidad).
- Proporción entre inversiones hospitalarias y actividades, que nos dará una idea de la eficiencia o productividad del hospital.
- Proporción entre personal hospitalario o recursos financieros específicos del hospital y población, que nos informa de la adecuación de los recursos hospitalarios.
- Proporción entre actividades paramédicas (por ejemplo, exámenes de laboratorio) y actividades médicas (número de admisiones, días de hospitalización, número de consultas externas).
- Proporción entre personal y salarios, que permite calcular el coste de cada miembro del personal.

Debemos subrayar que la mayor parte de las razones son de índole relativa o comparativa, por lo que con frecuencia no dan una información significativa a menos que se comparen con anteriores años y/o con otros hospitales.

Para incitar a los hospitales a hacer comparaciones con el pasado, en los apéndices del procedimiento se ha reservado espacio para la información sobre el año anterior. Con el fin de dar mayor perspectiva temporal o aclarar mejor las tendencias, el hospital puede añadir las cifras de varios años. Para estimular la comparación con otros hospitales, los autores precorizan la estandarización del formato de los informes anuales y de los métodos y conceptos utilizados en la práctica hospitalaria.

### 2.3 Estandarización interna y externa de los informes hospitalarios anuales

El procedimiento proporciona un marco para estandarizar los informes hospitalarios anuales. La estandarización convierte a los informes en mejores instrumentos para evaluar el funcionamiento hospitalario.

La estandarización es útil desde dos perspectivas:

1. Estandarización interna: estandarización del informe anual de un mismo hospital, gracias a la cual se facilita la comparación de los datos de año en año.
2. Estandarización externa: estandarización de los informes anuales de diversos hospitales, que hace más sencilla la comparación.

Ambas perspectivas no son incompatibles ni mucho menos. La estandarización externa aporta nuevos elementos para la evaluación del propio hospital.

#### 2.3.1 Estandarización interna

Cada hospital encontrará en el procedimiento los elementos necesarios para estandarizar la estructura de su informe anual, con lo que se facilitará la redacción. Un buen modelo estandarizado contribuye también a mantener la calidad del informe, la cual dependerá menos de la competencia del autor.

Para el hospital, el uso de un modelo satisfactorio de informe facilitará la revisión de diversos aspectos o actividades de un año a otro. Esto es importante, ya que a veces el progreso en un año dado es difícil de evaluar a menos que se utilice una perspectiva temporal. Con

un modelo estandarizado de informe anual será más fácil para el equipo de gestión sacar conclusiones de lo ocurrido basándose en los criterios y puntos de comparación derivados de informes anuales anteriores.

### 2.3.2 Estandarización externa

A nivel del hospital, la estandarización externa hace más accesible la información contenida en los informes de otros hospitales. Esto ayuda al equipo de gestión del hospital a comprender las actividades, los problemas, la forma de afrontarlos, etc. de los otros hospitales y, en consecuencia, puede aportarle nuevas ideas sobre la situación del propio. Será más fácil revisar y evaluar las propias actividades (por ejemplo en materia de formación, tratamiento, prevención y fomento de la salud) examinando los informes de otros hospitales. Esto podría estimular el intercambio de experiencia en materia de atención primaria de salud entre unos hospitales y otros. Sin embargo, a nivel del hospital las posibilidades de comparación son limitadas. Si se intenta comparar, sólo se podrá hacerlo con unos pocos hospitales. Un hospital no está en situación ni tiene tiempo para hacerse una idea de conjunto.

A nivel intermedio o nacional, la estandarización de los informes anuales será útil para identificar y resolver problemas sobre el terreno. Permitirá a ese nivel trabajar con mayor efectividad para alcanzar los fines y objetivos perseguidos, y desarrollar políticas en nombre de los hospitales administrados.

La presentación uniforme de una importante información cuantitativa en los informes anuales tiene la ventaja de que permite combinar los resultados de muchos hospitales con fines estadísticos. En el nivel de coordinación intermedio o nacional se pueden hacer cálculos basados en diversas tasas o proporciones. Los resultados así obtenidos pueden entonces presentarse al hospital o a los hospitales. Así, además de disponer de un punto de referencia interno para compararse respecto a los años anteriores, los hospitales dispondrán también de valores de referencia externos para comparar la información dada en sus informes anuales y actuar en consecuencia.

La estandarización externa sirve para modificar lo que se percibe en el hospital y puede indicar en términos generales dónde sería provechosa una autoevaluación. Esto puede mejorar la utilidad de los informes anuales en lo relativo al análisis de problemas. Los informes anuales redactados en forma estandarizada pueden ayudar a percibir y atender las necesidades sanitarias con un criterio nuevo que será importante para la prestación de la asistencia sanitaria. El que los informes anuales se utilicen de ese modo depende principalmente de la motivación que exista en el hospital y en el nivel de coordinación.

### 2.4 Limitaciones

El procedimiento no versa sobre el modo de obtener los datos ni sobre el grado de fiabilidad que tengan. Tampoco define los conceptos usados ni la forma de valorarlos.

Los datos del procedimiento son del mismo tipo que los que suelen encontrarse en un informe anual. Ahora bien, no siempre se especifica cómo deben relacionarse unas cifras con otras ni cómo deberían o se podrían interpretar los datos básicos.

Algunos hospitales dan una información completa sobre centros de salud y dispensarios. Para estos hospitales sería útil establecer un "procedimiento para presentar informes anuales sobre la atención de salud en el distrito", sobre todo si desean informar sobre muchas o todas las instituciones de salud y sobre los aspectos relacionados con la atención sanitaria en una zona determinada. En tal procedimiento será más fácil relacionar la información sobre servicios sanitarios con los datos sobre la población.

SEGUNDA PARTE: PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACION DE INFORMES HOSPITALARIOS ANUALES, CON ESPECIAL REFERENCIA A LOS PAISES EN DESARROLLO

I n f o r m e   a n u a l   1 9 8 6

Nombre del Hospital:

Dirección:

Teléfono:

<u>INDICE</u>	<u>Página</u>
1. BALANCE GENERAL DEL AÑO .....	14
2. HOSPITAL Y ENTORNO .....	15
3. COMUNIDAD Y ESTADO DE SALUD .....	15
4. POLITICA E INFRAESTRUCTURA SANITARIAS .....	16
5. ADMINISTRACION .....	17
6. PERSONAL .....	17
7. FINANZAS .....	19
8. ACTIVIDADES DEL HOSPITAL .....	22
8.1 SERVICIOS CURATIVOS .....	23
8.1.1 Departamento ambulatorio general .....	23
8.1.2 Salas .....	24
8.1.3 Departamento de obstetricia .....	27
8.1.4 Quirófano .....	28
8.1.5 Tuberculosis y lepra .....	30
8.1.6 Odontología .....	33
8.1.7 Oftalmología .....	33
8.1.8 Fisioterapia .....	34
8.1.9 Otros servicios curativos .....	34
8.2 SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE FOMENTO DE LA SALUD .....	34
8.2.1 Salud maternoinfantil .....	34
8.2.2 Educación sanitaria .....	36
8.2.3 Otros servicios preventivos y de fomento de la salud .....	36
8.3 SERVICIOS DE APOYO .....	36
8.3.1 Laboratorio y transfusiones de sangre .....	36
8.3.2 Anatomía patológica y autopsias .....	39
8.3.3 Farmacia .....	39
8.3.4 Departamento de rayos X .....	39
8.3.5 Servicios de ambulancia .....	40
8.3.6 Departamento de servicios interiores .....	40
8.3.7 Servicios técnicos .....	40
8.3.8 Departamento de administración y archivos médicos .....	40
8.3.9 Otros servicios de apoyo .....	40
9. FORMACION PROFESIONAL .....	40
9.1 NOMBRE DEL CENTRO DE FORMACION .....	40
9.2 OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACION Y ADIESTRAMIENTO .....	42
10. PLANIFICACION PARA EL FUTURO .....	42
11. EPILOGO/EXPRESION DE GRATITUD .....	43

## 1. BALANCE GENERAL DEL AÑO

Este capítulo es un resumen de los principales problemas, novedades, conclusiones y recomendaciones mencionados en los capítulos siguientes. Describe en forma general los logros o progresos realizados este año en materia de salud y los problemas o dificultades experimentados. Brinda la oportunidad de reflexionar sobre los factores que han afectado el funcionamiento del hospital y sus actividades, y analiza en qué medida ha sido posible cumplir con las prioridades fijadas en informes anuales anteriores.

El capítulo se puede estructurar según los capítulos del informe anual o en forma mensual.

El año examinado se puede situar en un contexto más amplio mediante la presentación de un cuadro que muestre la evolución de algunas cifras importantes del hospital durante los últimos cinco años.

