INFORME DE AUDITORIA OPERATIVA DE SERVICIOS CONCESIONALES DEL HOSPITAL DEL TAJO

ABRIL 2021

INDICE

INDICE 2
1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA 3
2. RESUMEN EJECUTIVO 5
3. METODOLOGÍA 6
4. RESULTADOS DE AUDITORÍA 7
4.1. CRITERIOS GENERALES 7
4.1.1. CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC) 7
4.1.2. CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH) 11
4.1.3. CRITERIOS DEL ÁREA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL) 14
4.1.4. CRITERIOS DE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (GMA) 17
4.1.5. CRITERIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS) 19
4.1.6. CRITERIOS DE CALIDAD (CAL) 20
4.1.7. CRITERIOS DE LOS MEDIOS MATERIALES (MM) 23
4.1.8. CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC) 25
4.2. CRITERIOS ESPECÍFICOS 27
4.2.1. SERVICIO DE LIMPIEZA 27
4.2.2. SERVICIO DE SEGURIDAD 33
4.2.3. SERVICIO DE RESTAURACIÓN 40
4.2.4. SERVICIO DE RESIDUOS 47
4.2.5. SERVICIO DE MANTENIMIENTO 53
4.2.6. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES 59
4.2.7. SERVICIO DE LAVANDERÍA 64
4.2.8. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN 69
4.2.9. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN 74
4.2.10. SERVICIO DE TRANSPORTE INTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR TIGAS 80
4.2.11. SERVICIO DE ALMACENES 87
4.2.12. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO (ADM) 91
5. RELACIÓN DE TABLAS 97

1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La **Auditoría Operativa** realizada a Hospital del Tajo S.A. **evalúa el grado de cumplimiento de las obligaciones** asumidas en relación con el objeto del contrato establecido entre la Empresa Concesionaria y la Administración relativas a los servicios siguientes:

1. Limpieza
2. Seguridad
3. Restauración
4. Gestión de residuos
5. Mantenimiento
6. Viales y jardines
7. Lavandería
8. Esterilización
9. Desinsectación y desratización
10. Transporte y gestión auxiliar
11. Gestión de almacenes y distribución de materiales
12. Gestión de personal administrativo y recepción e información

Utilizando los pliegos de prescripciones técnicas se han diseñado los criterios que deben cumplirse en la realización de los servicios. Estos criterios se han clasificado en dos grupos principales y 20 áreas:

GRUPOS Y ÁREAS DE CRITERIOS		
ID	**GRUPOS Y ÁREAS DE CRITERIOS**	**Nº criterios**
CG	**CRITERIOS GENERALES**	**55**
DGC.1	Criterios de la dirección, gestión y control de los servicios	10
RH.2	Criterios del área de recursos humanos	12
PRL.3	Criterios de seguridad, salud y prevención de riesgos laborales	9
GMA.4	Criterios de gestión medioambiental	4
EDS.5	Criterios de eficiencia energética y desarrollo sostenible	2
CAL.6	Criterios de gestión de la calidad	10
MM.7	Criterios de recursos materiales	2
SC.8	Criterios de actuación ante situaciones críticas	6
CE	**CRITERIOS ESPECÍFICOS POR SERVICIO**	**247**
LIM.1	Criterios del servicio de limpieza	26
SEG.2	Criterios del servicio de seguridad	24
RES.3	Criterios del servicio de restauración	37
GR.4	Criterios del servicio gestión de residuos	19
MTO.5	Criterios del servicio de mantenimiento	21
VJ.6	Criterios del servicio de viales y jardines	14
LAV.7	Criterios del servicio de lavandería	13
EST.8	Criterios del servicio de esterilización	15
DDD.9	Criterios del servicio de desinsectación y desratización	14
TIG.10	Criterios de transporte interno-externo y gestión auxiliar	28
AL.11	Criterios de gestión de almacenes	17
ADM.12	Criterios de personal administrativo	21
	NÚMERO TOTAL DE CRITERIOS	**302**

En la evaluación de su grado de cumplimiento no se ha aplicado la ley del "todo o nada (SI se cumple; NO se cumple). La **evaluación** del "**grado de cumplimiento**" de estos criterios se lleva a cabo por aplicación de una escala de 1 a 5, del siguiente modo:

GRADO	NORMAS PARA LA EVALUACIÓN	RESULTADO
5	Existen evidencias claras del cumplimiento del criterio. No se detectan incidencias relacionadas.	Excelente
4	Existen evidencias del cumplimiento del criterio, aunque con dudas en alguna de sus partes o se detectan incidencias relacionadas.	Muy bien
3	Existen evidencias del cumplimiento del criterio al menos en un 60% o se detectan fallos del proceso que no permiten alcanzar los resultados esperados.	Bien
2	Existe algún documento relacionado, pero no se evidencia el cumplimiento del criterio.	Deficiente
1	No hay ninguna evidencia del cumplimiento del criterio.	Muy deficiente

Este procedimiento de **evaluación mediante una escala ordinal** elimina opiniones y utiliza solamente datos. Pensamos que las opiniones son siempre subjetivas y los datos son incuestionables e independientes de las personas intervinientes. Por tal motivo siempre que fue posible prescindimos de las opiniones y fueron los profesionales de la Empresa Concesionaria, más capacitados para conocer la situación real, quienes cumplimentaron los Cuestionarios de Criterios de las obligaciones contractuales. GIHSA CONSULTING centró la Auditoría "in situ" en aclaración de dudas, incongruencias entre evidencias o insuficiente verosimilitud de las mismas, medidas in situ, informando previamente de la selección de los criterios objeto de comprobación de entre los 309 del Cuestionario. Así fue como pudimos establecer los grados de cumplimiento de los mismos.

El resultado de la Auditoria Operativa realizada se expresa mediante datos, eliminando incluso las opiniones de GIHSA. Estos datos del resultado de la auditoria son los indicadores. Hay tres tipos de indicadores: de criterio, de servicio y del hospital.

- **INDICADORES DE CRITERIO**.- Cada uno de los 309 criterios tiene su correspondiente indicador de grado de cumplimiento.
- **INDICADORES DE SERVICIO**,- Cada uno de los 12 servicios tiene su indicador de cumplimiento de sus obligaciones contractuales, que se obtiene por media aritmética de los grados de cumplimiento de sus correspondientes criterios.
- **INDICADOR DEL HOSPITAL**.- El grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la Empresa Concesionaria se expresa por su indicador de hospital, que se obtiene por media ponderada de los indicadores de cumplimiento de las obligaciones contractuales de los doce servicios.

2. RESUMEN EJECUTIVO

Los resultados globales de la auditoría han sido:

RESULTADOS DEL HOSPITAL DEL TAJO S.A.		
RESULTADOS	Coeficiente	Grado
Nivel del servicio de limpieza	5	4,6
Nivel del servicio de seguridad	2	4,6
Nivel del servicio de restauración	5	4,8
Nivel del servicio gestión de residuos	2	4,7
Nivel del servicio de mantenimiento	5	4,6
Nivel del servicio de viales y jardines	1	4,5
Nivel del servicio de lavandería	3	4,5
Nivel del servicio de esterilización	4	4,9
Nivel del servicio de desinsectación y desratización	3	3,7
Nivel de transporte interno-externo y gestión auxiliar	3	3,3
Nivel de gestión de almacenes	2	4,2
Nivel de personal administrativo	2	4,5
Indicador de excelencia global integrado	**IEGI**	**4,4**

Tabla 1. Resultados de auditoría

El grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la empresa concesionaria del Hospital es **4,4**

Este dato indica que el Hospital cumplió sus obligaciones contractuales **Muy bien**

En la evolución hay que tener en cuenta que el nivel de exigencia es cada vez mayor, puesto que cuando un área de mejora, relacionada con la operatividad del servicio, no se programa y controla la evaluación es inferior que cuando se detecta por primera vez.

Todos los servicios alcanzan un nivel de cumplimiento muy bueno (≥4), salvo dos servicios, DD y TIGAs que disminuyen el valor hasta quedarse por debajo de 4 (resultados buenos ≥3).

3. METODOLOGÍA

Hemos realizado un examen sistemático y objetivo a fin de proporcionar una valoración independiente de las operaciones de la concesionaria, con la finalidad de evaluar el nivel de eficacia y eficiencia alcanzado por esta en la utilización de los recursos puestos a disposición, detectando sus deficiencias y proponiendo las recomendaciones oportunas en orden a la corrección de aquellas, de acuerdo con los principios generales de una buena gestión, facilitando la toma de decisiones a las personas con responsabilidades de vigilancia o capacidad de emprender acciones correctivas.

Esta auditoría, se ha realizado al 100% en REMOTO, contando con la autorización expresa del cliente y de la aceptación de la especial situación del sistema utilizado debido a la emergencia del Corona Virus.

Se ha utilizado el teléfono y la recepción por email de los documentos solicitados, son sistemas disponibles por parte del cliente y del auditor, para la comprobación de la información solicitada y utilizada para esta auditoría.

Los resultados de los grupos de criterios generales se exponen en tres apartados:

a) Documentación: listado de documentación revisada y breve análisis.
b) Valoración de criterios: tablas con las puntuaciones otorgadas a cada criterio y con explicaciones breves del motivo por el que se evalúan con esa puntuación.
c) Puntos fuertes: apartado cumplimentado en el caso de detectar elementos por los que destaquen positivamente sobre las mismas prácticas en otros hospitales.
d) Áreas de mejora: problemas o bien oportunidades en elementos que es necesario analizar para desarrollar planes de mejora.

Los resultados de los grupos de criterios específicos se exponen en cinco apartados:

a) Documentación: listado de documentación revisada y breve análisis.
b) Valoración de criterios generales: resumen de criterios generales valorados con puntuación inferior a 5 y breve explicación del motivo de la puntuación.
c) Resumen de incidencias: incumplimientos, observaciones o situaciones que deben corregirse o que pueden mejorarse aplicando herramientas existentes o diseñadas para corregir o evitar desviaciones.
d) Áreas de mejora: problemas o bien oportunidades en elementos que es necesario analizar para desarrollar planes de mejora.
e) Valoración de criterios: tablas con las puntuaciones otorgadas a cada criterio y con explicaciones breves del motivo por el que se evalúan con esa puntuación.
f) Puntos fuertes: apartado cumplimentado en el caso de detectar elementos por los que destaquen positivamente sobre las mismas prácticas en otros hospitales. No siempre se detectan.
g) Conclusiones: breve resumen de la situación de cada servicio en cuanto a su operatividad y excelencia.

4. RESULTADOS DE AUDITORÍA

4.1. CRITERIOS GENERALES

4.1.1. CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)

a) Documentación (DGC)

Los principales documentos utilizados para la valoración de los criterios han sido:

- **Manual de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo** (versión enero 2021)
- **Política de calidad** (edición 2020), **medioambiente** (edición 2020) y **seguridad y salud en el trabajo** (edición 2021)
- **Organigrama** (edición enero 2021)
- **Comunicación de cambios** en la estructura a la administración (cambios en empresas de servicios y sus responsables)
- **Perfiles de los puestos** y responsabilidades de los cargos directivos
- Listado de servicios y **socios operativos** (vigente en 2020)
- **Objetivos** de los servicios y de la concesionaria, de calidad, medioambiente y prevención de riesgos laborales
- Informe de **revisión por la dirección** de 8 de enero de 2021
- Informes de deducciones **SIGIs** de los años 2019 y 2021.
- Registro y clasificación por motivo **de las reclamaciones** de los años 2019 y 2020
- **Informes de servicios mensuales y anexos:** desde enero hasta diciembre de 2020.

b) Valoración de criterios (DGC)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)														
CRITERIOS (DGC)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VI	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
DGC.1	La concesionaria tiene explicitado detalladamente el organigrama y las líneas de funcionamiento interno para la gestión de los servicios a su cargo.	I6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		El organigrama está actualizado a enero de 2021. Incluye las líneas de funcionamiento interno para la gestión de los doce servicios. Respecto al listado de socios operativos, la única diferencia se encuentra en los residuos urbanos que en 2020 consta "RECUPERACIONES PÉREZ" no coincidente con la información del organigrama.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)															
CRITERIOS (DGC)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
DGC.2	El organigrama refleja la responsabilidad de los cargos directivos, sus funciones y las líneas de comunicación y coordinación entre los diferentes servicios contratados.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		El organigrama refleja las responsabilidades de los cargos directivos. Las responsabilidades y funciones del personal vienen reflejadas en los correspondientes "Perfiles de Puesto". Las líneas de comunicación se explican en el documento "Manual de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo"													
DGC.3	La concesionaria cuenta con un director general como responsable final de todos los servicios, estén contratados con otras empresas o no.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El cargo de Director General está ocupado en la actualidad por D. Manuel Díez Hervas. Así se indica en el organigrama.													
DGC.4	La concesionaria cuenta con personal responsable del mando y la coordinación de los diferentes servicios.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		El listado de socios operativos incluye los responsables a nivel concesión y a nivel servicio. Corresponde con lo indicado en el organigrama.													
DGC.5	La concesionaria comunica a la Administración Sanitaria cualquier cambio en la estructura, manteniendo esta información permanentemente actualizada.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas. El organigrama es conocido y está actualizado. Se han mostrado evidencias de las comunicaciones de los cambios a la administración.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)															
CRITERIOS (DGC)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
DGC.6	La concesionaria tiene documentada la "**Política de Empresa**", en la que se hace referencia a los **objetivos**, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	I6	5	3	5	5	3	3	4	5	3	2	2	5	**3,8**
		I5	5	5	5	4	2	2	5	5	2	2	2	5	**3,7**
		I4	4	2	3	3	4	4	5	3	1	5	5	3	**3,5**
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	**3,0**
		La política de calidad, ambiental y de Seguridad y salud en el trabajo está actualizada (años 2020 y 2021) y se expresa en el compromiso de cumplimiento de normativa y la mejora continua, sirviendo como marco de referencia para establecer objetivos. Además, existen objetivos anuales a nivel concesionario y a nivel servicio. Algunos servicios no muestran un seguimiento de objetivos, o éste no es completo.													
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	I6	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4,9**
		I5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	**4,8**
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	**4,9**
		I2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	**4,9**
		I1	4	4	5	4	5	3	4	4	4	5	3	5	**4,2**
		Se han visto muestras de informes mensuales por servicio. El servicio de restauración/cafetería presenta una SIGI relacionada (49440 informe APPCC de cafetería)													
DGC.8	La concesionaria tiene establecidos los mecanismos de coordinación y comunicación adecuados con las empresas contratadas, la dirección de la concesionaria y la dirección del hospital.	I6	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	**4,8**
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	**4,9**
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**4,0**
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	**4,0**
		Los mecanismos están establecidos en el Manual de gestión y otros documentos relacionados. Algunas incidencias SIGI pueden relacionarse con este criterio: en el servicio de TIGAS en ocasiones no se puede comunicar con el retén o responsable correspondiente para la solicitud de servicios (SIGI 48651, 48734), y también ocurre una vez con el servicio de limpieza (SIGI 49717).													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)															
CRITERIOS (DGC)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VI	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
DGC.9	La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	I6	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4,6
		I5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4,5
		I4	4	4	5	4	5	4	5	5	2	5	5	4	4,3
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		Se dispone de manuales para cada servicio. Existen evidencias de mejora continua tras la aplicación de modelos de gestión reconocidos, tales como los certificados en normas internaciones (ISO 9001, 14001 y 45001). Algunos servicios podrían utilizar tecnologías punteras en la prestación y/o gestión de servicios tal y como se explica en los apartados de los diferentes servicios.													
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	I6	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4,5
		I5	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4,3
		I4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4,5
		I3	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4,5
		I2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3,2
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		Se detectan algunas SIGIS con retrasos en la respuesta en los servicios de limpieza, seguridad, restauración, mantenimiento, TIGAS y almacenes. El registro de quejas no muestra las fechas en las que se responde.													
DGC	DIRECCIÓN , GESTIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS	I6	4,7	4,7	4,8	4,9	4,7	4,8	4,8	5,0	4,7	4,5	4,5	4,9	4,8
		I5	4,7	4,8	5,0	4,8	4,6	4,5	4,7	5,0	4,7	4,5	4,6	4,8	4,7
		I4	4,7	4,6	4,7	4,7	4,8	4,7	5,0	4,8	4,2	4,9	5,0	4,7	4,7
		I3	4,9	5,0	5,0	5,0	4,8	4,9	4,9	5,0	5,0	4,9	5,0	4,9	4,9
		I2	4,6	4,6	4,6	4,6	4,5	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6	4,6
		I1	3,9	3,9	4,0	3,9	4,0	3,8	3,9	3,9	3,9	4,0	3,8	4,0	3,9

Tabla 2. Evaluación de los criterios DGC "Dirección, Gestión y control de servicios"

c) Puntos fuertes (DGC)

El nivel de cumplimiento de los protocolos y normativa de la dirección, gestión y control es muy bueno (4,8 sobre 5). Se han corregido algunas desviaciones de auditorías anteriores, como lo relacionado con los objetivos de algún servicio.

d) Áreas de mejora (DGC)

- Modificar el organigrama en relación con la empresa de residuos no peligrosos.
- Tomar medidas para que con los cambios de empresa de servicios no se pierda el cumplimiento de objetivos y su seguimiento. Por ejemplo, exigir a la nueva empresa su seguimiento o la implantación de los que crea conveniente y su seguimiento durante el periodo de tiempo que reste del año.

4.1.2. CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH)

a) Documentación (RH)

Los principales documentos utilizados para la valoración de los criterios han sido:

- **Organigrama** de la concesionaria y de los diferentes servicios
- Listado de servicios y **socios operativos**
- Manuales de procedimiento de cada servicio o bien **programas de trabajo planificados**
- **Informes de servicios mensuales y anexos**: desde enero hasta diciembre de 2020.
- **Planillas planificadas** para cobertura de puestos de los servicios, incluidas en los informes mensuales.
- Muestras de **control de presencias** de todos los servicios
- **Titulaciones** y otros documentos como carnets de profesionalidad de distintos trabajadores
- **Planes de formación 2019 y 2020 con su seguimiento.**
- **Evidencias de acciones formativas** relacionadas con las distintas áreas exigidas por PPTE (reciclaje o propios de cada profesión, medioambiente, prevención de riesgos laborales y seguridad y salud en el trabajo, planes de emergencia y evacuación y eficiencia energética)
- Evidencias de **información y formación** a los trabajadores en SST
- Evidencias de entregas de **EPIs**
- **Informes de deducciones SIGIs de los años 2019 y 2020.**
- **Quejas y felicitaciones** de los años 2019 y 2020.

b) Valoración de criterios (RH)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS															
CRITERIOS (RH)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
RH.1	La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	I6	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4,4
		I5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	3	4	4,2
		I4	3	3	5	4	5	4	5	4	5	3	5	4	4,2
		I3	4	3	5	5	4	4	2	3	5	4	5	4	4,0
		I2	5	5	5	4	5	2	3	3	5	5	5	4	4,3
		I1	5	5	5	5	5	3	5	4	4	5	5	4	4,6
		La concesionaria planifica la cobertura de los puestos definidos para los servicios. Se garantiza la cobertura de los puestos mediante el control de presencias. Algunas particularidades de servicio son mejorables: puesto 24h en centro de control de seguridad y distinción de puestos en cuadrantes por servicio (residuos en los de limpieza, viales y jardines en los de mantenimiento, almacenes en los de TIGAS). Otros servicios como esterilización y administrativos presentan alguna incidencia SIGI/queja relacionada.													
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,9
		I5	4	4	4	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3,8
		I3	4	4	4	3	3	2	3	4	3	5	4	4	3,6
		I2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3,8
		I1	4	3	4	4	5	2	4	4	2	4	4	5	3,8
		Todos los servicios cumplen con este criterio, siendo mejorable la programación de visitas del servicio desinsectación y desratización (frecuencia por zonas).													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

CRITERIOS (RH)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
RH.3	Todo el personal a cargo de la concesionaria y de las empresas contratadas tiene la titulación exigida para el puesto de trabajo que ocupa y los conocimientos suficientes para la correcta prestación del servicio.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4,9
		I2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4,8
		I1	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4,8
		Se han visto muestras de aquellos servicios en los que se requiere alguna titulación o formación específica.													
RH.4	Todo el personal a cargo de la concesionaria y de las empresas contratadas cumple con los **requisitos legales** para el desempeño del puesto de trabajo que ocupa.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4,9
		Los requisitos legales de las personas que prestan servicios en el hospital están incluidos en el criterio anterior (titulaciones y formación exigida por ley o norma) y en otros criterios relacionados (Ley de protección de datos, convenios, cláusulas de confidencialidad, etc.).													
RH.5	La concesionaria ha desarrollado un **Plan de Formación Continuada (PFC)** para todo el personal que depende de la misma, que incluye Objetivo, Metodología y Cronograma de Actuación. El Plan de Formación Continuada se mantiene y se ha presentado al hospital	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4,8
		I2	4	4	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	3,6
		I1	4	2	4	4	2	1	4	2	1	2	1	2	2,4
		Se han recibido los planes de formación correspondientes a los años 2019 y 2020 para el personal de todos los servicios.													
RH.6	El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y **reciclaje** constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	I6	5	5	5	2	5	5	1	5	5	1	1	5	**3,8**
		I5	5	5	5	5	1	4	4	5	5	5	1	5	4,2
		I4	5	5	5	5	4	4	5	5	3	2	3	5	4,3
		I3	3	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	4,2
		I2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4,8
		I1	4	2	4	4	1	1	1	2	1	2	1	2	2,1
		Los planes de formación incluyen reciclaje en los conocimientos de los trabajos que realizan en los años analizados, salvo en los servicios indicados y con las particularidades explicadas en el apartado de cada servicio.													
RH.7	El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en la realización de acciones cuyo objetivo es el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones.	I6	5	1	5	5	5	5	1	5		5	5	5	**4,3**
		I5	5	1	1	1	1	1	4	5		1	1	1	2,0
		I4	5	1	5	5	1	1	1	5	1	1	3	1	2,5
		I3	5	1	5	5	5	5	1	5	5	1	1	1	3,3
		I2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4,8
		I1	4	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1,8
		Los planes de formación o bien los procedimientos de los servicios incluyen acciones formativas relacionadas salvo el servicio de seguridad y lavandería.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS															
CRITERIOS (RH)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
RH.8	El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en **atención a usuarios**, visitantes y trabajadores, e incluye los cursos que la administración sanitaria ha determinado para una mejor asistencia al usuario.	I6		1								1		5	2,3
		I5		1								1		5	2,3
		I4		1								1		2	1,3
		I3		5								1		5	3,7
		I2		1								1		3	1,7
		I1		1								2		1	1,3
		El servicio de administrativos imparte un curso relacionado en el periodo de auditoría (2019-2020).													
RH.9	El Plan de Formación Continuada incluye cursos sobre los procedimientos de prevención contra incendios, y el entrenamiento en los Planes de Emergencia, para las posibles evacuaciones.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	4,3
		I4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	1	4,3
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4,8
		I1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1,7
		Todos los servicios imparten cursos relacionados.													
RH.10	El Plan de Formación Continuada incluye cursos de prevención de riesgos laborales.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	4,7
		I4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	3,7
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4,8
		I1	5	1	5	5	1	1	1	5	1	5	5	1	3,0
		Se observan acciones formativas PRL en todos los servicios.													
RH.11	La concesionaria y las empresas contratadas facilitan al personal la asistencia a estos cursos.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4,8
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		No se detectan incidencias relacionadas.													
RH.12	La concesionaria garantiza los servicios mínimos imprescindibles que determine la autorización gubernativa en caso de huelga que afecte a la prestación de los servicios.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas.													
RH	RECURSOS HUMANOS	I6	5,0	4,3	5,0	4,6	4,9	4,9	4,3	4,9	4,9	4,3	4,6	4,9	4,6
		I5	4,8	4,2	4,5	4,4	4,3	4,0	4,6	4,8	4,8	4,2	3,3	4,5	4,2
		I4	4,5	3,8	4,8	4,6	4,5	4,3	4,5	4,8	4,3	3,5	4,2	3,6	4,1
		I3	4,6	4,4	4,9	4,7	4,4	4,2	4,2	4,7	4,8	4,3	4,5	4,4	4,5
		I2	4,8	4,5	4,8	4,6	4,7	3,1	4,6	4,6	4,7	4,5	4,8	4,5	4,4
		I1	4,2	2,9	4,5	4,2	3,2	2,5	3,3	3,8	2,6	3,4	3,4	2,8	3,3

Tabla 3. Evaluación de los criterios RH "Recursos humanos"

c) Puntos fuertes (RH)

- La formación e información relacionada con la seguridad y salud en el trabajo en relación con todos los servicios y el control desde la concesionaria que se realiza al respecto.

