

AUDITORIA  
DE HOMOLOGACION  
HOSPITAL  
**ARQUITECTO MARCIDE**



Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes  
DIRECCION GENERAL DE PROGRAMACION ECONOMICA  
DIRECCION GENERAL DE ASEGURAMIENTO Y PLANIFICACION SANITARIA  
**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**



## **SELECCION DE EQUIPOS:**

- **PROFESIONALES DE LA GESTION**
  - **CON EXPERIENCIA SUFICIENTE**
  - **DE DIFERENTE COMUNIDAD**
  - **DE DIFERENTE HOSPITAL**
- 
- **LA INFORMACION ES PUBLICA Y RECUSABLE**
  - **MAS UN RESPONSABLE DE LA SGSGAC**



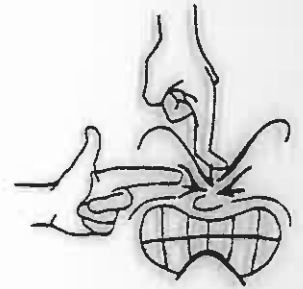
## SELECCION DE EQUIPOS:

- PROFESIONALES DE LA GESTION
  - CON EXPERIENCIA SUFICIENTE
  - DE DIFERENTE COMUNIDAD
  - DE DIFERENTE HOSPITAL
- 
- LA INFORMACION ES PUBLICA Y RECUSABLE
  - MAS UN RESPONSABLE DE LA SGSGAC

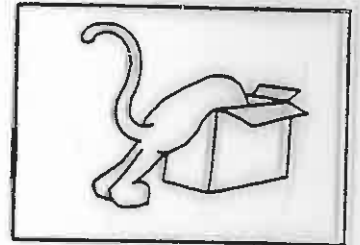
## Nuestra auditoría no es:



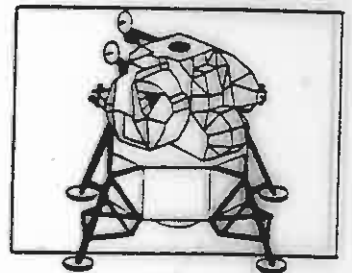
**Esto está mal ...  
Esto debe hacerse ...**



**Nos vuelven locos  
pidiendo papeles...**



**No tienen ni ... idea**



**Yo dije esto ...**



C. H. A. MARCIDE-NOVOA SANTOS

1505

11/05/1993 11:53  
Pagina n 17

LISTADO DE PERSONAL

SI	CATEGORIA	PUESTO DE TRABAJO	U. FUNCIO.	NUMERO PLANTILLA	APPELLIDOS Y NOMBRE	D N I	FECHA ALTA	FECHA BAJA	INICIO CONTR	FIN CONTR	ANTIG. CONTR	TIP TI
----	-----------	-------------------	------------	------------------	---------------------	-------	------------	------------	--------------	-----------	--------------	--------

2 29	ACT CELADOR	CELADOR LAVANDERIA	LAVANDERIA	2178	MONTE SERRANO MARIA ESTHER	32558647E	01/07/92		01/07/92		01/10/90	INT EST
------	-------------	--------------------	------------	------	----------------------------	-----------	----------	--	----------	--	----------	---------

Puesto Trabajo : CELADOR LAVANDERIA  
Total empleados: 1

Proyecto Signo  
**AUDITORIA DE HOMOLOGACION**

---

**HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE**

---

De acuerdo con el compromiso adquirido por los Hospitales del proyecto Signo y auspiciado por la Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes del Ministerio de Sanidad y Consumo, durante los días 1 y 2 de Febrero de 1994 , se auditó el HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE, siguiendo los criterios que se establecen en los procedimientos para la auditoría de homologación (versión 0.2.).

Finalizada la auditoría, el equipo compuesto por:

FIDEL CAMPOY  
GERENTE. HOSPITAL DE HELLIN

JUANA MARIA MARTI-BELDA  
DIRECCION DE ENFERMERIA. HOSPITAL STA.CRISTINA

FRANCISCO MARTINEZ  
DIRECTOR DE GESTION. HOSPITAL DE BARBASTRO

J.ANTONIO MARTINEZ  
COORDINADOR DE ADMISION. HOSPITAL VALLE DE NALON

ELENA MORO DOMINGO  
Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes  
en calidad de NOTARIO

emite su informe de conclusiones.

A. MARCIDE- N. SANTOS  
 RESULTADOS DEL TEST DE ACREDITACION - MODELO SIGNO I  
 LISTADO DE RESUMEN POR AREAS FUNCIONALES  
 Enero 1994

Cod.	AREA Descripción	ESTRUCTURA		IMPUTACIONES		TOTAL	
		Pt.	% posible	Pt.	% posible	puntos	% total
ADM	ADMISION	2	100.00	2	100.00	4	4.00
ADT	ADMINISTRACION	3	100.00	3	100.00	6	6.00
BLO	BLOQUE QUIRURGICO	3	100.00	12	100.00	15	15.00
CEN	CENTROS AJENOS	1	100.00	0	0.00	1	1.00
CON	CONSULTAS EXTERNAS	1	100.00	4	100.00	4	4.00
CIR	CIRUGIA	5	100.00	4	80.00	5	5.00
DOC	DOCENCIA E INVESTIGACION	1	100.00	0	0.00	1	1.00
DIR	GERENCIA Y DIRECCION	5	100.00	5	100.00	10	10.00
FAR	FARMACIA	1	100.00	11	100.00	2	2.00
HOS	HOSPITALIZACION	1	100.00	1	20.00	2	2.00
LAB	LABORATORIOS	5	100.00	12	96.00	17	17.00
LOG	LOGISTICA	3	100.00	10	55.46	13	13.00
MED	MEDICINA	5	100.00	3	60.00	5	5.00
MPR	MEDICINA PREVENTIVA	1	100.00	1	100.00	2	2.00
OBS	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1	100.00	0	0.00	1	1.00
PED	PEDIATRIA	1	100.00	3	100.00	4	4.00
PRO	PRUEBAS ESPECIALES Y LAB.	1	100.00	4	100.00	5	5.00
PR1	ATENCION PRIMARIA	1	100.00	3	100.00	4	4.00
PSQ	PSIQUIATRIA	1	100.00	2	100.00	3	3.00
RAD	RADIOLOGICO	1	100.00	1	14.29	2	2.00
URG	URGENCIAS	1	100.00	0	0.00	1	1.00

