

AUDITORIA  
DE HOMOLOGACION  
**GUIA**  
DEL AUDITOR



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**

---

**A. Introducción, 1**

---

**B. Esquema General, 8**

---

**C. Selección de equipos, 18**

---

**D. Reunión de procedimientos, 21**

---

**E. Comunicación al Hospital, 23**

---

**F. Reunión de Gerentes, 24**

---

**G. Programa de trabajo en el Hospital, 25**

---

**H. Elaboración del informe de conclusiones, 37**

---

---

**i. Evaluación del informe por el Hospital, 38**

---

**J. Reunión de compromisos, 39**

---

**K. Mejora de los procedimientos, 40**

---

**L. Calendario de auditorías, 41**

---

**M. Anexo:**  
Documentos de presentación del auditor, 45

---

## **Proyecto SIGNO**

# **GUIA DEL AUDITOR**

versión 0.2. Septiembre 93

---

### **A. Introducción**

Las últimas reuniones de seguimiento del proyecto Signo, así como las sucesivas incorporaciones del Servicio Gallego de Salud y del Servicio Valenciano de Salud, han señalado la necesidad imperiosa de definir un léxico común que conjugue conceptos como costes, eficiencia y resultados, junto a la comparabilidad y veracidad de la información.

El término homologación desde mediados de 1.992 ha intentado acuñar esta línea de actuación, asociandola en una primera fase a la identificación de la estructura hospitalaria, a su organización y a su facturación interna.

Desde entonces, todas las aportaciones de las Entidades en el proyecto se han ido recogiendo y contrastando. El Ensayo de Homologación realizado en Enero del 93 fue un intento para acelerar y cerrar un primer Sistema de Homologación, que fuese operativo y utilizable a lo largo del año.

Analizado el ensayo, redefinimos abiertamente el sistema (reunión del 5 de Abril del 93), lo ejecutamos en cada Hospital (mayo 93) y obtuvimos los resultados globales que enviamos a todos los "socios" del proyecto durante el mes de Junio.

En este documento ("Resultados de Homologación. Mayo 93"), se incluye ya una propuesta para el último punto del plan de Homologación de este año: La Auditoría.

Con la participación voluntaria en el proyecto y el consenso sobre el sistema de créditos para la comparabilidad entre los Hospitales, como premisas de partida, la auditoría sólo puede instrumentarse como un elemento más, que contribuya a dinamizar este proyecto de gestión, en base a tres elementos:

## Pretendemos:



### **Garantizar la confianza**

*No me creo los resultados de otros Hospitales ...*



### **Discutir el plan de trabajo**

*Una sesión "Clínica", donde el objetivo es el Hospital ...*



### **Recoger todas las aportaciones**

*En la auditoría falta, sobra ...*



## **1. Garantizar la confianza**

No podemos dejar que aparezcan dudas sobre la fiabilidad de los resultados, tanto dentro del grupo, como fuera de él. "No me creo que éste o aquél Hospital tenga..." o "Me gustaría saber como está homologado...", son frases que tienen que desaparecer si queremos utilizar el contraste con los demás como herramienta de gestión.

La auditoría debe huir ante cualquier atisbo que pueda interpretarse como un intento de desprestigiar a los profesionales o al Hospital, al mismo tiempo que debe estar dotada, de la agilidad que caracteriza a la gestión. Pedir y rebuscar kilos de papeles sin sentido, no contribuye a ese sistema de confianza.

## **2. Discutir el plan de homologación - mejora.**

Es lo que pensamos conseguir al formar los equipos auditores con profesionales de la gestión. La auditoría no es sólo la foto-fija de la situación del Hospital, también es el debate sobre las tareas a

abordar y la manera de hacerlo. La contribución de los demás directivos y profesionales representados en el equipo auditor puede ser una buena manera de lograrlo.

No son un grupo de "extraterrestres" que caen casualmente en el Hospital, ni un grupo de jueces ansiosos por emitir sentencias. La sesión crítica o utilizando la terminología de nuestro sector, la "sesión clínica" que se establece en torno al PLAN DE HOMOLOGACION - MEJORA, debe ser el contraste con otros expertos del "diagnóstico" de situación y del "tratamiento" seleccionado.

### **3. Recoger todas las aportaciones.**

---

Por último, la utilidad del sistema de homologación y de los procedimientos de la auditoría, deben seguirse contrastando y mejorando con las aportaciones de auditores y auditados.

No nos podemos olvidar ninguna aportación ("Yo dije... y ni caso...") sin debatirla con profundidad y con absoluto respeto a los profesionales y a su gestión.

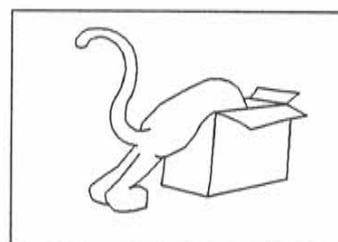
## Nuestra auditoría no es:



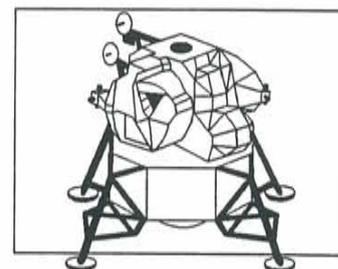
**Esto está mal ...  
Esto debe hacerse ...**



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



**No tienen ni ... idea**



**Yo dije esto ...**



**Esta Guía y los mecanismos  
que contempla, intentan  
garantizar todos estos  
propósitos y**

---

**está abierta a sus críticas y  
sugerencias**

---

Hay que seguir mejorando el sistema y los procedimientos. La homologación del 94 tiene que ser más veraz, más ágil y más constructiva que la del 93 y eso puede conseguirse recogiendo las aportaciones que aparezcan en cada ejecución del plan.

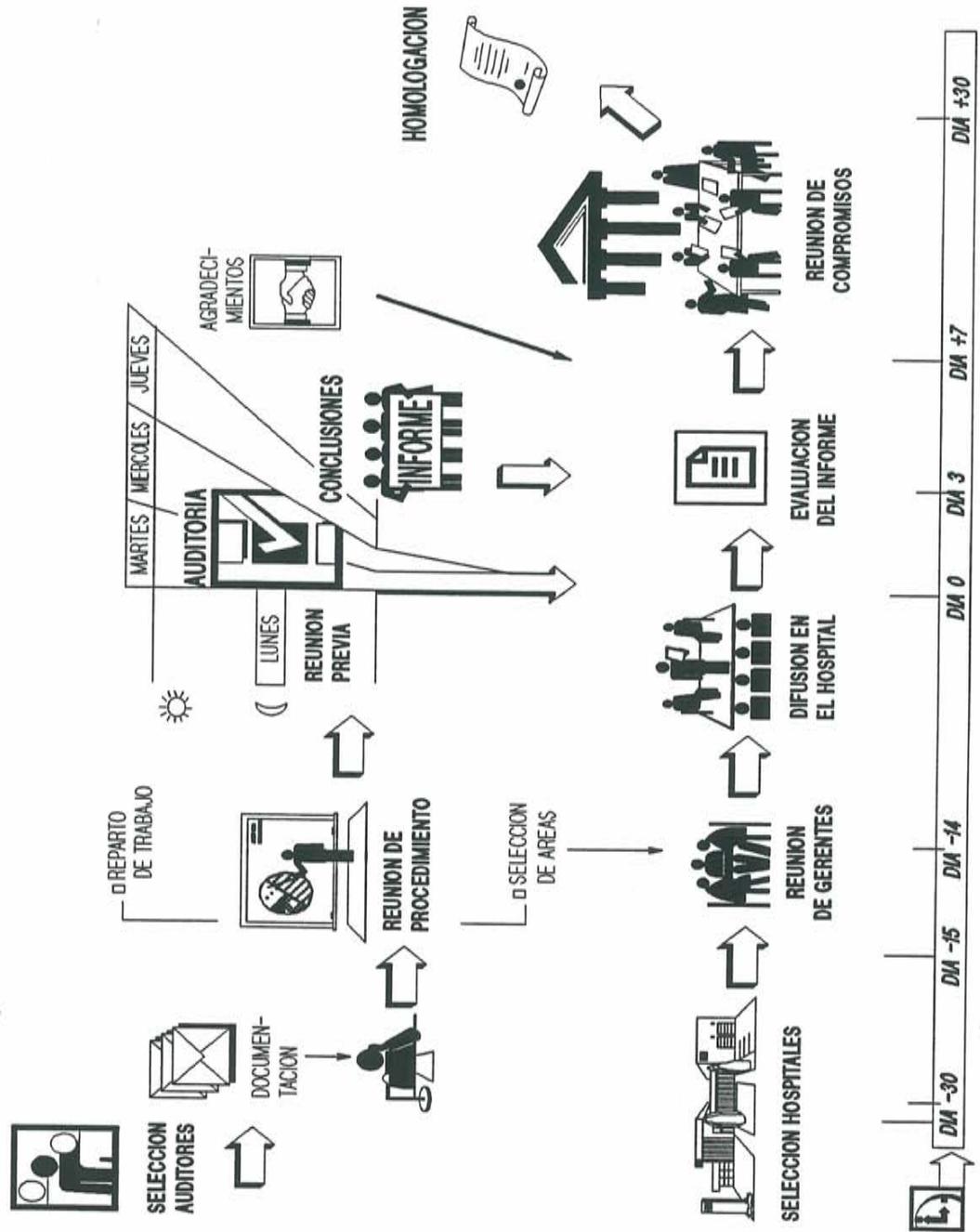
Con estos criterios abordamos en el mes de julio las auditorías de los cuatro primeros hospitales, siguiendo el programa que se establecía en el documento "Resultados de homologación. Mayo 93".