- La formación e información proporcionada en algunos servicios como esterilización, que incluye todas las áreas relacionadas con la profesión, el medioambiente, seguridad y salud en el trabajo, sistemas de gestión implantados en el servicio, planes de emergencia y evacuación y eficiencia energética.

d) Áreas de mejora (RH)

- Clasificar claramente los trabajadores por servicio, de forma que se evidencien los programas de cobertura de los distintos puestos establecidos, los controles de presencia, así como la formación relacionada (residuos con limpieza, viales y jardines con mantenimiento, almacenes con TIGA). La sinergia de estos servicios y la mejora de la efectividad que presupone una gestión conjunta no debe impedir cumplir con lo establecido.
- Programar acciones formativas relacionadas con todas las áreas indicadas por pliego y para todos los trabajadores de los servicios, en especial las relacionadas con la profesión de algunos servicios (residuos, lavandería, TIGAS, y almacenes).
- Impartir cursos de atención al cliente a los trabajadores de los servicios de Seguridad y Tigas.

4.1.3. CRITERIOS DEL ÁREA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)

a) Documentación (PRL)

Los documentos utilizados para la evaluación de los criterios han sido principalmente:

- **Manual del sistema gestión de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo** de Hospital del Tajo S.A. Sociedad Concesionaria (versión enero 2021)
- **Certificados y acreditaciones de prevención de riesgos laborales y seguridad y salud en el trabajo** de la concesionaria y los socios operativos vigentes (ISO 45001:2018, OHSAS 18001 :2007)
- **Informe de auditoría 2020** a la Concesionaria del Hospital del Tajo, S.A de cumplimiento de la norma ISO 45001:2018 con alcance "Explotación del servicio de vigilancia y seguridad, limpieza, mantenimiento, restauración, lavandería, logística, TIGAS, esterilización, administración, viales y jardines, gestión de residuos, DDD y legionella, calidad y medioambiente y explotaciones comerciales"
- **Objetivos** de los servicios y de la concesionaria de prevención de riesgos laborales 2019 y 2020 y su seguimiento
- Documentos de **Prevención de Riesgos Laborales** de la concesionaria y de los servicios (procedimientos, evaluación de riesgos, planes de prevención y seguridad y salud en el trabajo, informes de incidentes, etc.)
- **Plan de autoprotección** del Hospital del Tajo, edición 4, febrero 2019, actualizado por el servicio de prevención ajeno PREVERLAB
- **Disposición del plan de autoprotección** en las áreas de admisión (principal y urgencias) y centro de seguridad. Documento de "recibí" del plan de autoprotección de las áreas implicadas y trabajadores.
- **Inscripción en el Registro** de Datos de Planes de Autoprotección, con registro de entrada 18/07/2019
- **Informe de simulacro 2019**
- **Informe de simulacro 2020**
- **Evaluación de riesgos por exposición al Coronavirus (COVID-19)** de la empresa EXPLOTADORA HOSPITAL DEL TAJO, S.L.
- Actas de reuniones de prevención para la **coordinación de actividades empresariales 2019 y 2020**
- **Planes de formación 2019 y 2020 con su seguimiento.**
- Muestras de documentos acreditativos de **proporcionar formación e información** por cada puesto de trabajo (concesionaria y servicios) en relación con la seguridad y salud en el trabajo y planes de emergencia y evacuación.
- Muestras de **certificados médicos** de aptitud para el puesto de trabajo y/o documento acreditativo de oferta de revisión médica anual y/o documento de aceptación o rechazo.
- Muestra de **entrega de los EPIs** establecidos por puesto de trabajo y por alarma sanitaria.
- **Informes de deducciones SIGIs de los años 2019 y 2020.**
- **Quejas y felicitaciones** de los años 2019 y 2020.

b) Valoración de criterios (PRL)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES															
CRITERIOS (PRL)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
PRL.1	La concesionaria cuenta con Técnicos responsables de la Prevención de Riesgos Laborales que han proporcionado las pautas necesarias para cumplir con la normativa vigente y han instaurado políticas de prevención en cuya puesta en marcha se han coordinado con la Administración sanitaria.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Los procesos relacionados en materia de prevención se subcontratan y coordinan con la parte sanitaria. Con las subcontratas se actúa de forma coordinada.													
PRL.2	La concesionaria ha realizado un "mapa de riesgos" en el que se ha basado la política de prevención de riesgos laborales.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		La concesionaria cumple con el criterio y además actualiza la documentación solicitando información pertinente a los socios operativos. No se detectan incidencias relacionadas.													
PRL.3	La concesionaria y empresas contratadas realizan las revisiones médicas exigibles por la normativa vigente según la actividad que desarrolla en el hospital.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se han recibido evidencias del cumplimiento del criterio para una muestra de trabajadores. No se detectan incidencias relacionadas.													
PRL.4	La concesionaria tiene establecidos "protocolos de funcionamiento para la prevención de riesgos laborales" que incluye instrucciones para la utilización por parte de los trabajadores de Equipos de Protección adecuados a la actividad que realizan.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se han recibido evidencias de la entrega de copias de las instrucciones de EPIs para una muestra de trabajadores. No se detectan incidencias relacionadas.													
PRL.5	La concesionaria proporciona a todo el personal los Equipos de Protección adecuados al trabajo que realizan y se responsabiliza de su uso correcto.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Los socios operativos proporcionan los Equipos de Protección Individual apropiados y las instrucciones de utilización.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES															
CRITERIOS (PRL)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
PRL.6	La concesionaria ha establecido e implantado un "Plan de Emergencia/ Contingencia" para todos los trabajadores del hospital (concesionaria, subcontratas y personal de la Administración Sanitaria), que permanece actualizado y que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		El Plan de Autoprotección está disponible en el hospital y está actualizado en 2019.													
PRL.7	El "Plan de Emergencia/ Contingencia" incluye la coordinación con las autoridades del Ayuntamiento, Policía, Bomberos y Protección Civil.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se ha verificado que el Plan Autoprotección incluye lo indicado en el criterio y no se detectan incidencias relacionadas.													
PRL.8	El "Plan de Emergencia/ Contingencia" incluye el Plan de Evacuación de Incendios y la concesionaria ha programado y desarrollado simulacros de evacuación.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		Se realizan simulacros los dos años de auditoría, evaluando los resultados y emitiendo el informe correspondiente.													
PRL.9	La concesionaria ha evaluado el grado de entrenamiento y conocimiento de las medidas a tomar por el personal en el Plan de Evacuación de Incendios como parte del plan de autoprotección.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5,0
		I5	4	4	4	4	4	4	4	4		4	1	4	3,7
		I4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		El Plan incluye la evaluación indicada en el criterio. Se entrega información relacionada con los planes de evacuación y se forma a los trabajadores de los distintos servicios.													
PRL	SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	I6	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
		I5	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,8	4,7	4,3	4,7	4,6
		I4	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
		I3	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9
		I2	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
		I1	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3

Tabla 4. Evaluación de los criterios PRL "Seguridad, salud y prevención de riesgos laborales"

c) Puntos fuertes (PRL)

- El nivel de cumplimiento de los protocolos y normativa de la Prevención de Riesgos Laborales es excelente.

- La concesionaria está certificada por la norma 45001

d) Áreas de mejora (PRL)

No se detectan

4.1.4. CRITERIOS DE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (GMA)

a) Documentación (GMA)

Los principales documentos utilizados para la valoración de los criterios han sido:

- **Manual del sistema gestión de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo** de Hospital del Tajo S.A. Sociedad Concesionaria (versión enero 2021)
- **Certificados y acreditaciones de medioambiente** de la concesionaria y los socios operativos
- Informe de **revisión por la dirección de 8 de enero de 2021**
- **Documentos** relacionados con la gestión medioambiental (registros de indicadores para medir los objetivos, evaluaciones de impactos ambientales, etc.)
- **Objetivos** de los servicios y de la concesionaria de medioambiente 2019 y 2020.
- **Plan de eficiencia energética** y resultados en mayo de 2020
- **Planes de formación** 2019 y 2020 con su seguimiento, con acciones relacionadas con el respeto del medioambiente.
- **Carta enviada a todos los socios operativos** informando de las políticas exigidas a nivel concesión entre las que destaca "1.- Acreditación de la realización de actuaciones que tengan por objeto el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones del hospital" de junio de 2019.
- **Informes de deducciones** SIGIs de los años 2019 y 2020.
- **Quejas** y **felicitaciones** de los años 2019 y 2019.

b) Valoración de criterios (GMA)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL															
CRITERIOS (GMA)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
GMA.1	La concesionaria ha desarrollado un Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento y la política medioambiental que se aplica en el hospital y su entorno.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		La concesionaria dispone del manual del sistema gestión de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo y está certificada por la norma internacional ISO 14001.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL															
CRITERIOS (GMA)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	I6	5	3	5	5	3	3	4	5	3	2	2	5	3,8
		I5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		I4	4	3	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4,2
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		El plan de la concesionaria incluye acciones para alcanzar objetivos planificados, que se miden regularmente según lo establecido. Algunas subcontratas no presentan evidencias de un seguimiento completo de objetivos los dos años de auditoría (2019 y 2020).													
GMA.3	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece modelos de producción de los servicios aproximados al "equilibrio en el desarrollo sostenible" mediante un modelo de reciclaje del material susceptible, medidas para evitar la contaminación, utilización en lo posible de energía limpia (energía solar) y una política restrictiva en la utilización de materiales y energía.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4,6
		I4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
		Los objetivos están relacionados con el reciclaje del material susceptible, y se implantan medidas que permiten gestionar el consumo (dispositivos de medida y control) y reducir las demandas energéticas.													
GMA.4	La sociedad concesionaria está acreditada por la norma ISO 14001 de Sistema de Gestión Medioambiental, o en su caso, por la norma que la sustituya, actualice o complemente, en los Servicios que así lo requieren.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		La concesionaria está certificada por la norma internacional ISO 14001.													
GMA	GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL	I6	5,0	4,5	5,0	5,0	4,5	4,5	4,8	5,0	4,5	4,3	4,3	5,0	4,7
		I5	5,0	5,0	5,0	5,0	4,5	4,8	5,0	4,8	4,8	4,8	4,8	5,0	4,9
		I4	4,5	4,3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,8	4,5	4,5	4,8	4,8	4,5	4,5
		I3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
		I2	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
		I1	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3

Tabla 5. Evaluación de los criterios GMA "Gestión Medioambiental"

b) Puntos fuertes (GMA)

- La concesionaria está certificada en la norma ISO 14001.
- Se establecen objetivos medioambientales a nivel concesión y a nivel servicio.
- Se controlan los consumos energéticos y se mitigan los impactos medioambientales.

- Algunos servicios como esterilización certifican su servicio en el hospital por la norma 14001 y otros como restauración implantan un sistema de gestión medioambiental en el hospital de forma que demuestran su implicación y sensibilización mediante la identificación de Aspectos Ambientales, formación específica y diseño de objetivos asociados a los impactos representativos como son los residuos que generan (aceite usado de cocina y envases de productos).

c) Áreas de mejora (GMA)

Exigir un seguimiento completo de todos los objetivos medioambientales que establecen las subcontratas. Fomentar en su diseño la valoración de impactos ambientales para que estos sean acordes a las actividades en el hospital y a los resultados de las valoraciones.

4.1.5. CRITERIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS)

a) Documentación (EDS)

Se reciben tres documentos relacionados con la eficiencia energética en el Hospital del Tajo:

- RESUMEN EJECUTIVO ADMON.04.12.2019.ppt
- EtiquetaCertificado Energético.pdf
- EVO. 200521_PEE_HdT_v05.pdf

El plan de eficiencia energética PEE de mayo de 2020, muestra un diagnóstico la situación técnica y energética del edificio, las oportunidades de mejora encontradas y la línea de trabajo establecida para la aplicación del Anexo XIII del PCAP de concesión. Implantación de la metodología EVO (Efficiency Valuation Organization) a través del plan conocido por sus siglas en inglés IPMVP (International Performance Measurement and Verification Protocol). El informe demuestra que las medidas han sido efectivas. El resumen ejecutivo presentado a la administración incluye la metodología desarrollada con IPMVP para el cálculo del ahorro energético.

b) Valoración de criterios (EDS)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE															
CRITERIOS (EDS)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
EDS.1	La concesionaria desarrolla actividades para el uso de tecnologías que contribuyan a reducir al mínimo el impacto sobre el medio ambiente (sistemas energéticos menos contaminantes).	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
		I2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
		Implantación de una metodología para medir la eficiencia energética y el ahorro en los consumos eléctricos, de gas y de agua. Se buscan las oportunidades de mejora y se implantan.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DEL ÁREA EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE															
CRITERIOS (EDS)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
EDS.2	La concesionaria desarrolla actividades para el uso racional y eficiente de la energía, con bajo coste y favorecer la implementación de energías renovables.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		I2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		I1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
		Además de lo indicado anteriormente se implica a los trabajadores de la concesionaria y de los servicios mediante acciones informativas y formativas.													
EDS	EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
		I4	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
		I3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
		I2	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
		I1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Tabla 6. Evaluación de los criterios EDS "Eficiencia energética y desarrollo sostenible"

c) Puntos fuertes (EDS)

Implantación de planes para medir la eficiencia energética e identificar oportunidades de mejora.

d) Áreas de mejora (EDS)

No se detectan

4.1.6. CRITERIOS DE CALIDAD (CAL)

a) Documentación (CAL)

Los principales documentos utilizados para la valoración de los criterios han sido:

- **Manual del sistema gestión de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo** de Hospital del Tajo S.A. Sociedad Concesionaria (versión enero 2021)
- **Certificados y acreditaciones de calidad,** de la concesionaria y los socios operativos (ISO 9001)
- Los **manuales de procedimiento** de los doce servicios y posteriores actualizaciones y cambios
- **Objetivos** de los servicios y de la concesionaria, de calidad
- Procedimientos de **uniformidad** e **identificación** y evidencias de cumplimiento según normativa cuando es aplicable y según PPTE y/o directrices del hospital
- **Informes de servicios mensuales y anexos**: desde enero hasta diciembre de 2020.
- Informe de **revisión por la dirección de 8 de enero de 2021**
- Informes de resultados de **encuestas de satisfacción a usuarios** de los servicios de limpieza, lavandería y restauración.
- **Informes y encuestas de clima laboral** de los trabajadores de los distintos servicios
- **Informes de deducciones SIGIs de los años 2019 y 2020.**
- **Quejas y felicitaciones** de los años 2019 y 2020.

b) Valoración de criterios (CAL)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD

CALIDAD (CAL)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
CAL.1	La concesionaria tiene desarrollado un **Plan de calidad** de todos los servicios que presta en el hospital a través de su personal o de las empresas contratadas, que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		La concesionaria dispone del manual integrado de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo, base de desarrollo de los planes de calidad y definición de objetivos.													
CAL.2	La concesionaria dispone de un **responsable de calidad** de todos los servicios que presta en el hospital a través de su personal o de las empresas contratadas.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		El director de Calidad y Medioambiente es en la actualidad D. Eusebio Navas Sánchez.													
CAL.3	La concesionaria **acredita la calidad** de todos los servicios que presta en el hospital mediante certificados en las normas ISO: 9001, EFQM o cualquier otro método, según ha determinado la Administración Sanitaria.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Tal y como se indica en el punto 1, la sociedad concesionaria está certificada por la norma internacional ISO 9001. Además, los socios operativos también están certificados, y el servicio de esterilización incluye en su alcance el hospital.													
CAL.4	La concesionaria ha establecido "**métodos y manuales de procedimiento**" y "**protocolos de actuación**" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	I6	4	4	4	4	4	3	2	4	3	2	4	4	3,5
		I5	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3,8
		I4	4	3	4	3	4	4	3	5	2	4	4	3	3,6
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	4	4	4	4	3	1	2	4	1	4	4	3	3,2
		I1	4	3	4	4	3	2	2	4	2	4	4	2	3,2
		Se han recibido los manuales de procedimientos de cada servicio, vigentes en el momento de la auditoría. Ninguno está validado por la administración, aunque varios se entregaron ante del año 2019. Algunos están desactualizados y otros no incluyen los programas de actuación (desinsectación y desratización) ni actividades que desarrolla el servicio con el detalle exigido en el PPTE (TIGAS). Otros están desactualizados (viales y jardines) y contienen información contradictoria (lavandería).													
CAL.5	Todos los materiales que utilizan para prestar los servicios se ajustan a los requerimientos del código EAN (EAN13, EAN128, ITF14, etc.) adecuado para cada código de barras.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD

CALIDAD (CAL)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
CAL.6	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas lleva en todo momento la identificación que ha sido autorizada por el hospital.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		I4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4,8
		I3	5	4	5	5	5	5	2	5	5	5	4	4	4,5
		I2	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,8
		I1	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4,7
		No se detectan incidencias relacionadas.													
CAL.7	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas va correctamente uniformado y mantiene un alto nivel de higiene personal.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4,9
		No se detectan incidencias relacionadas.													
CAL.8	La concesionaria tiene establecido un procedimiento de la entrega y recogida de ropa para lavar (uniformes) para que ésta esté siempre en perfectas condiciones de limpieza e higiene, realizando el cambio de ropa cuantas veces sea necesario.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,8
		I2	3	2	5	3	3	3	2	5	1	3	3	3	3,0
		I1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,0
		No se detectan incidencias relacionadas.													
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	I6	4	4	5	4	5	5	1	1	5	1	1	5	3,4
		I5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0
		I4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0
		I3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0
		I2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,3
		I1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
		Se realizan encuestas de clima laboral y se analizan los resultados en los servicios de restauración, mantenimiento, viales y jardines y administrativos. En los servicios de limpieza, seguridad y residuos solo se reciben las encuestas (sin análisis de resultados). El resto de los servicios no evidencia la realización de estas encuestas.													
CAL.10	Mensualmente se realizan encuestas de satisfacción a los clientes del hospital, previamente consensuada con la administración sanitaria. Esta encuesta cumple con los requisitos de aleatoriedad, tamaño de la muestra global y por tipo de cliente requeridos.	I6	4		5				4						4,3
		I5	4		4				4						4,0
		I4	4		4				4						4,0
		I3	5		5				5						5,0
		I2	3		3				2						2,7
		I1	1		5				1						2,3
		Se ha recibido el tratamiento y las encuestas de satisfacción realizadas a clientes de los servicios de limpieza, restauración y cafeterías y lencería. El servicio de restauración obtiene resultados de satisfacción superiores al 85%.													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD															
CALIDAD (CAL)			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
CAL	GESTIÓN DE LA CALIDAD	I6	4,7	4,8	4,9	4,8	4,9	4,8	4,2	4,4	4,8	4,2	4,4	4,9	4,6
		I5	4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
		I4	4,3	4,3	4,4	4,3	4,3	4,4	4,3	4,6	4,2	4,4	4,4	4,2	4,3
		I3	4,5	4,4	4,6	4,6	4,6	4,6	4,3	4,6	4,4	4,6	4,4	4,4	4,5
		I2	4,1	4,0	4,5	4,2	4,1	3,9	3,7	4,4	3,7	4,2	4,2	4,1	4,0
		I1	3,9	4,1	4,2	4,2	4,0	4,0	3,7	4,2	4,0	4,1	4,1	3,9	3,9

Tabla 7. Evaluación de los criterios CAL "Gestión de la calidad"

c) Puntos fuertes (CAL)

- Los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios y clientes con los servicios de limpieza, restauración y lencería, alcanzando resultados superiores al 85% casi todos los meses.

d) Áreas de mejora (CAL)

- Verificar que los **manuales** contienen lo esperado y que es un diseño fiel de la operatividad de los distintos servicios.
- Diseñar la **encuesta de satisfacción o clima laboral**, con la frecuencia indicada (cada dos años) para los trabajadores de todos los servicios y analizar los resultados, en busca de oportunidades de mejora.