Total puntos con Normalización de la ESTRUCTURA: 49 100.00 1% sobre posible

Total puntos con Normalización de IMPUTACIONES: 51 58.06 %

Total puntos PREGUNTAS PREVIAS: 376 93.27 (%)

RESULTADO: ..... NIVEL III

- 20 Preguntas Previas -

---

**RESUMEN  
DEL TRABAJO DE CAMPO**



## 1. CODIFICACION Y COSTES

### 1.1. VISION GENERAL

- Identificación de la estructura Hospitalaria a nivel de área, servicio y GFH. Diseño de GFHs de Hospitalización confuso que puede inducir a errores importantes a la hora de realizar las imputaciones de costes.
- Utilización de códigos distintos (numéricos) en el área de gestión, que son reconvertidos posteriormente en G.analítica.
- Utilización parcial de la codificación dentro del Hospital, siendo más marcado su déficit en el área asistencial donde frecuentemente utilizan literales o abreviaturas no homologadas.

### 1.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inicio de cultura en la utilización de códigos, sobre todo en la parte de gestión (SUM, PER) que no admite ya trámites si no vá codificado el impreso.</li> <li>■ Reconversión de Códigos dentro del propio servicio de FAR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coexistencia de diferentes tablas de código que obligan a G.analítica a reconvertir.</li> <li>■ Utilización de impresos que no contemplan grabado de GFH</li> <li>■ Escasa utilización de códigos en servicios peticionarios</li> </ul>

### 1.3. PROPUESTAS DE MEJORA

(no desarrolladas en los proyectos)

- Difusión e información continua de la necesidad e importancia de la utilización de una codificación única y por todo el Hospital.
- Implantación de mecanismos disuasorios que aseguren la utilización por todos de la codificación establecida.
- Reflejar en todos los impresos casilla para el GFH.

1. CODIFICACION Y COSTES

1.1. VISION GENERAL

- Identificación de la estructura Hospitalaria a nivel de área, servicio y GFH. Diseño de GFHs de Hospitalización confuso que puede inducir a errores importantes a la hora de realizar las imputaciones de costes.
- Utilización de códigos distintos (numéricos) en el área de gestión, que son reconvertidos posteriormente en G.analítica.
- Utilización parcial de la codificación dentro del Hospital, siendo más marcado su déficit en el área asistencial donde frecuentemente utilizan literales o abreviaturas no homologadas.

1.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inicio de cultura en la utilización de códigos, sobre todo en la parte de gestión (SUM,PER) que no admite ya trámites si no vá codificado el impreso.</li> <li>■ Reconversión de Códigos dentro del propio servicio de FAR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coexistencia de diferentes tablas de código que obligan a G.analítica a reconvertir.</li> <li>■ Utilización de impresos que no contemplan grabado de GFH</li> <li>■ Escasa utilización de códigos en servicios peticionarios</li> </ul>

1.3. PROPUESTAS DE MEJORA

(no desarrolladas en los proyectos)

- Difusión e información continua de la necesidad e importancia de la utilización de una codificación única y por todo el Hospital.
- Implantación de mecanismos disuasorios que aseguren la utilización por todos de la codificación establecida.
- Reflejar en todos los impresos casilla para el GFH.

**2. CUMPLIMENTACION DEL C. M. B. D.**

**2.1. VISION GENERAL**

- Cumplimentan en porcentaje superior al solicitado el C.M.B.D;
- Los datos del mismo aparecen bastante completos en la muestra chequeada.
- Existe un responsable de la codificación en archivos.
- No se concreta físicamente la ficha del C.M.B.D.

**2.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existe personal cualificado dedicado a la codificación.</li> <li>■ Aplicación informática que parece apropiada y flexible para el mejor aprovechamiento del C.M.B.D.</li> <li>■ Codificación muy exhaustiva y sobre historia clínica e informe de alta</li> <li>■ Archivo de H.clinicas centralizado con buen control de movimiento de historias .</li> <li>■ Entrega de informes de alta prácticamente sin demora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inexistencia de un control de calidad interno de la codificación</li> <li>■ Parece existir dentro del Hospital un escaso aprovechamiento de las potencialidades del C.M.B.D.</li> <li>■ Inexistencia de datos administrativos en la documentación clínica (por falta de ficha incorporada a la historia).</li> </ul>

**2.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

- Instaurar un control de calidad en aras de la fiabilidad de los datos del C.B.M.D.( eje.codificación cruzada)
- Potenciar la difusión y explotación interna de los datos.

**2 . C U M P L I M E N T A C I O N   D E L   C . M . B . D .**

**2.1. VISION GENERAL**

- Cumplimentan en porcentaje superior al solicitado el C.M.B.D;
- Los datos del mismo aparecen bastante completos en la muestra chequeada.
- Existe un responsable de la codificación en archivos.
- No se concreta físicamente la ficha del C.M.B.D.