Durante el mes de septiembre se han revisado el esquema general y los procedimientos con auditores y auditados, llegando a establecer el esquema general que se muestra en el apartado siguiente.

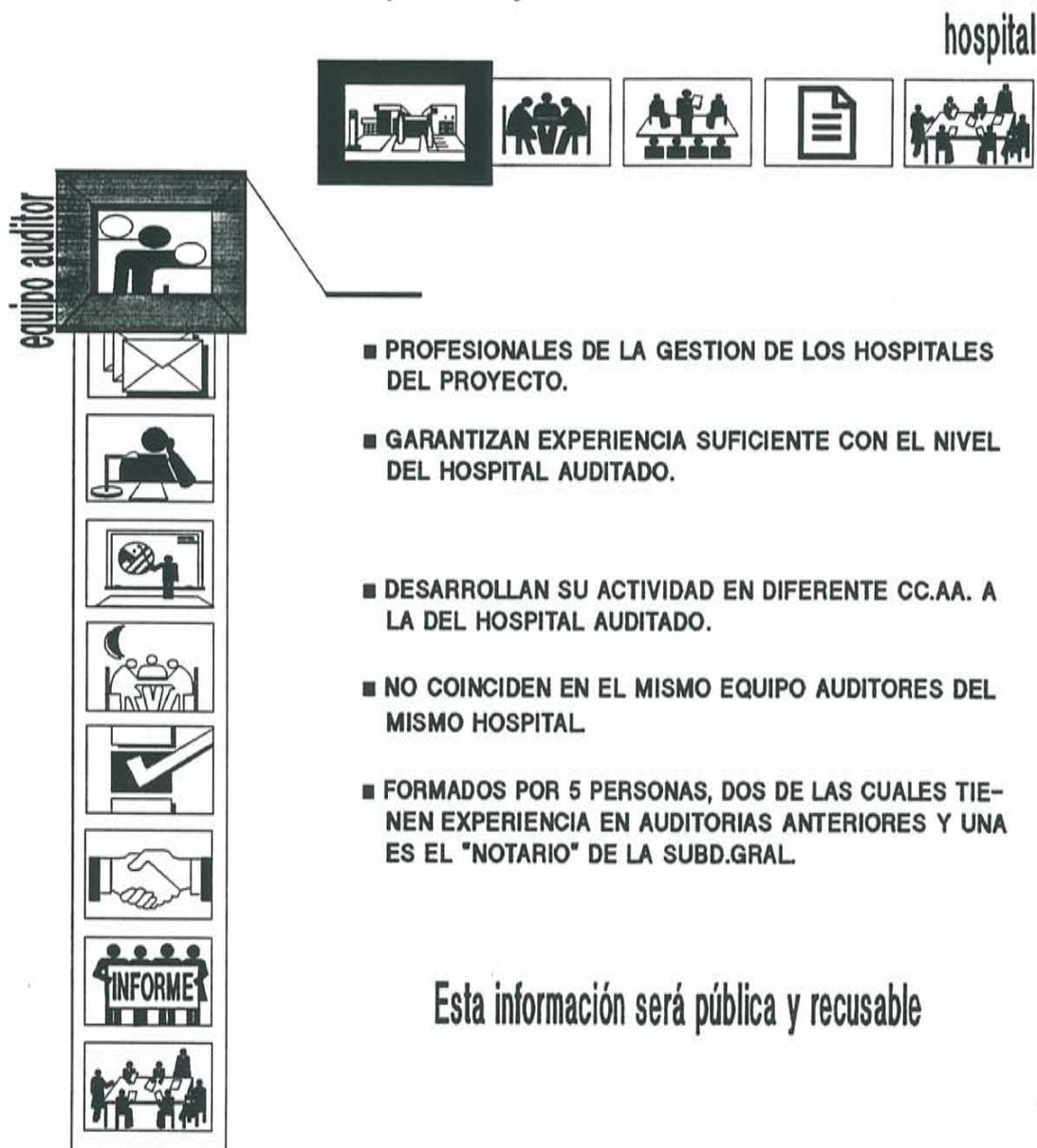
---

## **B. ESQUEMA GENERAL**

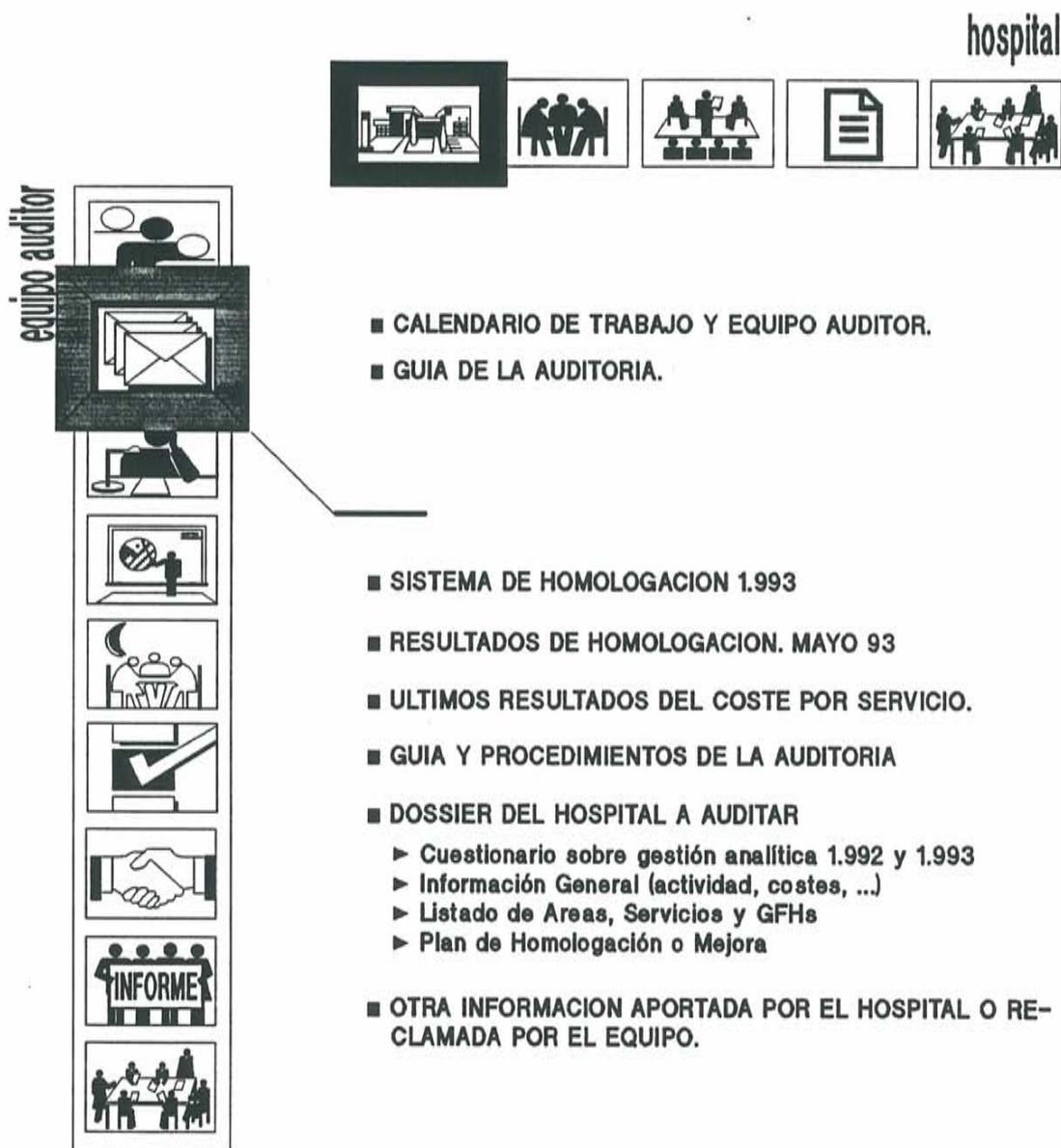
# ESQUEMA GENERAL



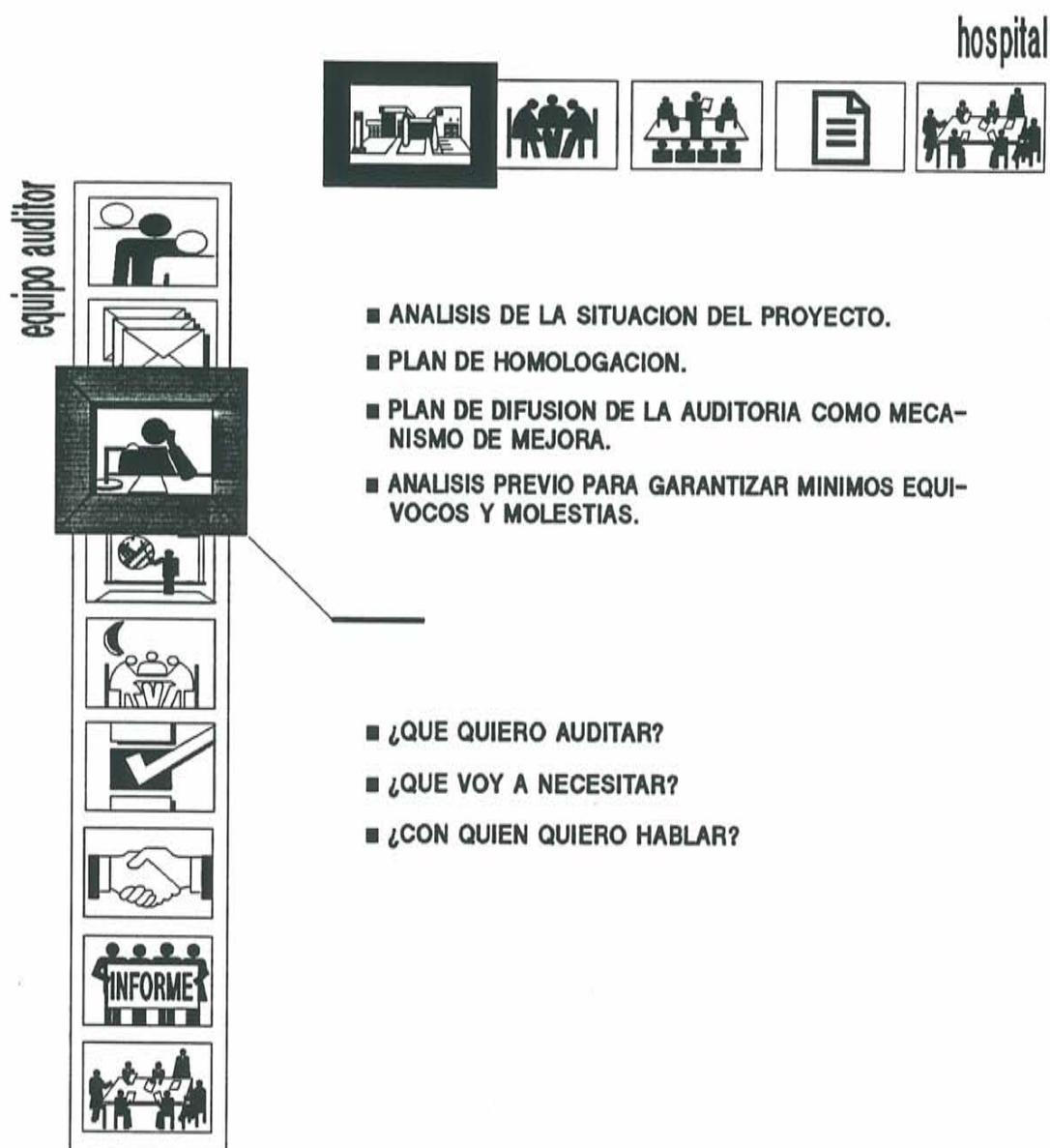
# 1. Selección de Hospitales y auditores.