4.1.7. CRITERIOS DE LOS MEDIOS MATERIALES (MM)

a) Documentación (MM)

Los principales documentos utilizados para la valoración de los criterios han sido:

- Los **manuales de procedimiento** de los doce servicios y posteriores actualizaciones y cambios
- Documentos y **listados de medios y equipos** de los servicios
- Codificación y **planes de mantenimiento** de equipos de los servicios. Manuales de uso.
- **Planes de validación, cualificación** de equipos cuando sea apropiado e informes correspondientes
- Listado de **productos utilizados** y fichas técnicas de seguridad, autorizaciones, y documentación relacionada.
- Documentación relativa al **Anexo VI** del pliego y su actualización

b) Valoración de criterios (MM)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE MEDIOS MATERIALES															
CRITERIOS			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VI	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
MM.1	La concesionaria ha **documentado** los **recursos materiales** y **técnicos** que aporta **para la prestación** de los servicios.	I6	3	3	5	4	4	4	3	5	3	5	5	2	**3,8**
		I5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	1	3	2	**4,1**
		I4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	5	1	**4,2**
		I3	5	1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	1	**3,7**
		I2	5	3	3	5	1	1	3	5	1	3	3	3	**3,0**
		I1	5	1	5	5	2	1	4	5	2	5	5	5	**3,8**
		Los recursos materiales que utilizan los servicios se documentan en diferentes documentos, y se piden las autorizaciones de uso cuando es necesario. En los apartados de cada servicio se especifica las incidencias y posibilidades de mejora en relación con la documentación.													
MM.2	La concesionaria ha **documentado** la **relación de mobiliario y equipamiento** informando de su ubicación, cantidad y descripción cuando aplica con el que ha dotado al hospital.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**5,0**
		La concesionaria ha documentado la relación de mobiliario y equipamiento informando de su ubicación, cantidad y descripción cuando aplica con el que ha dotado al hospital. La información se actualiza en el inventario del hospital.													
MM	MEDIOS MATERIALES	I6	4,0	4,0	5,0	4,5	4,5	4,5	4,0	5,0	4,0	5,0	5,0	3,5	**4,4**
		I5	5,0	5,0	5,0	4,5	5,0	5,0	4,5	5,0	5,0	3,0	4,0	3,5	**4,5**
		I4	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	5,0	5,0	3,0	5,0	3,0	**4,6**
		I3	5,0	3,0	5,0	5,0	5,0	3,0	5,0	5,0	5,0	3,0	5,0	3,0	**4,3**
		I2	5,0	4,0	4,0	5,0	3,0	3,0	4,0	5,0	3,0	4,0	4,0	4,0	**4,0**
		I1	5,0	3,0	5,0	5,0	3,5	3,0	4,5	5,0	3,5	5,0	5,0	5,0	**4,4**

Tabla 8. Evaluación de los criterios MM "Medios Materiales"

c) Puntos fuertes (MM)

No se detectan

d) Áreas de mejora (MM)

- Elaboración de listados de recursos materiales y técnicos en todos los servicios. Estos listados deben incluir los utilizados para realizar las distintas actividades con independencia del propietario.
- Realizar el seguimiento del mantenimiento preventivo, correctivo y técnico legal de todos los equipos, incluyendo los de seguimiento y medición. Cuando los recursos sean propiedad de otra empresa, se debe documentar el método de coordinación de su puesta a punto. Se deben registrar y archivar los documentos que acrediten las validaciones y/o calibraciones de los equipos que aplique.
- Elaboración de listados de productos utilizados, detallando su uso y descarte. Registro de documentación apropiada para su uso (número de registro o autorización oficial cuando aplique, fichas técnicas y de seguridad cuando aplique, autorización del servicio de medicina preventiva cuando sea preciso). Documentos que evidencien el uso de los EPIs establecidos para su uso cuando aplique.

- Elaboración de listados de programas informáticos utilizados por los trabajadores del servicio y manuales de uso cuando sea necesario, así como formación/capacitación de los profesionales que los utilizan.

4.1.8. CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC)

a) Documentación (SC)

La documentación utilizada para evaluar este criterio está incluida en criterios anteriores y en los criterios específicos, y en especial:

- Documentos que acrediten el **respeto a la confidencialidad**
- **Informes de deducciones SIGIs de los años 2019 y 2020.**
- **Quejas** y **felicitaciones** de los años 2019 y 2020.

b) Valoración de criterios (SC)

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS															
CRITERIOS			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
SC.1	La concesionaria y empresas contratadas colaboran en los controles, supervisiones y auditorías que la Administración Sanitaria considere oportunos y sigue diligentemente sus indicaciones.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,9
		No se detectan incidencias relacionadas.													
SC.2	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	I6	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4,8
		I5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4,7
		I4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4,5
		I3	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4,3
		I2	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4,5
		I1	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4,6
		Algunas incidencias recibidas en la documentación pueden relacionarse con este criterio como por ejemplo las quejas por comportamiento o trato, recibidas en los servicios de seguridad, TIGAS y administrativos.													
SC.3	La concesionaria y empresas contratadas realizan sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		En el servicio de TIGAs se detecta una SIGI relacionada (45967 balas de oxígeno en los pasillos).													

VALORACIÓN DE CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS															
CRITERIOS			1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. .EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
SC.4	La concesionaria y empresas contratadas aseguran que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,9
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,9
		I3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,8
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,9
		I1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,8
		No se detectan incidencias relacionadas.													
SC.5	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio (en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas en caso de incumplimiento).	I6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,9
		I1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4,9
		No se detectan incidencias relacionadas.													
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	I6	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4,6
		I5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		I3	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	5	4,5
		I2	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4,3
		I1	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4,8
		Todos los servicios están sometidos al sistema SIGI se responsabilizan de los fallos del servicio. En la valoración de este criterio se tienen en cuenta aquellas incidencias que se han relacionado con fallos de servicio que afectan a la operatividad de las áreas sanitarias.													
SC	SITUACIONES CRÍTICAS	I6	5,0	4,8	5,0	5,0	4,8	5,0	4,8	5,0	4,8	4,5	4,8	4,8	4,9
		I5	4,8	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,8	5,0	5,0	4,5	5,0	4,8	4,9
		I4	4,8	5,0	4,8	5,0	4,8	5,0	5,0	5,0	5,0	4,8	4,8	4,8	4,9
		I3	4,3	4,8	4,7	5,0	4,7	5,0	4,7	5,0	5,0	4,7	4,8	4,8	4,8
		I2	4,7	4,7	4,7	5,0	4,5	5,0	4,8	5,0	5,0	4,5	4,7	4,8	4,8
		I1	4,7	5,0	4,8	5,0	4,7	5,0	4,7	5,0	5,0	4,5	4,8	4,7	4,8

Tabla 9. Evaluación de los criterios SC "Situaciones Críticas"

c) Puntos fuertes (SC)

No se detectan

d) Áreas de mejora (SC)

No se detectan

4.2. CRITERIOS ESPECÍFICOS

4.2.1. SERVICIO DE LIMPIEZA

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)

Socio operativo: ONET

Responsable del servicio: Eusebio Navas Sánchez

Responsable a nivel servicio: José Mª Durant (Supervisor Técnico), Asunción San Joaquín (Encargada Servicio)

DOCUMENTACIÓN SERVICIO LIMPIEZA			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	27/3/21	Documento con fecha 6-11-19, versión 1.10.
2	Socio operativo	3/2/21	ONET
3	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Eusebio Navas Sánchez
4	Responsable a nivel servicio	3/2/21	José Mª Durant (Supervisor Técnico). Asunción San Joaquín (Encargada Servicio)
5	Validación por administración del manual de procedimientos		No, aunque si entregado
6	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, SST, etc.): 2019 y 2020	3/2/21 27/3/21	Se reciben los objetivos, las acciones para lograrlos y el seguimiento y resultados de los dos años.
7	Informes mensuales del servicio con anexos de los doce meses de 2020. Incluyen los cuadrantes programados de febrero 2020 a enero 2021	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
8	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001 si no está incluido en el de concesión)	3/2/21 27/3/21	Se reciben los tres certificados otorgados a GRUPO ONET IBERIA en cuyo anexo constan las actividades de limpieza y gestión de residuos.
9	Relación de personal de limpieza operativo con: nombre, apellidos y categoría y responsables	27/3/21	Se recibe el personal de limpieza (julio 2020), y un listado con la plantilla y la categoría de cada trabajador
10	Muestra (4 o 5) de reconocimientos médicos y otros cumplimientos PRL (entregas de EPIS, formación PRL)	27/3/21	Se recibe la carta recordando la fecha de realización de los reconocimientos médicos en 2021, diplomas formación en PRL en 2021, registros de entregas de EPIS en las hojas de trabajo diario.
11	Tipo de control de presencias de personal operativo. Muestra de 5 días al azar de febrero de 2020 a enero 2021 para verificar cuadrantes incluidos en los informes mensuales.	27/3/21	Se recibe una muestra de diferentes años
12	Formación del personal: muestra de certificados de realización de cursos 2019 y 2020	30/1/21 27/3/21	Se reciben los planes de formación y su seguimiento, así como los diplomas y/o registros de asistencia a cursos y charlas informativas.
13	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	3/2/21	Se recibe la encuesta con los resultados de 15 trabajadores pero no contiene análisis de resultados y acciones consecuentes si proceden.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO LIMPIEZA			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
14	Encuestas de satisfacción de clientes	3/2/21	Se reciben las encuestas de satisfacción realizadas y su tratamiento en libros de Excel de los años 2019 y 2020.
15	Procedimientos especiales aprobados por medicina preventiva	27/3/21	Se recibe el implantado en 2020 como consecuencia de la pandemia
16	Programa de reposición de material de aseo	27/3/21	Incluido en los procedimientos recibidos
17	Listado de productos aprobados por medicina preventiva por zona	31-1-19	La carpeta de archivo de las fichas técnicas y de seguridad sirve como listado
18	Fichas técnicas de productos	27/3/21	Se muestra la aprobación por medicina preventiva y las fichas de los productos
19	Maquinaria utilizada y su mantenimiento: marcado CE de fregadoras y demás máquinas	27/3/21	Se muestra esta información con alguna discordancia
20	Útiles de limpieza: carros, guantes, paños, etc. Sistema de control del stock	27/3/21	Se indica que el control de sock lo realiza diariamente la encargada
21	Programa de limpiezas del 2019 al 2020 y su registro y cumplimiento	29/1/21	Incluido en informes mensuales
22	Registro de limpiezas más que diarias (2019 y 2020)	27/3/21	Se muestran algunos formatos cumplimentados. Se indica que se registra directamente en los informes mensuales
23	Registro o informes de encuestas satisfacción pacientes y trabajadores con el servicio	3/2/21	Años 2019 y 2020
24	Registros de recorrido para controles de calidad del servicio (apartado del PPT) Por ejemplo rondas de inspección	27/3/21	
25	Carros de limpieza y su contenido establecido.	27/3/21	
26	Registros in situ (formato y muestra del año 2020)	27/3/21	
27	Sigis y quejas al menos dos últimos años 2019 y 2020	4/2/21	Recibido completo

Tabla 10. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Limpieza

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (LIM)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	P	EVALUACIÓN
DGC.1.8 La concesionaria tiene establecidos los mecanismos de coordinación y comunicación adecuados con las empresas contratadas, la dirección de la concesionaria y la dirección del hospital.	4	Una de las SIGIs (49717 de 14/12/19) puede relacionarse con este criterio.
DGC.1.9 La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	4	Si bien los materiales y las técnicas de trabajo son eficaces y actuales, la gestión de recursos materiales es mejorable.

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	Algunas de las incidencias SIGIs muestran retraso en su corrección (4 de 25).
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no dispone del visto bueno por la administración sanitaria.
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	4	En el año 2019 se realiza una encuesta de clima laboral al personal de este servicio. No se evidencia un análisis de resultados.
CAL.6.10 Mensualmente se realizan encuestas de satisfacción a los clientes del hospital, previamente consensuada con la administración sanitaria. Esta encuesta cumple con los requisitos de aleatoriedad, tamaño de la muestra global y por tipo de cliente requeridos.	4	La encuesta se ha realizado los dos años analizados (2019 y 2020) detectando un resultado de satisfacción de los profesionales inferior al 85% en agosto del año 2019.
MM.7.1 La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	3	Los medios materiales utilizados por el servicio están documentados pero no se muestran evidencias del detalle solicitado (listado codificado, uso previsto, etc.) ni incluye todos los utilizados (incluidos los desechables y consumibles de todos los aseos, bolsas de basura, etc.). Ver PPTE.
Media aritmética de los criterios generales del servicio de apoyo administrativo	**4,9**	

Tabla 11. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio de limpieza

C) INCIDENCIAS (LIM)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados.
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas:

- Las incidencias de limpieza analizadas en la muestra de SIGIS y quejas están principalmente relacionadas con la observación puntual de estancias o mobiliario sucio. Se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- No se explotan los datos de la encuesta de clima laboral del 2019 ni se analizan los resultados.
- En el periodo de dos años, solo uno de los meses presenta una satisfacción de profesionales con la limpieza inferior al 85%

Las incidencias detectadas se resumen a continuación:

1. El manual de procedimientos no desarrolla todos los apartados del protocolo del servicio, como por ejemplo los elementos excluidos del objeto de limpieza del servicio y la superficie de los MUL en su descripción (apartados exigidos por PPTE)

2. No se muestra una relación detallada y codificada (características técnicas, utilidad, composición, mantenimiento, etc.) de los materiales, útiles, productos y maquinaria necesaria y utilizada para la prestación del servicio de limpieza (apartados exigidos por PPTE).

D) ÁREAS DE MEJORA (LIM)

Un resumen de posibles áreas de mejora además de la corrección de las incidencias detectadas es:

1. Actualizar el manual de procedimientos permanentemente, incluyendo elementos excluidos de la limpieza (equipos médicos, etc.) y dimensión de los MUL. Revisar el protocolo de limpieza y el PPTE para verificar que incluye los requisitos previstos.
2. Detallar y codificar los materiales, útiles, productos y maquinaria.
3. Explotar los datos de la encuesta de clima laboral y analizar los resultados.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (LIM)

ID	SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
LIM.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de limpieza. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,9**	4,6	4,5	4,6	4,6	4,0
LIM.2	La concesionaria tiene **definidos los MUL** (Módulos Unitarios de Limpieza) acordes con la ubicación geográfica, dimensión, pertenecía a Unidad, Servicio o Grupos Funcionales Homogéneos, clasificación en zonas de riesgo y su continente y contenido objeto de limpieza. Esta definición se mantiene actualizada y tiene en cuenta las ampliaciones, reducciones o modificaciones en los hospitales. El manual de procedimientos no incluye partes de lo indicado en el criterio como dimensión de los MUL o los elementos incluidos y excluidos de la limpieza por este servicio (anexo III, apartado 1, subapartado 2 del PPTE). Está entregado pero sin el visto bueno de la administración.	**4**	4	5	5	4	3
LIM.3	La concesionaria tiene establecidos los **elementos que quedan incluidos** y **excluidos** del servicio de limpieza, de acuerdo con las indicaciones de la administración sanitaria. Los procedimientos de limpieza incluyen el objeto de limpieza a realizar pero no existe un listado claro de los elementos (como equipos clínicos) excluidos/incluidos de la limpieza.	**3**	4	5	5	4	4
LIM.4	La concesionaria tiene establecidos los **planes de actuación de limpieza (PAL)** para cada módulo unitario de limpieza (MUL) incluyendo las **actividades principales** (limpieza programada, correctiva o de urgencia, planificada y protectora) y las **complementarias** (plan de reposición de material general y de aseo, dotación de equipamiento y plan de mantenimiento, dotación de material (toallas de papel, papel higiénico, jabón líquido y sus correspondientes dispensadores, bolsas de basura,...) y las frecuencias (diaria, semanal, mensual, específica, etc.). Los planes de actuación de limpieza están definidos y se realiza su evaluación y seguimiento.	**5**	5	4	5	4	4
LIM.5	Se **registran** al menos las actuaciones realizadas en áreas muy críticas y críticas. El servicio dispone del registro por área según su criticidad, y remite un resumen a la empresa pública en los informes mensuales.	**5**	5	4	5	5	4

ID	SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
LIM.6	El manual de procedimientos establece la frecuencia de realización de **controles de calidad** que consisten en un recorrido por el recinto, de forma que se compruebe que los trabajos realizados se ajustan al protocolo y a los resultados esperados mediante la inspección visual, el registro de incidencias, la valoración de la incidencia, la realización de las medidas correctoras y el sistema de registro de estas acciones. Se muestra la hoja de registro de estos controles, preparada para realizarlos diariamente por la encargada.	**5**	3	4	5	4	4
LIM.7	Existe una **relación detallada y codificada** (características técnicas, utilidad, composición, mantenimiento, etc.) de los materiales, útiles, productos y maquinaria necesaria y utilizada para la prestación del servicio de limpieza. No se muestra una relación con el detalle indicado en el criterio.	**3**	5	5	5	5	4
LIM.8	Todas las prácticas de limpieza cumplen con las políticas y procedimientos de control de infecciones del hospital establecidos por **Medicina Preventiva**, para lo que existen protocolos y procedimientos escritos. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
LIM.9	Se **cumplen los procedimientos y protocolos** de actuación para las limpiezas, según el objeto de limpieza y la zona a limpiar (barrido húmedo, agua nunca sola, soluciones desinfectantes, dilución de lejía, etc.). No se detectan SIGIS ni quejas relacionadas con el criterio.	**5**	5	4	4	5	5
LIM.10	Se lleva a cabo la **señalización y las precauciones apropiadas** respecto a los viandantes en los suelos que estén recién limpiados o húmedos. No se detectan SIGIS ni quejas relacionadas con el criterio.	**5**	5	5	4	5	4
LIM.11	El **material general y de aseo** (toallas de papel, papel higiénico, jabón líquido y sus correspondientes dispensadores, bolsas de basura,...) se reponen con la frecuencia suficiente para **evitar que se acaben**. Se detecta alguna SIGI y queja relacionada con este criterio.	**4**	4	4	4	5	5
LIM.14	Para las áreas **críticas y muy críticas**, será obligatorio el sistema de limpieza con **mopas de micro fibra** en sustitución del sistema convencional de fregona y cubo (en aquellas superficies que lo permitan). El manual de procedimientos establece lo indicado en el criterio y no se detectan SIGIS ni quejas relacionadas con este criterio.	**5**	5	5	5	5	5
LIM.15	El servicio de limpieza realiza la **limpieza programada** o rutinaria y específica tal y como se ha establecido en el manual de procedimientos. Se detectan algunas SIGIs y quejas relacionadas con la limpieza rutinaria.	**4**	4	4	5	4	4
LIM.16	El servicio de limpieza responde ante la puesta en marcha del protocolo de emergencia, **urgencia** y correctivo de acuerdo con los criterios establecidos dando lugar a los resultados planificados. Una de las sigis está relacionada con este criterio (imposibilidad de comunicar con el servicio ante una urgencia de limpieza)	**4**	4	5	5	4	5
LIM.17	El servicio de limpieza realiza las **limpiezas planificadas** (de refuerzo, semanales, mensuales, trimestrales, a requerimiento, etc) tal y como se han programado en el manual de procedimientos. Las limpiezas planificadas se remiten mensualmente a la empresa pública mediante el informe mensual, observando su realización según estos registros. Sin embargo, de las SIGIs recibidas 13 se clasifican con el indicador relacionado.	**4**	4	4	5	4	4
LIM.18	El servicio de limpieza realiza las **limpiezas de protección** acordadas con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5

ID	SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
LIM.19	Todos y cada uno de los productos de limpieza y desinfección, así como todos los utensilios, materiales, equipos y artículos que se emplean son **suministrados** por la Unidad de Limpieza. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
LIM.20	Todos y cada uno de los **productos** de limpieza y desinfección, cuentan con la **aprobación** del Servicio de Medicina Preventiva y **cumplen la normativa** vigente aplicable (etiquetado, almacenaje, envasado, utilización, dilución, etc). Se muestra el comunicado de medicina preventiva aprobando los productos utilizados por el servicio. Cuando se ha producido algún cambio se ha solicitado su aprobación antes de su uso.	**5**	4	5	4	4	5
LIM.21	Existen **procedimientos escritos** sobre el **uso, descarte y mantenimiento** de los **productos** de limpieza que se utilizan, según el objeto de limpieza. En el manual de limpieza se dan instrucciones en este sentido.	**5**	5	5	5	5	4
LIM.22	Todos los **materiales, equipos y útiles** están de acuerdo a la **normativa** actualmente vigente en materia de Salud Laboral y cualquier otra que le sea aplicable. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
LIM.23	Existen procedimientos escritos sobre el **mantenimiento y conservación** en perfecto estado de uso de los **materiales y equipos**. El servicio dispone de un plan de mantenimiento de maquinaria que registra en las hojas preparadas para ello, según la muestra recibida. En el manual de limpieza se dan instrucciones en este sentido.	**5**	5	5	5	5	4
LIM.24	La Unidad de Limpieza **informa** a la Central de Incidencias de todas las evidencias que indiquen la **presencia de bichos o plagas**, identificados mientras se realiza el servicio de limpieza. Una vez aplicados los procedimientos de desinsectación y desratización se procede a la limpieza, desinfección y despeje de las áreas afectadas (incluyendo excrementos y cadáveres). El servicio de limpieza tiene establecido comunicar cualquier incidencia detectada en cuanto a plagas. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	4	5	5	5
LIM.25	Los residuos se recogen de acuerdo a la normativa vigente y a los estándares de calidad de la unidad de residuos. La Unidad de limpieza tiene establecido en su manual, los **procedimientos de recogida, retirada y depósito de los residuos**, cualquiera que sea la ubicación del productor, por tipo de residuo, frecuencia y zona de recogida. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
LIM.26	La frecuencia de retirada de basuras es la adecuada para que las **papeleras** se mantengan por debajo del **75%** de su capacidad. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
LIM.27	Se mantienen en perfecto estado de **limpieza los contenedores**, así como la zona circundante donde estos se encuentren ubicados. Alguna SIGI puede relacionarse con suciedad en los cuartos de residuos.	**4**	4	5	5	5	5
LIM.28	Todas las instalaciones se encuentran en perfecto estado de limpieza tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital Varias quejas y SIGIS están relacionadas con este criterio.	**4**	4	4	4	5	
LIM	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE LIMPIEZA**	**4,6**	4,6	4,6	4,7	4,5	4,5

Tabla 12. Evaluación de los criterios LIM "Servicio de Limpieza"

F) PUNTOS FUERTES (LIM)

Se detectan puntos fuertes en este servicio:

- Las "Instrucciones de trabajo" incluidas en el manual de procedimientos, cuyo contenido es completo y de fácil manejo para realizar las diferentes limpiezas.
- Los registros y formatos utilizados por personal del servicio que realiza limpiezas claros y fáciles de registrar para medir la operatividad del servicio (hojas de trabajo diario).
- La formación e información que se aporta a los trabajadores que incluye los procedimientos del servicio así como aquellos aspectos que se detectan como necesarios.
- Los controles de calidad que se realizan prácticamente todos los días, valorando el resultado de la limpieza de las distintas zonas e informando de los aspectos mejorables.
- La evolución en el cumplimiento de los criterios generales para este servicio es muy buena, pasando de 4 sobre 5 en el año 2011 a 4,6 en esta auditoría.