**2.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■Existe personal cualificado dedicado a la codificación.</li> <li>■Aplicación informática que parece apropiada y flexible para el mejor aprovechamiento del C.M.B.D.</li> <li>■Codificación muy exhaustiva y sobre historia clínica e informe de alta</li> <li>■Archivo de H.clínicas centralizado con buen control de movimiento de historias .</li> <li>■Entrega de informes de alta prácticamente sin demora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■Inexistencia de un control de calidad interno de la codificación</li> <li>■Parece existir dentro del Hospital un escaso aprovechamiento de las potencialidades del C.M.B.D.</li> <li>■Inexistencia de datos administrativos en la documentación clínica (por falta de ficha incorporada a la historia).</li> </ul>

**2.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

- Instaurar un control de calidad en aras de la fiabilidad de los datos del C.B.M.D.( eje.codificación cruzada)
- Potenciar la difusión y explotación interna de los datos.

## 4. RECURSOS HUMANOS

## 4.1. VISION GENERAL

- Asigna la nómina directa e informáticamente a GFH.
- Periodifica las pagas extraordinarias.
- Asigna informáticamente los costes de las cuotas S.S. por GFHs., descontando los procesos ILT.

## 4.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Periodifica las pagas extraordinarias con regularización en el mes de percibo de las mismas, cuadrando los totales con gestión económica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incorrecta imputación del personal de enfermería (hasta septiembre por inexistencia de GFHs de Hospitalización, en la actualidad por imputación a servicios finales de enfermeras de consultas externas a tiempo completo).</li> <li>■ No se obtienen informáticamente listados de coste de personal por GFH.</li> <li>■ No se imputan los MIR según rotación real hasta 31-12-93.</li> <li>■ Información poco sistematizada.</li> </ul>

## 4.3. PROPUESTAS DE MEJORA

(no desarrolladas en los proyectos)

- Corrección de las adscripciones del personal de enfermería.
- Sistematización de la información, con integración de listados que facilite su seguimiento.

## 4 . R E C U R S O S    H U M A N O S

## 4.1. VISION GENERAL

- Asigna la nómina directa e informaticamente a GFH.
- Periodifica las pagas extraordinarias.
- Asigna informáticamente los costes de las cuotas S.S. por GFHs., descontando los procesos ILT.

## 4.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■Periodifica las pagas extraordinarias con regularización en el mes de percibo de las mismas, cuadrando los totales con gestión económica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■Incorrecta imputación del personal de enfermería(hasta septiembre por inexistencia de GFHs de Hospitalización, en la actualidad por imputación a servicios finales de enfermeras de consultas externas a tiempo completo).</li> <li>■No se obtienen informáticamente listados de coste de personal por GFH.</li> <li>■No se imputan los MIR según rotación real hasta 31-12-93.</li> <li>■Información poco sistematizada.</li> </ul>

4.3. PROPUESTAS DE MEJORA  
(no desarrolladas en los proyectos)

- Corrección de las adscripciones del personal de enfermería.
- Sistematización de la información, con integración de listados que facilite su seguimiento.

5. SUMINISTROS

5.1. VISION GENERAL

- El material de suministros se asigna por salidas de almacén informáticamente a unidades creadas por el servicio de suministros que coinciden en algunos casos con los GFHs del Hospital y en otros no.
- La imputación del material de suministros en hospitalización no se realiza a la unidad de enfermería si no a GFH final (por inexistencia de GFH Enfe)
- Suministros controla directamente los stocks de las plantas de Hospitalización, reponiendo automáticamente según consumos medios establecidos por ellos.
- La rigidez de la aplicación informática existente no permite un correcto registro de las devoluciones de material de las unidades del Hospital y/o a proveedores, lo que origina la emisión de listados duplicados.
- Buen funcionamiento interno del servicio.

5.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existen manuales de procedimientos y organización interna del servicio.</li> <li>■ Buen control de stocks.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No utilización de codificación de GFHs para salidas y peticiones a suministros.</li> <li>■ Aplicación informática poco funcional, sin especificación de stocks mínimos y de seguridad</li> </ul>

5.3. PROPUESTAS DE MEJORA

(no desarrolladas en los proyectos)

- Mejora de la aplicación informática.
- Adaptación de las unidades peticionarias y de salida de productos a la estructura de GFHs diseñada por el Hospital.

**5 . S U M I N I S T R O S**

**5.1. VISION GENERAL**

- El material de suministros se asigna por salidas de almacen informáticamente a unidades creadas por el servicio de suministros que coinciden en algunos casos con los GFHs del Hospital y en otros no.
- La imputación del material de suministros en hospitalización no se realiza a la unidad de enfermería si no a GFH final (por inexistencia de GFH Enfe)
- Suministros controla directamente los stocks de las plantas de Hospitalización, reponiendo automáticamente según consumos medios establecidos por ellos.
- La rigidez de la aplicación informática existente no permite un correcto registro de las devoluciones de material de las unidades del Hospital y/o a proveedores, lo que origina la emisión de listados duplicados.
- Buen funcionamiento interno del servicio.

**5.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■Existen manuales de procedimientos y organización interna del servicio.</li> <li>■Buen control de stocks.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■No utilización de codificación de GFHs para salidas y peticiones a suministros.</li> <li>■Aplicación informática poco funcional, sin especificación de stocks mínimos y de seguridad</li> <li>■</li> </ul>

**5.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

- Mejora de la aplicación informática.
- Adaptación de las unidades peticionarias y de salida de productos a la estructura de GFHs diseñada por el Hospital.



**7. CONTRATOS DE SERVICIOS**

**7.1. VISION GENERAL**

- La periodificación de los diferentes contratos la realizan Gestión Económica y Mantenimiento, responsabilizándose de la remisión de datos a Gestión Analítica.
- Asignación de los costes de los contratos directamente a los GPMs desde los gestores de gasto responsables.