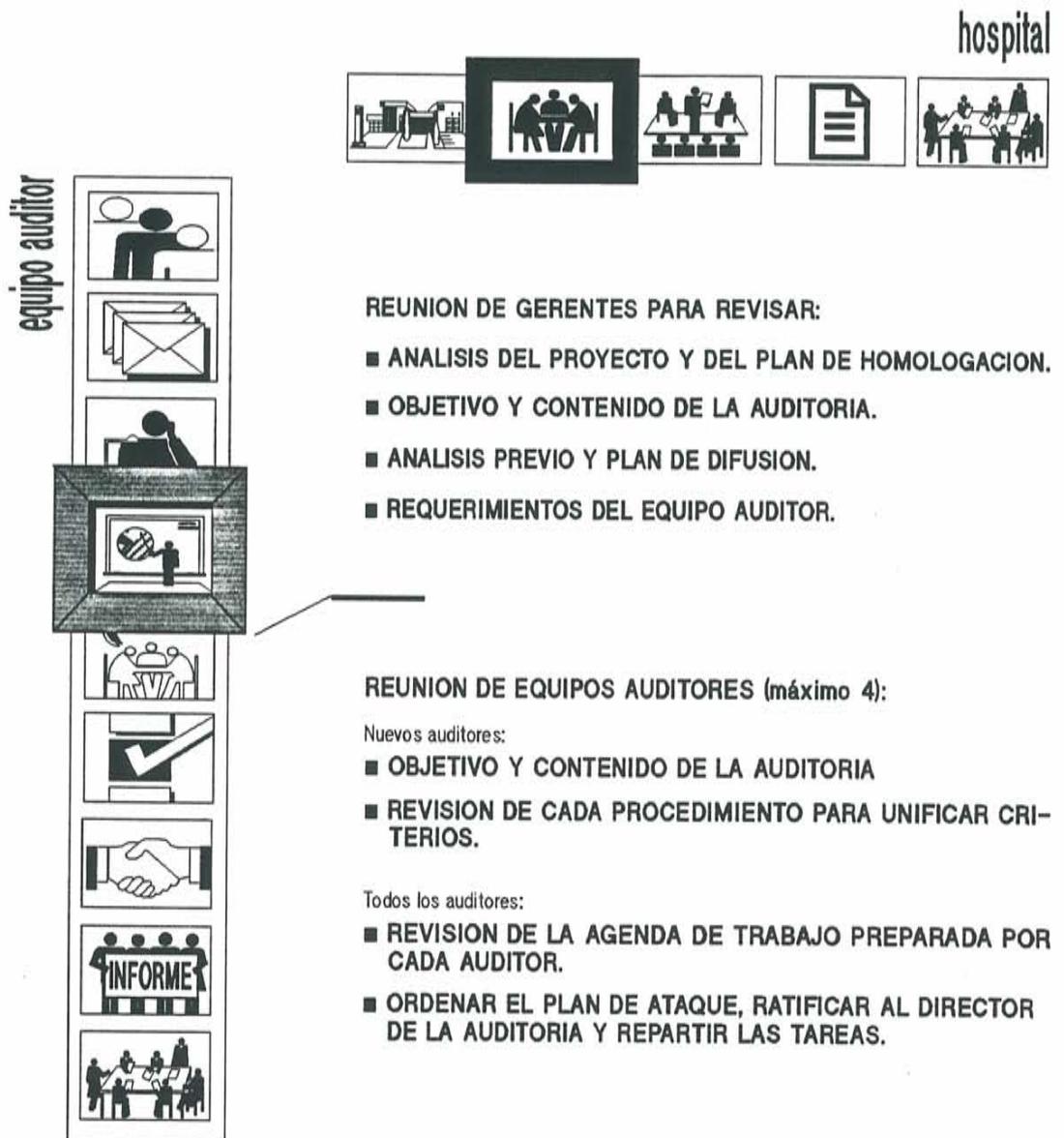
## 2. Envío de documentación



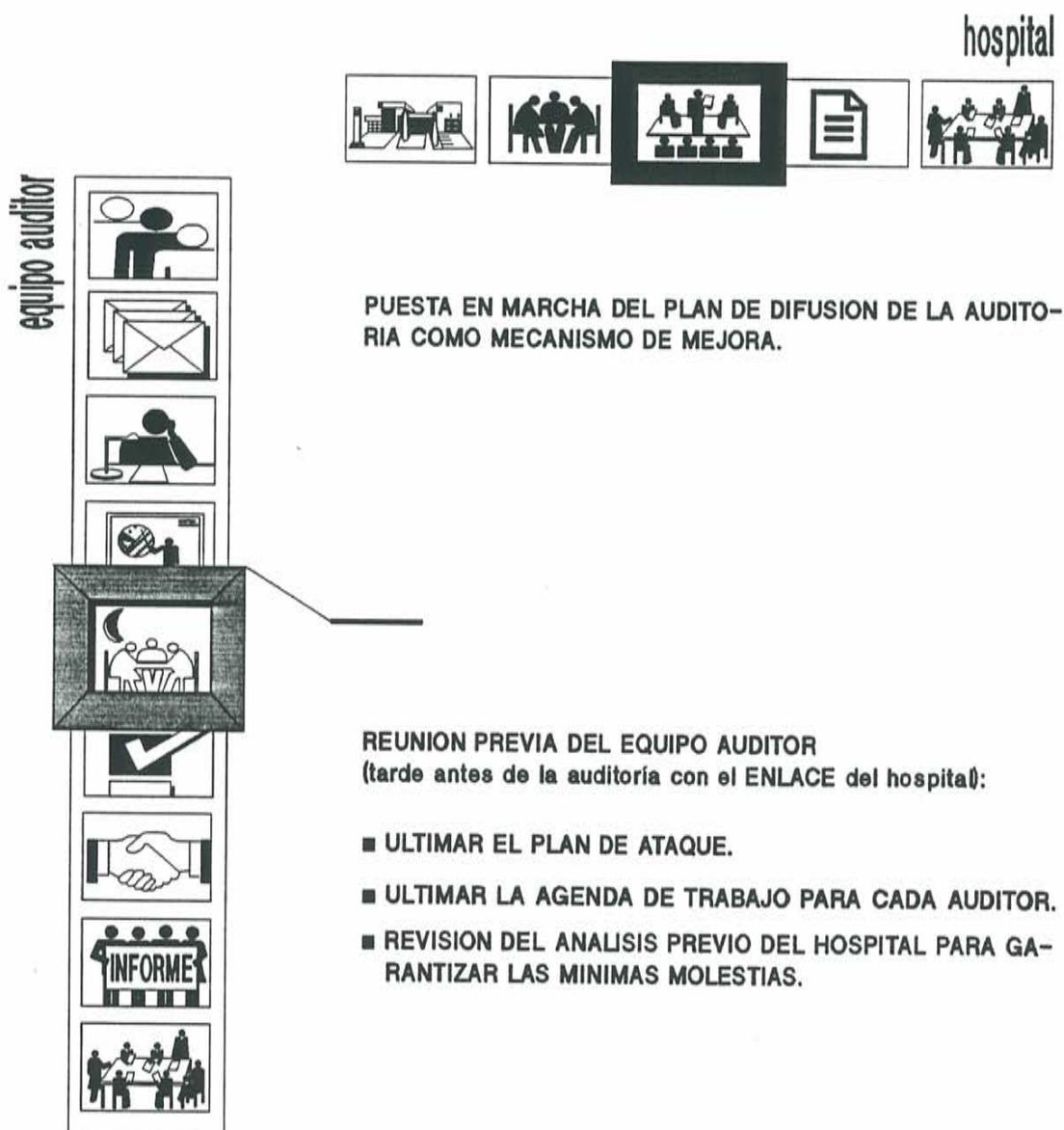
### 3. Estudio de la documentación