G) CONCLUSIONES (LIM)

El servicio de limpieza cumple con la normativa vigente en cuanto a limpieza hospitalaria y prevención de riesgos laborales. Cuenta con los medios materiales y humanos para realizar el servicio. La satisfacción con el servicio por usuarios ambulantes e ingresados es muy buena (superior al 85% en los 24 meses analizados). Los profesionales también valoran satisfactoriamente este servicio, salvo uno de los meses de estudio. Apenas se detectan incidencias y tiene un nivel de cumplimiento muy bueno (4,6 sobre 5).

4.2.2. SERVICIO DE SEGURIDAD

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)

Socio operativo: SABICO SEGURIDAD (Vigilantes), SILICIA (auxiliares), actualmente IBER GLOBAL SYSTEM S.L. (IG SECURITY)

Responsable del servicio: Eusebio Navas Sánchez

Responsable a nivel servicio: Víctor Manuel Talavera Padilla (Jefe de Servicio), Sergio Martínez Manquillo (Jefe de Equipo), actualmente Manuel Álvarez Muñiz y Sergio Martínez Manquillo (Jefe de Equipo)

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA SERVICIO SEGURIDAD			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	RECEPCIÓN Y OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos, elaborado por grupo sabico aprobado en mayo de 2017. Con anexos: ANEXO I. Diagrama flujo plan emergencia ANEXO II. PLANOS DE EVACUACIÓN HDT ANEXO III. PLAN AUTOPORTECCIÓN ANEXO IV. PLANES DE TRABAJO CONTRA ACTOS ANTI-SOCIALES	31-1-19	En la página 101 que se nombran normas de calidad no vigentes y está elaborado por empresa anterior Grupo Sabico. Indican que están actualizándolo.
	Garantía conocimiento del Manual de procedimientos del personal de la unidad.	23/3/21	Recibido el registro inicial firmado por los trabajadores
2	Validación por administración del manual de procedimientos		No, aunque si entregado
3	Cambio de empresa a la actual	18/3/21	El cambio de empresa se produce el 1/1/2021
4	Comunicación a la administración del cambio	18/3/21	Se comunica con registro de entrada el 11 de diciembre de 2020
5	Nº de inscripción en el Registro Nacional de Seguridad Privada del Ministerio del Interior y conceptos de inscripción	23/3/21	De Sabico (estaba disponible para la auditoría anterior) y de IBER GLOBAL SYSTEM S.L. (IG SECURITY) con nº 4317
6	Socio operativo	3/2/21	**IBER GLOBAL SYSTEM S.L. (IG SECURITY)** desde el 1 de enero de 2021

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA SERVICIO SEGURIDAD			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	RECEPCIÓN Y OBSERVACIONES
7	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Eusebio Navas Sánchez
8	Responsable a nivel servicio	3/2/21	Manuel Álvarez Muñiz y Sergio Martínez Manquillo (Jefe de Equipo)
9	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, etc.): 2019 y 2020	3/2/21	Solo está el seguimiento hasta segundo semestre del 2019. Falta el seguimiento del año 2020.
6	Informes mensuales del servicio con anexos de los doce meses de 2020. Incluyen los cuadrantes programados de febrero 2020 a enero 2021	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
7	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	3/2/21	Las de SABICO Y SILICIA validos hasta 2021 y de IG SECURITY.
8	Relación de personal de seguridad con: nombre, apellidos y categoría (incluir los auxiliares)	23/3/21	
9	Fotocopia TIP de vigilantes de seguridad o certificado de profesionalidad homologado	23/3/21	
10	Fichas vigilantes de seguridad y auxiliares (con foto, formación, etc.)	23/3/21	
11	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29/1/21	Febrero a diciembre de 2020 incluido en informes mensuales
12	Tipo de control de presencias de personal operativo y muestra	14-3-19	Se registra en los partes de trabajo diario de los trabajadores
9	Formación del personal	31-1-19	Recibidos los planes de formación continua de 2019 y 2020 y los diplomas acreditativos. Las empresas formadoras están inscritas en el Registro Nacional de Seguridad Privada del Ministerio del Interior como centros de formación.
11	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	3/2/21	Se recibe la encuesta con los resultados de 7 trabajadores realizada en 2019 pero no se indica periodicidad, acciones consecuentes ...
12	Inventario de llaves	23/3/21	
13	Listado de medios y entregas de uniformes y medios (EPIS, pantallas CTV, transmisores o móviles de servicio, etc.)	23/3/21	
14	Manual de emergencias y contingencias (copias, ubicaciones, índice y firmas)	23/3/21	Fotografía de ubicación en centro de control y copia del actualizado
15	Simulacros e informes relacionados	23/3/21	
16	Libro oficial de registro de equipos de seguridad y revisiones (cámaras de vigilancia y domos, alarmas, control de accesos, ...)	23/3/21	
4	**Sigis y quejas** al menos dos últimos años	4/2/21	Recibido completo

Tabla 13. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Seguridad

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (SEG)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.6 La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	3	Se recibe el programa de objetivos y su seguimiento del año 2019 pero no se recibe el seguimiento del año 2020. En los del año 2019 se analizan los resultados del 2018 en varios indicadores en lugar de los del 2019.
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	Una de las incidencias SIGI muestran retraso en su corrección (45526 de 5/2/19).
RH.2.1 La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	Se cumple el criterio pero podría mejorar en relación con el puesto 24 horas en el centro de control.
RH.2.7 El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en la realización de acciones cuyo objetivo es el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones.	1	No se muestran acciones formativas relacionadas.
RH.2.8 El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en atención a usuarios, visitantes y trabajadores, e incluye los cursos que la administración sanitaria ha determinado para una mejor asistencia al usuario.	1	No se muestran cursos de atención al cliente.
GMA.4.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	3	Se recibe el programa de objetivos y su seguimiento del año 2019 pero no se recibe el seguimiento del año 2020. En los del año 2019 se analizan los resultados del 2018 en varios indicadores en lugar de los del 2019.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero sin el visto bueno de la administración sanitaria.
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	4	En el año 2019 se realiza una encuesta de clima laboral al personal de este servicio. No se evidencia un análisis de resultados.
MM.7.1. La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	3	No se documentan todos los recursos materiales y técnicos que se utilizan en la prestación del servicio directamente.
SC.8.2. La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	4	Una de las quejas está clasificada por motivo por el "trato incorrecto personal seguridad"
Media aritmética de los criterios generales del servicio de seguridad	**4,6**	

Tabla 14. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio de seguridad

C) INCIDENCIAS (SEG)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados

- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo

Las observaciones detectadas son las siguientes:

- Las incidencias de seguridad analizadas en la muestra de SIGIS y quejas se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- El centro de control está operativo 24 horas al día pero queda sin personal cuando se realizan rondas.
- No se muestra formación del personal en la realización de acciones cuyo objetivo es buenas prácticas ambientales y el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones.
- Manual de procedimientos, nombra normas de calidad no vigentes (página 101).
- No se explotan los datos de la encuesta de clima laboral ni se analizan los resultados.

Las incidencias detectadas son:

1. Se muestra un plan de calidad y medioambiente del año 2019-2020 pero en el seguimiento del segundo semestre del año 2019 se analizan los resultados del año 2018 y no hay seguimiento en el año 2020.
2. El plan de formación no contempla cursos relacionados con la atención al cliente (exigencia del PPTE).
3. No se muestran evidencias de entregar el manual de procedimientos a todos los trabajadores que constan en los cuadrantes del año 2020. El registro recibido solo dispone de firmas de 3 vigilantes y 3 auxiliares. Además al no constar la fecha no puede saberse la versión del manual que disponen.
4. No se muestra una relación de los recursos materiales y equipos utilizados para realizar el servicio. Tampoco se muestran evidencias de la revisión de los equipos de seguridad instalados en el hospital según el "Libro-catálogo de instalaciones y revisiones", por una empresa autorizada para ello. Además el Manual de autoprotección, del cual se envía una fotografía de la portada, no parece ser el último revisado (año 2019).
5. No se puede asegurar que el centro de control disponga de fichas de todo el personal que presta servicios. Entre la documentación recibida faltan las fichas y los CV de algunos trabajadores que están en las programaciones del año 2020.

D) ÁREAS DE MEJORA (SEG)

Un resumen de posibles áreas de mejora además de la corrección de las incidencias detectadas es:

1. Tomar medidas para que el cambio de empresa de servicio no suponga pérdida del seguimiento de objetivos. Además se debe verificar que en el seguimiento se miden los indicadores de los planes del año de actuación.
2. El manual de procedimientos se está actualizando con el cambio de empresa de seguridad el 1/1/2021. Aprovechar para revisar los puntos que contiene para cumplir con las indicaciones del PPT de concesión y la normativa vigente. Modificar el registro de entrega para que conste la versión del manual entregada y asegurar que los trabajadores o tienen acceso o disponen de la edición vigente.
3. Incluir en los planes de formación todas las áreas exigidas por PPTE, como la atención a usuarios, buenas prácticas ambientales y acciones para el consumo energético responsable.
4. Disponer de un listado de los equipos y medios utilizados por el servicio (linternas, chalecos reflectantes, transmisores y sus cargadores, etc.) y disponer en el centro de control de la documentación que evidencie las revisiones reglamentarias de los equipos de seguridad instalados en el hospital.
5. Diseñar un sistema de control para asegurar que el centro de control dispone de las fichas de todos los trabajadores del centro (formación recibida fuera y dentro de la empresa, TIP, etc.).
6. Explotar los datos de la encuesta de clima laboral que deberá realizarse este año y analizar los resultados.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (SEG)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
SEG.2.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de seguridad. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	4,6	4,5	4,4	4,5	4,5	3,7
SEG.2.2	El **Manual de procedimientos** de la unidad tiene definidos los **planes preventivos y correctivos**. El manual de procedimientos operativo del servicio, incluye todos los planes preventivos y los medios para su cumplimiento tales como, revisiones de los sistemas instalados en el hospital, puestos a cubrir diariamente, operatividad en cuanto a custodia de objetos personales de los pacientes, etc. Está entregado a la administración pero sin su visto bueno.	4	4	3	5	4	4
SEG.2.3	El **Manual de procedimientos** de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para responder a peticiones de **emergencia y urgencia**. Incluido en el manual de procedimientos operativo y en el Plan de Autoprotección del hospital. El Plan de autoprotección está vigente y en uso con última revisión en 2019. El MP del servicio no dispone del visto bueno de la administración.	4	4	4	5	4	4
SEG.2.4	El **Manual de procedimientos** incluye la **programación de las rondas**, identificando los recorridos y los elementos a controlar, las frecuencias y las tareas a realizar. El manual de procedimientos operativo del servicio incluye esta información sin especificar rutas, por motivos de operatividad. Posteriormente se presenta a la administración la actividad realizada.	4	4	2	5	4	4
SEG.2.5	La Unidad de Seguridad es la **responsable** de la elaboración, seguimiento, mantenimiento y puesta en marcha de los **planes de emergencia/ contingencia** del hospital. El Plan de autoprotección del hospital aplica a todos los servicios y trabajadores y se evalúa con los criterios generales. El servicio muestra evidencias de su conocimiento e intervención.	5	5	5			3
SEG.2.6	El servicio de seguridad tiene establecidas las **normas** de la Unidad y modos de actuación en las diferentes situaciones (robo, actos vandálico o delictivo, control de accesos, custodia de objetos, control y custodia de llaves, etc.). El manual de procedimientos y los procedimientos de la propia empresa SABICO incluye las funciones del personal de seguridad ante diferentes modos de actuación.	5	5	4	5	4	4
SEG.2.7	El centro de control **registra las incidencias** (rondas, visitas oficiales, actos, avisos de personal, alarmas, etc.), las valora y realiza las medias correctoras programadas. El sistema de registro de incidencias permite su inspección y se reportan periódicamente (informe diario o semanal) a la Administración Sanitaria. El centro de control registra la actividad diaria del servicio y las rondas. Las incidencias se valoran pero no disponen de informes sobre tipo de incidencias y medidas tomadas ante las de mayor frecuencia y riesgo. Los informes de alarmas y medidas se remiten mensualmente a la administración.	4	4	5	5	4	3
SEG.2.8	El centro de control **registra las fichas de personal** que incluyen foto, la formación técnica y específica adecuada al puesto que ocupa cada trabajador y la formación recibida en planes de emergencia y evacuación. Las fichas de personal están disponibles en el centro de control. No se muestran evidencias de todos los trabajadores incluidos en las programaciones de 2020.	4	4	3	5	3	3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
SEG.2.9	El personal de la unidad **registra los pases** de seguridad, **llaves** y **tarjetas de acceso** emitidas y recobradas. El personal del servicio tiene establecidos los registros relacionados. Parte de esta información, como el de llaves, queda recogida en el informe diario del servicio. Además el servicio ha documentado el llavero del hospital.	5	4	1	5	5	5
SEG.2.10	El personal de la unidad **registra el mantenimiento** de vehículos, armas, equipos de control, etc., cuando proceda. El servicio se realiza sin armas. El mantenimiento de los equipos de seguridad que realiza el servicio (Cámaras y control de accesos) está controlado (bien por el servicio de mantenimiento del hospital, bien por la empresa contratada para ello). No muestra evidencias de las revisiones de los equipos de seguridad (Libro-catálogo de instalaciones y revisiones).	4	4	3	3	3	2
SEG.2.11	El servicio de seguridad ha documentado la **ficha de teléfonos** de interés. Las fichas de teléfonos de interés están disponibles en el centro de control.	5	5	5	5	5	5
SEG.2.12	El servicio de seguridad **garantiza** que todos sus **empleados** conocen el **manual de procedimientos**. Se muestran evidencias de varios trabajadores del servicio, pero no están todos los incluidos en las programaciones del 2020.	4	4	2	5	2	2
SEG.2.13	El servicio de seguridad **suministra los equipos y materiales** (uniformes, pertrecho, radiotransmisores, móviles, linternas, etc) necesarios para prestar el servicio, de acuerdo con la normativa vigente y según está descrito en el manual de procedimientos. Se muestran las fichas de entrega de uniformidad y medios técnicos a varios trabajadores del servicio. Además no se detectan incidencias relacionadas.	5	5	4	4	4	4
SEG.2.14	La unidad de seguridad actúa conforme a las **disposiciones legales vigentes** y el manual de **procedimientos** y **utilizando los medios** reglamentarios de prevención, auxilio y disuasión. Una incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio (desalojo de sala de espera).	4	5	5	5	5	5
SEG.2.15	La unidad de seguridad **atiende a las solicitudes de la Dirección del Hospital** y en especial la colaboración en hechos concretos que requieran la presencia o actuación de la Unidad y **requiere la presencia de la autoridad policial** y coopera con ella, siguiendo las instrucciones y reglamentos de la Administración Sanitaria. No se detectan SIGIS ni quejas relacionadas en la muestra analizada.	5	5	5	5	4	5
SEG.2.16	Todas las actuaciones de seguridad y vigilancia están centralizadas y controladas, 24 horas al día en el centro de control. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	4
SEG.2.17	El centro de control cuenta con un **responsable** 24 horas diarias, todos los días del año, que supervisa periódicamente el adecuado funcionamiento del Centro de Control, canaliza las peticiones que se realizan al servicio y responde y coordina todas las respuestas. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	4	5
SEG.2.18	El centro de control **atiende, coordina y verifica el funcionamiento** de todos **los sistemas** implicados en el servicio de seguridad (seguridad, CCTV, alarmas, control de accesos, custodia de objetos, recepción de peticiones e incidencias, etc.) y en especial las áreas de alto riesgo que se determinen. En los informes mensuales de servicios se incluye el listado de equipos instalados y un informe mensual de alarmas y su operatividad. No se detectan SIGIS ni quejas relacionadas en la muestra analizada.	5	5	5	5	5	5
SEG.2.19	Todo el personal de la Unidad está en todo momento **contactado** por la **Central de Control** para poder acudir a las peticiones que se les requieran. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
SEG.2.20	Las **rondas y patrullas** se realizan de acuerdo al manual de procedimientos, en cuanto a su frecuencia, petición, zona, etc. (informe de daños detectados, aseguramiento de puertas y ventanas, verificación de equipos, acompañamiento a personas a la salida, gestión del aparcamiento, etc.). El manual de procedimientos incluye esta operatividad. En los informes mensuales se incluyen los resultados de las rondas realizadas. Una SIGI puede relacionarse con la gestión del aparcamiento.	4	5	4	5	4	4
SEG.2.21	El servicio de seguridad cuenta con sistemas de seguridad suficientes y adecuados distribuidos en las instalaciones y recinto del Hospital incluyendo sistemas específicos para departamentos de alto riesgo identificados y acordados con la Administración Sanitaria. Se ha verificado que el servicio dispone de los medios para la vigilancia de todo el Hospital. No se detectan SIGIS ni quejas relacionadas en la muestra analizada.	5	5	5	5	5	4
SEG.2.22	El servicio de seguridad provee personal de seguridad para prestar servicios rutinarios de **escolta y vigilancia secreta**, bajo petición previa de la Administración sanitaria. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
SEG.2.23	El personal de la unidad **actúa** de acuerdo a los **procedimientos establecidos** ante la **activación de una emergencia** (la alarma de incendios, contra intrusiones, de seguridad, de ataques personales, amenaza de bomba y ante catástrofes externas). No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
SEG.2.24	En el manual de procedimientos de la Unidad y conforme al plan de emergencia se fija la **frecuencia de los simulacros y su alcance**. Este criterio está recogido en el plan de autoprotección del hospital. Se evalúa en criterios generales.						5
SEG.2.25	El personal de seguridad **vigila los accesos** al hospital según los **procedimientos** establecidos en el Manual y cumpliendo con la normativa vigente aplicable (puestos por zona, gestión de tarjetas de acceso, pases, llaves, material que se saca del hospital, verificación de medios de seguridad, etc.). No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	4	4	4	4	5
SEG.2.26	El servicio de seguridad cumple el procedimiento descrito sobre el sistema de **custodia objetos y llaves** (caja de seguridad, puesto de entrega y recogida, destrucción de objetos, gestión de llaves de puertas internas y externas, etc.) No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	4	3	4	4	5
SEG.2	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE SEGURIDAD**	**4,6**	**4,6**	**4,1**	**4,8**	**4,2**	**4,2**

Tabla 15. Evaluación de los criterios SEG "Servicio de Seguridad"

F) PUNTOS FUERTES (SEG)

No se detectan

G) CONCLUSIONES (SEG)

El servicio de Vigilancia y Seguridad cumple con la normativa vigente en cuanto a seguridad privada. La documentación del servicio es mejorable y debe evidenciar los requisitos exigidos por PPTE y por normativa. Registra la actividad diaria y la comunica a los responsables y destinatarios establecidos. Apenas tiene incidencias (1 queja y 2 SIGIs en dos años). Los resultados de auditoría son muy buenos (4,6 sobre 5).