**7.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuadre total entre los costes totales de la periodificación de contratos efectuada por Mantenimiento y Gestión Económica.</li> <li>■ Buen soporte documental administrativo de cada contrato.</li> </ul>	

**7.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

---

**7. CONTRATOS DE SERVICIOS**


---

**7.1. VISION GENERAL**

- La periodificación de los diferentes contratos la realizan Gestión Económica y Mantenimiento, responsabilizándose de la remisión de datos a Gestión Analítica.
- Asignación de los costes de los contratos directamente a los GFHs desde los gestores de gasto responsables.

**7.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuadre total entre los costes totales de la periodificación de contratos efectuada por Mantenimiento y Gestión Económica.</li> <li>■ Buen soporte documental administrativo de cada contrato.</li> </ul>	

**7.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

**B. MANTENIMIENTO E INVENTARIO**

**8.1. VISION GENERAL**

- El servicio ha realizado un gran esfuerzo para mejorar la gestión interna y el inventario.
- Tienen pendiente concluir con el trabajo de identificación de aparataje
- Hasta la fecha Mantenimiento no ha imputado sus costes directamente a los GFHs.

**8.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ disposición de los responsables e implicación con los objetivos generales de la gestión del servicio.</li> <li>■ Cultura de trabajo informático</li> <li>■ Capacidad para desarrollar el proyecto</li> <li>■ Se comienza a realizar la imputación de costes de material y a valorar tiempos empleados en las reparaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se realiza la facturación de los costes de mantenimiento a los GFHs normalizados en el periodo que se estudió. (sept 93)</li> <li>■ Desconocimiento del presupuesto de gestión.</li> <li>■ Ausencia de inventario físico y depuración del introducido en el ordenador.</li> </ul>

**8.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

- Diseñar un sistema que permita el seguimiento presupuestario y la imputación de los costes del servicio de MAN según la actividad realizada en cada GFH.
- Realizar un manual de procedimiento que garantice el mantenimiento del inventario, defina los circuitos administrativos necesarios para la cumplimentación de todos los ítems básicos de la ficha de inventario y se impida la tramitación de reparaciones que no se gestione por mantenimiento.
- Unificar el sistema de información en un solo programa
- Contactar con otros servicios de MAN del Proyecto Signo.

---

**8 . M A N T E N I M I E N T O    E    I N V E N T A R I O**


---

**8.1. VISION GENERAL**

- El servicio ha realizado un gran esfuerzo para mejorar la gestión interna y el inventario.
- Tienen pendiente concluir con el trabajo de identificación de aparataje
- Hasta la fecha Mantenimiento no ha imputado sus costes directamente a los GFHs.

**8.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■disposición de los responsables e implicación con los objetivos grales de la gestión del servicio.</li> <li>■Cultura de trabajo informático</li> <li>■Capacidad para desarrollar el proyecto</li> <li>■Se comienza a realizar la imputación de costes de material y a valorar tiempos empleados en las reparaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■No se realiza la facturación de los costes de mantenimiento a los GFHs normalizados en el periodo que se estudió.(sept 93)</li> <li>■Desconocimiento del presupuesto de gestión.</li> <li>■Ausencia de inventario físico y depuración del introducido en el ordenador.</li> </ul>

**8.3. PROPUESTAS DE MEJORA**  
(no desarrolladas en los proyectos)

- Diseñar un sistema que permita el seguimiento presupuestario y la imputación de los costes del servicio de MAN según la actividad realizada en cada GFH.
- Realizar un manual de procedimiento que garantice el mantenimiento del inventario, defina los circuitos administrativos necesarios para la cumplimentación de todos los items básicos de la ficha de inventario y se impida la tramitación de reparaciones que no se gestione por mantenimiento.
- Unificar el sistema de información en un solo programa
- Contactar con otros servicios de MAN del Proyecto Signo.

**9. FACTURACION INTERNA, DIFUSION Y GESTION**

**9.1. VISION GENERAL**

■ Hay una difusión irregular de la facturación interna en el tiempo (dos veces en 1993) y no ha llegado a todos los SF/GFH (por ejemplo unidades de enfermería). El conocimiento de los responsables del detalle de los conceptos de la facturación es también irregular, siendo a veces escaso.

**9.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se ha iniciado la difusión con periodicidad</li> <li>■ Apoyo a nivel del comité de Dirección en la difusión del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausencia de información en Enfermería.</li> <li>■ No hay discusión interna de los resultados de gestión analítica.</li> <li>■ Excesivo protagonismo de gestión analítica en la elaboración e imputación de la facturación interna.</li> <li>■ Criterios de imputación poco desarrollados</li> </ul>

**9.3. PROPUESTAS DE MEJORA**

(no desarrolladas en los proyectos)

- Difusión periódica de los resultados de gestión analítica.
- Entrega de resultados a todas las áreas del hospital, implicando de forma especial a enfermería
- Trabajar en la línea de provocar discusión entre los distintos profesionales, y que utilicen la información facilitada.
- Entrenamiento de los responsables de servicios en temas de evaluación tecnológica y gestión de servicios.

**9 . FACTURACION INTERNA , DIFUSION Y GESTION**

**9.1. VISION GENERAL**

■ Hay una difusión irregular de la facturación interna en el tiempo (dos veces en 1993 ) y no ha llegado a todos los SF/GFH ( por ejemplo unidades de enfermería).El conocimiento de los responsables del detalle de los conceptos de la facturación es también irregular, siendo a veces escaso.

**9.2. ANALISIS**

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se ha iniciado la difusión con periodicidad</li> <li>■ Apoyo a nivel del comité de Dirección en la difusión del proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausencia de información en Enfermería.</li> <li>■ No hay discusión interna de los resultados de gestión analítica .</li> <li>■ Excesivo protagonismo de gestión analítica en la elaboración e imputación de la facturación interna.</li> <li>■ Criterios de imputación poco desarrollados</li> </ul>

**9.3. PROPUESTAS DE MEJORA**  
(no desarrolladas en los proyectos)

- Difusión periódica de los resultados de gestión analítica.
- Entrega de resultados a todas las áreas del hospital, implicando de forma especial a enfermería
- Trabajar en la línea de provocar discusión entre los distintos profesionales, y que utilicen la información facilitada.
- Entrenamiento de los responsables de servicios en temas de evaluación tecnológica y gestión de servicios.