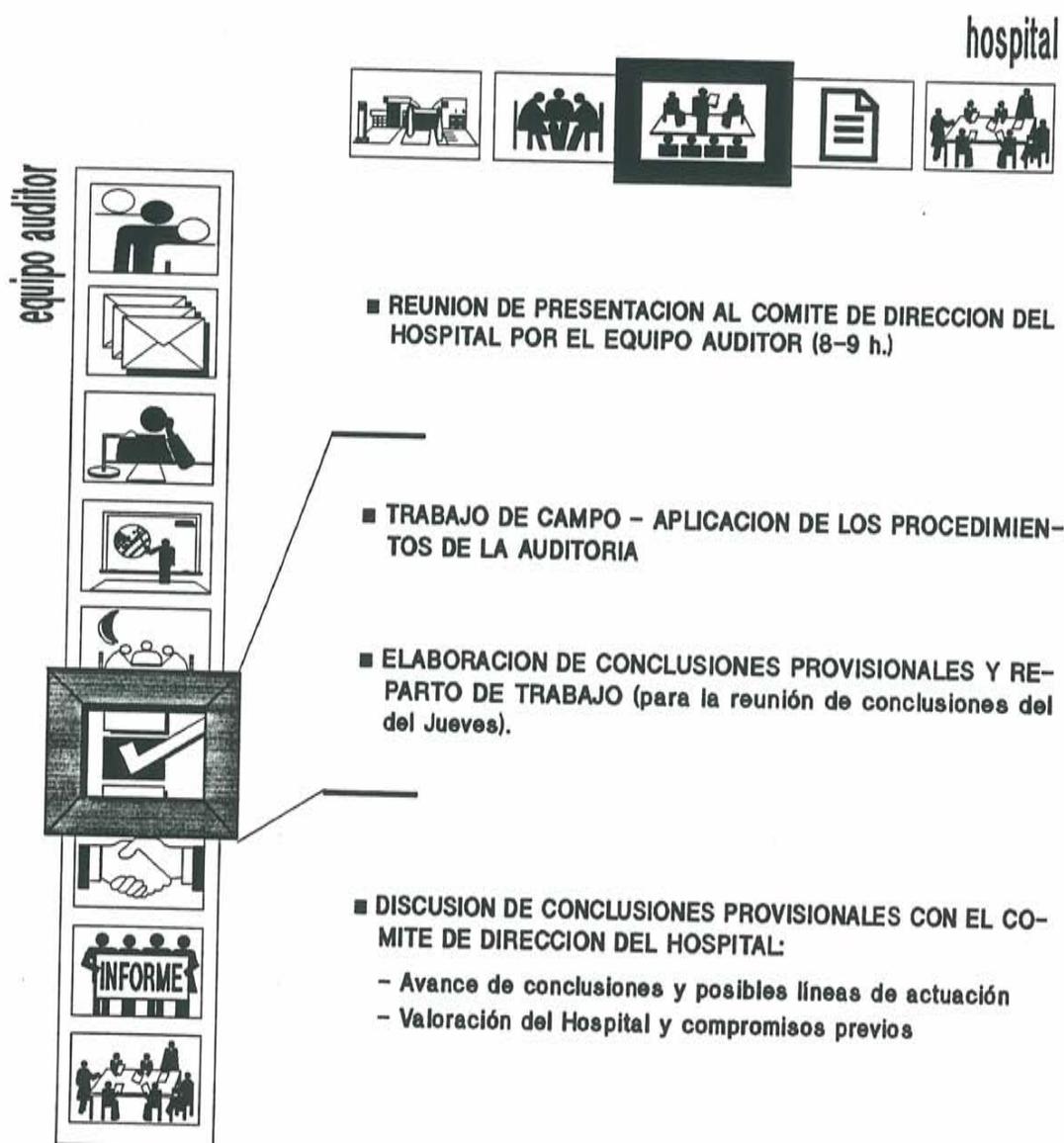
## 4. Reunión de puesta en marcha



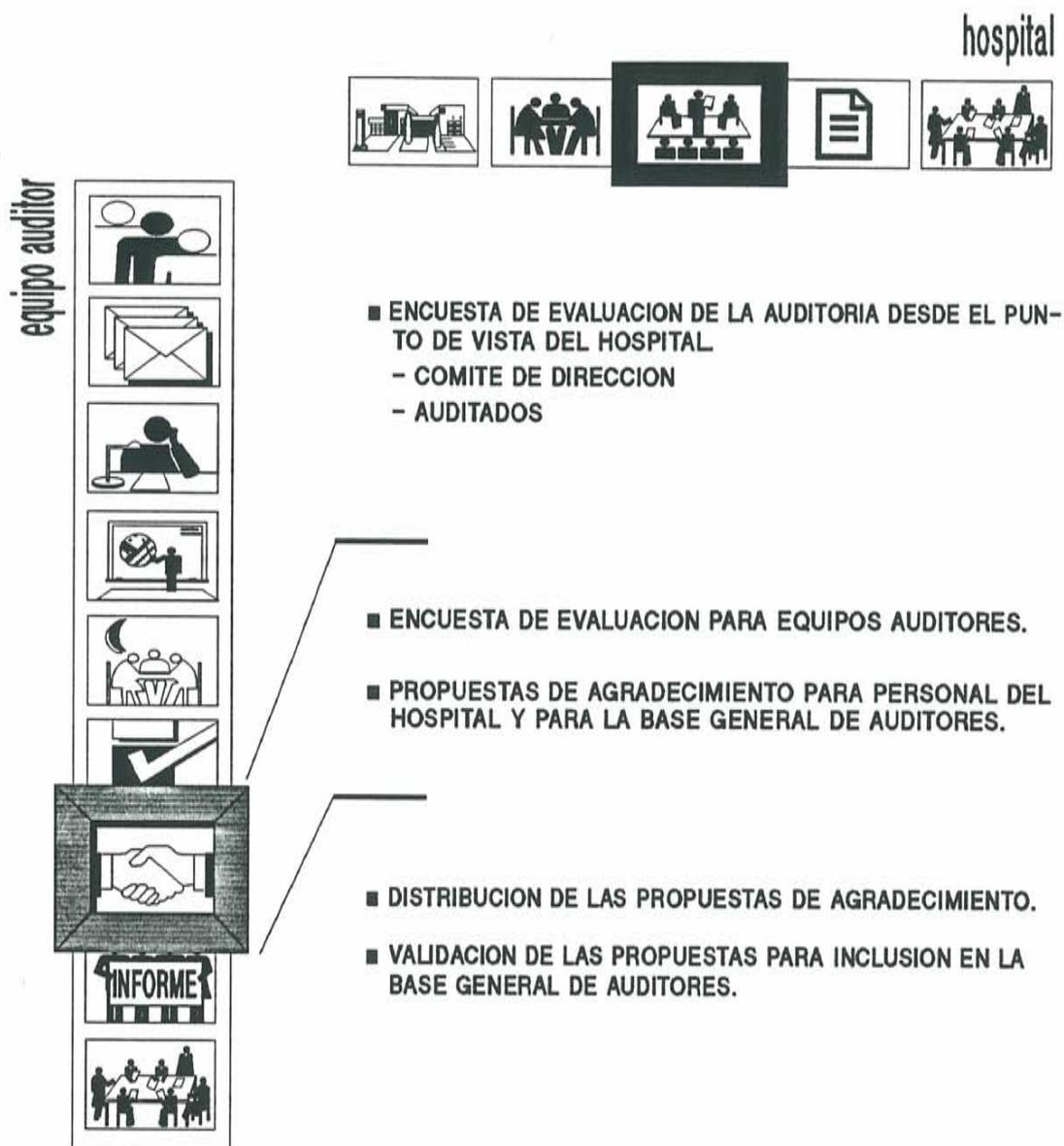
## 5. Antes de la auditoría...