## 1A ALGUNAS CIFRAS IMPORTANTES DEL HOSPITAL, 1982-1986

	1982	1983	1984	1985	1986	Ver Apend.
Habitantes en área de captación asignada						3.
Total de empleados del hospital						6.
Total gastos hospitalarios recurrentes						7.
Camas disponibles						8.1.2
Pacientes ingresados						8.1.2
Duración de la hospitalización por ingreso (días)						8.1.2
Índice de ocupación (%)						8.1.2
Partos						8.1.3
Principales operaciones en quirófano						8.1.4
Procedimientos menores						8.1.4
Consultas ambulatorias						8.1.1
Consultas en la clínica de SMI						8.2.1
- menores de 5 años						
- embarazadas						
- planificación de la familia						
Consultas en otras clínicas hospitalarias						....
Total pacientes ambulatorios	—+	—+	—+	—+	—+	
Promedio diario pacientes ambulatorios (dividir x 300 días)						
Consultas en clínicas móviles de SMI						
- menores de 5 años						8.2.1
- embarazadas						8.2.1
- planificación de la familia						8.2.1
Exámenes de laboratorio						8.3.1
Radiografías hechas						8.3.4

Los hospitales podrían presentar esta tabla u otra similar en la parte descriptiva del informe anual en vez de presentarla aquí, ya que toda la información del cuadro está incluida en otros apéndices.

## 2. HOSPITAL Y ENTORNO

En este capítulo se presentan al lector el hospital y algunas características del entorno. La presentación, una vez hecha, no requerirá grandes cambios.

Historia del hospital: año de fundación, cambios principales en instalaciones y la propiedad/administración. Tipo de administración/propiedad: gobierno, organismo paraestatal, asociación benéfica, privada, etc. Tipo de hospital: de consulta, regional, de distrito o rural; hospital especializado: por ejemplo en lepra, psiquiátrico, antituberculoso, etc.

Ubicación del hospital: región y distrito; referirse a un mapa, también indicar otros establecimientos de salud en la zona, su distancia del hospital y propiedad. Lugar de la capital del distrito, ciudades principales. Comunicación: carreteras, transporte (público), teléfono, radio, pista de aterrizaje. Clima y recursos hídricos.

## 3. COMUNIDAD Y ESTADO DE SALUD

Características de la comunidad: organización social, origen étnico, religión, idiomas, principales alimentos y cultivos, industrias, comercio, costo de vida, distribución de ingresos.

Información demográfica: analizar tendencias e indicar consecuencias para los servicios de salud.

Estado de salud e indicadores conexos: prestar atención al tipo predominante de morbilidad y de mortalidad, particularmente la participación de enfermedades transmisibles y carenciales. ¿Qué grupos sociales o de edad/sexo corren más riesgos? Estado nutricional; causas de malnutrición; ideas de la gente sobre la malnutrición. Describir factores que afectan la salud. Situación de enfermedades notificables, epidemias, medidas tomadas. ¿Son notorios los cambios en el estado de salud?

Cuando no se disponga de datos específicos de la zona, presentar los datos nacionales si se consideran aplicables al área de captación del hospital.

### 3A POBLACION Y GRUPOS DE EDAD EN EL AREA DE CAPTACION ASIGNADA EN 1986\*

	en por- centajes	Nº de habitantes
0-1 año		
1-4 años		
5-14 años		
15-44 años (de los cuales .... mujeres)		
45-65 años		
65 años en adelante		
Población total 1986	100%	

\* Fuente: ..... de 19...; cifras extrapoladas basadas en un aumento de población de ...% por año.

## 3B INDICADORES DE ESTADO DE SALUD Y SOCIOECONOMICOS

	Porcentajes y/o cifras*	Fuente/año(s)
Tasa bruta de natalidad (TBN) Tasa bruta de mortalidad (TBM) Crecimiento demográfico anual Tasa de fecundidad Mujeres que usan anticonceptivos		
Esperanza de vida al nacer Tasa de mortalidad infantil (0-1 año) Tasa de mortalidad infantil (1-4 años) Tasa de mortalidad materna		
Ingesta calórica como % de la necesidad Ingesta de proteína/cápita (g/día)		
Escolarización primaria niños/niñas (%) Índice de alfabetización varones/mujeres (%) Personas por km <sup>2</sup> de tierra Población urbana/rural (%) Tierra cultivable por familia Viviendas sin sistema adecuado** de eliminación de desechos Viviendas sin acceso adecuado*** al agua potable		
Ingreso per cápita (moneda local) Crecimiento anual del ingreso per cápita Tasa anual de inflación Desempleo		

\* según proceda

\*\* definido como...

\*\*\* definido como...

## 4. POLÍTICA E INFRAESTRUCTURA SANITARIAS

Existencia de un plan de distrito para el fomento de la salud. Características de los elementos de atención primaria de salud (promoción de una nutrición adecuada y suministro adecuado de agua potable; saneamiento básico; atención de salud maternoinfantil, incluyendo planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; educación sobre problemas predominantes de salud y métodos de prevención y control de los mismos; y tratamiento apropiado para enfermedades y lesiones comunes) y organización de una infraestructura de apoyo (sistema de información y vigilancia, desarrollo y supervisión de recursos humanos, logística, financiación). Distribución de responsabilidades sobre atención de salud en el distrito. Participación de otros sectores en la preparación e instrumentación del plan de desarrollo de salud. Participación de las personas: participación de los beneficiarios de la atención de salud. Atención a los grupos menos privilegiados. Presencia de programas de salud con diferentes líneas de autoridad y recursos (PAI, TB, lepra, lucha contra las enfermedades diarreicas) y cooperación con los mismos.

Infraestructura sanitaria para llevar a cabo la política de salud. Tipo y número de establecimientos de salud, con excepción del hospital. Considerar la posibilidad de indicar en un apéndice las características principales de cada uno, como número y calificaciones del personal, presencia de clínica de SMI, gastos, número de contactos de pacientes ambulatorios, tamaño del área asignada de captación por instalación, etc. Porcentaje de aldeas con o sin instalaciones móviles o fijas y agentes rurales o comunitarios de salud. Factores que afectan el funcionamiento de los establecimientos de salud: asignación de recursos (recursos humanos, equipo, personal), condición física, logística, supervisión. Funcionamiento del sistema de referencia en los dos sentidos y factores de influencia en los aspectos médicos y administrativos de la referencia.

Organizaciones de atención de la salud (o conexas) en las que el hospital participa a nivel local o de distrito, por ejemplo, comité(s) de desarrollo sanitario. Función del hospital según el plan del distrito. Capacidad para reasignar recursos hospitalarios en apoyo de actividades de atención primaria de salud. Política y estrategia globales del hospital respecto de actividades clínicas frente al apoyo a actividades de atención de salud primaria o comunitaria.

## 5. ADMINISTRACION

Este capítulo describe y evalúa la estructura y el funcionamiento de los principales órganos administrativos del hospital:

- el órgano responsable o consultivo de la política general y la administración del hospital, por ejemplo junta de gobernadores fideicomisarios, junta médica diocesana, junta consultiva del hospital. Cómo han estado funcionando: políticas y problemas de prioridad en el programa, frecuencia de las reuniones. Representación de grupos organizados de la comunidad (mujeres, jóvenes), otras organizaciones de atención de salud (centros de salud, dispensarios, oficina de salud del distrito), otros sectores que tienen conexión con la salud y con el sistema político-administrativo.
- el órgano responsable de la ejecución de políticas dentro del hospital, por ejemplo: el comité de administración del hospital, la junta diaria. Cómo han estado funcionando: temas y políticas principales en el programa, frecuencia de las reuniones.

Los subcomités del hospital (comité de trabajadores, de medicamentos, etc.) podrían ser incluidos aquí también, pero es más probable que los detalles aparezcan en los capítulos siguientes.

Organizaciones de atención de salud (o conexas) en las que el hospital participa a nivel regional y nacional.

### 5A JUNTA DE GOBIERNO

Composición nominal*

### 5B COMITE ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL

Composición nominal*

\* Por composición nominal se entiende, por ejemplo, un representante de un grupo organizado de la comunidad (asociación de mujeres, liga de jóvenes, etc.), un cargo en el Ministerio de Salud, un cargo en el hospital (oficial de enfermería a cargo), un cargo en la estructura política, un cargo en la sociedad (profesor de escuela), etc.

## 6. PERSONAL

Este capítulo resume y evalúa de manera global diversos aspectos de la situación de recursos humanos.