---

# PLAN DE HOMOLOGACION

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S.INFORMACION

PRIORIDAD A

De 14.02.94 a 16.05.94

Aprobado por el Comité de Dirección en fecha: / /

Responsable: GERENTE

4. ACCIONES DIRECTAS

ACCION	COD.	RESPONSABLE	INICIO	FIN	RECURSOS
CAMBIO A UNA CODIFICACION UNICA	A	D.GESTION/GESTION ANALITICA <i>R. Serrano</i>	14.02.94 <i>16/5</i>	28.02.94 <i>31/5</i>	0
UTILIZACION DE CODIFICACION UNICA	B	COMISION DE DIRECCION	01.03.94	07.03.94	0
DEFINIR OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACION	C	GERENTE	14.02.94	28.02.94	0
IDENTIFICAR LAS VARIABLES NECESARIAS AL S.I.	D	COMISIO DE DIRECCION	01.03.94	14.03.94	0
DEFINIR ARQUITECTURA INTEGRADA DEL S.I.	E	COMISION DE DIRECCION	15.03.94	31.03.94	0
DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL	F	DIRECTOR DE GESTION	01.03.94	07.03.94	0
DEFINIR LAS NECESIDADES DE RECURSOS	G	DIRECTOR DE GESTION	07.03.94	31.03.94	0

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S.INFORMACION

PRIORIDAD A

De 14.02.94 a 16.05.94

Aprobado por el Comité de Dirección en fecha: / /

Responsable: GERENTE

4. ACCIONES DIRECTAS

ACCION	COD.	RESPONSABLE	INICIO	FIN	RECURSOS
DEFINICION DE PRIORIDADES	H	COMISION DE DIRECCION	04.04.94	11.04.94	0
DEFINICION DE SUBSISTEMAS COMPATIBLES	I	SERVICIO DE INFORMATICA	04.04.94	08.04.94	0
DEFINIR INFORMACION NECESARIA PARA GESTION ANALIT.	J	DIRECTOR DE GESTION	15.02.94	01.03.94	0
ELABORAR PLAN DE MEJORA CRITERIOS DE IMPUTACION	K	DIRECTOR DE GESTION	15.02.94	01.03.94	0
PLAN DE GESTION DE INFORMACION EN S.CENTRALES	L	DIRECTOR MEDICO	01.03.94	15.03.94	0
PLAN DE GESTION DE INFORMACION MTO/INVENTARIO	M	DIRECTOR DE GESTION	04.04.94	08.04.94	0
PLAN DE GESTION DE LA INFORMACION EN ENFERMERIA	N	DIRECTOR DE ENFERMERIA	04.04.94	08.04.94	0

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S.INFORMACION

PRIORIDAD A

De 14.02.94 a 16.05.94

Aprobado por el Comité de Dirección en fecha: / /

Responsable: GERENTE

5 . PLAN DE DIFUSION INTERNA

ACCION	COD.	RESPONSABLE	INICIO	FIN	RECURSOS
DIFUSION A RESPONSABLES DE GFHS DEL PLAN DE S.I.	N	GERENTE	01.03.94	01.03.94	0
DIFUSION DE PLAN DE SERVICIOS CENTRALES	0	DIRECTOR MEDICO	16.03.94	16.03.94	0
DIFUSION PLAN DE ENFERMERIA	P	D.ENFERMERIA	17.03.94	17.03.94	0
DIFUSION PLAN MANTENIMIENTO INVENTARIO	Q	D.GESTION	19.04.94	19.04.94	0

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S.INFORMACION

PRIORIDAD A

De 14.02.94 a 16.05.94

Aprobado por el Comité de Dirección en fecha: / /

Responsable: GERENTE

7. SEGUIMIENTO

ACCION	COD.	RESPONSABLE	INICIO	FIN	RECURSOS
AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA DE INFORMACION	R	GERENTE	06.03.94	07.03.94	0
VERIFICACION DE UTILIZACION CODIGOS	S	D.GESTION	15.03.94	16.03.94	0

HOSPITAL ARQUITECTO MARCLIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S. INFORMACION

PRIORIDAD A

De 14.02.94 a 16.05.94

Responsable: GERENTE

	FEBRERO /94																											
	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23
<b>A</b> CAMBIO A UNA CODIFICACION UNICA Resp: d.gestion/gestion analitica	[Barra]																											
<b>B</b> UTILIZACION DE CODIFICACION UNICA Resp: comision de direccion	[Barra]																											
<b>C</b> DEFINIR OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACION Resp: gerente	[Barra]																											
<b>D</b> IDENTIFICAR LAS VARIABLES NECESARIAS AL S.I. Resp: comision de direccion	[Barra]																											
<b>E</b> DEFINIR ARQUITECTURA INTEGRADA DEL S.I. Resp: comision de direccion	[Barra]																											
<b>F</b> DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>G</b> DEFINIR LAS NECESIDADES DE RECURSOS Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>J</b> DEFINIR INFORMACION NECESARIA PARA GESTION ANALIT. Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>K</b> ELABORAR PLAN DE MEJORA CRITERIOS DE IMPUTACION Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>L</b> PLAN DE GESTION DE INFORMACION EN S.CENTRALES Resp: director medico	[Barra]																											