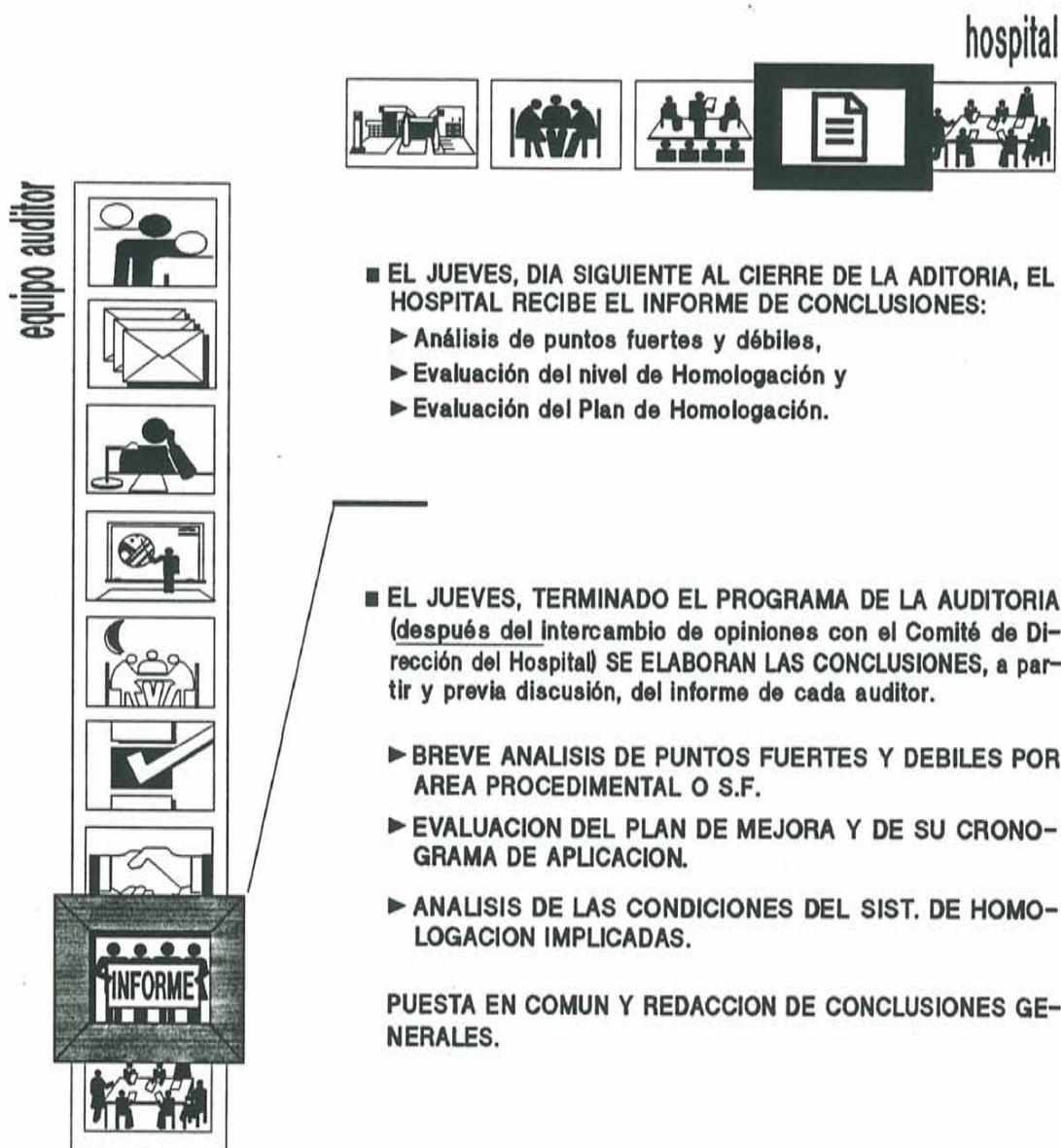
## 6. Auditoría...



## 7. Datos para una evaluación...



## 8. Elaboración del informe...



## 9. Reunión de compromisos con ...



### EL GERENTE DEL HOSPITAL:

- ▶ Evaluación de la auditoría de homologación.
- ▶ Replica del informe de CONCLUSIONES
- ▶ COMPROMISOS y Plan de Homologación.
- ▶ Plan de DIFUSION de las conclusiones en el Hospital

### EL DIRECTOR DE LA AUDITORIA:

- ▶ Evaluación de la auditoría.
- ▶ Defensa del informe.
- ▶ Revisión y evaluación de los compromisos propuestos.
- ▶ Comunicación de los acuerdos a los miembros del equipo.

### LA SGS. DE GESTION ANALITICA Y COSTES:

- ▶ Aprobación del informe de conclusiones (o convocatoria de nueva auditoría).
- ▶ Acuerdos y compromisos.

## **C. SELECCION DE LOS EQUIPOS**

---

El esquema de trabajo y los procedimientos de la auditoría, están diseñados para garantizar la colaboración del equipo auditor, con el personal del Hospital, para a través del INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS, abordar los retos que tenemos planteados.

En consecuencia el trabajo de auditoría es realizado por personas, que teniendo formación técnica adecuada, contraen voluntariamente la responsabilidad de emitir una OPINION, a través del análisis de la información recogida y percibida en su trabajo de campo.

Los equipos auditores están formados por profesionales de la gestión de los Hospitales del proyecto, seleccionados en base a los siguientes criterios:

- Formar parte del equipo directivo del Centro
- Pertenecer a un Club de apoyo (Enfermería, Radiología,...)

- Desarrollar su actividad en diferente Comunidad Autónoma a la del Hospital auditado
- Garantizar una experiencia profesional suficiente con el nivel del Hospital auditado.
- No coincidir en el mismo equipo, auditores del mismo Hospital.

En virtud de las experiencias de las cuatro primeras auditorías, parece adecuado formar equipos con cuatro personas (un director y tres auditores), dos de las cuales tienen experiencia en auditorías anteriores,

junto con un responsable de la Subdirección General, que actúa como NOTARIO, para garantizar la homogeneidad en los criterios de los diferentes equipos.

Aproximadamente un mes antes a la celebración de la auditoría:

- Esta información se publica para todos los Hospitales del proyecto, que tienen la oportunidad de recusar componentes, o proponer alternativas.
- El auditor recibe la información básica sobre los procedimientos de la auditoría para su estudio previo.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Guía del Auditor</li><li>2. Procedimientos de la Auditoría</li><li>3. Sistema de Homologación</li><li>4. Últimos resultados de homologación</li><li>5. Últimos resultados del coste por Servicio (Signo I)</li><li>6. Fecha de la reunión de "procedimientos"...</li><li>7. Proyecto Signo. Presentación.</li></ol> |
|--|

## **D. REUNION DE PROCEDIMIENTOS**

---

Aproximadamente, 15 días antes de la primera auditoría, la Subdirección reunirá a los cuatro equipos que vayan a actuar en los siguientes 30 días para:

- Revisar los objetivos, los procedimientos y aclarar las dudas.
- Homogeneizar los criterios mínimos de actuación.
- Ratificar al director de la auditoría
- Revisar la agenda de trabajo propuesta por cada auditor:
  - ¿Qué quiero auditar?
  - ¿Qué voy a necesitar?
  - ¿Con quién quiero hablar?
- Ordenar el "plan de ataque" y distribuir las tareas a partir de las propuestas de cada auditor.