Número total de empleados, comparado con año(s) anterior(es) y con lo que se desea según las definiciones de las autoridades de atención de salud o el hospital mismo. Escasez de personal en las diversas categorías. Vacantes. Problemas de reclutamiento: distancia, vivienda, etc. Renovación del personal: total de ingresos y egresos y cambios en puestos clave. Planificación de recursos humanos.

Instalaciones e incentivos para empleados: casas para el personal, actividades sociales, bonos, etc.

Desarrollo profesional: oportunidades de mejoras, adiestramiento y cursos de perfeccionamiento, ver también 9.2, y para promoción a escalas más altas de remuneración. Rotación de trabajos. Comité de trabajadores.

Intercambio temporal de empleados con otras instituciones de atención de salud. Participación del personal en actividades fuera del hospital.

Ver detalles de la situación de recursos humanos para diversas actividades en hospitales en los capítulos 8 y 9. ¿Se aprovecha el potencial de la comunidad como fuente de mano de obra?

6A DOTACION EN 31 DE DICIEMBRE DE 1986

		Nº trabajadores 31.12.1985	Nº trabajadores 31.12.1986
<u>Médicos y dentistas</u>	subtotal	..	..
oficial médico		..	..
asistente médico		..	..
asistente dental		..	..
ayudante médico rural		..	..
<u>Enfermería</u>	subtotal	..	..
oficial de enfermería		..	..
enferm-partera categ. A		..	..
enferm-partera categ. B			
enfermera categ. B			
enfermera auxiliar			
enfermera asistente			
<u>Laboratorio</u>	subtotal		
técnico lab.			
asistente lab.			
<u>Farmacia</u>	subtotal		
asistente farmacéutico			
<u>Radiografías</u>	subtotal		
asistente radiograf.			
<u>Otros</u>	subtotal		
fisioterapeuta			
<u>Servicio doméstico</u>	subtotal		
cocinero			
jardinero			
guardia			
sastre			
limpiador			
<u>Técnicos</u>	subtotal		
asistente de planta			
carpintero			
chófer			
peón			
<u>Administrativo</u>	subtotal		
secretaría de hospital			
asist. administrador hosp.			
bibliotecaria			
Número total de personal		..	..

El cuadro anterior se debe adaptar a las categorías y calificaciones de trabajadores de atención de salud en el país. Las categorías, por ejemplo médicas y dentales, enfermería, etc., así como las calificaciones dentro de las diversas categorías, se basan dentro de lo posible en un "esquema de servicio" del Ministerio de Salud o de otros ministerios.

El cuadro comprende el número total de personas que trabajan en el hospital. La cifra se refiere a los empleados en nómina (inclusive los que están ausentes de momento por razones de formación o promoción) y también - si no figuran en nómina - misioneros, expatriados y empleados de otras organizaciones con destino en el hospital. No se incluyen ni estudiantes ni personal que recibe formación en el hospital.

En vez de títulos o funciones en la organización del hospital (médico, enfermera) se mencionan los cargos oficiales (oficial médico, enfermera jefe).

Según sea la finalidad del informe y la situación concreta del hospital en materia de personal, podrá darse información complementaria en una o más columnas añadidas o en pocas líneas al pie del cuadro, por ejemplo:

- número de empleados en años anteriores, en cuyo caso pueden ser suficientes las (nueve) categorías;
- número deseado de trabajadores al final de año en uno o más años futuros;
- empleados expatriados incluidos en las columnas;
- número de empleados de otras organizaciones con destino en el hospital incluidos en la columna;
- empleados ausentes al final del año por estar formándose fuera del hospital.

#### 6B LLEGADAS DE PERSONAL

Nombre, posición/cargo en la plantilla de personal; nombre, posición/cargo, etc.

#### 6C SALIDAS DE PERSONAL

Nombre, posición/cargo en la plantilla de personal; nombre, posición/cargo, etc.

#### 7. FINANZAS

Este capítulo resume y evalúa el desarrollo de la situación financiera del hospital. Se puede proporcionar una imagen de la situación financiera del hospital informando sobre:

- ingresos y gastos en cuenta corriente;
- ingresos y gastos en cuentas de capital/desarrollo;
- el balance.

Gastos recurrentes (gastos en cuenta corriente) o costos recurrentes: clasificados si fuera posible según reglamentación nacional/gubernamental. ¿Se incluye alguna depreciación? Comparar total de gastos o principales categorías de gastos con los últimos (cinco) años o con el año anterior, ¿qué tendencias se registran? Comparar las principales categorías de gastos con el presupuesto o asignación para estas categorías; cuáles son las razones de déficit o excedente en el presupuesto de gastos; ¿son la inflación, las cantidades adquiridas u otras razones? Esfuerzos para limitar costos; presupuesto interno; participación de jefes de departamento. ¿Es posible emplear el presupuesto global para otros insumos o actividades diferentes de los asignados? ¿Se pueden desplazar recursos a actividades prioritarias?

Ingreso de explotación para cubrir gastos recurrentes. Comparar el ingreso total de explotación o las principales categorías de ingreso con el año anterior o con los últimos cinco años, ¿qué tendencias se registran? Comparar el ingreso concreto de explotación de las categorías de ingreso más importantes con el ingreso estimado para estas categorías; ¿cuáles son las razones de un déficit o excedente en los ingresos presupuestarios? Esfuerzos para aumentar el ingreso; ¿a quién dirigirse? ¿Qué pacientes/grupos no pueden pagar servicios hospitalarios? ¿Cómo tratar estos problemas? ¿Cambios en la estructura de aranceles para el sistema de servicios?

Diferencia entre gastos recurrentes e ingreso de explotación: excedente o déficit en cuenta corriente. Consecuencias de un déficit para la capacidad del hospital de pagar remuneraciones y facturas (liquidez en el balance de actividades).

La información sobre servicios y mercancías donadas en forma gratuita al hospital se presenta particularmente cuando estas donaciones no están incluidas en los costos de explotación y si constituyen un apoyo sustancial sin el cuál los servicios del hospital se mantendrán al nivel actual. Se podría mencionar la relación financiera con escuela(s) u otras instituciones de atención de salud.

Trátese de tener una noción de los gastos en las diversas actividades del hospital. Los hospitales podrían calcular los gastos recurrentes por día de enfermo hospitalizado y por contacto de paciente ambulatorio para los últimos años; indicar cómo se hace el cálculo; proporcionar la información junto con indicaciones para inflación. Los contactos de paciente ambulatorio en el hospital para una enfermedad específica, ¿son más costosos que en otros establecimientos de atención de salud?

Información sobre ingresos y gastos en cuenta de capital/desarrollo: ampliaciones o reemplazos de edificios, equipo, muebles, facilidades de transporte, etc. Efectos esperados directos/indirectos de estas inversiones en la asistencia al enfermo y/o en atención de salud pública/comunitaria. Efectos esperados en futuros costos de explotación.

Balance: reservas para desarrollo irregular de flujo de gastos e ingresos. Tamaño de reservas como porcentaje de gastos anuales.

El sistema de contabilidad ¿está abierto al escrutinio público para asegurar la confianza del público?

7A GASTOS RECURRENTE E INGRESO DE EXPLOTACION\*

GASTOS RECURRENTE	Gastos efectivos 1985	Gastos efectivos 1986	Asignación/gastos presup. 1986
Categorizado según: 1 clasificación nacional (o gubernamental) 2 clasificación del hospital 3 categorías principales de gasto de 1 ó 2, ej.: . emolumentos personales . medicamentos . alimentos . suministros de hospital . otros ingresos			
Totales		(100%)	
INGRESO DE EXPLOTACION	Ingreso efectivo 1985	Ingreso efectivo 1986	Ingreso esperado 1986
Categorizado según: 1 clasificación nacional 2 clasificación del hospital 3 categorías principales de ingreso de 1 ó 2 por ej.: . asignación gubernamental . ingreso de pacientes . donaciones . otros ingresos			
Totales		(100%)	
DEFICIT(S) o EXCEDENTE(S)	d/e	d/e (%)	

\* Las cantidades se pueden redondear cuando el informe anual no se use con fines de contabilidad.

Si el "año financiero" del hospital no coincide con el año de calendario del informe anual, el hospital tendrá que elegir entre las siguientes posibilidades:

1. Calcular y presentar cantidades que se relacionan con el año de calendario del informe anual.
2. Presentar gastos e ingresos para el periodo que cubre el año financiero (esta información es atrasada). Esta posibilidad puede ser aconsejable para evitar perder mucho tiempo en un nuevo análisis de la información financiera.