	FEBRERO /94																											
	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23
<b>A</b> CAMBIO A UNA CODIFICACION UNICA Resp: d.gestion/gestion analitica	[Barra]																											
<b>B</b> UTILIZACION DE CODIFICACION UNICA Resp: comision de direccion	[Barra]																											
<b>C</b> DEFINIR OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACION Resp: gerente	[Barra]																											
<b>D</b> IDENTIFICAR LAS VARIABLES NECESARIAS AL S.I. Resp: comisio de direccion	[Barra]																											
<b>E</b> DEFINIR ARQUITECTURA INTEGRADA DEL S.I. Resp: comision de direccion	[Barra]																											
<b>F</b> DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>G</b> DEFINIR LAS NECESIDADES DE RECURSOS Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>J</b> DEFINIR INFORMACION NECESARIA PARA GESTION ANALIT. Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>K</b> ELABORAR PLAN DE MEJORA CRITERIOS DE IMPUTACION Resp: director de gestion	[Barra]																											
<b>L</b> PLAN DE GESTION DE INFORMACION EN S.CENTRALES Resp: director medico	[Barra]																											







HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: GESTION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA  
 Responsable: DIRECTOR DE ENFERMERIA

PRIORIDAD B

De 01.03.94 a 01.10.94

	MARZO /94						
	1	2	3	4	7	8	9
<b>A ELECION (PETICION A OTRO CENTRO)A</b> PLICACION INFOR. Resp: director de enfermeria							
<b>A1 NOMBRAR RESPONSABLE PROYECTO</b> Resp: director de enfermeria							
<b>A2 ELECION UNIDADES DE ENFERMERIA</b> Resp: r.proyecto							
<b>A3 ADAPTAR CICLOS DE PLANIFICACION DE PERSONAL</b> Resp: r.proyecto /supervisora unidad							
<b>B DISEÑO DEL FORMATO DOSSIER ADECUADO A LA H.C.</b> Resp: sb.de enfermeria							
<b>B1 RECOPIACION DE DOCUMENTACION DE OTROS CENTROS</b> Resp: director de enfermeria							
<b>B2 SELECCION UNIDADES DE IMPLANTACION</b> Resp: sb.de enfermeria							
<b>B3 DEFINICION Y DESARROLLO DEL DOSSIER</b> Resp: dir.enfermeria/superv.docencia							
<b>B4 REALIZAR GUIA DE CUMPLIMENTACION DEL DOSSIER</b> Resp: supervisora de docencia							
<b>C FORMACION GRUPO DE TRABAJO PARA DESARROLLO MANUAL</b> Resp: director de enfermeria							







HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE GESTION DE PACIENTES(INFORMACION ADM)  
 Responsable: COORDINADOR DE ADMISION

PRIORIDAD D

De 14.02.94 a 27.03.94

	FEBRERO /94																											
	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23
<b>A</b> DEFINICION CLARA Y SENCILLA DE LOS CIRCUITOS Resp: coordinador de admision																												
<b>B</b> SELECCION DE LAS VARIABLES ASISTENCIALES PARA S.I. Resp: comision de direccion																												
<b>C</b> ELABORACION DE LOS SOPORTES DOCUMENTALES ADECUADOS Resp: coordinador de admision																												
<b>D</b> APROBACION POR COMISION DE DIRECCION DE CIRCUITOS Resp: comision de direccion																												
<b>E</b> CONTROL ESTADISTICO PERIODICO POR ADM Resp: coordinador de admision																												
<b>F</b> DISEÑO CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ADM Resp: coordinador de adm																												
<b>G</b> DIFUSION AL AREA ASISTENCIAL DE CIRCUITOS Resp: d. medica/coordinador adm																												
<b>H</b> PREPARACION DEL PERSONAL DE ADM Resp: coordinador de adm																												







HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDO

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PROGRAMA DE SERVICIOS CENTRALES  
Responsable: DIRECCION MEDICA

PRIORIDAD E

De 01.03.94 a 30.05.94

		MAYO /94																													
		18	19	20	23	24	25	26	27	30	31	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24		
F	ELABORACION DE INFORMACION POR PARTE DE S.C. Resp: j.servicio central	[Hatched area]																													
G	ADAPTACION DE GUIAS DE GESTION HOMOLOGADAS Resp: j.servicio	[Hatched area]																													

---

## CONCLUSIONES

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S. INFORMACION      PRIORIDAD    A      De 14.02.94    a    16.05.94

Aprobado por el Comité de Dirección en fecha:    /    /      Responsable:    GERENTE

**1. DIAGNOSTICO**

FICHA	01
FICHA	03
FICHA	10

**2. RECURSOS**

RECURSOS HUMANOS	0
GASTOS CORRIENTES	0
INVERSIONES	0
Total	0

**3. OBJETIVOS**

Objetivos cuantificados	unidad de medida	valor a alcanzar
UTILIZACION DE UN SISTEMA UNICO DE CODIFICACION	% DE CODIGOS VALIDADOS	100
IDENTIFICACION DE VARIABLES DEL SISTEMA DE INFORMACION	% DE VARIABLES	100
PROTOCOLIZACION DE CRITERIOS/CIRCUITOS Y PROCEDIMIENTOS DE VALIDACION	% DE VARIABLES	75

9411AA

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

Proyecto Signo - PLAN DE HOMOLOGACION ( 04.02.94 )

Proyecto: PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S. INFORMACION

PRIORIDAD A

De 14.02.94 a 16.05.94

Aprobado por el Comité de Dirección en fecha: / /

Responsable: GERENTE

1. DIAGNOSTICO

FICHA	01
FICHA	03
FICHA	10

2. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS	0
GASTOS CORRIENTES	0
INVERSIONES	0
Total	0