■ Recoger los requerimientos de los equipos:

- sobre información adicional del Hospital, ... y
- los "documentos de presentación del auditor" (anexo I) que se entregarán a las personas designadas para entrevistarse, ...

para trasmitirselo a la dirección del Hospital en la reunión de gerentes.

■ Entregar el "dossier" aportado del Hospital:

1. Cuestionario sobre gestión analítica 1.992 y 1.993
2. Hoja de información general (actividad, costes,...)
3. Listado de Areas, Servicios y GFHs.
4. Plan de Homologación-mejora.
5. Documentación adicional presentada por el Hospital (memoria,...) o solicitada por el auditor.

■ Entregar y discutir la guía del "informe de conclusiones".

## **E. COMUNICACION AL HOSPITAL**

El Hospital que va a ser auditado recibe, aproximadamente, con un mes de antelación:

- la convocatoria con la fecha exacta de la auditoría y requerimientos generales,

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Información necesaria.</li><li>2. Designar a la persona de la Dirección que actúa como "Enlace" con los auditores</li><li>3. Espacio físico y recursos adecuados, ...</li></ol> |
|--|

- el nombre de los componentes del equipo auditor,
- la "guía del Hospital",
- La convocatoria para acudir el Gerente a una reunión de presentación, debate y preparación, puesto que el trabajo más importante del Hospital en esta fase previa, es sin duda, la difusión de la auditoría como mecanismo de mejora.

## **F. REUNION DE GERENTES**

También con aproximadamente 15 días de antelación a la primera auditoría, la Subdirección reunirá a los Gerentes de los cuatro Hospitales que vayan a ser auditados en los siguientes 30 días para:

- Revisar los objetivos, el contenido genérico y aclarar las dudas.
- Revisar la agenda de trabajo y los requerimientos de los diferentes equipos.
- Revisar el plan de homologación-mejora.
- Discutir el plan de difusión de la auditoría como herramienta de mejora.

## **G. PROGRAMA DE TRABAJO EN EL HOSPITAL**

El equipo auditor se reúne la tarde anterior:

- primero con el "enlace" designado por la dirección del Hospital para ultimar el plan de actuación en el centro.
- continuando después, si es preciso, para revisar las cuestiones pendientes.

La auditoría tiene una duración máxima de dos días en el Hospital, que normalmente corresponden con los martes y miércoles.

El plan de trabajo, para esos dos días es el siguiente:

EQUIPO AUDITOR	DIRECCION DEL HOSPITAL
<p style="text-align: center;"><b>A. Reunión de Presentación</b> (Martes: 8.00 a 9.00 h.)</p> <p style="text-align: center;">1. Presentación por parte de la SGSGAC</p> <p>5. Presentación y plan de trabajo</p> <p style="text-align: right;">2. Revisión Resultados de Homologación 3. Plan de Homologación del Hospital 4. Acciones previas y problemas identificados</p>	
<p><b>B. Trabajo de Campo</b> (Máximo 14 h.)</p> <p><b>C. Elaboración de Conclusiones provisionales</b> (Miércoles, 13.00 a 14.30 h.)</p>	
<p style="text-align: center;"><b>D. Reunión de Conclusiones Provisionales</b> (Miércoles: 16.30 a 18.30 h.)</p> <p>1. Avance de conclusiones provisionales 2. Posibles líneas de actuación</p> <p style="text-align: right;">3. Discusión del Hospital 4. Posibles compromisos</p>	

### Reunión de Presentación (A)

En esta primera reunión, el equipo directivo del Hospital expone:

- El análisis de situación del Hospital en relación al sistema de homologación (2).
- Su plan de homologación-mejora con todos sus proyectos (3).
- Las acciones previas emprendidas y los problemas identificados con la auditoría que se va a hacer (4).

el equipo auditor recogerá los documentos que aporte el Hospital y tomará notas sobre estas cuestiones, redactando con los puntos básicos el auditor un acta de la reunión.

En su presentación (5), los auditores siguen el siguiente esquema:

- **Objetivos y fases de la auditoría,**

---
- **Explicación genérica de los procedimientos,**

---
- **Entrega de la guía y procedimientos a la gerencia y**

---
- **Solicitar del Hospital:**
  - **Acreditación para circular por sus instalaciones,**
  - **Documentación precisa,**
  - **local y equipo de trabajo.**

---
- **Revisión de las áreas que se abordarán y personas con las que quieren mantener contacto Programación de agendas (entrevistas ...).**

---

## Trabajo de Campo (B)

Hemos previsto 12 fichas que forman los PROCEDIMIENTOS de la auditoría y cuyo propósito es orientar y unificar las observaciones del auditor.

Las primeras diez fichas dirigen el trabajo de campo y tienen la siguiente estructura:

### Encabezamiento, donde consta

1. La pregunta base del Cuadro General
2. La propuesta o el propósito de la ficha.
3. Los fundamentos o referencia documental relacionada con la pregunta base (¿dónde se encuentran las relaciones con el sistema de homologación, los resultados de los demás Hospitales o las encuestas del 92 y 93...?).
4. Documentos previos o información requerida al Hospital con anterioridad.

**Procedimientos:**

Especifican las tareas a realizar por el equipo auditor en cada área con la información concreta a solicitar y contrastar.

**Hoja de sugerencias:**

Para que el auditor anote las modificaciones al procedimiento establecido, bien por propia experiencia (imprevistos, variaciones, ...), bien por aportaciones de los auditados. También se solicita el tiempo empleado.

**Resultados:**

Donde se recoge la información y los contrastes que señalan los procedimientos. Al final de esta hoja firman siempre el responsable del Hospital y el auditor.

En la ficha 11 (página 87 de los procedimientos) el equipo auditor contesta la aplicación del test de homologación para el Hospital auditado, según la opinión formada a través del análisis de la información recogida y percibida en el trabajo de campo.

La **ficha 12** (páginas 88 a 118 de los procedimientos) recoge el análisis del plan de homologación - mejora, que sigue el esquema planteado en la página 18 de los "Resultados de homologación. Mayo 93".

Aquí además se consideran dos columnas:

- La izquierda para el diseño del Hospital, la derecha para expresar las aportaciones del auditor,
  
- se evalúan un máximo de cinco proyectos, que coinciden con las cinco primeras prioridades del Hospital a juicio del Equipo Auditor (proyecto A corresponde con la prioridad uno, proyecto B con la dos, ...).
  
- también se asignan espacios para anotar modificaciones al procedimiento, sugerencias ... y el tiempo utilizado en estas tareas para mejorar la programación de las siguientes auditorías.

- **Todas las anotaciones relacionadas con la auditoría se realizan en el documento de procedimientos**

(al dorso si el espacio previsto no es suficiente).

---

- **Cada auditor tiene un documento de auditoría asignado**

(se indica en la contraportada)

---

- **El notario al finalizar el informe de conclusiones recogerá los procedimientos para estudio y archivo en la Subdirección**

(son los documentos básicos de la auditoría)

---

- **Sólo tenemos dos días...**

---
- **Cuando falte tiempo priorice los procedimientos a seguir.**

---
- **Nunca olvide el análisis del plan de mejora.**

---
- **Un esquema general de relaciones se encuentra en la página 120.**

---

### **Elaboración de Conclusiones Provisionales (C)**

El equipo auditor se reúne después de realizar el trabajo de campo, para discutir sus impresiones. Los puntos a abordar son:

- **Empezar a completar las páginas 87 a 118 de los procedimientos.**
- **Distribuir el trabajo para la elaboración de las conclusiones definitivas y del plan de mejora.**
- **Preparar la reunión con la Dirección del Hospital.**

El acta de la reunión recoge únicamente la distribución de tareas (notario).

---

## **Reunión de Conclusiones Provisionales (D) con el Comité de Dirección del Hospital**

El equipo auditor se reúne para discutir sus impresiones generales con el Comité de Dirección del Hospital. Los puntos a abordar son:

- 1. Avance de las conclusiones provisionales.**

---
- 2. Posibles líneas de actuación (plan de mejora).  
Compromisos.**

---
- 3. Discusión y aportaciones del Hospital.**

---
- 4. Compromisos previos del Hospital en su plan de mejora.**

---

El avance de las conclusiones provisionales hace un recorrido por las 11 fichas de procedimientos para apuntar las conclusiones (páginas 87 y 118), enfatizando en el apartado del plan de mejora y los posibles compromisos que debería contraer el Hospital.

La discusión y aportaciones del Hospital (3), pretende contrastar el juicio formado por el auditor con el del Hospital, como elemento adicional para la elaboración del informe definitivo.

En cuanto a los compromisos previos del Hospital, intentamos que la Gerencia, empiece a apuntar, aunque sea provisionalmente, las tareas a abordar y su cronograma, ...

- **¿Cuándo nos envían su evaluación de las conclusiones y su plan de trabajo?**
- **¿Para qué les ha servido la auditoría?.**
- **¿Conseguiremos incorporar aportaciones significativas a su plan de mejora?**

Por último, el notario redacta el acta de la reunión.