4.2.3. SERVICIO DE RESTAURACIÓN

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)

Socio operativo: Mediterránea de Catering

Responsable del servicio: Eusebio Navas Sánchez

Responsable a nivel servicio: Marisol Castaño (Responsable de Servicio), Marta Luengo (Encargada)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO RESTAURACIÓN			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	30/3/21	
2	Socio operativo	3/2/21	Mediterránea de Catering
3	Cuadros de control del proceso (PCC y/o PCO) y documentos asociados	30/3/21	
4	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Eusebio Navas Sánchez
5	Responsable a nivel servicio	3/2/21	Marisol Castaño (Responsable de Servicio), Marta Luengo (Encargada)
6	Validación por administración del manual de procedimientos		No dispone del visto bueno de la administración
7	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, etc.): 2019 y 2020	3/2/21 30/3/21	Completos y con seguimiento del año 2019 Y 2020.
8	Informes mensuales del servicio con anexos de los doce meses de 2020	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
8	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	17/3/21	Se muestran los certificados pero en el alcance está la empresa pero no está el Hospital.
9	Relación de personal operativo	30/3/21	Listado y en informes mensuales en programaciones
10	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29/1/21	Incluido en los informes mensuales
11	Tipo de control de presencias de personal operativo y muestra real de los días indicados	30/3/21	Verificado con cuadrantes
12	Formación del personal: muestra de certificados de realización de cursos 2019 y 2020	30/1/21	Incluye el plan de formación y los diplomas o certificados de asistencia a los cursos
13	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio		No se han realizado
14	Registro o informes de encuestas satisfacción pacientes y profesionales	3/2/21	Encuestas y explotación en Excel
15	Análisis microbiológico de cafetería y cocina	29/1/21	Incluido en informes mensuales de enero a diciembre de 2020.
16	Registros del seguimiento del cumplimiento del sistema de autocontrol basado en la metodología APPCC y registros de elaboración (menús de los días seleccionados)	29/1/21	Las auditorías internas, se incluyen en los informes mensuales. Se muestran de enero a marzo y de junio a diciembre de 2020.
17	Incidencias de auditoría de julio de cocina (3 medias y 4 leves) y de cafetería (3 medias y 3 leves) y sus acciones correctoras y seguimiento.	30/3/21	Se observan los planes de acción y la eficacia de las medidas tomadas
18	Registros trazabilidad: Seleccionar un plato de pescado servido en noviembre a pacientes y remitir:	30/3/21	

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO RESTAURACIÓN			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
	• Ficha del plato • Programa del menú semanal donde consta el plato • Registro donde consta fecha de elaboración, nº de raciones elaboradas, temperatura y hora • Registro donde constan los ingredientes, proveedores y fechas de entrada • Albaranes de ingredientes con esa fecha de entrada • Registros de congelación/descongelación de ingredientes • Registro de emplatado (nº de raciones y temperatura) • Registro de recogida de muestra testigo • Registro de temperatura de las cámaras de noviembre cocina y cafetería • Registro de limpieza de cocina del día de elaboración del plato		
19	Seleccionar un primero del día en el que se sirve el plato anterior en cafetería (comida...) Ficha del plato Programa del menú semanal Registro de elaboración con ingredientes, Tª y fechas y nº de bandejas Albaranes de ingredientes Registro de temperatura en línea de cafetería	30/3/21	
20	Registros de limpieza que evidencien en 2020: • Limpieza semestral rejilla aire almacén químicos y no perecederos y anual del techo en cafetería y en cocina • Limpieza trimestral de insectocutores cafetería y cocina • Limpieza anual de techo de cámaras • Limpieza bimestral Cuartos fríos de cocina • Limpieza anual techo plonge y zona de lavado • Limpieza trimestral de paredes y rejillas del cuarto de dietistas • Limpieza semestral del techo cámara de basura • Limpieza bimestral de fluorescentes y anual del techo de zona de emplatado	30/3/21	
21	Listado de precios de las dos cafeterías (con firma de la administración) y evidencia de exposición	13/4/21	Se muestra el listado con el sello de la administración.
22	Encuestas de satisfacción clientes	30/1/21	Realizadas en los años 2019 y 2020. Todos los valores por encima del 85%. Verificación de datos con encuestas escaneadas.
23	Sigis y quejas al menos dos últimos años 2019 y 2020	4/2/21	Recibido completo

Tabla 16. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Restauración/cafetería

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (RES)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.7 La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	4	Se detecta que una de las SIGIs está relacionada con este criterio (49440 informe APPCC de cafetería).
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	Una de las SIGIs (45646) se responde con retraso.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria.
Media aritmética de los criterios generales del servicio de Restauración	**4,9**	

Tabla 17. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio de restauración y cafetería

C) INCIDENCIAS (RES)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias de Restauración y cafetería analizadas en la muestra de SIGIS (7) y quejas (6) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- El manual de procedimientos remitido a la administración está desactualizado y no dispone de su visto bueno.

Las incidencias que se han detectado son:

1. Los certificados de Mediterránea de Catering ISO 9001 o similar no incluyen el hospital en sus anexos (compromiso según PPTE)

D) ÁREAS DE MEJORA (RES)

Un resumen de posibles áreas de mejora además de la corrección de las incidencias detectadas es:

1. Aprovechando la implantación del nuevo sistema APPCC remitir a la administración y conseguir el visto bueno exigido por PPTE.
2. Certificar el sistema de gestión del servicio de Mediterránea de Catering en el hospital por alguna norma 9001 o similar.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (RES)

ID	SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
RES.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de restauración. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,9**	4,7	4,6	4,7	4,6	4,2
RES.2	El servicio dispone de un **plan de gestión de dietas** actualizado. El manual de dietas está disponible en el servicio.	**5**	5	5	5	5	5
RES.3	El servicio de restauración dispone de un **Protocolo de Dietas** que es un manual donde se describen las especificaciones técnicas, requerimientos nutricionales y limitaciones de cada dieta y sirve de referencia para la petición y elaboración de las diferentes dietas que se prepararán en cocina, asociadas a un código que servirá como referencia para realizar la petición de dietas. Las fichas de los platos que se elaboran incluyen lo indicado en el criterio.	**5**	5	5	5	5	5
RES.4	En el **Manual de Procedimientos** se detallan las pautas a seguir en todo el proceso de **adquisición de materias primas, elaboración** y **distribución** de alimentos; con el fin de cumplir con el objetivo de prestación de servicio en Cocina y Comedor de personal autorizado. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio. Esta actualizado en 2018 y entregado a la administración sanitaria pero no está validado.	**4**	4	5	5	4	4
RES.5	El servicio de restauración ha desarrollado un **Plan de Implementación de APPCC** (Sistema de Análisis de Datos potencialmente críticos) y se **registran** las acciones relacionadas. El Plan de implementación de APPCC está disponible en el servicio y se registran las acciones relacionadas. Actualmente se está implantando un nuevo sistema APPCC en cocina y próximamente se implantará en cafetería.	**5**	5	5	5	5	5
RES.6	El servicio de restauración dispone de un **registro** escrito de todos los controles realizados de **trazabilidad de alimentos** conforme al A.P.P.C.C. El sistema de trazabilidad está descrito y se realiza tal y como se ha diseñado.	**5**	5	5	5	5	5
RES.7	El Manual de Procedimientos del servicio cuenta con un **protocolo de revisión de dietas** para evitar errores en su envío a pacientes. El personal encargado de dietética comprueba visualmente que la composición de la bandeja se ajusta a lo prescrito en la etiqueta. Dos incidencias SIGIs (45966 y 47833) y dos quejas pueden relacionarse con este criterio	**4**	5	5	5	4	4
RES.8	Se dispone de un **Manual de Higiene** en el que se contemplan los siguientes aspectos: procedimientos, metodología, medios técnicos y materiales. El manual de higiene, incluye todo lo indicado en el criterio.	**5**	5	5	5	5	5
RES.9	Se dispone de un **Programa de limpieza** del servicio de restauración en el que se especifica la zona, frecuencia, horario, productos, materiales y equipos y técnica a utilizar. El manual de procedimientos incluye programas de limpieza especificando elemento, frecuencia, tipo de limpieza, productos de limpieza y dosis y protocolo de trabajo.	**5**	5	5	4	5	5
RES.10	Se dispone de **fichas técnicas de limpieza** en las que se refleja la periodicidad y el día en que se ha efectuado por zonas y equipos. Cada una de las zonas y equipos del servicio dispone de su propia ficha de limpieza. La muestra recibida no presenta desviaciones de lo programado.	**5**	4	4	5	5	5

ID	SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
RES.11	Cada **dos meses** a través de un Centro de Control de Calidad Homologado se realiza un **estudio de determinación microbiológica** referido a los componentes del menú y utensilios de uso común en los locales, así como estudio de placas de contaminación superficial. Los resultados de estos controles se comunican a la administración sanitaria por medio de anexos al informe mensual del servicio.	**5**	5	5	5	5	5
RES.12	El servicio cuenta con un compromiso de **certificación en la norma ISO-9002**, o equivalente temporal que mantendrá a lo largo de la duración del servicio. El socio operativo dispone de un certificado ISO 9001 para la prestación de servicios de restauración colectiva, alimentación a pacientes y cafetería, pero no es específico para el servicio que realiza en el Hospital del Tajo.	**3**	4	4	4	5	5
RES.13	El servicio de restauración proporciona **información trimestral de la formación** impartida al personal a la administración sanitaria. El servicio ha evidenciado disponer de un plan de formación y de su cumplimiento.	**5**	5	5	5	4	5
RES.14	El Servicio de Restauración aporta la **dotación inicial y la reposición** de vajilla, cristalería, menaje, bandejas, lencería, materiales desechables, carros de transporte y los equipos utilizados para mantener los alimentos a la temperatura adecuada (como bandejas isotérmicas, platos, etc.), necesarios para la prestación del servicio. La dotación inicial se informó a la empresa pública al inicio del servicio. La dotación posterior y reposición se controla mediante los albaranes de compra y pedidos según necesidad.	**5**	5	5	5	5	5
RES.15	El Servicio de Restauración **suministra una amplia variedad de productos**, que reúnen las condiciones organolépticas necesarias para hacerlos apetitosos, cuidando especialmente la **presentación** del producto para que sea atractiva para el usuario, al igual que la limpieza de la vajilla cubertería y bandeja, garantizando una buena imagen del servicio, cubriendo sus necesidades nutricionales durante las 24 horas del día, todos los días del año. Una SIGI y dos quejas pueden relacionarse con este criterio.	**4**	4	4	5	5	4
RES.16	La **confección y planificación de los menús y dietas** se realiza siguiendo las indicaciones del Manual de Dietas, que ha sido aprobado por el Servicio de Nutrición y la Administración sanitaria. La trazabilidad de menús realizada ha permitido evidenciar el criterio y no se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
RES.17	Se realiza la **gestión del aprovisionamiento** (definición de productos: calidad y cantidad, adquisición y reposición, almacenamiento y conservación) cumpliendo con las especificaciones técnicas genéricas por tipo de alimentos y las especificaciones por grupos de alimentos. Se detectan dos SIGIs relacionadas con el etiquetado de productos almacenados.	**4**	5	5	5	5	5
RES.18	La pensión alimenticia básica para las **dietas basales o asimilables**, se compone de **desayuno, comida, merienda y cena**. En este tipo de dietas el paciente tiene la opción de elegir entre diferentes platos del menú. Se ha evidenciado el cumplimiento del criterio. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
RES.19	Se ofertan y sirven servicios complementarios para reforzar la dieta, bajo petición previa en horario y forma establecida en el manual de procedimientos: "complemento **media mañana**", "**merienda reforzada**", "**refuerzo especial**" para diabéticos y "**resopón**" con la cena. No se detectan SIGIS ni quejas relacionados en la muestra recibida.	**5**	5	5	5	5	5

ID	SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
RES.20	Se ha diseñado un **menú de ingreso de contenido polivalente** para varias dietas, que se servirá para enfermos del área de urgencias y cenas de enfermos de ingreso programado, en los que no se conozca previamente la dieta desde planta antes de las 16 horas. No se detectan SIGIS ni quejas relacionadas en la muestra recibida.	**5**	5	5	5	5	5
RES.21	Los **menús son quincenales** y distintos para cada una de las **estaciones del año**, con oferta de elección de menú para todas las dietas basales o blandas. Dicha elección en el caso de los pacientes, consiste en la elección entre tres primeros platos, tres segundos platos y tres postres. La oferta de menús quincenales y según estaciones está descrita en los procedimientos del servicio.	**5**	5	5	5	5	5
RES.22	Se ofrecen **menús especiales para festividades** (Navidad, Noche Vieja, Año Nuevo, Reyes y Fiesta patronal local), para **personal**, menús **étnicos/culturales** y menús **infantiles**. Los menús especiales están descritos en los Procedimientos.	**5**	5	5	5	5	5
RES.23	El **plan de gestión de dietas** (petición, modificación, suministro, control, emisión de planillas, etiquetas, etc.) está **informatizado** y es compatible con las aplicaciones del hospital. Se utiliza el programa AURORA para las peticiones incluidas en el horario acordado y el programa SPS (Sistema de petición de servicios), teléfono o mail, para las peticiones fuera de horario. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
RES.24	En todas las fases que componen el proceso de recepción, almacenamiento, elaboración, distribución de alimentos y limpieza, se trabaja con la **metodología APPCC** (Sistema de Análisis de Puntos Potencialmente Críticos) y se mantienen y actualizan los registros relacionados. Se trabaja con la metodología indicada en el criterio y se mantienen y actualizan los correspondientes registros. Una de las SIGIs (49440) puede relacionarse con este criterio.	**4**	4	4	5	5	5
RES.25	Durante el proceso de elaboración de los menús, y una vez se hayan elaborado hasta la llegada al receptor, los productos se mantienen a la **temperatura** adecuada, conforme a la normativa y procedimientos descritos, para no romper la cadena caliente/frío. Se cumplen los **procedimientos establecidos relacionados** (tipo de bandejas, carros, platos,... según alimentos, emplatado, tomas de temperatura en alimentos y muestreo en bandejas, etc) No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	4	4	4	4	4
RES.26	Los productos o materias primas que se procesen no habrán sido sometidos, en su producción, a **transformación genética**. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	**5**	5	5	5	5	5
RES.27	En **previsión de eventuales fallos de suministro** y otros incidentes, se dispone en el propio centro de una reserva de productos, listos para suministrar de al menos **2 días**, pudiendo a su vez estos productos emplearse de forma rotatoria, como alternativas en la elección de menú por parte de los usuarios. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	**5**	5	5	4	3	3
RES.28	La **distribución de bandejas** por los distintos servicios se realiza en los puntos y horarios establecidos (a partir de las 8:00 el desayuno, 13:00 comida, 16:30 merienda y 20:00 cena). Las bandejas van identificadas con tarjetas en las que se refleja: número de cama, planta y tipo de dieta que el paciente debe recibir, mediante planillas que son contrastadas a la recepción de las mismas. Las bandejas son recogidas en los puntos y horarios pactados con la Administración Sanitaria. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	**5**	5	5	4	4	5

ID	SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
RES.29	El Servicio de Gestión de Restauración se responsabiliza de la gestión del servicio de **cafetería a público y a trabajadores** del hospital, existiendo zonas diferenciadas para cada uno de ellos, en horario de 8:00 a 22:30, con diferentes alternativas para desayuno, comida y cena. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
RES.30	Los **menús** se confeccionan siguiendo el procedimiento descrito para la elaboración de dietas de enfermo (materias primas, elaboración, higiene, presentación, menús especiales en fechas señaladas, etc). El horario y la variedad de los menús cumplen los requisitos preestablecidos en el manual de procedimientos. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
RES.31	No se dispensa tabaco, ni bebida alcohólica (excepto vino de mesa y cerveza) y se cumple con la normativa en materia de **venta y prohibición de consumo a menores de edad**. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
RES.32	Cuando el **personal de guardia** no haya podido utilizar el servicio de comedor en el horario establecido, por obligaciones urgentes de asistencia sanitaria, se le proporcionará alimento adecuado para ser ingerido cuando le sea posible. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	4	5
RES.33	Los trabajadores que comen con cargo al hospital, deben presentar un **justificante** que acredite su autorización, para que les sea dispensado el menú en cafetería. La **lista de precios** incluye el IVA y está en lugar visible y está sellada y firmada por la administración sanitaria. Se muestran las listas con el sello de la administración	5	4	4	4	4	5
RES.34	Se cumple lo establecido en cuanto a **hojas de reclamaciones, avisos informativos** para depositar bandejas, **frecuencia de limpieza** de mesas, limpieza de cafetería, etc. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	4	4	5	5
RES.35	Se **garantiza la higiene de los productos** durante todo el servicio, cuidando, no sólo que los artículos recibidos sean conforme a los estándares contratados, sino que el almacenamiento, manipulación y procesado de los mismos sea el correcto. El Manual de higiene y el sistema APPCC implantado garantiza la higiene de los productos durante todo el proceso. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	4	4	5
RES.36	Se **cumple lo indicado en el manual de higiene** (requisitos a proveedores, normas higiénicas, manipulación de alimentos, desinfección y limpieza de materiales y útiles, programa de limpieza de equipos, mobiliario e instalaciones, productos de limpieza, etc). Se detecta una SIGI (51271) relacionadas con este criterio.	4	4	4	4	5	5
RES.37	El servicio realiza el **lavado centralizado en la cocina de menaje, bandejas, carros** y cualesquiera utensilios empleados, para dietas de enfermo, cocina y autoservicio y la **limpieza general de maquinaria e instalaciones**. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	4	5	5
RES	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE RESTAURACIÓN**	**4,8**	4,8	4,8	4,7	4,7	4,8

Tabla 18. Evaluación de los criterios RES "Servicio de Restauración"

F) PUNTOS FUERTES (RES)

Se detectan puntos fuertes en este servicio:

- El Sistema de autocontrol APPCC de restauración detallado mediante el manual correspondiente y que se implantará también en cafetería por Mediterránea de Catering. En este plan también se incluye lo relativo a las máquinas expendedoras de alimentos.

- Este servicio tiene pocas incidencias (7 SIGIs y 6 quejas en dos años) indicador de resultados satisfactorios.
- Las encuestas de satisfacción a clientes muestran grados elevados. Todos los valores están por encima del 85% de satisfacción en los dos años analizados.
- La trazabilidad realizada en esta auditoría y la recibida en los informes de auditorías internas realizadas por el servicio de Mediterránea de Catering muestran que el servicio se realiza tal y como está diseñado.

G) CONCLUSIONES (RES)

El servicio de restauración presta sus servicios cumpliendo con la normativa vigente y los pliegos de concesión. Dispone de los medios necesarios para cumplir con los objetivos del servicio, tanto humanos como materiales. Dispone de registros que se adecuan a la actividad del servicio y que permiten controlar tanto las actividades como los equipos e instalaciones y los resultados del servicio. Apenas tiene incidencias en el periodo analizado. Obtiene un nivel de calidad muy bueno (4,8 sobre 5).

4.2.4. SERVICIO DE RESIDUOS

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE RESIDUOS (GR)

Socio operativo: ONET (traslado interno de residuos); SIS (residuos sanitarios) y Recuperaciones Pérez (residuos urbanos)

Responsable del servicio: Eusebio Navas Sánchez

Responsable a nivel servicio: Asunción San Joaquín (Encargada Servicio limpieza); Soledad Soligo (Residuos Sanitarios) y Antonio Castro (Residuos Urbanos)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO GESTIÓN DE RESIDUOS			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual) Edición marzo 2017	31-1-19	Actualizado en su mayor parte, salvo por lo relativo al gestor de residuos urbanos que en anexos se indica CESPA en lugar de Recuperaciones Pérez.
2	Socio operativo	2-2-21	Gestión interna: Onet Residuos sanitarios: SIS Residuos urbanos: Recuperaciones Pérez
3	Responsable a nivel concesión	2-2-21	Eusebio Navas Sánchez
4	Responsable a nivel servicio	2-2-21	Asunción San Joaquín (Encargada Servicio limpieza); Soledad Soligo (Residuos Sanitarios) y Antonio Castro (Residuos Urbanos)
5	Validación por administración del manual de procedimientos		Entregado pero no validado
6	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, SST): 2019 y 2020	3/2/21	No se reciben específicos de este servicio, pero si incluidos en los de la concesionaria. Además se establecen en el servicio de limpieza.
7	Informes mensuales del servicio con anexos de los doce meses de 2020.	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
8	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001 si no está incluido en el de concesión)	27/3/21 5/4/21	Se reciben los tres certificados otorgados a GRUPO ONET IBERIA en cuyo anexo constan las actividades de limpieza y gestión de residuos. Además se reciben las certificaciones de los gestores de residuos subcontratados.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO GESTIÓN DE RESIDUOS			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
9	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	27/3/21	Operarios de limpieza que realizan el traslado de puntos intermedios a punto final del hospital (peligrosos y no peligrosos). Encargados punto final de residuos que los entregan a gestores externos. Conductores SIS y Recuperaciones Pérez que trasladas residuos del hospital a plantas correspondientes.
10	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29/1/21	Incluido en cuadrantes de limpieza
11	Tipo de control de presencias de personal operativo	27/3/21	Incluido en documentos de limpieza
12	Formación del personal (operarios no incluidos en servicio de limpieza)	27/3/21	Conductores
13	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	3/2/21	Incluido en documentos del servicio de limpieza
14	Frecuencias retiradas de residuos por planta y unidad y tipo de residuos	29/1/21	Incluido en los informes mensuales
15	Autorización del hospital como productor de residuos	27/3/21	
16	Autorización plantas finales, transportistas y gestores	27/3/21	
17	Albaranes retirada último año peligrosos y no peligrosos	29/1/21 27/3/21	Incluido en los informes mensuales y en documentación del servicio
18	Listado de medios o Kit para derrames y procedimiento específico y ubicación	27/3/21	Recibido solo el procedimiento elaborado por SIS para el hospital, en relación a los transportistas. No se recibe el listado de kit ni su ubicación
19	Listado de contendores (número, tipo y ubicación) incluyendo punto final	31-1-19 27/3/21	Incluido en manual de procedimientos y recibido contenedores y papeleras de segregación en el hospital
20	Listado stock básico de emergencia	31-1-19 27/3/21	Incluido en manual de procedimientos y en información complementaria
21	Limpieza de contenedores, medios, productos, fichas de productos, etc.	31-1-19	Incluido en manual de procedimientos
22	Libro de residuos del año 2020 (peligrosos y no peligrosos)	27/3/21	Recibido completo
23	Sigis y quejas al menos dos últimos años 2019 y 2020	4/2/21	Recibido completo

Tabla 19. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Gestión de residuos

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (GR)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.1 La concesionaria tiene explicitado detalladamente el organigrama y las líneas de funcionamiento interno para la gestión de los servicios a su cargo.	4	El organigrama está actualizado a enero de 2021. Incluye las líneas de funcionamiento interno para la gestión de los doce servicios. Respecto al listado de socios operativos, la única diferencia se encuentra en los residuos urbanos que en 2020 consta "RECUPERACIONES PÉREZ" no coincidente con la información del organigrama (FETRANSFER). Parece una errata de la empresa que transporta los residuos urbanos (FETRANS PER, S.L.).
RH.2.1 La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	El personal de residuos que realiza internamente el servicio está incluido en la plantilla de limpieza y no se especifica para las actividades de residuos.
RH.2.6. El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	2	No se muestran acciones formativas relacionadas en el plan de formación de limpieza con la gestión de residuos. Las subcontratas para residuos urbanos y residuos sanitarios evidencian formación y SIS además dispone de un plan de formación 2020
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria.
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	4	En el año 2019 se realiza una encuesta de clima laboral al personal de limpieza que incluye residuos. No se evidencia un análisis de resultados.
MM.7.1 La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	4	No se documentan todos los medios utilizados por el servicio.
Media aritmética de los criterios generales del servicio Gestión de residuos	**4,8**	

Tabla 20. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio gestión de residuos

C) INCIDENCIAS (GR)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- El organigrama contiene información confusa en relación con este servicio y la gestión externa de los residuos urbanos
- El manual de procedimientos recibido contiene anexos desactualizados y no dispone del visto bueno de la administración (solo se evidencia su entrega)
- No se explotan los datos de la encuesta de clima laboral del 2019 ni se analizan los resultados.
- No se detallan todos los medios materiales y equipos disponibles en el hospital para la gestión de residuos (carros para químicos, nº y ubicación kit de derrames, etc.)