Las tendencias se pueden manifestar comparando con años anteriores. Se podría presentar un cuadro que indica el cambio porcentual por año por categoría de gasto y de ingreso y para total de gastos e ingresos. También podría ser válido comparar la acción de cada categoría de ingreso/gasto como porcentaje de total de ingresos/gastos en 1986 con su participación respectiva en años anteriores.

## 7B INGRESOS Y GASTOS DE CAPITAL

GASTOS DE CAPITAL	1985	1986
Totales		
FUENTES DE FONDOS		
Totales		
DEFICIT(s) o EXCEDENTE(s)	d/e	d/e

## 8. ACTIVIDADES DEL HOSPITAL

Este capítulo describe las actividades del hospital en cuanto a atención de pacientes y la comunidad. El capítulo está dividido en tres subcapítulos:

- servicios curativos: servicios médicos, dentales y paramédicos;
  - servicios preventivos y de promoción dirigidos a individuos, grupos y la comunidad en general;
  - servicios de apoyo: servicios no curativos y paramédicos y otros servicios de apoyo.
- Cada subcapítulo consta de varios párrafos.

En los párrafos de este capítulo a menudo leerá "introducción de 8". Se refiere al siguiente texto:

- a) En cada párrafo se describen las condiciones que han tenido una influencia específica o predominante positiva o negativa en el tamaño, la calidad, eficacia o eficiencia de los servicios. Algunos ejemplos son:
- el estado del tiempo, el transporte público, la situación económica, el sistema de cobro a los pacientes, las epidemias, las relaciones públicas, etc.;
  - disponibilidad de recursos: personal, suministros materiales (medicinas y ayudas/accesorios médicos, suministros de enfermería, productos químicos para purificación de agua, alimentos, energía), bienes de capital (equipos, aparatos, edificios) y recursos financieros;
  - organización y administración de recursos disponibles; tiempo de espera e itinerario de pacientes, higiene, ánimo del personal, almacenamiento, mantenimiento, etc.

Las condiciones antedichas difieren en la medida en que pueden ser afectadas por la administración de hospitales. Se podrían tratar las medidas o planes para cambiar las condiciones.

- b) El término "área de captación" se emplea ampliamente pero con significados diferentes:
- el área de captación se puede tomar para significar el área asignada, de la cual el hospital es (teóricamente) responsable. Las áreas de captación generalmente asignadas siguen las (sub)divisiones administrativas del país. El área asignada de captación indica el número de personas que dependen del hospital respecto de funciones que específicas y exclusivamente pertenecen a éste y que, en consecuencia, no realizan otras instalaciones de atención de salud;
  - en práctica, el alcance del hospital se refiere a un área que es más pequeña que el área asignada de captación: el área real de captación. El lugar de residencia de enfermos hospitalizados o pacientes ambulatorios se podría trazar en un mapa, así como los lugares visitados por personal hospitalario en forma sistemática. El análisis mostrará dónde la población no tiene igual acceso al hospital. Es importante conocer el área real de captación del hospital para estimar la cobertura e intensidad de uso y también indicar la eficacia. La diferencia entre el área de captación asignada y la real proporciona indicaciones para estimar la población no atendida.
  - una mejor administración y otras mejoras factibles pueden cambiar los "límites" del área real de captación hacia la extensión que es deseable y posible con el nivel o recursos disponibles: el área de captación proyectada. Cuando la administración de recursos sea adecuada, el área de captación proyectada puede coincidir con el área asignada de captación.

Las áreas de captación tienen que considerarse en relación con las diversas funciones desempeñadas por los hospitales, por ejemplo el área de captación para pacientes quirúrgicos es más grande que el área de captación para pacientes ambulatorios (no referidos); el área de captación para la función de referencia del Departamento Ambulatorio General es más grande que el área de captación del centro de salud o de la labor de dispensario del DAG.

## 8.1 SERVICIOS CURATIVOS

### 8.1.1 DEPARTAMENTO AMBULATORIO GENERAL (DAG)

Introducción de 8. Registro de consultas. La definición hospitalaria de casos nuevos (primeras visitas/consultas) y de casos antiguos; política de registro de pacientes que acuden a varios departamentos (sala de consulta médica, sala de curas, sala de inyecciones, laboratorio, farmacia, etc.); registro fuera de horario; registro cuando se visitan varios departamentos del hospital en el mismo día, por ejemplo, referencia de SMI al DAG o altas de salas vía DAG/farmacia. ¿Los pacientes se llevan la tarjeta de DAG a casa?

Utilización. Tiempo de espera de los pacientes. Variaciones estacionales en consultas en el DAG. Función de referencia del DAG según el porcentaje de casos nuevos (primeras visitas/consultas) referidos por establecimientos de atención de salud de nivel inferior y referidos a establecimientos de mayor nivel. Procedimientos estandarizados para el envío a establecimientos de nivel inferior. ¿De dónde vienen los pacientes, referidos y no referidos, en función de distancia al domicilio? Porcentaje de pacientes que podrían/deberían haberse tratado en otras instalaciones de atención de salud; razones de este "uso" indebido; recomendaciones. Otros factores que afectan la utilización: disponibilidad (DAG en el fin de semana, fuera de horario), accesibilidad (coste de la asistencia), aceptabilidad (normas sociales o culturales), funcionamiento de otros establecimientos de salud; consecuencias para la política de salud (del hospital).

Registro de diagnósticos: ¿Lista abreviada de la clasificación internacional de enfermedades, lista del hospital basada en los síntomas? ¿Se registran los diagnósticos múltiples por paciente? Cuando no hay un sistema fiable, dar una impresión en lugar de cifras que sugieran exactitud. ¿Se pueden sacar conclusiones del tipo de morbilidad observado en el DAG respecto a la morbilidad en el área de captación? Consecuencias para política de salud (del hospital).

8.1.1A CONSULTAS EN EL DEPARTAMENTO AMBULATORIO GENERAL

	1985	1986
Casos nuevos		
Casos antiguos		
Número total de consultas		
de las cuales habían sido referidas	%	%
de las cuales se refirieron a establec. de nivel inf.	%	%
de las cuales se refirieron a establec. de nivel sup.	%	%

Indicar qué definiciones de consultas al DAG se emplean en el hospital.

Un sistema comúnmente empleado es el que diferencia entre casos nuevos y antiguos basándose en el criterio de reaparición de la enfermedad. Cada paciente que llega al DAG con un nuevo brote de enfermedad se considera como caso nuevo, independientemente de si se había registrado en el hospital anteriormente. Las consultas en los días siguientes respecto del brote se cuentan como casos antiguos. Así, cada día una visita al DAG se cuenta solamente una vez. Después del registro en casos antiguos, todas las visitas de ese día a los subdepartamentos del DAG no se cuentan nuevamente como casos antiguos.

Cuando alguien se cura pero más adelante cae víctima de otra enfermedad o de la misma, la persona se vuelve a registrar como caso nuevo porque se trata un nuevo brote de (la misma) enfermedad.

Las consultas fuera de horario están incluidas en las cifras del cuadro. No se incluyen personas que asisten a clínicas de SMI u otras clínicas especiales de pacientes ambulatorios, a menos que estén referidas al DAG.

8.1.1B DIAGNOSTICOS EN EL DEPARTAMENTO AMBULATORIO GENERAL

Basándose en un cuadro con los diez diagnósticos más frecuentes, examinar las tendencias en los últimos (cinco) años.

8.1.1C UTILIZACION DEL DEPARTAMENTO AMBULATORIO GENERAL

Cuando se examinen en la parte descriptiva los resultados de las encuestas de muestreo, considérese la posibilidad de presentar las cifras aquí.

8.1.2 SALAS

Introducción de 8. Ingresos. Indicar (por sala), número de camas, ingresos, días de hospitalización, tasa de ocupación, estancia en promedio, número de defunciones. Fuga de pacientes. Política de ingresos y altas. Personas autorizadas a dar ingreso y altas. Porcentaje de ingresos referidos por establecimientos de atención de nivel inferior. Procedimientos estandarizados para traslado a instalaciones de atención de nivel inferior. ¿De dónde vienen los pacientes en función de la distancia al domicilio?

Atención y tratamiento. Calidad y organización de la atención de enfermería. Contención de infecciones en el hospital. Procedimientos de rutina en el ingreso. Programas de tratamiento, órdenes permanentes. Visitas de especialistas médicos. Unidades de autoatención, hostal para familiares. Atención espiritual.

Diagnósticos. Registro de diagnósticos: ¿Qué clasificación? ¿Se registran diagnósticos múltiples por paciente? Prestar atención especial a enfermedades transmisibles y carenciales. Comentario sobre las tendencias observables en los cuadros de diez primeros diagnósticos del apéndice. ¿Se pueden hacer inferencias del modelo de morbilidad/mortalidad del hospital respecto a morbilidad/mortalidad en el área de captación? Consecuencias para la política de salud (del hospital). ¿Qué porcentaje de enfermos hospitalizados podría/debería haberse atendido en forma ambulatoria o en instalaciones de nivel inferior? Consecuencias para la política de salud (del hospital).