3. OBJETIVOS

Objetivos cuantificados	unidad de medida	valor a alcanzar
UTILIZACION DE UN SISTEMA UNICO DE CODIFICACION	% DE CODIGOS VALIDADOS	100
IDENTIFICACION DE VARIABLES DEL SISTEMA DE INFORMACION	% DE VARIABLES	100
PROTOCOLIZACION DE CRITERIOS/CIRCUITOS Y PROCEDIMIENTOS DE VALIDACION	% DE VARIABLES	75

Mientras tanto, en nuestra opinión, su homologación corresponde al Nivel CUATRO (IV) y precisa desarrollar los siguientes proyectos:

Prioridad	Proyecto
A	PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S. INFORMACION
B	GESTION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA
C	OPTIMIZACION DE LA GESTION DE SUMINISTROS
D	PLAN DE GESTION DE PACIENTES
E	PROGRAMA DE SERVICIOS CENTRALES

FERROL, 3 de Febrero de 1994



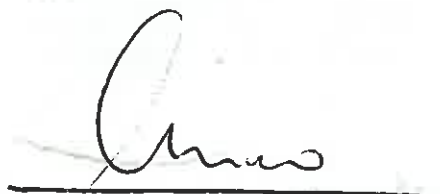
JUANA MARIA MARTI-BELDA



FIDEL CAMROY  
Director de la Auditoría



FRANCISCO MARTINEZ



ELENA MORO DOMINGO  
Notario de la Auditoría



J. ANTONIO MARTINEZ

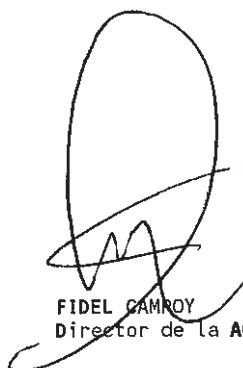
Mientras tanto, en nuestra opinión, su homologación corresponde al Nivel CUATRO (IV) y precisa desarrollar los siguientes proyectos:

Prioridad	Proyecto
A	PLAN DE INTEGRACION Y VALIDACION DEL S. INFORMACION
B	GESTION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA
C	OPTIMIZACION DE LA GESTION DE SUMINISTROS
D	PLAN DE GESTION DE PACIENTES
E	PROGRAMA DE SERVICIOS CENTRALES

FERROL, 3 de Febrero de 1994




JUANA MARIA MARTI-BELDA



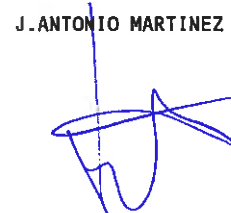
FIDEL CAMROY  
Director de la Auditoría



FRANCISCO MARTINEZ



ELENA MORO DOMINGO  
Notario de la Auditoría



J. ANTONIO MARTINEZ

El Hospital puede alcanzar el nivel superior de homologación TRES (III) si supera:

---

- La no existencia de una codificación única para todo el Hospital y su utilización parcial.
- La falta de recursos informáticos que dificultan la integración de la información de los gestores de gasto y el diseño del circuito producto/cliente destinatario
- La escasa implicación del área asistencial en el Proyecto Signo.
- La falta de asignación directa a GFH a tiempo real del material de suministros y se actualiza inventario.
- Irregular identificación de servicios clientes.

para ello cuenta además con:

---

- Soporte informático a corto plazo.
- ■ Excelente organización y gestión del S<sup>o</sup> de farmacia que permite la inmediata extensión del S. de unidosis.
- Un buen desarrollo del CMBD con personal muy cualificado
- Personal motivado y cualificado en gestión analítica.
- Buena gestión interna de suministros.
- Buen control y seguimiento de Contratos externos.



El Hospital puede alcanzar el nivel superior de homologación TRES (III) si supera:

---

- La no existencia de una codificación única para todo el Hospital y su utilización parcial.
  - La falta de recursos informáticos que dificultan la integración de la información de los gestores de gasto y el diseño del circuito producto/cliente destinatario
  - La escasa implicación del área asistencial en el Proyecto Signo.
  - La falta de asignación directa a GFH a tiempo real del material de suministros y se actualiza inventario.
  - Irregular identificación de servicios clientes.
- 

para ello cuenta además con:

---

- Soporte informático a corto plazo.
  - Excelente organización y gestión del S<sup>o</sup> de farmacia que permite la inmediata extensión del S. de unidosis.
  - Un buen desarrollo del CMBD con personal muy cualificado
  - Personal motivado y cualificado en gestión analítica.
  - Buena gestión interna de suministros.
  - Buen control y seguimiento de Contratos externos.
-

## 6. FARMACIA

## 6.1. VISION GENERAL

- Existe un nivel de gestión interna muy bueno que asegura la veracidad de la información de farmacia.
- El alcance del sistema de distribución por dosis unitaria es del 35% de las camas del Hospital, con un correcto control de la medicación y su utilización en ambos sistemas.

## 6.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existencia de guía farmacoterapéutica.</li> <li>■ Controla caducidades y conservación de medicamentos en planta mensualmente.</li> <li>■ Tienen manual de organización del servicio.</li> <li>■ Funciona la comisión de farmacia, donde se presenta el análisis del gasto y sus desviaciones.</li> <li>■ Edición de boletines informativos.</li> <li>■ Listado de productos ABC (manual)</li> <li>■ El cuadro de los consumos de FAR trimestrales con g.analítica fué correcto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No utilización en petitorios de los códigos de GFHs (literales o abreviaturas libres).</li> <li>■ En pacientes periféricos se imputa el gasto al GFH que corresponde la cama, no al real.</li> <li>■ Existen pequeñas diferencias entre stocks nominal y real, favorecido por la falta de conexión entre el programa de gestión de stocks y el de consumos.</li> </ul>

6.3. PROPUESTAS DE MEJORA  
(no desarrolladas en los proyectos)

- Actualización de la aplicación informática (contemplado en los objetivos del Hospital) con integración de la dosis unitaria con la gestión de compra y su conexión con otras bases de datos ( Admisión...) y Gestión Económica.
- Extender la dosis unitaria al resto del hospital.
- Realizar las peticiones con identificación de los GFHs homologados, debiendo contemplar en el propio petitorio una cuadrícula para el "GFH".
- Corrección de las imputaciones de los pacientes periféricos o ectópicos al GFH real (subsano en el momento que el médico se identifique con su GFH en el petitorio)

## 6 . F A R M A C I A

## 6.1. VISION GENERAL

- Existe un nivel de gestión interna muy bueno que asegura la veracidad de la información de Farmacia.
- El alcance del sistema de distribución por dosis unitaria es del 35% de las camas del Hospital, con un correcto control de la medicación y su utilización en ambos sistemas.