## **H. ELABORACION DEL INFORME DE CONCLUSIONES**

---

Al día siguiente (normalmente jueves), el equipo auditor se reúne para:

- elaborar el informe de conclusiones siguiendo el esquema de la "GUIA DEL INFORME".
- proponer los agradecimientos y los nuevos auditores.
- contestar individualmente a la encuesta de evaluación de la auditoría.

El notario, antes de las 15.00 h. revisa con el Hospital, las propuestas y entrega:

- el informe de conclusiones.
- la encuesta para la evaluación de la auditoría.

## **i. EVALUACION DEL INFORME POR EL HOSPITAL**

El Comité de Dirección del Hospital dispone de 15 días para evaluar el informe de conclusiones de la auditoría y, si lo considera adecuado, hacer llegar un documento de evaluación o contra-informe al notario.

## **J. REUNION DE COMPROMISOS**

---

Aproximadamente un mes después de la auditoría, la Subdirección convoca al Gerente del Hospital y al Director de la auditoría para:

- Defensa y réplica del informe de conclusiones
- Compromisos para la aprobación del informe.
- Compromisos y plan de homologación del Hospital.
- Aprobación del informe por parte de la Subdirección (o convocatoria de nueva auditoría) y difusión de los acuerdos.

La reunión de compromisos tiene una duración máxima de dos horas y se celebra normalmente los lunes o los viernes.

## **K. MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS**

Cada seis meses la Subdirección convoca a los auditores (es conveniente que sea uno representando a cada equipo) para:

- Evaluar la aplicación de los procedimientos de las últimas auditorías.
- Proponer mejoras, tanto al sistema de homologación de la gestión analítica, como a los procedimientos de la auditoría.

Las conclusiones de la reunión son remitidas a todos los auditores.

Por otra parte, cada seis meses, la SGSGAC encarga a expertos en el tema, la revisión documental (global y por áreas) de las auditorías para avanzar en la definición de trabajos de orientación para la gestión.

## **L. CALENDARIO DE AUDITORIAS**

Durante el mes de Julio se auditaron los Hospitales de Getafe, Medina del Campo, Móstoles y Clínico de Zaragoza, pendientes aún de la reunión de compromisos.

### **Propuesta para la FASE II.**

#### **Hospital Virgen de la Concha (Zamora)**

Fecha: 19 y 20 de Octubre

<b>Directora del equipo</b> Dña. Carmen Domínguez	Gerente del Hospital S.M. del Rosell
<b>Auditores:</b> D. José M. Aldámiz D. Rafael Jiménez D. Javier Grandal	Coordinador de Admisión. Hospital San Jorge Subdirector de Enfermería. Hospital Reina Sofía Director de Gestión. Hospital Arquitecto Marcide.

Elaboración y entrega del informe el 21 de Octubre.

**Hospital Alvarez Buylla (Mieres)**

Fecha: 26 y 27 de Octubre

<b>Director del equipo</b> D. Ricardo Espuelas	Gerente del Hospital de Soria
<b>Auditores:</b> D. Juan E. de Pedro D. Fructuoso Romero D. Ernesto Ruíz	Subdirector de Enfermería. Hospital Son Dureta Coordinador de Admisión del Hospital de Teruel Director de Gestión. Hospital Virgen de la Concha.

Elaboración y entrega del informe el 28 de Octubre.

**Area Especializada Las Palmas Norte (Las Palmas)**

Fecha: 3 y 4 de Noviembre

<b>Director del equipo</b> Dña. Matilde Cortés	Gerente del Hospital de Ciudad Real
<b>Auditores:</b> D. Santiago Amor D. Ignacio García D. Orencio López D. Ginés Madrid	Jefe del S. de Mantenimiento. Hospital S. Agustín Director de Gestión. Hospital Son Dureta Coordinador de Admisión. Hospital Marq.de Valdecilla Jefe de S. de Radiología. Hospital Morales Meseguer

Elaboración y entrega del informe el 5 de Noviembre.

**Hospital Santa María del Rosell (Cartagena)**

Fecha: 9 y 10 de Noviembre

<b>Director del equipo</b> D. Julio Villalobos	Gerente del A.E. Las Palmas Norte
<b>Auditores:</b> D. Miguel Carroquino Dña. Teresa Garrote Dña. Elvira González	Subdirector de Gestión. Hospital Clínico de Zaragoza Coordinadora de Admisión. Hospital Virgen del Puerto Directora de Enfermería. Hospital Rio Hortega

Elaboración y entrega del informe el 11 de Noviembre.

**Hospital de Barbastro (Huesca)**

Fecha: 16 y 17 de Noviembre

<b>Director del equipo</b>	
D. Enrique González	Gerente del Hospital Carmen y Severo Ochoa
<b>Auditores:</b>	
D. Luís Ansorena	Coordinador de Admisión. Hospital de Torrelavega
Dña. Josefa Crespo	Directora de Gestión. Hospital de Guadalajara
D. Olallo Sánchez-Molero	Director de Enfermería. Hospital Alvarez Buylla

Elaboración y entrega del informe el 18 de Noviembre.

**Hospital de Teruel**

Fecha: 23 y 24 de Noviembre

<b>Director del equipo</b>	
D. Jesús Arranz	Gerente del Hospital de Medina del Campo
<b>Auditores:</b>	
Dña. Ana Isabel Antón	Dirección de Enfermería. Hospital de Soria.
Dña. Ana Sancho	Subdirectora Médica. Hospital de Guadalajara
Dña. Prado Vera	Subdirectora de Gestión. Hospital de Ciudad Real

Elaboración y entrega del informe el 25 de Noviembre.

**Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca)**

Fecha: 30 de nov. y 1 de Diciembre

<b>Director del equipo</b>	
D. Fernando Arguís	Gerente del Hospital San Jorge
<b>Auditores:</b>	
D. José L. Bernal	Subdirector de Gestión. Hospital de Getafe
D. Francisco González	Director de Enfermería. A.E. Las Palmas Sur
D. Juan Rodríguez	Director Econ.-Financiero. Fundación Jiménez Díaz
D. Miguel A. Soria	Coordinador de Admisión. Hospital Rio Hortega

Elaboración y entrega del informe el 2 de Diciembre.

**Hospital de Guadalajara**

Fecha: 14 y 15 de Diciembre

<b>Director del equipo</b> D. Juan Ortíz	Gerente del Hospital Valle del Nalón
<b>Auditores:</b> D. Antonio Cervera D. Diego Falcón Dña. Sagrario Martínez	Director Econ.-Administrativo. Hospital Reina Sofía Director Médico. A.E. Las Palmas Norte Coordinadora de Admisión. Hospital de Getafe

Elaboración y entrega del informe el 16 de Diciembre.

**Hospital de Hellín (Albacete)**

Fecha: 11 y 12 de Enero del 94

<b>Director del equipo</b> D. José Ignacio Castaño	Gerente del Hospital de Barbastro
<b>Auditores:</b> D. Jesús Novoa Dña. Felisa Renedo D. Angel Rodríguez	Subdirector de Gestión. Hospital Cristal Piñor. Directora de Enfermería. Hospital Medina del Campo Director Médico. Hospital S.M. del Rosell

Elaboración y entrega del informe el 13 de Enero.

**Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol)**

Fecha: 18 y 19 de Enero del 94

<b>Director del equipo</b> D. Luis F. Campoy	Gerente del Hospital de Hellín
<b>Auditores:</b> D. Jacinto Iglesias Dña. Juan M <sup>a</sup> Martí-Belda D. José A. Martínez	Director de Gestión. Hospital de Medina del Campo Dirección de Enfermería. Hospital de Santa Cristina Coordinador de Admisión. Hospital Valle del Nalón.

Elaboración y entrega del informe el 20 de Enero.

---

**ANEXO:  
DOCUMENTOS DE PRESENTACION  
DEL AUDITOR**

## **A n e x o**

---

### **Documentos de presentación del auditor UN EJEMPLO.**

Una vez recibida la documentación (apartado C de la guía) y antes de la reunión de procedimientos (apartado D), cada auditor estudia el sistema de homologación y la guía y los procedimientos de la auditoría, elaborando el esquema de trabajo plasmado en la agenda (pág. 134 de procedimientos), junto a:

- La selección de las áreas que le interesa abordar,
- el perfil (Jefe de Servicio de..., Supervisora de ...) de las personas a contactar en cada una de ellas y
- para qué cuestiones.

En el debate de la reunión de procedimientos el equipo confecciona:

- la agenda definitiva (ejemplo en página 47),
- una hoja de SESION DE AUDITORIA (pág. 48) por cada persona que desee informar previamente.

La Subdirección entrega en la reunión de Gerentes de los Hospitales a auditar (apartado F):

- Las hojas de "Sesión de auditoría" junto con el documento de presentación (página 49 a 52) para que lo envíen a los interesados.
- La agenda del equipo para verificarla en el Hospital. Los ajustes necesarios se revisan en la reunión previa (apartado G) con el "enlace" del Hospital.

junto a los demás requerimientos del equipo auditor.