- Aprovechar la entrada de la obligación de cumplimiento del Real Decreto sobre Traslado de Residuos 553/2020 el 1 de julio de 2020 para establecer un contrato de tratamiento de residuos entre Recuperaciones Pérez y el operador del hospital acorde a la nueva normativa y con los datos de operaciones del destinario autorizadas sin erratas.

Las incidencias que se han detectado son:

1. No se informa sobre los trabajadores que realizan las actividades de residuos relacionadas con este servicio (transporte desde almacenes intermedios hasta punto final del hospital, reposición de contenedores en las distintas unidades, gestión del punto final de residuos, etc.).
2. En los planes de formación del servicio no se detectan actividades relacionadas con la gestión de residuos. La empresa subcontratada SIS evidencia el plan de formación de los transportistas de residuos. La empresa subcontratada Recuperaciones Pérez remite diplomas del curso que realizan los transportistas en 2019.
3. No se muestra el contrato de Tratamiento de Residuos entre operador (concesionaria) y gestor (SIS) de la instalación de tratamiento de residuos por el que este se compromete a tratar los residuos una vez hayan sido aceptados.

D) ÁREAS DE MEJORA (GR)

Las áreas de mejora son:

1. Actualizar el manual de procedimientos en relación con los anexos y las empresas gestoras de residuos.
2. Identificar el personal que realiza el servicio de retirada de residuos de los puntos en los que se producen y transporte a los distintos puntos, tanto intermedios como finales. Evidenciar que este personal está formado en la gestión de residuos, recibe el manual de gestión de residuos, conoce la normativa relacionada, recibe los equipos de protección individual establecidos por el servicio de prevención, etc.
3. Identificar todos los medios utilizados para gestionar los residuos, tanto peligrosos como no peligrosos (carros, jaulas, ubicación de kit de derrames, etc.) y los disponibles en el punto final de residuos.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (GR)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
GR.4.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de gestión de residuos. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,8**	4,6	4,5	4,7	4,6	4,1
GR.4.2	El prestador del servicio dispone de la **autorización vigente** como gestor de residuos sanitarios. Tanto el hospital como productor como todos los gestores y transportistas disponen de su correspondiente autorización.	**5**	5	4	5	5	5
GR.4.3	El manual de procedimientos describe la **gestión de residuos**, cumpliendo con la normativa vigente, **desde que se producen hasta el almacén final** según su clasificación, frecuencia de recogida, tipo y etiquetado de envases y contenedores a utilizar, recorridos, limpieza, incidencias, señalética, seguimiento, medición, autorizaciones, informes, registros, etc. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio, aunque no está validado por la administración.	**4**	4	4	5	4	4

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
GR.4.4	El manual de procedimientos describe la gestión de residuos **desde su almacenaje en el área de almacenaje final hasta el destino final** de los residuos cumpliendo con la normativa vigente (número y mantenimiento de medios de transporte y almacenaje, retirada de los mismos según el tipo de residuos que contienen, horario, gestión de autorizaciones y documentación relacionada, formato, tipo y número de registros relacionados, plantas de tratamiento autorizadas, etc.). El manual de procedimientos incluye parte de lo indicado en el criterio (no están documentados todos los medios de transporte y almacenaje).	**4**	4	4	5	4	4
GR.4.5	El servicio ha desarrollado un **procedimiento** para contener y actuar ante el **vertido o derrame accidental de residuos** peligrosos. Estos procedimientos han sido elaborados por SIS para el hospital	**5**	5	5	5	5	5
GR.4.6	El servicio registra adecuadamente el **peso** de los distintos residuos (por tipo y unidad productora que solicite la Administración Sanitaria) que entran en el área de almacenaje final. Los informes mensuales recogen el peso de los distintos residuos producidos por cada unidad productora en cada mes. Los pesos se registran y se controlan.	**5**	5	5	5	4	3
GR.4.7	El servicio **registra la salida de residuos** del área de almacenaje final y su destino final. El informe mensual incluye como anexos los albaranes de salida de los residuos. No detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	3
GR.4.8	El servicio emite un **informe mensual** y con la periodicidad acordada con la Administración Sanitaria, sobre la cantidad, tipo, unidad productora de residuos y destino final. Se emiten informes mensuales que son enviados a la Administración Sanitaria.	**5**	5	5	5	5	3
GR.4.9	El servicio archiva y registra copias de los documentos acreditativos de **vertederos controlados** (RSU y RBAU), **plantas de reciclaje** autorizadas y homologadas (papel, cartón, vidrio, plástico y pilas), **plantas de tratamiento** autorizadas (RBE y RC) y **gestores de residuos químicos** autorizados y homologados (RQ). Los registros están archivados y controlados. No se recibe el contrato de residuos entre el operador del hospital y el gestor de residuos sanitarios (SIS). Además el contrato de Recuperaciones Pérez contiene alguna errata y deberá ser actualizado a la nueva normativa antes del 1 de julio de 2021.	**4**	5	5	5	5	5
GR.4.10	El servicio **provee** de un **stock básico** de bolsas y contenedores y de **emergencia** para residuos biosanitarios especiales, punzantes y pictogramas de bioriesgo. El servicio dispone del stock indicado en el criterio en los almacenes situados en el área de depósito final de residuos. Se ha documentado el stock básico de contenedores por unidad, el cual es gestionado por el personal de limpieza.	**5**	4	5	5	4	4
GR.4.11	El servicio **provee el almacenamiento final** de los **contenedores compactadores** (RSU y RBAU), contenedores para reciclado (vidrio, plásticos) contenedores (pilas) y cámara frigorífica (RBE y RC) acordados con la administración sanitaria. El servicio dispone de los compactadores y contenedores indicados en el criterio. Los RBE y RC se depositan en un almacén, no es una cámara frigorífica lo cual era un requisito de los pliegos del servicio.	**4**	4	4	4	4	5

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
GR.4.12	El servicio realiza **la limpieza y reposición** de los equipos del almacenamiento final, y la limpieza, desinfección y reposición de los medios de transporte de contenedores utilizados. El Manual de Procedimientos incluye la realización de la limpieza y reposición de equipos de almacenamiento final y medios de transporte de contenedores.	**5**	4	4	5	4	4
GR.4.13	El personal del servicio realiza la gestión de **residuos sanitarios urbanos** y **biosanitarios asimilables a urbanos**, tal y como se describe en el procedimiento de gestión de residuos (frecuencias establecidas y según necesidad, rutas, recogida en bolsas adecuadas, cierre y depósito de las mismas en contenedores adecuados, traslado a los almacenes intermedios y finales, reposición de bolsas, recorrido, etc). Al finalizar la jornada no quedarán bolsas ni contenedores pendientes de retirar, para lo que se cumple con las rutas de retirada y comprobación. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	4	4	5
GR.4.14	El personal del servicio realiza la gestión de **residuos biosanitarios especiales**, tal y como se describe en el procedimiento de gestión de residuos tanto en relación a las características de los contenedores (cerrados previamente, rígidos, opacos, resistentes a la humedad y perforación, cierre hermético, volumen inferior o igual a 60 litros, señalizados mediante pictograma de bioriesgo), como en cuanto a su recorrido y medio de traslado a los almacenes intermedios y finales, reposición de los mismos en los puntos acordados y limpieza y desinfección. Al finalizar la jornada no quedarán contenedores cerrados pendientes de retirar. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
GR.4.15	El personal del servicio realiza la gestión de **residuos citotóxicos**, tal y como se describe en el procedimiento de gestión de residuos tanto en relación a las características de los contenedores (cerrados previamente, rígidos, opacos, resistentes a la humedad y perforación, cierre hermético, volumen inferior o igual a 60 litros, señalizados mediante pictograma de citotóxico, stock), como en cuanto a su recorrido y medio de traslado a los almacenes intermedios y finales y reposición de los mismos en los puntos acordados. Al finalizar la jornada no quedarán contenedores cerrados pendientes de retirar. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
GR.4.16	El personal del servicio realiza la gestión de **residuos químicos**, en cuanto a la dotación de envases adecuados (garrafas de polietileno de un solo uso con cierre de seguridad y etiquetas identificativas del tipo de residuo y peligrosidad) y tras su clasificación y envase adecuado por el personal sanitario se procede a su **almacenaje** en lugar acordado hasta la **entrega** al gestor autorizado en días acordados junto con la documentación de control y seguimiento. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	4	5
GR.4.17	El área destinada al almacenamiento final está claramente **señalizada** y solo tiene acceso el personal autorizado. El área de almacenamiento final se encuentra señalizada. Se dispone de cartelería que indica que el acceso solo está permitido para el personal autorizado. Sin embargo la zona exterior no dispone de acceso restringido.	**4**	4	4	5	5	5
GR.4.18	El área destinada al almacenamiento final dispone de una **toma de agua** para la limpieza de la instalación, así como ventilación suficiente. Se dispone de toma de agua y ventilación suficiente.	**5**	5	5	5	4	5

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
GR.4.19	El servicio de residuos **gestiona la retirada** de los contenedores cuando están llenos y en el caso de los residuos peligrosos con la frecuencia establecida por la legislación vigente y siempre que las necesidades del centro lo requieran y con las empresas que cumplen los requisitos legales (documentos de control y seguimiento de residuos firmados, peticiones, autorizaciones, homologaciones, ADR, etc). No se detectan incidencias relacionadas.	5	4	4	4	4	5
GR.4	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO GESTIÓN DE RESIDUOS	4,7	4,6	4,6	4,8	4,3	4,4

Tabla 21. Evaluación de los criterios GR "Servicio de Gestión de residuos"

F) PUNTOS FUERTES (GR)

- La identificación de las papeleras de segregación de residuos urbanos y la cartelería relacionada.
- La información aportada sobre la cantidad, el tipo y la unidad productora de residuos sanitarios. La gestión de residuos ha permitido acometer el gran incremento de residuos sanitarios derivados del Covid-19, desde el momento en que se hace obligatorio.

G) CONCLUSIONES (GR)

El servicio de gestión de residuos se realiza correctamente pero tiene deficiencias en la documentación recibida en cuanto a medios utilizados y plantilla que realiza la retirada interna de residuos. Se cumple la normativa de los pliegos de concesión y el protocolo básico del servicio. Los resultados del servicio son muy buenos no recibiendo ni quejas ni incidencias SIGI en los dos años de estudio. El nivel de calidad alcanzado es muy bueno (4,7 sobre 5).

4.2.5. SERVICIO DE MANTENIMIENTO

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)

Socio operativo: **AUDITEL** y desde 15/05/2020 **INGEMONT TECNOLOGIAS SA** y ascensores **KONE**.

Responsable del servicio: **Eusebio Navas Sánchez**

Responsable a nivel servicio: **Pedro González** (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD), **Miguel García Martínez** (Jefe de Equipo) y desde 15/5/2020 **Pedro Carmona** (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD) y **Miguel García Martínez** (Jefe de Equipo). De KONE **Antonio Belinchón** (Responsable de Servicio) y **Pablo** (técnico)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO MANTENIMIENTO			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual).	31-1-19 5-4-21	Manual de procedimientos de marzo de 2017 elaborado por EULEN, basado en el protocolo básico del servicio. La empresa actual está en proceso de actualización de esta documentación. Muestra el contrato y la nueva planificación.
2	Socio operativo	2-2-21	AUDITEL hasta 15/5/20. INGEMONT TECNOLOGIAS SA KONE (ascensores)
3	Responsable a nivel concesión	2-2-21	Eusebio Navas Sánchez
4	Responsable a nivel servicio	2-2-21	Pedro Carmona (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD), Miguel García Martínez (Jefe de Equipo). Antonio Belinchón (ascensores)
5	Fecha cambio empresa y comunicación a la administración	31-3-21	Se comunica a la administración el 8 de mayo y se produce el cambio el 15 de mayo de 2020.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO MANTENIMIENTO			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
6	Validación por administración del manual de procedimientos		Entregado, no validado
7	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, SST)	2-2-21	Se reciben los de Auditel de 2019 con su seguimiento. En 2020 solo se recibe el programa de objetivos de Auditel sin seguimiento. No se reciben los objetivos con la nueva empresa.
8	Informes mensuales del servicio con anexos	29-1-21	Se reciben los informes mensuales del 2020
9	Habilitaciones profesionales	5-4-21	Habilitaciones profesionales de INGEMONT TECNOLOGIAS SA
10	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	2-2-21	Se reciben los certificados 9001, 14001, 45001 y un certificado de que se está implantado 50001:2018
11	Relación personal operativo con: nombre, apellidos y categoría y polivalencia.	29-1-21 5-4-21	Incluido en los informes mensuales y carnets o habilitación profesional
12	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29-1-21	En los informes mensuales
13	Tipo de control de presencias de personal operativo	5-4-21	Copia del registro de firmas mes de octubre
14	Formación del personal	29-1-21 5-4-21	Se reciben los documentos relativos al personal de mantenimiento y viales y jardines (diplomas acreditativos 2019 y 2020)
15	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	2-2-21	Se reciben los resultados de la encuesta realizada en 2019 por la empresa AUDITEL Ingeniería y Servicios, S.L.
16	Informe anual de mantenimiento	5-4-21	Preventivo y correctivo del año 2020
17	Listado de proveedores por equipo o instalación	5-4-21	Listado de proveedores actuales
18	Listado normativa aplicable actualizado		No se muestra
19	Listado de equipos en el hospital y calibraciones cuando aplique	5-4-21	Se recibe el listado de herramientas (pero no las calibraciones)
20	Programa de mantenimiento	5-4-21	Programa del año 2020 y planes a largo plazo
21	Certificados y OCAs de ascensores	5-4-21	Realizadas en diciembre de 2019
22	Muestra de mantenimientos preventivos	5-4-21	Se reciben los listados de lo realizado en lugar del registro de las operaciones realizadas. Ninguna OCA
23	Sigis y quejas al menos dos últimos años	29-1-21	Recibido completo, años 2019 y 2020

Tabla 22. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Mantenimiento

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (MTO)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.6 La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	3	Se observa diseño y seguimiento de objetivos del año 2019 (empresa Auditel), pero con el cambio de empresa en 2020 se observa diseño pero no seguimiento.
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	Alguna SIGI muestra retraso en su corrección (51469)
RH.2.1. La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	El muestreo de cobertura de puestos del mes de octubre de 2020 muestra alguna deficiencia.
GMA.4.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	3	Se observa diseño y seguimiento de objetivos del año 2019 (empresa Auditel), pero con el cambio de empresa en 2020 se observa diseño pero no seguimiento.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria. Se está a la espera de que la empresa Ingemont lo actualice.
MM.7.1 La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	4	No se muestran las verificaciones o calibraciones de los equipos de medición
SC.8.6. La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	4	Entre las SIGIs hay 3 que aplican a "00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO"
Media aritmética de los criterios generales del servicio Mantenimiento	**4,8**	

Tabla 23. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Mantenimiento

C) INCIDENCIAS (MTO)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias de mantenimiento analizadas en la muestra de SIGIS (20) y quejas (16) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- El manual de procedimientos está en proceso de actualización por la nueva empresa.
- No se muestran evidencias de la calibración de aquellos equipos de medición que lo precisan.
- El informe anual de mantenimiento del año 2019 es un listado de las operaciones realizadas y el del año 2020 y aunque incluye diagramas de operaciones según el tipo de mantenimiento (preventivo/correctivo/conductivo) no es un análisis del estado de las instalaciones.
- No se muestra un listado de la normativa aplicable actualizado ni la operativa para su control. Las certificaciones por las distintas normas, tanto a nivel concesión como a nivel servicio hacen suponer que disponen, actualizan y controlan este listado pero no se muestran evidencias.

Las incidencias que se han detectado son:

1. No se muestra una evaluación y seguimiento de los objetivos concretos del servicio del año 2020.

D) ÁREAS DE MEJORA (MTO)

Un resumen de posibles áreas de mejora:

1. Disponer de la evaluación y seguimiento de los objetivos establecidos anualmente para este servicio todos los años. Prevenir el cambio de empresa subcontratada.
2. Disponer de un programa que permita evidenciar que los equipos de medición utilizados por el servicio están calibrados y en perfectas condiciones de uso.
3. El informe anual de mantenimiento es mejorable en su contenido, pudiendo contener el estado real de las instalaciones y evaluación del cumplimiento de los programas de mantenimiento, más que una recopilación de las órdenes de trabajo realizadas.
4. Se deben determinar de forma documentada los requisitos legales de obligado cumplimiento y disponer de un sistema que permita asegurar que se actualizan y controlan.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (MTO)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
MTO.5.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de mantenimiento Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,8**	**4,5**	4,5	4,6	4,5	3,8
MTO.5.2	El servicio de mantenimiento establece en su **Manual de Procedimientos** las actuaciones necesarias para llevar a cabo un servicio de mantenimiento 365 días al año, 24 horas al día, de acuerdo con los requerimientos y especificaciones acordadas con la Administración Sanitaria: edificios, instalaciones técnicas y tecnológicas, equipos de las instalaciones, mobiliario, espacios y el entorno de trabajo del hospital. El manual de procedimientos refleja que el servicio de mantenimiento lleva a cabo su labor los 365 días del año, las 24 horas. No está validado por la administración y está en proceso de actualización por la empresa Ingemont.	**4**	**4**	4	5	4	3
MTO.5.3	El Manual de procedimientos incluye el **alcance** del servicio (mantenimiento integral del edificio, las instalaciones generales, las instalaciones técnicas especiales, y el mobiliario existente) y los apartados **excluidos** del mismo (Equipamiento clínico e instalaciones de radiodiagnóstico y mobiliario y equipamiento clínico del Hospital). El manual de procedimientos incluye el alcance del servicio y los aparatos incluidos en dicho mantenimiento, pero no está validado por la administración.	**4**	**4**	4	4	4	3
MTO.5.4	El Manual de procedimientos incluye un **procedimiento de actuación para solicitar** a la Administración Sanitaria **autorizaciones** para la realización de cualquier trabajo que pueda afectar a las funcionalidades del hospital, si implica parada o riesgo de parada de equipo (gases médicos, alarmas de incendios, espacios cerrados, perforaciones o cortes, trabajos eléctricos, vapor, sistemas de presión, sistemas de energía, trabajos en el tejado, etc.). El manual de procedimientos contempla este criterio pero no está validado por la administración.	**4**	**4**	5	5	4	3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
MTO.5.5	El Servicio de Mantenimiento elabora el **informe mensual de mantenimiento** aprobado por la Administración Sanitaria que consiste básicamente en una base de datos que resume y refleja de forma clara y comprensible el estado y actuaciones realizadas sobre las distintas instalaciones y que refleja como mínimo: el mantenimiento (programado y de cualquier tipo), **actividad** (relativa a averías, inspecciones preventivas o legales...), **datos técnicos** (rendimiento, parámetros, niveles de seguridad...), datos económicos y energéticos (consumos de almacén y energía...), **datos de personal** (formación, incorporaciones...), etc. El informe mensual se elabora en el formato acordado con la empresa pública, incluyendo lo indicado en el criterio.	5	5	5	5	4	5
MTO.5.6	El Servicio de Mantenimiento elabora y presenta un **informe anual de mantenimiento** del estado de las instalaciones, en el formato acordado con la Administración Sanitaria. Se muestra el informe anual de mantenimiento (como recopilación de los informes mensuales en 2019) y con información estructurada en 2020. Es mejorable en cuanto al contenido del mismo (no se indica el estado de las instalaciones sino las órdenes de trabajo realizadas).	4	4	3	1	5	4
NUEVO MTO.5.7	El Servicio de Mantenimiento dispone de un **inventario** exhaustivo de todos los activos (incluyendo sus características y documentos relacionados) **informatizado** y realiza su **gestión activa** (incorpora elementos de nueva adquisición y actuaciones de mantenimiento correctivo y preventivo). Utilizan el programa GMAO (GIM con Auditel) para programar los mantenimientos y realizar su seguimiento. Además existe un inventario de instalaciones de obra civil y del mobiliario.	5	5	5	5	3 3 4	3 3 4
MTO.5.10	El servicio ha diseñado un **protocolo de actuación** ante los **cambios de ubicación** que se producen relativos a los equipamientos, instalaciones y mobiliario. El manual de procedimientos establece la obligación de **comunicar, verificar**, y **modificar** en su caso el inventario de la zona donde se hayan llevado a cabo actuaciones de tipo preventivo, correctivo, técnico legal o la incorporación de nuevos elementos. Aunque no se muestra un protocolo documentado, el inventario de activos incluye la ubicación de cada uno de ellos y se actualiza cuando se realiza un cambio de ubicación, utilizando la correspondiente orden de trabajo.	4	4	5	4	4	1
MTO.5.11	El **Manual de Procedimientos** acordado con la Administración contempla: **condiciones, frecuencia** y **horarios** para la puesta en marcha y paro de las instalaciones y equipos, **permisos** de trabajo requeridos, **requisitos de seguridad** por zona de trabajo, **coordinación** con medicina preventiva, la dirección del hospital y otros posibles organismos implicados. El manual de procedimientos contempla la forma en que se realizan estas operaciones y se acuerdan con la administración, en caso necesario. No se detectan incidencias relacionadas.	5	4	5	5	4	4
MTO.5.12	El servicio de mantenimiento ha establecido **programas de necesidades de mantenimiento** de la conducción y explotación de las instalaciones, en función de las distintas épocas del año, zonas y horarios. Estos programas se han acordado con la Administración Sanitaria, compatibilizando en todo momento las mejores prestaciones con las máximas eficiencias y economías posibles. El servicio establece las programaciones indicadas en el criterio. Se detecta alguna SIGIS relacionada con la conducción y explotación de instalaciones (control de Temperatura de quirófano averiado).	4	4	4	4	4	3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
MTO.5.13	El servicio de mantenimiento **registra** sistemáticamente los **consumos** (electricidad, agua, gases, combustible...), realiza el **análisis de la calidad del suministro** mediante parámetros de rendimiento y otros (análisis químico y bacteriológico del agua, verificación de certificados de calidad, optimización de tarifas, etc.). El servicio de mantenimiento registra diariamente los consumos y realiza análisis microbiológicos de los puntos críticos. Este registro está incluido en los informes mensuales que entregan a la administración sanitaria.	5	5	4	5	4	4
NUEVO MTO.5.14	El Servicio de Mantenimiento realiza todas las operaciones programadas según el **Plan de Mantenimiento Preventivo.** Este proceso está descrito en el Manual de procedimientos. El programa de mantenimiento anual incluye lo indicado en el criterio. Se ha verificado una muestra de informes de revisiones e inspecciones incluidas en el Plan de Mantenimiento Preventivo y técnico-legal. Una de las SIGIs (45588) puede relacionarse con este criterio (mantenimiento de habitaciones sin uso).	4	5	4	3	4 4	3 4
NUEVO MTO.5.15	El Servicio de Mantenimiento realiza el **mantenimiento correctivo** sobre la totalidad de las instalaciones que aplica, cumpliendo con las indicaciones de la empresa pública. Este proceso está descrito en el Manual de procedimientos. Los procedimientos recibidos describen lo indicado. Se detectan SIGIS relacionadas con el mantenimiento correctivo (desperfectos en diferentes elementos y retraso en corrección de peticiones).	4	4	4	4	3 4	3 4
MTO.5.16	El Servicio de Mantenimiento se responsabiliza de la legalización, actualización y correcta cumplimentación de los **Libros Oficiales de Mantenimiento** con independencia de la titularidad de los mismos. No se detectan incidencias relacionadas. Se solicitan OCAs que se realizan con la periodicidad establecida en los documentos normativos.	5	5	5	5	5	4
NUEVO MTO.5.17	El servicio de mantenimiento ha establecido programas de necesidades de mantenimiento **técnico - legal** sobre la totalidad de las instalaciones que aplica, cumpliendo con las indicaciones de la empresa pública. Se ha verificado una muestra de informes de revisiones e inspecciones incluidas en el Plan de Mantenimiento Preventivo y técnico-legal, tal y como se indica en la evaluación del criterio MTO.5.14. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	3	4 4	3 5
MTO.5.18	El Servicio de Mantenimiento gestiona, supervisa y controla la ejecución de las tareas de mantenimiento programado mediante el sistema de Gestión del Mantenimiento Asistido por Ordenador (**GMAO**) aportando el hardware y software necesarios para esta gestión, compatibles con el resto de equipos y aplicaciones implantadas en el Hospital en especial con las aplicaciones relativas a la gestión económica, administrativa y de aprovisionamiento del centro. Ingemont trabaja con el GMAO para planificar las acciones y registrarlas. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	3	5	5
MTO.5.19	El Servicio de Mantenimiento **garantiza** en todo momento la aportación de **medios técnicos y personales** para el apoyo al personal técnico que deberán ser suficientes para atender cualquier **aviso de avería o incidencia, 24 horas al día,** todos los días del año. Se recibe el listado de medios técnicos y humanos para realizar el servicio. Se valora positivamente su programación y seguimiento.	5	5	5	4	4	3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
MTO.5.20	El Servicio de Mantenimiento **conoce, controla, supervisa y ejecuta** diariamente todas aquellas **operaciones** de puesta en marcha, seguimiento, control, toma de datos, control de consumos: agua, combustible, gases, electricidad, etc, tanto para conocer los rendimientos y parámetros de explotación, como para prever con la suficiente antelación la necesidad de aprovisionamiento. El servicio realiza las operaciones indicadas en este criterio y no se detectan incidencias relacionadas.	5	5	4	4	5	5
MTO.5.24	El Servicio de Mantenimiento planifica, organiza, asume el coste e informa sobre las **inspecciones periódicas** a realizar por las empresas colaboradoras de la Administración competente, en orden al cumplimiento de la normativa vigente. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
MTO.5.25	El Servicio de Mantenimiento se **responsabiliza de las acciones correctivas y sanciones que surgen de las inspecciones** y realiza las acciones necesarias para cumplir con los requisitos técnico - legales. Además realiza las modificaciones necesarias derivadas de **cambios en la legislación vigente.** No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	4	5
MTO.5.26	Todas las instalaciones se encuentran en perfecto estado de mantenimiento y conservación tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital. Se detectan incidencias puntuales (SIGIS y quejas) que pueden relacionarse con este criterio.	4	4	4	4	5	
MTO.5	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO**	**4,6**	**4,5**	**4,5**	**4,2**	**4,1**	**3,7**