## 6.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■Existencia de guía farmacoterapéutica.</li> <li>■Controla caducidades y conservación de medicamentos en planta mensualmente.</li> <li>■Tienen manual de organización del servicio.</li> <li>■Funciona la comisión de farmacia, donde se presenta el análisis del gasto y sus desviaciones.</li> <li>■Edición de boletines informativos.</li> <li>■Listado de productos ABC (manual)</li> <li>■El cuadro de los consumos de FAR trimestrales con g.analítica fué correcto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■No utilización en petitorios de los códigos de GFHs (literales o abreviaturas libres).</li> <li>■En pacientes periféricos se imputa el gasto al GFH que corresponde la cama, no al real.</li> <li>■Existen pequeñas diferencias entre Stocks nominal y real, favorecido por la falta de conexión entre el programa de gestión de stocks y el de consumos.</li> </ul>

## 6.3. PROPUESTAS DE MEJORA

(no desarrolladas en los proyectos)

- Actualización de la aplicación informática (contemplado en los objetivos del Hospital) con integración de la dosis unitaria con la gestión de compra y su conexión con otras bases de datos ( Admisión...) y Gestión Económica.
- Extender la dosis unitaria al resto del hospital.
- Realizar las peticiones con identificación de los GFHs homologados, debiendo contemplar en el propio petitorio una cuadrícula para el "GFH".
- Corrección de las imputaciones de los pacientes periféricos o ectópicos al GFH real (subsano en el momento que el médico se identifique con su GFH en el petitorio)

10 . FACTURACION INTERNA Y SIGNO II

10.1. VISION GENERAL

- De forma general no se identifica la actividad por servicios clientes. Cuando los datos son facilitados (ACL en actividad programada facilita el número de determinaciones) a gestión analítica, esta debe de reconvertir los códigos, sin coincidir a veces con la actividad realizada.
- La veracidad de la información es muy dispar y no existe un circuito identificado entre producto cliente y destinatario
- Falta de un soporte informático que permita una buena gestión, que está en vías de solución

10.2. ANALISIS

EN POSITIVO	EN NEGATIVO
<p>→ ■ Buena identificación de servicios clientes en FAR.</p> <p>■ Gran esfuerzo en G.analítica por identificar los servicios peticionarios.</p> <p>■ Interés en la homologación en ACL y RAD.</p>	<p>■ Hospitalización no identifica su actividad por servicios clientes. Hasta el mes de enero no existía gfh de hospitalización. Escaso desarrollo de protocolos específicos (SI hay generales) Enfermería no está implicada en el proyecto, ni utilizan codificación en los pedidos.</p> <p>■ Imputación por UPAS hasta sept. en RAD y MIC</p> <p>■ Gran reelaboración de la información por G.analítica</p> <p>■ Falta de soporte informático en S.Centrales</p> <p>■ Poca participación de los S.F. en facturación</p>

10.3. PROPUESTAS DE MEJORA  
(no desarrolladas en los proyectos)

- Completar la informatización
- Extender la utilización de los códigos de los GFHs homologados por los servicios peticionarios, evitando las reconversiones en G.analítica así como sus contenidos.
- Desarrollo de manuales de organización en los servicios centrales , y ←
- validación de registros.
- Implantación de los catálogos homologados (RAD y QUI)

10. FACTURACION INTERNA Y SIGNO II

10.1. VISION GENERAL

- De forma general no se identifica la actividad por servicios clientes. Cuando los datos son facilitados (ACL en actividad programada facilita el número de determinaciones) a gestión analítica, esta debe de reconvertir los códigos, sin coincidir a veces con la actividad realizada.
- La veracidad de la información es muy dispar y no existe un circuito identificado entre producto cliente y destinatario
- Falta de un soporte informático que permita una buena gestión, que esté en vías de solución

10.2. ANALISIS

EN POSITIVO .	EN NEGATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Buena identificación de servicios clientes en FAR.</li> <li>■ Gran esfuerzo en G.analítica por identificar los servicios peticionarios.</li> <li>■ Interés en la homologación en ACL y RAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hospitalización no identifica su actividad por servicios clientes. Hasta el mes de enero no existía gfh's de hospitalización. Escaso desarrollo de protocolos específicos (SI hay generales) Enfermería no está implicada en el proyecto, ni utiliza codificación en los pedidos.</li> <li>■ Imputación por UPAS hasta sept. en RAD y MIC</li> <li>■ Gran reelaboración de la información por G.analítica</li> <li>■ Falta de soporte informático en S. Centrales</li> <li>■ Poca participación de los S.F. en facturación</li> </ul>

10.3. PROPUESTAS DE MEJORA

(no desarrolladas en los proyectos)

- Completar la informatización
- Extender la utilización de los códigos de los GFH's homologados por los servicios peticionarios, evitando las reconversiones en G.analítica así como sus contenidos.
- ■ Desarrollo de manuales de organización en los servicios centrales, y validación de registros.
- Implantación de los catálogos homologados (RAD y QUI)