### 8.1.2A CAPACIDAD Y UTILIZACION

Salas	Nº de camas	Nº de ingres.	Nº de días de hospít.	Tasa ocup. (%)	Estancia prom. por ingreso	Nº de muertes	Tasa mort. (%)
Varones							
Mujeres							
Maternidad*							
Prematuros							
Niños (edad)							
TB/Lepra							
Otros							
Totales 1986							
Totales 1985							

\* Los recién nacidos sanos no se cuentan como enfermos hospitalizados.

El cálculo de la tasa de ocupación y la estancia en promedio por ingreso se basa en el número de "días de hospitalización" o "días de atención":

$$\text{Tasa de ocupación} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de días de hospitalización}}{\text{N}^\circ \text{ de camas} \times 365} \times 100 = \dots\%$$

$$\text{Estancia en promedio por ingreso} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de días de atención}}{\text{N}^\circ \text{ de ingresos}} = \dots \text{días}$$

Para calcular el número de días de atención pueden usarse dos métodos:

1. A una hora fija cada día se cuenta el número de pacientes ingresados en cada sala. Cuando se da el alta a un paciente y el mismo día ingresa otro paciente en la misma cama, sólo se cuenta un día de atención.
2. Cálculo a partir del libro de ingresos y altas de la sala o en un punto central. Cuando en este segundo método el día de ingreso y el día de egreso se cuentan como un día de atención, el número total de días de atención será mayor que en el primer método. Esto infla la tasa de ocupación y la estancia en promedio por ingreso un 10% aproximadamente en comparación con el primer método.

Los hospitales deben indicar cómo se cuentan los días de atención.

Si no hay sala especial de TB y/o de lepra, se sugiere calcular la estancia en promedio para cada una de estas enfermedades. Esa cifra resulta de interés porque puede afectar el tiempo general de hospitalización considerablemente.

## 8.1.2B DIAGNOSTICOS DE ENFERMOS HOSPITALIZADOS\*

	N° de diagnósticos			Muertes		
	Niños**	Adultos	Total	Niños	Adultos	Total
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias						
II. Neoplasias						
III. Enfermedades endocrinas, metabólicas e inmunológicas						
IV. Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos						
V. Trastornos mentales						
VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos						
VII. Enfermedades del aparato circulatorio						
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio						
IX. Enfermedades del aparato digestivo						
X. Enfermedades del sistema urogenital						
XI. Embarazo, parto y puerperio						
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo						
XIII. Enfermedades del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo						
XIV. Anomalías congénitas						
XV. Afecciones en el periodo perinatal						
XVI. Lesiones e intoxicaciones						
Totales 1986						

\* Como se registran diagnósticos múltiples por paciente, el número de diagnósticos es mayor que el de ingresos.

\*\* Para el hospital, la niñez dura hasta la edad de ... años.

Respecto de la presentación de estadísticas sobre diagnósticos, el informe debe seguir, cuando las haya, las reglamentaciones gubernamentales. Los hospitales podrían indicar qué clasificación de diagnósticos se emplea en el hospital.

Actualmente las clasificaciones difieren ampliamente entre hospitales. Los hospitales deben remitirse a la "Clasificación Internacional de Enfermedades" (CIE) de la OMS. En la CIE, las enfermedades se clasifican en 17 grupos principales que a su vez se dividen en subgrupos. Cada enfermedad tiene un código. En el cuadro anterior solamente se mencionan los grupos principales de diagnósticos. Incumbe al hospital decidir si conviene también informar o no según subgrupos o enfermedades.

Siguen algunos comentarios de la introducción a la CIE:

- Para las estadísticas de morbilidad se deben consignar las afecciones múltiples.
- En el informe anual del hospital u otras publicaciones, todas las enfermedades que no ocurrieron ese año se deben omitir de la lista para mantener claridad.
- Para la mortalidad usar la misma lista, pero puntuar sólo una vez, siendo ésta la causa fundamental de muerte.
- Es muy importante recordar que esta lista se puede ampliar y reducir. La única unanimidad debe ser el sistema.
- Una sugerencia puede ser puntuar mensualmente y al final del año compilar las 12 listas.
- La lista tiene la ventaja de que los resultados de muchos hospitales se podrían combinar para uso estadístico.

Considerar los cuadros de diez principales diagnósticos para morbilidad y mortalidad, cada uno para adultos y niños. En estos cuadros se pueden dar cifras absolutas junto con el porcentaje de cada uno, refiriéndose al total general del cuadro 8.2.1B comparado con años anteriores.

## 8.1.3 DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA

Introducción de 8. Ingreso por razones obstétricas. Comentario sobre las cifras del cuadro A (para partos véase B, maternidad). Porcentaje de ingresos por referencia. Inferencias para el área de captación partiendo de la morbilidad observada. Consecuencias para la política (hospitalaria) en atención antenatal.

Maternidad y partos. Política hospitalaria en indicación para ingresos, incluyendo política sobre partos sin indicación médica. Proporción de partos sin indicación médica como porcentaje de partos totales. Ingresos para parto como porcentaje de total de ingresos en hospitales. Política durante el parto, uso de partograma. Definición hospitalaria de parto anormal (¿episiotomía incluida?). Política de alta después de parto normal: ¿día siguiente, vía SMI?

Número de ingresos para parto referidos de clínicas antenatales. Número de partos normales/anormales en el hospital en relación al número esperado de partos en el área de captación. Consecuencias para la política (hospitalaria) en atención antenatal. Política sobre cesáreas; tasa de cesáreas. Tasa de mortalidad materna y causas, inferencias para el área de captación, consecuencias.

Recién nacidos. Total, número de hijos nacidos muertos. Tasa de mortalidad hospitalaria perinatal y neonatal. Inferencias para el área de captación, consecuencias. Peso al nacer a intervalos de 250 gramos. Considerar para relacionar paridad con peso al nacer y mortalidad peri/neonatal; peso al nacer con mortalidad peri/neonatal.

Sala de prematuros; definición de hospitales de prematuridad, política sobre altas. Medidas especiales en cuanto a temperatura, humedad.

## 8.1.3A INGRESOS POR RAZONES OBSTETRICAS

	1985	1986
Primera mitad del embarazo		
Segunda mitad del embarazo		
Para parto		
Puerperio		
Total ingresos		
Porcentaje de referidos		

Los ingresos por razones obstétricas ocurren en la maternidad y las salas de mujeres.

## 8.1.3B PARTOS Y NACIMIENTOS

	1985	1986
Partos normales	....	....
Partos anormales	....	....
Total ingresados para parto	....	....
Nacidos vivos	....	....
Nacidos muertos	....	....
Total de niños nacidos	....	....

A causa de los embarazos múltiples, el número de niños nacidos es comúnmente mayor que los ingresos por parto. Indicar cuándo un parto se considera anormal.

## 8.1.3C PROCEDIMIENTOS DURANTE EL PARTO

Procedimientos	Número	Indicación de cesárea	Número
Inducción Episiotomía Sinfisiotomía Fórceps Vacuextracción Cesárea		Prolapso de brazo/cordón Situación transversa Placenta previa DCP Sufrimiento fetal Otros	

## 8.1.3D DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS EN HOSPITALES

	1985	1986
Nacimientos vivos normales	....	....
Nacimientos vivos anormales:	....	....
- Prematuros	....	....
- Deformación congénita	....	....
Total de nacimientos vivos	....	....

## 8.1.3E TASA DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL EN EL HOSPITAL

	1985	1986
Tasa de mortalidad perinatal		
Tasa de mortalidad neonatal		

## 8.1.4 QUIROPANO

Inducción de 8. Principales operaciones, anestesia empleada. Procedimientos menores o cirugía en pacientes ambulatorios. ¿Qué operaciones importantes se confían a médicos asistentes con experiencia? Política sobre cirugía electiva. Definición empleada para operaciones de emergencia. Muertes relacionadas con operaciones. Comentario sobre tendencias cuando se presenta un resumen del número de operaciones en las categorías principales de operación durante los últimos cinco años.