### AGENDA DE AUDITORIA

Sesiones del día 27/7/93

Hora	Persona	lugar
8.00 h.	} REUNION DE PRESENTACIÓN	} COMITE DE DIRECCIÓN
8.30 h.		
9.00 h.		
9.30 h.	} Jefe de Servicio de Radiodiagnos.	Servicio Radiodiagnos.
10.00 h.		
10.30 h.		
11.00 h.		
11.30 h.		
12.00 h.		
12.30 h.		
13.00 h.		
13.30 h.		
14.00 h.		
14.30 h.		
15.00 h.		

16.00 h.		
16.30 h.		
17.00 h.		
17.30 h.		
18.00 h.		

## SESION DE AUDITORIA

Dirigido a: **JEFE DE SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO**

Fecha: **27 de julio del 93** Horario: De **9.30** a **10.00** h.

Lugar: **Servicio de Radiodiagnóstico**

con (auditor): **Angel Rodríguez**

## TEMAS A TRATAR:

- Objetivos y presupuesto anual de su Servicio
- ¿Cuál es el catálogo de exploraciones que utiliza?
- ¿A quién factura su actividad y sus costes?
- ¿Conoce cuánto cuesta su Servicio? ¿Sabe si es rentable?
- ¿Dispone de una guía de gestión o de un manual de organización?
- ¿Conoce el proyecto Signo?

Otra información que a su juicio sea de interés para conocer los objetivos y tareas más relevantes de su Servicio:

**Proyecto SIGNO**  
**AUDITORIA DE HOMOLOGACION**

**Hospital Clínico de Zaragoza**  
**27 y 28 de Julio de 1.993**

Este equipo auditor está formado por:

**Luis Ansorena**  
Coordinador de Admisión  
Hospital de Torrelavega (Santander)

**Rafael Jiménez**  
Subdirector de Enfermería  
Hospital Reina Sofía (Córdoba)

**José Luis Bernal**  
Subdirector de Gestión  
Hospital Universitario de Getafe (Madrid)

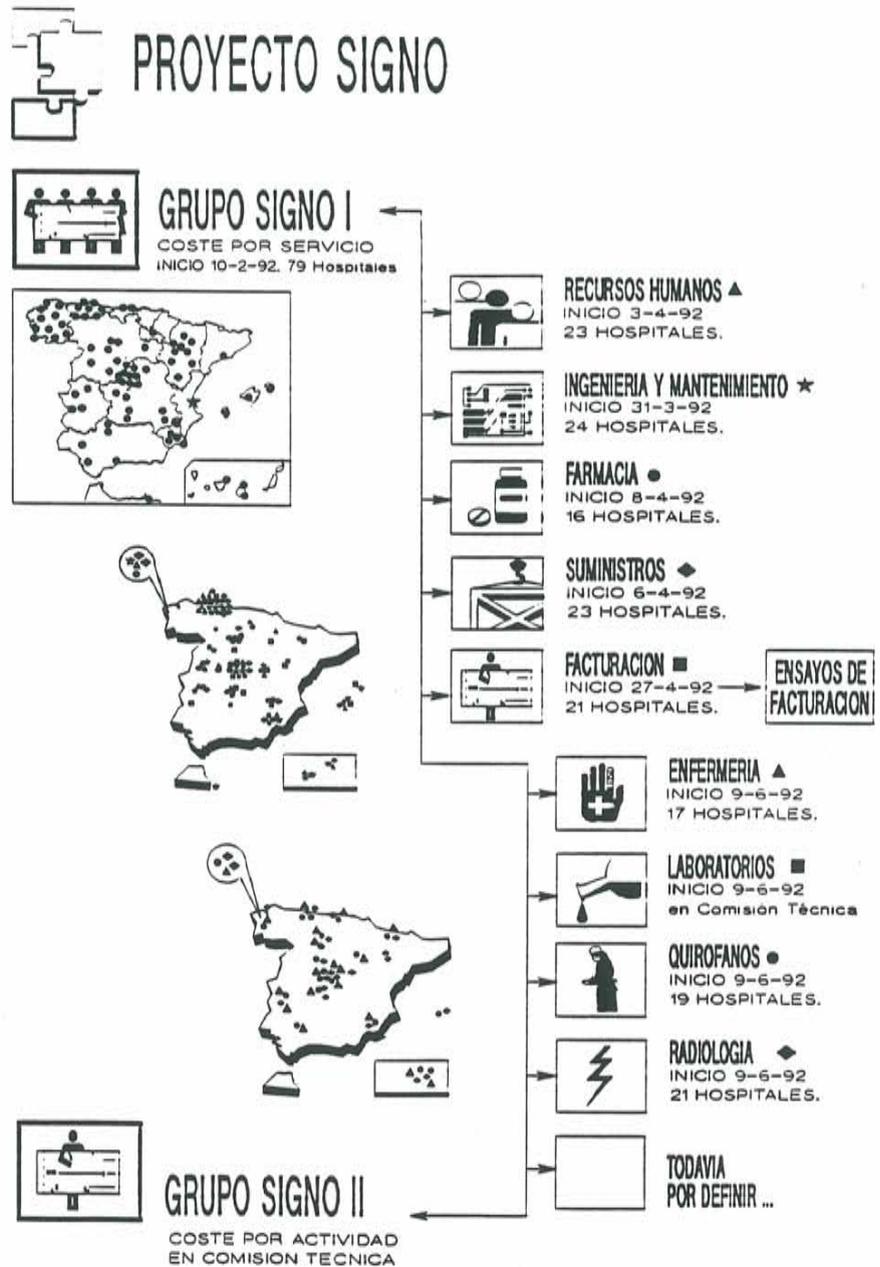
**Elena Moro**  
S.G.de S.de Gestión Analítica y Costes  
Ministerio de Sanidad y Consumo

**Matilde Cortés**  
Director Gerente  
Hospital de Ciudad Real

**Angel Rodríguez**  
Director Médico  
Hospital S.M. del Rosell (Cartagena)

Todos pertenecemos a Hospitales que estamos trabajando voluntariamente dentro del proyecto Signo y participamos ahora, junto a otros equipos, en la auditoría del Sistema de Homologación.

El Sistema de Homologación es el punto de partida que hemos definido para comparar nuestros Hospitales y utilizarlo como una herramienta que nos permita mejorar nuestra calidad, eficiencia y costes.



Durante el año 92 empezamos a contrastar la actividad-coste de cada uno de los Servicios del Hospital, en base a la Gestión Analítica, constituyendo Clubs de Hospitales (de Hospitalización, de Radiología, de Suministros, ...), para evaluar mejor los resultados:

- ♣ ¿Qué y cómo comparamos? (identificación y homologación de la actividad y de su medición: ¿Qué hacemos?)
- ♣ ¿Cómo utilizamos estas referencias para mejorar y modernizar nuestra organización?
- ♣ ¿Cómo definimos la homologación para ese Servicio?  
¿Cuáles son los requisitos mínimos exigibles en 1.993?  
¿Podemos escribir el prólogo de una futura acreditación del Hospital y de cada uno de sus Servicios?.
- ♣ ¿Qué líneas de colaboración podemos establecer entre nosotros?

El sistema de homologación del Hospital del año 93 ya está definido. Bioquímicos, enfermeras o radiólogos lo están diseñando para sus áreas y se incorporarán progresivamente a las auditorías, porque es preciso

## GARANTIZAR LA CONFIANZA

---

No podemos dejar que aparezcan dudas sobre la fiabilidad de la información que recibimos o aportamos, tanto dentro del Club, como fuera de él. Al mismo tiempo, la utilidad del sistema de homologación y de los

procedimientos de la auditoría, deben seguirse contrastando y mejorando, en gran medida, con las aportaciones de auditores y auditados.

### **SEGUIR MEJORANDO EL SISTEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS**

---

Además la auditoría no es sólo la foto-fija de la situación del Hospital (o del Servicio más adelante), también es el debate sobre las tareas a abordar y la manera de hacerlo. La contribución de los demás profesionales representados en el equipo auditor puede ser una buena manera de lograrlo.

No somos jueces ansiosos por emitir sentencias. La sesión crítica o utilizando la terminología de nuestro sector, la "sesión clínica" que se establece en esta parte de la auditoría, es la validación de otros profesionales, de su "diagnóstico" de situación y del "tratamiento" seleccionado.

En esta primera fase, la Dirección de su Hospital ha decidido someterse, antes que nadie, a esta disciplina. Naturalmente, el abordaje global del Centro no puede realizarse sólo con ellos, por lo que requeriremos su colaboración durante estos dos días, para contrastar con Vd. alguno de los procedimientos que hemos consensuado entre los Hospitales del proyecto.

En nombre de la Subdirección General, de la Dirección del Hospital y en el nuestro propio, queremos agradecerle por anticipado su participación. Así mismo, nos gustaría contar con Vd. en los próximos Equipos auditores y en el desarrollo del sistema de homologación.