Tabla 24. Evaluación de los criterios MTO "Servicio de Mantenimiento"

F) PUNTOS FUERTES (MTO)

Se detectan puntos fuertes en este servicio:

- La formación e información proporcionada a los trabajadores durante este periodo.

G) CONCLUSIONES (MTO)

El servicio de mantenimiento cumple con la normativa vigente según el muestreo realizado y dispone de los medios materiales y humanos suficientes para realizar el servicio, según los resultados del análisis realizado. La plantilla está cualificada y habilitada cuando es preciso para realizar las actividades de mantenimiento. Un punto fuerte este periodo ha sido la formación e información que han recibido. Las desviaciones son puntuales y escasas. La valoración obtenida (4,6) es muy buena.

4.2.6. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)

Socio operativo: **AUDITEL** y desde 15/05/2020 **INGEMONT TECNOLOGIAS SA**

Responsable del servicio: **Eusebio Navas Sánchez**

Responsable a nivel servicio: **Pedro González** (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD), **Miguel García Martínez** (Jefe de Equipo) y desde 15/5/2020 **Pedro Carmona** (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD) y **Miguel García Martínez** (Jefe de Equipo).

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO VIALES Y JARDINES			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	31-1-19	Manual de procedimientos basado en el protocolo básico del servicio de 2006 con fecha Marzo 2017. No actualizado
2	Socio operativo	2-2-21	AUDITEL hasta 14/5/2020 y actualmente INGEMONT TECNOLOGIAS SA
3	Responsable a nivel concesión	2-2-21	Eusebio Navas Sánchez
4	Responsable a nivel servicio	2-2-21	Pedro González (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD), Miguel García Martínez (Jefe de Equipo)
5	Fecha cambio empresa y comunicación a la administración	31-3-21	Se comunica a la administración el 8 de mayo y se produce el cambio el 15 de mayo de 2020.
6	Validación por administración del manual de procedimientos		Entregado, no validado
7	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, SST)	2-2-21	Se reciben los objetivos de calidad y medioambiente de Auditel del año 2019 y su seguimiento y del año 2020 sin seguimiento.
8	Informes mensuales del servicio con anexos	29-1-21	Se reciben los informes mensuales del 2020
9	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	2-2-21	Se reciben los certificados 9001, 14001, 45001 y un certificado de que se está implantado 50001:2018
10	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	5-4-21	Realizan trabajos de este servicio el personal de mantenimiento
11	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente y horarios	5-4-21	Realizan trabajos de este servicio el personal de mantenimiento
12	Tipo de control de presencias de personal operativo	5-4-21	Copia del registro de firmas mes de octubre del personal de mantenimiento
13	Formación del personal	29-1-21 5-4-21	Se reciben los documentos relativos al personal de mantenimiento y viales y jardines (diplomas acreditativos 2019 y 2020)
14	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	2-2-21	Se reciben los resultados de la encuesta realizada en 2019 por la empresa AUDITEL Ingeniería y Servicios, S.L.
15	Inventario de mobiliario externo	13-4-21	Luminarias, arquetas, sumideros, sistema de riego, papeleras, vallas, señales de tráfico, bolardos, ...
16	Listado y mantenimiento de equipos y herramientas	13-4-21	Se recibe el listado sin plan de mantenimiento
17	Listado de jardines/plantas a mantener (sobre plano)	13-4-20	Se muestran planos, listados actualizados en 2020, reposiciones 2017
18	Partes de revisión de sistema de riego y limpieza de sumideros y desagües	13-4-21	Muestra de partes y listados completos de actividad
19	Tratamientos de jardinería del año 2020, con partes de trabajo completos (materiales, productos, reposiciones, etc.)	13-4-21	Muestra de partes (sin indicar materiales ni productos) No se indican abonos
20	Cumplimiento del programa de trabajo	29-1-21	Se reciben los informes mensuales del 2020.
21	Sigis y quejas al menos dos últimos años	29-1-21	Recibido completo, años 2019 y 2020

Tabla 25. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Viales y Jardines

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (VJ)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.6 La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	3	Se observa diseño y seguimiento de objetivos del año 2019 (empresa Auditel), pero con el cambio de empresa en 2020 se observa diseño pero no seguimiento.
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	2 de las SIGIs presentan retrasos en su respuesta.
RH.2.1. La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	El muestreo de cobertura de puestos del mes de octubre de 2020 muestra alguna deficiencia.
GMA.4.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	3	Se observa diseño y seguimiento de objetivos del año 2019 (empresa Auditel), pero con el cambio de empresa en 2020 se observa diseño pero no seguimiento.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	3	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria. No se muestra un procedimiento detallado y actualizado del servicio.
MM.7.1 La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	4	Se muestran listados de materiales y equipos y la ficha técnica de un herbicida pero no se muestran otros productos (como abonado) ni plan o procedimiento de mantenimiento de maquinaria (tipo y frecuencia de conservación y limpieza).
Media aritmética de los criterios generales del servicio de viales y jardines	**4,8**	

Tabla 26. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Viales y jardines

C) INCIDENCIAS (VJ)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias de viales y jardines analizadas en la muestra de SIGIS (0) y quejas (2) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- Los partes de trabajo no incluyen materiales y productos utilizados (indicado por PPTE)
- Todos los partes de trabajo relacionados con este servicio no se incluyen en una categoría única para poder listar las actividades.

- No se detectan actividades incluidas en la planificación (aunque pueden estar en "trabajos de jardinería") tales como abonado, tratamiento fitosanitario preventivo, reposiciones...
- Se muestran listados de materiales y equipos y la ficha técnica de un herbicida pero no se muestran otros productos (como abonado) ni plan o procedimiento de mantenimiento de maquinaria (tipo y frecuencia de conservación y limpieza).

Las incidencias que se han detectado son:

1. El manual de procedimientos y sus anexos desarrolla el procedimiento de diferentes formas (hay procedimientos elaborados por diferentes empresas que pueden confundir sobre la operatividad real del servicio: EULEN, EOC y AUDITEL).
2. No se muestra una evaluación y seguimiento de los objetivos concretos del servicio del año 2020.

D) ÁREAS DE MEJORA (VJ)

Un resumen de posibles áreas de mejora es:

1. Aprovechar el cambio de empresa de este servicio para unificar y actualizar el manual de procedimientos del servicio de forma que la información que proporciona sea veraz, actual y permita conocer la operatividad del servicio.
2. Disponer de la evaluación y seguimiento de los objetivos establecidos anualmente para este servicio todos los años. Prevenir el cambio de empresa subcontratada.
3. Registrar todas las actividades de este servicio de forma que pueda evidenciarse la realización de la programación de jardinería del mismo modo que las de limpieza de perímetro, viales y zonas ajardinadas. Incluir en los partes de trabajo los materiales utilizados cuando sea preciso (abonos, fitosanitarios, reposición de plantas, etc.).
4. Documentar todos los medios, equipos y productos utilizados por el servicio, incluyendo un plan o procedimiento de mantenimiento de los equipos que lo precisen (conservación y limpieza)

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (VJ)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
VJ.6.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio Viales y Jardines Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,8**	4,4	4,5	4,5	4,1	4,7
VJ.6.2	La Unidad de Viales y Jardines dispone de procedimientos para el mantenimiento **programado, preventivo y correctivo** de viales y jardines basado en la **identificación y programación mensual de las actuaciones.** Se han programado las actividades del servicio en programas de limpieza y mantenimiento de viales y jardines.	**5**	4	3	4	1	2
NUEVO VJ.6.3 VJ.6.12 VJ.6.13	El servicio ha programado el **mantenimiento** de viales y jardines mediante **rutas de circulación** por las instalaciones, y cumple con lo programado. Los programas mostrados cumplen con este criterio.	**5**	4	3	4	3 4 4	4 4 4
VJ.6.4	El **Plan de Emergencias** del Hospital contempla las **funciones y actuaciones** del servicio de conservación de viales y jardines, acordadas con la Administración Sanitaria (forma de comunicación, responsable, procedimiento de activación de la emergencia y tiempos de actuación, seguimiento, etc). El Plan de emergencias del hospital aplica a todos los servicios y trabajadores y se evalúa en los criterios generales.						3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
VJ.6.5	El manual de procedimientos tiene **identificado el mobiliario y estructuras externas e instalaciones** (alumbrado de la calle, barreras, bolardos y albardillas, papeleras, alcantarillados, etc.) que forman parte del mantenimiento correctivo y preventivo. El servicio tiene identificado en planos los distintos elementos exteriores que deben controlar.	5	4	3	2	2	1
VJ.6.6	El servicio dispone del **registro documentado de inspecciones** y **actividades** realizadas que incluye los **materiales** utilizados. En el momento actual, en los partes recibidos no se incluyen materiales.	2	3	2	4	3	2
VJ.6.7	El **programa de poda** planifica **una al año en los meses de diciembre-enero.** El resto del año se realiza **podas parciales** minimizando los riesgos de posibles daños por tormentas, vendavales, incendios, obstrucción de carreteras, senderos, aparcamientos, etc. Las podas parciales y los **controles** necesarios están planificados en el **programa de mantenimiento mensual.** Se reciben listados y los partes de trabajo en los que se identifican los trabajos indicados.	5	4	3	2	2	2
VJ.6.8	El programa mensual de **mantenimiento de césped y parterres**, fija la frecuencia de recorte de césped según el tipo de hierba y de cuidados necesarios según el tipo de plantas (abonos, limpieza, renovaciones, riego, etc). Este programa incluye arreglos florales solicitados por la Administración Sanitaria. Desde enero de 2017 se dispone de evidencias de mantenimiento de parterres. En los jardines del hospital no hay césped.	5	4	4	4	1	1
VJ.6.9	El programa mensual incluye un **programa de fumigaciones**: tratamientos fitosanitarios necesarios para prevenir o combatir cualquier enfermedad o plaga, tres fumigaciones preventivas anuales e inspecciones visuales. El programa tiene en cuenta el tipo de plantas al que va dirigido. Desde enero de 2017 existe un programa de tratamientos herbicidas (según necesidad). No se muestran partes de trabajo en los que se indique su aplicación y tampoco se detecta en los listados de actividades realizadas. Si se muestra la ficha técnica de un herbicida.	3	4	4	2	1	1
VJ.6.10	El programa mensual incluye un **programa de riego**: frecuencia y sistema según el tipo de planta, utilización de agua reciclada, bajo una política de ahorro del agua y adaptándose a las normas de la autoridad competente en materia de limitaciones y prohibiciones. El programa de riego (apertura y cierre según época del año, control del estado del sistema de riego y reparación cuando es preciso...) se cumple según los registros recibidos.	5	4	4	4	3	2
VJ.6.11	El programa mensual incluye un **programa de entrecavado y rastrillado** con la frecuencia necesaria para mantener una buena estructura del suelo y evitar su compactación. Desde enero de 2017 se dispone de evidencias de esta programación y partes de trabajo que evidencian su cumplimiento.	5	4	3	3	2	1
VJ.6.14	El programa mensual incluye el **mantenimiento de accesos** de las rutas de acceso peatonales, tráfico rodado, aparcamientos e iluminación de día y noche, vehículos de emergencia y líneas de evacuación alternativas cumpliendo con la Ley de supresión de barreras arquitectónicas. Se evidencia el cumplimiento del criterio mediante los registros mensuales remitidos a la administración con los informes.	5	4	3	3	4	4

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
VJ.6.15	El servicio ha instalado líneas de señalización horizontal para la ruta de acceso de los **vehículos de emergencias** (bomberos, ambulancias, etc.), medidas de **control de velocidad** de acuerdo con la autoridad competente y **sistemas para evitar la congestión** del tráfico rodado en las rutas del interior del recinto. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	3		4
VJ.6.16	Todos los viales y jardines se encuentran en perfecto estado de limpieza y conservación tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital Las dos quejas pueden relacionarse con este criterio.	4	3	2	1	3	
VJ.6	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO VIALES Y JARDINES	4,5	4,0	3,3	3,1	2,7	2,6

Tabla 27. Evaluación de los criterios VJ "Servicio de Viales y jardines"

F) PUNTOS FUERTES (VJ)

Se detectan puntos fuertes en este servicio:

- La formación e información proporcionada a los trabajadores durante este periodo.
- La ausencia de incidencias SIGI relacionadas con este servicio
- La mejora en la programación de las actividades del servicio.

G) CONCLUSIONES (VJ)

El servicio de mantenimiento de viales y jardines no está descrito de forma actualizada en el manual de procedimientos. El personal ha sido formado tanto mediante acciones relacionadas con este servicio como en el resto de las áreas exigidas por PPTE. Se ha invertido tiempo en la mejora de los exteriores y patios interiores del hospital. Se ha documentado la existencia de plantas y se ha reprogramado su mantenimiento, aunque algunas labores de jardinería (abonado, reposición, tratamiento preventivo fitosanitario, etc.) sigue sin detectarse en los listados de mantenimiento. Los partes de trabajo siguen sin incluir los materiales y productos utilizados (requisito del PPTE). Es un servicio que no tiene incidencias SIGI y tan solo dos quejas en el periodo analizado. El servicio es valorado con 4,5 (de un máximo de 5).

4.2.7. SERVICIO DE LAVANDERÍA

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)

Socio operativo: ILUNION

Responsable del servicio: Eusebio Navas Sánchez

Responsable a nivel servicio: Manuel chacón Carmona/ Isabel ordinas san juan (gerente), en el hospital (Yolanda/José Pablo)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO LAVANDERÍA			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	31-1-19	Documento de mayo de 2017, con parte del protocolo básico del servicio. Incompleto y sin desarrollo de los apartados indicados. En anexos se incluyen los programas de lavado, productos de lavado, certificaciones de calidad y calificación del centro, así como la documentación de la planta de Fuenlabrada, en su mayoría desactualizados.
2	Socio operativo	2-2-21	ILUNION
3	Responsable a nivel concesión	2-2-21	Eusebio Navas Sánchez

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO LAVANDERÍA			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
4	Responsable a nivel servicio	2-2-21	Manuel chacón Carmona/ Isabel ordinas san juan (gerente), en el hospital (Yolanda/José Pablo)
5	Validación por administración del manual de procedimientos		Entregado pero no validado
6	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, SST)	2-2-21	Se reciben objetivos de producción y consumo de la planta de Fuenlabrada de los dos años 2019 y 2020.
7	Informes mensuales del servicio	29-1-21	Se reciben los informes de los 12 meses del año 2020
8	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	2-2-21	Además de los correspondientes a las normas 9001, 14001 y OHSAS, disponen del certificado 14065:2017 (Sistema de Control de la Biocontaminación para textiles tratados en lavandería)
9	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	29-1-21	Incluido en los informes mensuales (2 trabajadores en el hospital)
10	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29-1-21	Incluido en los informes mensuales (2 trabajadores en el hospital días laborables con 8 horas de jornada)
11	Tipo de control de presencias de personal operativo	31/3/21	Registros de jornada firmados por cada trabajador (una hoja por mes y por trabajador)
12	Formación del personal	29-1-21 31/3/21	Se reciben diplomas 2019 y asistencia a un curso por incorporación en 2020, pero falta el programa y su seguimiento
13	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	2-2-21 31/3/21	No se realizan o no se remiten. En su lugar se recibe el PRL-43 de ilunion
14	Memoria descriptiva de la planta de producción y sus planos	31-1-19	Incluido como anexo al manual de procedimientos (alguna discrepancia con el manual de procedimientos y con la operativa actual) No está actualizado
15	Certificado de la capacidad productiva total y de transporte	31-1-19	Incluido en anexos al manual
16	Inventario de equipos productivos	31-1-19	Incluido en anexos, con alguna discrepancia en medios actuales (se relacionan con otra empresa)
17	Definición de los programas de lavado	31-1-19	Incluido en los anexos del manual
18	Métodos de control de las cantidades suministradas (sucio/limpio)	31-1-19	Incluido en los anexos del manual
19	Sistema de control bacteriológico de la ropa limpia	2-2-21 31-3/21	Informes incluidos mensualmente y anexos del manual se explica el proceso
20	Sistema de control de calidad en el total del procesado de la ropa	2-2-21	Resultados en los informes mensuales y anexos del manual explicación del proceso
21	Frecuencia, horario y puntos de entrega ropa limpia y recogida sucio	31-1-19	Incluido como anexo al manual de procedimientos (alguna discrepancia con el manual de procedimientos y con la operativa actual)
22	Registros de pesos	29-1-21	Recibido los del año 2019 y 2020 en informes mensuales
23	Albaranes de pesada	31-3/21	Trazabilidad información: albaranes de pesada del mes de octubre de 2020 y registros de pesos
24	Registro o informes de encuestas satisfacción a pacientes y trabajadores	2-2-21	Recibidas las del año 2019 y 2020 de clientes (no se ha realizado a trabajadores)
25	Sigis y quejas al menos dos últimos años	29-1-21	Recibidas las del año 2019 y 2020

Tabla 28. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Lavandería

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (LAV)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.6. La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	4	Los objetivos que se muestran no disponen de acciones para alcanzarlos y tampoco se refieren al servicio en el hospital, sino a la planta de Fuenlabrada.
DGC.1.9 La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	4	No se muestran evidencias de mejoras respecto a la auditoría anterior.
RH.2.6 El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	1	No se detectan cursos sobre las tareas de lencería en el hospital.
RH.2.7 El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en la realización de acciones cuyo objetivo es el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones.	1	No se muestran acciones formativas relacionadas, para el personal que trabaja en el hospital.
GMA.4.2 El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	4	No se muestran evidencias de acciones para alcanzar los objetivos, y además estos no se diseñan para el centro de trabajo sino para la planta de Fuenlabrada.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	2	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria. Además se observa información contradictoria y desactualizada en los documentos relacionados.
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	1	No se realizan encuestas de satisfacción del personal del servicio.
CAL.6.10 Mensualmente se realizan encuestas de satisfacción a los clientes del hospital, previamente consensuada con la administración sanitaria. Esta encuesta cumple con los requisitos de aleatoriedad, tamaño de la muestra global y por tipo de cliente requeridos.	4	Alguno de los valores mensuales está por debajo del 85% de satisfacción.
MM.7.1 La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	4	No se documentan todos los medios del servicio y en ocasiones se refiere a los medios aportados por empresas que ya no realizan operaciones en el hospital. Existe alguna discordancia en la descripción de las sacas de ropa sucia.
SC.8.6 La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	4	Se observan SIGIs que podrían relacionarse con este criterio (ausencia de ropa de paciente)
Media aritmética de los criterios generales del servicio Lavandería	**4,6**	

Tabla 29. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Lavandería

C) INCIDENCIAS (LAV)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias de lavandería analizadas en la muestra de SIGIS (2) y quejas (0) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- Los medios utilizados por el servicio en el hospital (carros de transporte, sacas, ordenadores, balanza, impresora de balanza, pegatinas de identificación en almacenes de planta, etiquetado de ropa, producto para limpiar carros en el hospital, etc.) no están documentados, o al menos, no se ha actualizado.