## 8.1.4A OPERACIONES PRINCIPALES\*

		Número de operaciones 1986
1A. <u>Cirugía general electiva</u>	subtotal	.....
Herniotomía hernia inguinal unilateral		....
Otras herniotomías		....
Otra cirugía electiva		....
1B. <u>Cirugía general de urgencia</u>	subtotal	.....
Laparatomía para: obstrucción intestinal		....
perforación/ruptura		....
2. <u>Urogenital</u>	subtotal	.....
Hidrocelectomía		....
Otros		....
3. <u>Ginecología</u>	subtotal	.....
Mioma (enucleación)		
Histerectomía (sub)total		
Ovariectomía		
Ligadura de trompas		
4. <u>Obstetricia</u>	subtotal	.....
Embarazo ectópico		
Cesárea		
Ruptura del útero		
5. <u>Oftalmología</u>	subtotal	.....
Extracción de catarata		
Enucleación ocular		
6. <u>Ortopedia</u>	subtotal	.....
Amputaciones		
Osteosíntesis		
Secuestrectomía		
7. <u>Cirugía plástica</u>	subtotal	.....
Injerto de piel		
Plastia en zeta y otras plastias		
8. <u>Varios</u>	subtotal	....
NUMERO TOTAL DE OPERACIONES PRINCIPALES EN 1986		.....
DE LAS CUALES SON DE URGENCIA		.....

\* Los números se refieren a procedimientos. Como se usan combinaciones, el número de procedimientos es mayor que el de pacientes operados. Las defunciones relacionadas con operaciones podrían indicarse y comentarse.

## 8.1.4B PROCEDIMIENTOS MENORES

		Número		Número
<u>Ojo</u>	extracción de cuerpo extraño		<u>Esqueleto</u>	
<u>Oído</u>	lavado con jeringa		reducción de fracturas	
	extracción de cuerpo extraño		vendajes para fracturas	
	paracentesis		amputación de dedos	
<u>Nariz</u>	extracción de cuerpo extraño		dislocaciones (reducción)	
	extirpación de pólipos		<u>Ginecología</u>	
<u>Garganta</u>	corte del irenillo		examen con espéculo	
	abscesos (incisión/drenaje)		colocación DIU	
<u>Piel</u>	limpieza de la herida		insuficiencia de trompas	
	sutura cutánea		dilatación/curetaje	
	injertos de piel		<u>Urología</u>	
	extirpación de ganglios/ lipomas, etc.		cateterización	
	extracción de cuerpos extraños		circuncisión	
<u>Punción lumbar</u>			parafimosis (reducción)	
<u>Aspiración de cavidades</u>			hidrocele	
<u>Biopsia para examen anatomopatológico</u>			<u>Varios</u>	
			extracciones dentales en ausencia de odontólogo	
			TOTAL 1986	
			TOTAL 1985	

Los procedimientos menores son procedimientos realizados por personal médico. El cuadro se refiere a toda clase de procedimientos, la mayoría de ellos realizados en quirófano. Algunos procedimientos, sin embargo, se realizan en otro sector del hospital, según la necesidad (pequeña cirugía en salas) e instalaciones (maternidad/salas de mujeres).

## 8.1.5 TUBERCULOSIS Y LEPROA

Introducción de 8. La política y forma de registro del hospital ¿están vinculadas a un programa (nacional) de TB/lepra? Las cifras del apéndice en relación a cifras (locales o nacionales) de prevalencia e incidencia. Cobertura del programa o el hospital en el área asignada. Política de ingresos y altas. Programas de tratamiento. Resistencia a los medicamentos. Actividades de seguimiento. Cumplimiento de pacientes y programas.

## 8.1.5A INGRESOS EN SALAS DE TB

	Total 1986	Pulm. BAR+*	Pulm. BAR-	Extra- pulm.	Total 1985
Niños					
Adultos					
TOTALES					

\* BAR - Bacilo acidorresistente.

Respecto de los diagnósticos, se ofrece aquí un desglose de las cifras globales posiblemente presentadas en 8.1.2B, grupo I.

En el informe anual de muchos hospitales se da información sobre TB y lepra con mucho más detalle que sobre otras enfermedades. Esto a menudo lo origina la existencia de programas de TB y lepra y la participación de los hospitales en la ejecución de los programas. En consecuencia, las cifras presentadas en los informes anuales no están a menudo simplemente restringidas a las actividades en un complejo hospitalario.

Aunque el informe anual básicamente se limita a las actividades hospitalarias, se sugiere que en relación a TB y lepra las cifras en pacientes ambulatorios y control se den en cuanto al área del programa. Las cifras del hospital en sí pueden no proporcionar suficiente apreciación de la dinámica de las enfermedades.

#### 8.1.5B PACIENTES AMBULATORIOS DE TB\*

	Total 1985	Total 1986	Pulm BAR+86	Pulm BAR-86	Extra Pulm 86
Pacientes en tratamiento por 1.1	...	...	...	...	...(+)
Nuevos ingresos	...	...	...	...	...(+)
- pacientes no tratados previamente	...	...	...	...	...
- recaídas					
- transfer. de otros sitios					
- vueltos a tratar					
Bajas del registro	...	...	...	...	...(-)
- declarados curados	...	...	...	...	...
- murieron	...				
- fuera de control (dos meses consecutivos sin tratamiento)					
Pacientes en tratamiento en 31.12	...	...	...	...	... (=)
N <sup>o</sup> esperado de pacientes en área de captación	...	...			

\* Indicar qué cifras se refieren a: pacientes ambulatorios del hospital o área asignada al hospital.

## 8.1.5.C CONTROL DE LA TB

	Nº de pacientes 1985	Nº de pacientes 1986
Total de pacientes diagnosticados en el año anterior*	... (100%)	... (100%)
Declarados curados (BAR-después de 1 año de tratamiento continuo)	... (..%)	... (..%)
Transferidos	(..%)	(..%)
Murieron	(..%)	(..%)
Aún en tratamiento (asistencia irregular)	(..%)	(..%)
Fuera de control	(..%)	(..%)
BAR aún + después de 1 año de tratamiento (farmacorresistente)	(..%)	(..%)

\* Para 1986: Análisis de BAR + pacientes diagnosticados entre 1.1.1985 y 31.12.1985 (informe anual previo) después de 1 año de tratamiento, sin los pacientes transferidos de otros establecimientos de atención de salud.

## 8.1.5D PACIENTES AMBULATORIOS DE LEPROA\*

	Total 1985	Total 1986	Paucibacil. 1986	Multibacil. 1986
Pacientes en tratamiento por 1.1	...	...	...	...(+)
Nuevos ingresos:	...	...	...	...(+)
- pacientes no tratados previamente	...	...	...	...
- recaídas				
- transfer. de otros sitios				
- vueltos a tratar				
Bajas del registro:	...	...	...	...(-)
- declarados curados	...	...	...	...
- transferidos a otro sitio				
- murieron				
- fuera de control (no tratamiento en '84)				
Pacientes en tratamiento en 31.12	...	...	...	...(-)
Nº esperado de pacientes en área de captación	...	...		

\* Indicar a qué se refieren las cifras: pacientes ambulatorios del hospital o área asignada al hospital.

8.1.5E CONTROL DE LA LEPRO

	Total 1985	Total 1986	Paucibacil. 1986	Multibacil. 1986
Tasa de asistencia hasta 74% Tasa de asistencia 75-100% Tasa de asistencia desconocida				
Pacientes en tratamiento en 31.12				

8.1.6 ODONTOLOGIA

Introducción de 8. Naturaleza y cantidad de servicios proporcionados. Qué porcentaje de la población en el área de captación hace uso de los servicios. Prevalencia de caries. Participación en servicios fuera del hospital (salud escolar).

8.1.6A CONSULTAS EN EL HOSPITAL

	Total 1985	Total 1986	Adultos 1986	Niños 1986
Casos nuevos Casos antiguos				
Total consultas				
Transfer. de otros sitios				

Diagnóstico

Caries ...  
Enfermedad periodontal ...  
Trauma ...  
Otros ...

Tratamiento

Dentaduras ...  
Extracción ...  
Obturaciones ...  
Otros ...

8.1.6B CONSULTAS FUERA DEL HOSPITAL

La misma división que en A.

8.1.7 OFTALMOLOGIA

Introducción de 8. Naturaleza y cantidad de servicios prestados. Examen de la morbilidad. Número de pruebas de agudeza visual; número de anteojos recetados y entregados.

8.1.8 FISIOTERAPIA

Introducción de 8. Naturaleza y cantidad de servicios prestados.

8.1.9 OTROS SERVICIOS CURATIVOS

Introducción de 8. Otras actividades curativas, como clínicas de drepanocitosis, atención de salud mental, etc.

8.2 SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE FOMENTO DE LA SALUD

8.2.1 SALUD MATERNOINFANTIL (SMI)

Introducción de 8. Esbozo de servicios de SMI en el área. Participación del hospital. Puntos sobresalientes del informe del coordinador de distrito de SMI.

Consultas de SMI en el propio hospital, en clínicas móviles organizadas por el hospital, y en establecimientos fijos de SMI supervisados por el hospital. Cobertura: relacionar el número de primeras visitas de niños menores de cinco años con el tamaño estimado del grupo proyectado; relacionar el número de embarazadas registrado para atención antenatal con el número estimado de mujeres embarazadas (número de recién nacidos); relacionar el número de mujeres registradas para planificación de la familia con el número de mujeres en edad fértil (15-44 años). Monitoría de la cobertura por establecimiento, estrategias para resolver problemas de poca asistencia. Participación de estructuras sociales de la comunidad. Suministro de medicamentos de apoyo y leche como incentivos.

Inmunizaciones de SMI en el hospital, en clínicas móviles organizadas por el hospital y en establecimientos fijos de SMI supervisados por el hospital. Política de inmunizaciones: cuando el niño está enfermo; inmunizaciones múltiples; revacunaciones. Suministro y almacenamiento de vacunas; potencia de las vacunas al tiempo de aplicación. Cobertura: relacionar el número de inmunizaciones (con dosis única o con primera, segunda y tercera dosis) en niños menores de un año y embarazadas con el tamaño de los respectivos grupos de la población objetivo. Sistema para la incomparecencia en la segunda y la tercera dosis. Fijar objetivos de inmunización para los próximos años. Cobertura en relación con las cifras nacionales.

8.2.1A CONSULTAS DE ATENCION PRENATAL

Nombre del centro	Primera visita (a)	Total visitas (b)	Población objetivo estimada (c)	Cobertura 1986 (d)	Cobertura 1985
Hospital				%	%
.....				%	%
.....				%	%
.....				%	%
TOTALES 1986				%	-
TOTALES 1985				-	%

(a) Primeras visitas = número de nuevos registros durante el año. La columna se podría subdividir en antes o después de 28 semanas de embarazo en el momento de la asistencia.

(b) Promedio de visitas prenatales por embarazo = (b):(a).

(c) Si no se dispone de datos sobre fecundidad, use el número de recién nacidos en vez del de embarazadas. Número de recién nacidos = tasa bruta (estimada) de natalidad x tamaño (estimado) de población.

(d) Cobertura = número total de primeras visitas: población objetivo = (a):(c) x 100%.

## 8.2.1B CONSULTAS DE ATENCION INFANTIL

Nombre del centro	Primera visita (a)	Total visitas (b)	Población objetivo estimada (c)	Cobertura 1986 (d)	Cobertura 1985
Hospital	...	...	...	%	%
.....	...	...	...	%	%
.....	...	...	...	%	%
.....	...	...	...	%	%
				%	%
				%	%
				%	%
TOTALES 1986				%	-
TOTALES 1985				-	%

(a) Primeras visitas = número de nuevos registros durante el año. La columna podría subdividirse en menos o más de 6 meses de edad en el momento de la consulta.

(b) Promedio de visitas por niño = (b):(a).

(c) Población objetivo estimada = número estimado de recién nacidos.

(d) Cobertura = número total de primeras visitas: población objetivo total = (a):(c)x100%.

## 8.2.1C CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Nombre del centro	Primera consulta 1986*	Nuevas consultas 1986	Total 1986	Total 1985
Hospital				
.....				
.....				
Nº total de consultas				

\* Nº de mujeres registradas.

## 8.2.1 NUMERO DE INMUNIZACIONES Y COBERTURA POR CENTRO

Centro	Población objetivo	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	SABIN 1	SABIN 2	SABIN 3	Sarampión	TT1	TT2
Hospital	....	N <sup>o</sup> (Cob.)	N <sup>o</sup> (Cob.)	N <sup>o</sup> (Cob.)							
Nombre	....	N <sup>o</sup> (Cob.)									
Etc.	....										
Totales	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cobertura global 1986	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%
Cobertura global 1985	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%	..%

Cobertura número de inmunizaciones realizadas: población objetivo estimado. La población objetivo estimada es el "N<sup>o</sup> de niños menores de un año" o "número estimado de embarazadas". En el cuadro, se considera que el tamaño de estos grupos objetivo es igual.

## 8.2.2 EDUCACION SANITARIA

Introducción de 8. Propósito y objetivos. ¿Qué se hace, dónde y quién lo hace? Participación de la comunidad y de sectores relacionados con la salud (medios de información, escuelas).

## 8.2.3 OTROS SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE FOMENTO DE LA SALUD

Introducción de 8. Información en cuanto a salud escolar, salud laboral, salud ambiental, actividades especiales de atención de salud, campañas, esfuerzos de desarrollo de la comunidad, etc., donde el hospital desempeña una función. Ver el capítulo 9 para adiestramiento de trabajadores comunitarios de salud en aldeas.

## 8.3 SERVICIOS DE APOYO

## 8.3.1 LABORATORIO Y TRANSFUSIONES DE SANGRE

Introducción de 8. Número de exámenes comparado con años anteriores. Porcentaje de resultados positivos por tipo de examen, conclusión sobre la adecuación de solicitudes; conclusiones sobre el volumen de trabajo, es decir, número de exámenes por miembro del personal.

Cuando los exámenes se registran por separado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, dar el número de cada examen por 100 ingresos y 100 consultas de pacientes ambulatorios (Total del apéndice 8.1.1).

¿Especificación de anemia posible? ¿realizada? ¿Disponibilidad de donantes de sangre: familia, escuelas secundarias, ejército, banco de sangre? Distribución de grupos sanguíneos y factor rhesus.

8.3.1A ANALISIS DE LABORATORIO

	Pac. ingresados total % pos.	Pac. ambulat. total % pos.	Todos los pac. total % pos.
<u>A. PARASITOLOGIA</u>			
1. Láminas examinadas Pos. para: Plasmodia Otros	... ..		
2. Muestras orina examinadas Pos. para: Schist. haemat.			
3. Muestras fecales examinadas Pos. para: parásitos			
4. Escob. rectal examinado Pos. para: Schist. mansoni			
SUBTOTAL A	-	-	-
<u>B. HEMATOLOGIA</u>			
Hemoglobina medida menos de 70% (arbitraria)	... ..	... ..	... ..
Sedimentación	... ..	... ..	... ..
Rec. leucocitos total	... ..	... ..	... ..
Rec. leucocitos + diferenciación	... ..	... ..	... ..
Hematíes	... ..	... ..	... ..
Morfología de hematíes	... ..	... ..	... ..
Hematócrito	... ..	... ..	... ..
V.C.M., C.M.H.C. Prueba de falciformes hecha	... ..	... ..	... ..
SUBTOTAL B	-	-	-
<u>C. BIOQUIMICA</u>			
1. Análisis de sangre (total: ) electrolitos glucosa urea enzimas hepáticas			
2. Muestras de orina (total: ) albúmina (prueba cualitativa) glucosa (prueba cualitativa) bilirrubina pregnoston			
3. Líquido cefalorraquídeo (total: ) glucosa proteínas			
SUBTOTAL C	-	-	-

	Pac. ingresados total % pos.	Pac. ambulat. total % pos.	Todos los pac. total % pos.
<u>D. SEROLOGIA</u> Kahn Widal VDRL Otros análisis			
SUBTOTAL D	-	-	-
<u>E. BACTERIOLOGIA</u> Frotis para C.O. Espudo para Gram Espudo para Z.N. (Myc. t.) Frotis piel (Myc. l.) Líquido cefalorraquídeo			
SUBTOTAL E	-	-	-
<u>F. CRUPOS DE SANGRE Y COMPATIBILIZACION</u> Grupos de sangre Compatibilización			
SUBTOTAL F	-	-	-
NUMERO TOTAL DE ANALISIS DE LAB. 1986 (Totales A-F)			
TOTAL 1985			

En este ejemplo se mencionan los exámenes más comunes. El cuadro podría extenderse para mostrar las posibilidades del laboratorio.

Examínese un cuadro en el que estén representados los subtotales A-F en los últimos 5 años. También se podría establecer una relación entre el número anual total de exámenes de laboratorio en pacientes ingresados y ambulatorios y el número de ingresos y consultas externas en esos años.

### 8.3.1B TRANSFUSIONES DE SANGRE

	1985	1986
Botellas donadas Pacientes que recibieron transfusiones		

## 8.3.2 ANATOMIA PATOLOGICA Y AUTOPSIAS

Introducción de 8. Número de especímenes enviados al anatomopatólogo comparado con año(s) anterior(es). Información sobre autopsias.

## 8.3.3 FARMACIA

Introducción de 8. Suministros farmacocquímicos: sistema de pedidos, disponibilidad, suministros, almacenamiento, robo. Frecuencia de inventarios. Condiciones del almacén: temperatura, humedad, protección contra los ladrones. Control de caducidad de medicamentos. Comité de farmacia y terapéutica; contacto con herboristas. Información/educación del paciente sobre medicamentos; observancia por el paciente del tratamiento medicamentoso. ¿Lista de medicamentos esenciales según la política nacional, o lista del propio hospital en base a aquélla?

Formulario de hospital. Pautas de tratamiento, autoridad para prescribir diversos medicamentos. Producción hospitalaria de pomadas, soluciones y bolsas de rehidratación oral. Problemas de resistencia (por ejemplo, medicamentos antipalúdicos y antibióticos); disponibilidad de alternativas.

Gasto total en medicamentos, porcentaje de gastos para los 20 medicamentos más vendidos por la farmacia, con la cantidad de unidades distribuidas como criterio. Costo de medicamentos por contacto de paciente ambulatorio y día de enfermo hospitalizado, como se calculó. Posibilidades de economizar gastos por medicamentos.

## 8.3.3A LOS VEINTE FARMACOS MAS PRESCRITOS

Nombre genérico del fármaco	Unidad en que se presenta ... mg/ml por vial/cap./tabl.	Costo por unidad en 1986 (moneda)	Nº de unidades vendidas (x 1000)	Porcentaje entrada/salida	% de gastos en este artículo
Acido acetilsal. .....					

El cuadro se refiere a los 20 fármacos más prescritos en términos de cantidad de unidades. Otras posibilidades para dicha tabla sería basarla en tratamientos prescritos, o en costo por unidad.

## 8.3.3.B PRODUCCION DE SOLUCIONES/POMADAS/ETC.

## 8.3.4 DEPARTAMENTO DE RAYOS X

Introducción de 8. Política sobre radiografías del tórax en casos sospechosos de TB.

## 8.3.4A NUMERO DE RADIOGRAFIAS HECHAS

1. Cráneo y mandíbula	6. Detección - tórax
2. Columna vertebral	- otros
3. Abdomen - simple	7. Hombro y clavícula
- contraste usado	8. Extremidades superiores
4. Pelvis y cadera	9. Extremidades inferiores
5. Tórax - grande	
- Odelca (70x70mm)	
	TOTAL EXAMENES 1986
	TOTAL EXAMENES 1985

### 8.3.5 SERVICIOS DE AMBULANCIA

Introducción de 8. Número de viajes; costo de cada viaje, contribución del paciente. Área de servicio de la ambulancia.

### 8.3.6 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS INTERIORES

Introducción de 8. Servicio de comidas, dietética, limpieza, lavandería y ropa de cama. Precios de los alimentos y gastos en alimentos por día de enfermo hospitalizado, comparado con año(s) anterior(es). Ingesta calórica diaria buscada a través de suministro de alimentos. Instalaciones para que cocinen los familiares. Ganadería, huerto organizado por el hospital, suministro de leña en el hospital, sala de recién nacidos. Instalaciones sanitarias: inodoros, abastecimiento de agua, alcantarillado, eliminación de desperdicios (fosa, horno).

### 8.3.7 SERVICIOS TECNICOS

Introducción de 8. Abastecimiento de agua. Suministro de combustible y electricidad, energía solar. Maquinaria, transporte (libro de asientos), equipo, edificios, mantenimiento y refacciones, etc. Instalaciones de un departamento técnico. Grado de apoyo de organizaciones externas, por ejemplo, ministerio de obras públicas, otros hospitales, organizaciones comerciales. La función de un departamento técnico para otros establecimientos de atención de salud.

### 8.3.8 DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION Y ARCHIVOS MEDICOS

Introducción de 8. Departamento de administración, con inclusión de almacenes y contabilidad, y departamentos de archivos médicos.

Sistema de registro (médico) en departamentos, servicios de apoyo. Control de la exactitud del registro; ¿se practicó el registro mensual (acumulativo)?

### 8.3.9 OTROS SERVICIOS DE APOYO

## 9. FORMACION PROFESIONAL

### 9.1 NOMBRE DEL CENTRO DE FORMACION

Aquí se da información concerniente a cualquier institución de formación dependiente del hospital.

Breve historia de la escuela. Revisión del año. Matrícula y exámenes. ¿Se aprovecha plenamente la capacidad docente? Desarrollo de programas, instrucción clínica, adiestramiento a nivel de los poblados. Recursos de la biblioteca y suscripciones. Organización de estudiantes: comités estudiantiles, actividades sociales, proyectos de autosuficiencia.

Composición y funcionamiento (frecuencia de reuniones, políticas y temas principales tratados) de órganos administrativos tales como la junta, el comité escolar, el comité disciplinario, etc. Nivel y calidad de los profesores y otros empleados; ¿están los profesores bien preparados? Fondos: gastos e ingresos; costo por estudiante por año. Materiales didácticos y otros suministros. Edificios y equipo. Transporte, etc.

9.1A MATRICULA

	N° de estudiantes		Bajas	
	31.12.85	31.12.86	1985	1986
Primer año				
Segundo año				
Tercer año				
Obstetricia				
TOTAL				

9.1B EXAMENES

	N° de candidatos		N° alumnos aprobados	
	1985	1986	1985	1986
Exámenes enfermería				
Exámenes obstetricia				
TOTAL				

9.1C ESTABLECIMIENTO

	N° trabajadores 31.12.85	N° trabajadores 31.12.86
Personal docente: jerarqu./calificaciones		
Otro personal:		
TOTAL		

9.1D INGRESOS Y EGRESOS DE PERSONAL

Nombre, cargo, etc.

## 9.1E FINANZAS

GASTOS RECURRENTES	Gastos reales 1985	Gastos reales 1986	Asignación/ gastos 1986
En lo posible por categorías según los reglamentos nacionales o del gobierno			
Total gastos recurrentes			

INGRESOS DE EXPLOTACION	Gastos reales 1985	Gastos reales 1986	Asignación/ gastos 1986
Asignación/donación gobierno Matrícula escolar Otro ingreso			
Total ingreso de explotación			
DEFICIT O EXCEDENTE EN CUENTA CORRIENTE	d/e	d/e	

## 9.2 OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACION Y ADIESTRAMIENTO

Cursos, talleres, seminarios organizados por el hospital. Función del hospital en la formación y el apoyo (supervisión) del personal destinado a instalaciones de atención de salud de nivel inferior. Adiestramiento de agentes de salud comunitarios y rurales. Charlas regulares a grupos fuera del hospital: clubes de mujeres, comités de desarrollo, escuelas, grupos de agricultores, etc. Estudiantes asignados temporariamente al hospital en calidad de alumnos. Recursos de la biblioteca y suscripciones.

Personal del hospital que va o vuelve de cursos de adiestramiento, avance profesional o perfeccionamiento, seminarios, talleres u otras reuniones de carácter docente. Adiestramiento in situ del personal: reuniones clínicas, otras actividades docentes; ¿a estas reuniones asiste también personal de otras instituciones de atención de la salud?

## 10. PLANIFICACION PARA EL FUTURO

Este capítulo expone políticas de hospital y prioridades. Cuando los capítulos anteriores contienen recomendaciones, estas recomendaciones se enumeran en orden de prioridad. ¿Tiene el hospital un plan de desarrollo (por escrito) para los próximos (3-5) años?

Participación del hospital en la política general del distrito de desarrollo de la salud y de la atención sanitaria, con énfasis en los problemas correspondientes en su (pleno) contexto social, económico y ambiental en lugar de un (estrecho) contexto médico. Políticas hospitalarias para llegar a la población y otros sectores que tienen conexión con la salud.

Las políticas hospitalarias, así como las políticas locales generales de salud, también deben considerar:

- la identificación y el análisis de problemas de salud (capítulo 3 y capítulo 8);
- la capacidad y utilización de los recursos del hospital, de otras instalaciones de atención de la salud, de otros sectores y de las propias personas;
- las circunstancias específicas, estructuras sociales y económicas y sistemas político-administrativos;
- la función del hospital en el plan local de atención.

Evaluación de las consecuencias de las actividades hospitalarias actuales para el desarrollo de APS. Posibilidades de reorientar recursos en apoyo de la atención primaria de salud; consecuencias para las actividades más "tradicionales" del hospital.

Las prioridades descritas se pueden evaluar en los informes anuales de los años siguientes.

#### 11. EPILOGO/EXPRESION DE GRATITUD

Palabras de agradecimiento a empleados, visitantes y benefactores.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma(s), nombre(s) y cargo(s) de la(s) persona(s) responsable(s) de la información en el informe anual: \_\_\_\_\_

- = -