Las incidencias que se han detectado son:

1. El manual de procedimientos remitido a la administración de 2017 está desactualizado y no dispone de su visto bueno.
2. Los objetivos de los dos años están diseñados para la planta de Fuenlabrada, sin acciones para su cumplimiento y sin especificar objetivos para el hospital.
3. No se muestra formación del personal en la realización de acciones relacionadas con el servicio en el hospital (reciclaje), ni cuyo objetivo es buenas prácticas ambientales y el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones.
4. No se realizan encuestas de satisfacción a los trabajadores del servicio (clima laboral, satisfacción profesional o similar)

D) ÁREAS DE MEJORA (LAV)

Un resumen de posibles áreas de mejora es:

1. Actualizar y unificar el manual de procedimientos del servicio. Introducir una metodología que permita una actualización ágil y fácil, con independencia de la empresa que lo realiza. Por ejemplo describir los procesos en el hospital y utilizar anexos para especificaciones de servicio (formatos, nombres de responsables, empresas, contactos, direcciones, certificados, etc.).
2. Diseñar objetivos de calidad y medioambiente que apliquen al hospital además de la planta de Fuenlabrada.
3. Diseñar un plan de formación que incluya acciones en las áreas exigidas por PPTE (reciclaje y medioambiente, además de PRL)
4. Describir los medios del servicio, especialmente aquellos que por su forma o color tienen un proceso distinto (sacas de ropa sucia)
5. Realizar encuestas de satisfacción con el trabajo que realizan en el hospital a los operarios del servicio.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (LAV)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
LAV.7.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de lavandería. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,6**	4,6	4,6	4,5	4,4	3,8

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
LAV.7.2	El servicio de lavandería tiene documentado el **procedimiento** para el lavado, desinfección, repaso de costura, planchado, doblado, empaquetado y transporte interior y exterior de ropa y lencería del hospital, todos los **días laborables** del año de lunes a domingo y festivos que permitan no interrumpir el servicio más de un día. El manual de procedimientos del 2017 así como la memoria de Ilunion recibida en relación con la planta de Fuenlabrada y el servicio en el Hospital está desactualizado.	**3**	4	4	5	2	4
LAV.7.3	El servicio de lavandería tiene a disposición del hospital la **memoria descriptiva** de la **planta de producción** con sus planos, certificados de la **capacidad productiva** y de **transporte** total y disponible, el **inventario de equipos** productivos y su ubicación (zona limpia o sucia) y características, descripción de los **programas de lavado** y productos a utilizar, descripción del **sistema de empaquetado**, materiales, etc. La memoria de la planta (mayo 2017) describe lo indicado en el criterio, pero hay partes desactualizadas.	**4**	5	5	5	4	3
LAV.7.4	El servicio de lavandería ha **pactado** con la administración y **documentado** la **frecuencia**, los **horarios, plazos de entrega** (inferior a 24 horas) y **puntos** de tolva o de recogida de ropa sucia y los puntos y horarios de entrega de ropa limpia y las condiciones de realización (albarán cumplimentado, conformidad, empaquetado,...) Los datos están documentados en los documentos recibidos pero se aprecian discrepancias en varios de sus puntos. No está validado por la administración.	**4**	4	4	4	4	3
LAV.7.5	El servicio de lavandería ha **normalizado** el empaquetado de la ropa tratada y la preparación para su expedición y transporte. Se indica que está normalizado y se incluye en etiquetas QR el número de prendas por paquete.	**5**	5	4	1	4	3
LAV.7.6	El servicio de lavandería dispone de un **sistema de control de calidad** total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repaso, recogida y entrega) con el que evalúa las incrustaciones orgánicas e inorgánicas que permite que el **rechazo de ropa sea inferior al 5%.** Los resultados de los controles de calidad indicados en el criterio se incluyen en los informes mensuales del servicio enviados a la administración, en todos los revisados es inferior al 4%. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	3
LAV.7.7	El manual de procedimientos contempla las **funciones y actuaciones** del servicio de lavandería para solicitudes de urgencia y **emergencia** (forma de comunicación, responsable, procedimiento de activación de la emergencia y tiempos de actuación, seguimiento, etc.). El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio pero no está validado por la administración.	**4**	4	5	5	3	3
LAV.7.8	El servicio de lavandería **suministra las bolsas** de ropa sucia, **carros con ruedas** y **vehículos** de transporte en cantidad y con las características y condiciones adecuadas para realizar el servicio. El servicio realiza la **limpieza y desinfección** de los vehículos, las bolsas y los carros, poniendo especial cuidado en destinar a la ropa limpia los carros y vehículos que no hayan estado en contacto con la ropa sucia tras su lavado y desinfección. No se detectan incidencias relacionadas con el suministro de bolsas, carros, circuitos limpio y sucio, desinfección de vehículos y resto de equipos.	**5**	5	5	5	4	3
LAV.7.9	El servicio de lavandería **planifica y realiza la clasificación de ropa sucia** y la transporta adecuadamente al centro de tratamiento. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	3	5	4	4	3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
LAV.7.10	El servicio de lavandería entrega la ropa limpia según lo planificado: **plegada** en paquetes cerrados, siempre con el mismo nº de unidades, salvo los uniformes que se entregan **en perchas**, las mantas y edredones **empaquetados individualmente** y la ropa de quirófano en condiciones adecuadas para **ser esterilizada** sin manipulación. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	4	4	3
LAV.7.11	El proceso de lavado, planchado, repaso y empaquetado se realiza en **instalaciones** que disponen de **barrera sanitaria** que separa zonas sucias y limpias y que permiten el prelavado (eliminación de materia orgánica), la termodesinfección a alta temperatura (prendas de algodón 100%) y la desinfección con cloro (poliéster) así como otras actividades (doblado, repaso, costura, planchado, etc) en las condiciones técnicas de asepsia exigidas. La memoria descriptiva de la planta detalla lo indicado en el criterio.	**5**	5	5	5	4	3
LAV.7.12	El servicio de lavandería realiza **controles mensuales bacteriológicos** de la ropa limpia por laboratorios externos autorizados y comunica los resultados por escrito a la Administración Sanitaria. El servicio realiza dichos controles bacteriológicos y remite sus resultados a la administración como anexo de los informes mensuales. Algunos datos como en septiembre 2020 una de las prendas (toalla) y en noviembre (pantalón paciente y pantalón quirófano azul) en resultados se indica presencia en recuento de microorganismos aerobios (Presencia <3 ufc/placa). No se evidencia la realización de acciones consecuentes.	**4**	5	5	5	4	4
LAV.7.13	El servicio de lavandería facilita la realización de **controles** a la **Administración** Sanitaria (toma de muestras, controles de proceso, inspecciones) modificando los procesos cuyo resultado no sea satisfactorio. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.	**5**	5	5	5	5	4
LAV.7	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA**	**4,5**	4,6	4,7	4,4	4,0	3,3

Tabla 30. Evaluación de los criterios LAV "Servicio de Lavandería"

F) PUNTOS FUERTES (LAV)

Se detectan puntos fuertes en este servicio:

1. Las pocas incidencias detectadas en este servicio: 2 SIGI y 0 quejas en dos años

G) CONCLUSIONES (LAV)

El servicio de lavandería cumple con la normativa vigente y los pliegos de concesión. La operativa del servicio es adecuada alcanzando resultados muy buenos (4,5 sobre 5). Las incidencias son puntuales, salvo en algunos apartados de diseño, que deben corregirse (información documentada sobre los procedimientos y medios materiales en el Tajo y operatividad del servicio). Se detectan áreas de mejora que no suponen riesgo ni limitación de la calidad del servicio prestado. Los registros, documentos y formatos realmente utilizados por el servicio son claros y están bien estructurados.

4.2.8. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)

Socio operativo: ILUNION

Responsable del servicio: Eusebio Navas Sánchez

Responsable a nivel servicio: Mª Cristina Sánchez (Técnico Garante), Carmen Oset (Encargada Servicio)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO ESTERILIZACIÓN			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	31-1-19	Versión 2, marzo 2017 y 12 anexos con logo de Ilunion. Contiene alguna errata.
2	Socio operativo	3/2/21	ILUNION
3	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Eusebio Navas Sánchez
4	Responsable a nivel servicio	3/2/21	Mª Cristina Sánchez (Técnico Garante), Carmen Oset (Encargada Servicio)
5	Validación por administración del manual de procedimientos		Entregado, no validado
6	Licencia de la central	31/3/21	Licencia actualizada: 5806-PS
7	Objetivos del servicio (calidad, y medioambiente, SST)	3/2/21 31/3/21	Se reciben los objetivos con indicadores de medida, actividades para cumplirlos y seguimiento.
8	Informes mensuales del servicio con anexos	29/1/21	Enero a diciembre de 2020. Incluye las incidencias y su tratamiento, los cuadrantes y los informes de análisis microbiológico ambiental y de superficie.
9	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	3/2/21 31/3/21	Disponen de los certificados con alcance el hospital y las actividades de esterilización.
10	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	29/1/21	Incluido en los informes mensuales, con categoría, horario y horas de trabajo.
11	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29/1/21	Incluido en los informes mensuales, con categoría, horario y horas de trabajo.
12	Tipo de control de presencias de personal operativo y muestra de 2020	31/3/21	Se muestra el registro de presencias de diciembre de 2020 de tres trabajadoras del servicio
13	Formación del personal	29/1/21	En 2019 se recibe al completo (programa, seguimiento y diplomas).
14	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio		No se realizan o no se reciben
15	Listado codificado de todos los equipos instalados en la central	31/3/21	Listado de equipos y validaciones/ verificaciones
16	Listado de productos químicos y fichas técnicas y de seguridad y otros productos	31/3/21	Listado de productos y fichas
17	Calibraciones y verificaciones de equipos en uso	31/3/21	Según listado de equipos
18	Registros de actividad del servicio	31/3/21	Se reciben estos registros en Excel de los años 2019 y 2020.
19	Ejemplo de trazabilidad (con evidencias como fotografías de los registros archivados)	31/3/21	Selecciona una caja que esté en ese momento en el almacén de esterilización y fotografía todos los registros hasta la recogida como material sucio. Selecciona un albarán de entrada del mes de diciembre de 2020 y un paquete del mismo y fotografía todos los registros hasta la entrega a la unidad que corresponda.
20	Sigis y quejas al menos dos últimos años	4/2/21	Recibido completo

Tabla 31. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Esterilización

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (EST)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
RH.2.1. La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	Una de las SIGIs puede relacionarse con este criterio.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria.
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	1	No se realizan encuestas de satisfacción del personal.
Media aritmética de los criterios generales del servicio Esterilización.	**4,9**	

Tabla 32. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Esterilización

C) INCIDENCIAS (EST)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias de esterilización analizadas en la muestra de SIGIS (2) y quejas (0) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.

Las incidencias que se han detectado son:

1. El manual de procedimientos remitido a la administración de 2017 no dispone de su visto bueno y puede contener partes desactualizadas.
2. No se realizan encuestas de clima laboral o satisfacción de trabajadores o similar

D) ÁREAS DE MEJORA (EST)

Un resumen de posibles áreas de mejora además es:

1. Realizar encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores.
2. Verificar que se entregan a las partes interesadas el manual de procedimientos vigente con toda la información relacionada y conseguir el visto bueno de la administración

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (EST)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
EST.8.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de esterilización. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,9**	4,7	4,7	4,7	4,7	4,0
EST.8.2	El servicio tiene documentado el **procedimiento de esterilización** de los productos sanitarios reutilizables, todos los **365 días** del año en horario preestablecido pero como mínimo desde las 8 hasta las 22 horas. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio, fijando el horario desde las 08:00 hasta las 22:00. El manual no está validado por la administración y no parece ser el que contiene toda la información documentada diseñada.	**4**	4	4	5	4	3
EST.8.3	El servicio tiene la **licencia** de la Central de Esterilización así como la **validación de los equipos y procedimientos** de esterilización emitido por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Todos los equipos se han recualificado en septiembre de 2020. La licencia está vigente y actualizada.	**5**	5	5	5	5	5
EST.8.4	El servicio de esterilización dispone de un **sistema de control de calidad** de todo el proceso. El manual de procedimientos incluye el sistema de control de calidad externo e interno del que dispone el servicio. Los procedimientos del servicio explican el sistema de control de calidad de todo el proceso. Mensualmente se remiten a la administración los resultados de los controles de calidad internos y externos llevados a cabo y su seguimiento.	**5**	5	5	5	4	3
EST.8.5	El servicio de esterilización dispone de un **inventario codificado** (ficha técnica y gestión de stocks) de todo el **material estéril, consumibles** y **lubricantes** necesarios para la realización de los procesos de esterilización. Al no realizar visitas a la central no se ha evaluado este criterio, salvo por la información verbal recibida y el listado de productos químicos. No hay incidencias relacionadas.	**5**	4	5	5	5	3
EST.8.6	El servicio de esterilización dispone de un **inventario** (ficha técnica y libro de mantenimiento) de los medios de **transporte** interno y externo al hospital y elementos de **almacenaje** de productos. Al no realizar visitas a la central no se ha evaluado este criterio, salvo por la información verbal recibida. No hay incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	4
EST.8.7	El servicio de esterilización dispone de **almacén** de material estéril que garantiza el **stock de seguridad** (textil e instrumental, estéril de un sólo uso y sobre equipamiento), con la dotación que se establece en su manual de procedimientos acordado con la Administración Sanitaria y **alternativas** a su central de esterilización. Se dispone del stock de seguridad según necesidades del hospital y alternativas a la central de esterilización (centrales de esterilización gestionadas por Ilunion en la Comunidad de Madrid) de entre las que se nombran las del Hospital del Henares, Hospital Universitario Infanta Cristina, Hospital Puerta de Hierro y Hospital Central de la Cruz Roja).	**5**	5	5	5	4	3
EST.8.8	El servicio de esterilización trabaja con un **sistema de gestión informatizada** de todos los procesos. El programa informático está implantado y permite una trazabilidad completa. Se archivan los documentos en papel para cumplir con la normativa vigente.	**5**	5	5	4	5	1

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
EST.8.9	El servicio de esterilización dispone de la **previsión anual de actividad** realizada por el Hospital para el periodo (objetivos) y verifica con la Administración Sanitaria la suficiencia de las alternativas y provisiones y realiza los ajustes oportunos cuando se le comunican variaciones en este sentido. Periódicamente se informa a la central de la previsión de actividad y se tiene clara información sobre el volumen de posibles urgencias. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	4	5	4
EST.8.10	El servicio de esterilización realiza según está documentado **el proceso central de lavado y desinfección de todo el instrumental** que lo precise, procedente de los diversos puntos del Hospital y su entorno de influencia, y el posterior proceso específico de esterilización con todos sus requisitos de disponibilidad. Se han revisado los documentos de trazabilidad de estas actividades. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
EST.8.11	El servicio de esterilización realiza según está documentado **la confección de "sets"** o paquetes complejos predefinidos conjuntamente, compuestos por unidades de materiales diversos, que suponen todo el material necesario para realizar un acto sanitario específico. Se han revisado los documentos de trazabilidad de estas actividades. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
EST.8.12	El servicio de esterilización realiza según está documentado la **recogida del material para esterilizar y la entrega** del material estéril se realiza en los lugares y horarios indicados por la Administración Sanitaria y siempre en presencia de la persona designada por la misma. Se han revisado los documentos de trazabilidad de estas actividades. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
EST.8.13	El servicio de esterilización sirve el material solicitado para **intervenciones quirúrgicas urgentes** en los tiempos previstos en el manual de procedimientos acordado con la Administración Sanitaria. Se han revisado los documentos de trazabilidad de estas actividades. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
EST.8.14	El servicio de esterilización realiza **controles mensuales de calidad** por laboratorios externos autorizados y comunica los resultados por escrito a la Administración Sanitaria. Los resultados de los controles mensuales de calidad se incluyendo como anexos a los informes mensuales del servicio, enviados a la Administración sanitaria. Además se realizan acciones cuando los resultados no son los esperados. Hay una incidencia SIGI relacionada con valores anormales de estas analíticas.	**4**	5	5	5	4	1
EST.8.15	El servicio de esterilización facilita la realización de **controles** a la **Administración** Sanitaria (toma de muestras, controles de proceso, inspecciones) que realiza con personal propio o por medio de entidades homologadas. El servicio lleva a cabo estos controles y remite mensualmente sus resultados a la Administración Sanitaria. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
EST.8	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**	**4,9**	4,8	4,9	4,8	4,7	3,7

Tabla 33. Evaluación de los criterios EST "Servicio de Esterilización"

F) PUNTOS FUERTES (EST)

Se detectan puntos fuertes en este servicio:

1. El diseño de objetivos, el cuadro de mando de indicadores de la central. Contiene toda la información esperada, desde las acciones para el cumplimiento de objetivos, la temporalidad de medida, el análisis de resultados, etc.
2. Central de esterilización certificada por normas internacionales (ISO 9001, 14001) en el hospital, además de incluida en los certificados a nivel concesión.
3. La formación e información proporcionada a los trabajadores del servicio, que engloba todos los campos exigidos por pliego e incluso entregan al personal los resultados de auditoría como la de GMP (Good manufacturing practice)
4. Informes sobre las condiciones ambientales y medida del grado de crecimiento microbiano en las superficies de utensilios y mesas de trabajo. Incluyen análisis de la evolución de los meses anteriores, que permitieron detectar, por ejemplo, la necesidad de limpieza de rejillas del aire acondicionado, aunque todos los valores del año 2020 están dentro de los límites aceptados por normativa.
5. El escaso número de incidencias en el periodo analizado: dos SIGIS y ninguna queja.

G) CONCLUSIONES (EST)

El servicio de esterilización está descrito mediante el manual y los procedimientos de actuación. Se cumplen los procedimientos y la normativa aplicable. Registra la actividad en formatos diseñados y cumplimentados. Realiza los controles de calidad con la frecuencia establecida. Las incidencias son escasas y puntuales. El nivel de cumplimiento es excelente (4,9 sobre 5).

4.2.9. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)

Socio operativo: **EULEN**, Subcontrata **ARANCONTROL** y desde 15/05/2020 lo subcontrata **INGEMONT TECNOLOGIAS SA**

Responsable del servicio: **Eusebio Navas Sánchez**

Responsable a nivel servicio: **Pedro González** (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD con EULEN) y desde 15/5/2020 **Pedro Carmona** (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD con INGEMONT TECNOLOGIAS SA)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	31-1-19	Se recibe el actualizado en mayo 2017. En el programa de actuación no se detalla: Programa de visitas, Actuaciones según nivel de riesgo, Frecuencias.
2	Socio operativo	2-2-21	AUDITEL hasta 15/5/2020 y después INGEMONT TECNOLOGIAS SA subcontratan a **ARANCONTROL**
3	Responsable a nivel concesión	2-2-21	Eusebio Navas Sánchez
4	Responsable a nivel servicio	2-2-21	Pedro Carmona (Jefe de Servicio mantenimiento, viales y jardines y DD)
5	Validación por administración del manual de procedimientos		Entregado a la administración pero no validado
6	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, SST)	2-2-21	Se reciben los de Auditel de 2019 con su seguimiento. En 2020 solo se recibe el programa de objetivos de Auditel sin seguimiento. No se reciben los objetivos con la nueva empresa.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
7	Informes mensuales del servicio con anexos	29-1-21 23-4-21	Se reciben los informes mensuales del 2020 (a falta actuaciones abril 2020, y febrero es un certificado de tratamiento)
8	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	2-2-21	Servicio incluido en los certificados de la concesionaria y en los de Ingemont.
9	Registro ROESB	13-4-21	La autorización 93-CM-ESR es de 24/2/2012
10	Programa de visitas y horarios		Incluyendo si existiese, el horario recomendado por medicina preventiva por zonas especiales
11	Certificados de tratamientos año 2020	13-4-21	Donde conste tipo de tratamiento, medio repuesto y productos utilizados por zonas, técnico aplicador, seguimiento, plazo de seguridad, etc.
12	Relación de personal trabajos DD en el hospital	13-4-21	
13	Carnet de aplicadores o certificados de cualificación	13-4-21	
14	Inscripción de Arancontrol en el registro oficial de establecimientos y servicios biocidas	13-4-21	
15	Listado de productos y medios utilizados y fichas técnicas	13-4-21	El listado de productos con como mínimo la siguiente información (Nombre, Fabricante, Número de registro, Composición, Uso, Medidas preventivas de utilización, Precauciones de almacenaje)
16	Autorización de medicina preventiva para el uso de esos productos (si han variado del año 2019)	13-4-21	Desde el año 2017
17	Evidencias de revisión y limpieza de insectocutores controlados por este servicio	13-4-21	En los certificados de tratamiento
18	Planos insectocutores, trampas y cebos (ubicación de todas en el hospital en interiores y exteriores mediante plano y otros modelos de apoyo)	13-4-21 23-4-21	Planos con notas informando del contenido de los medios y su ubicación, así como planos indicando la ubicación de los puntos de control.
19	Sigis y quejas al menos dos últimos años	29-1-21	Recibido completo, años 2019 y 2020

Tabla 34. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Desinsectación y desratización

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (DD)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	P	EVALUACIÓN
DGC.1.6 La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	3	Se observa diseño y seguimiento de objetivos del año 2019 (empresa Auditel), pero con el cambio de empresa en 2020 se observa diseño pero no seguimiento.

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.9. La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	4	Los certificados de tratamiento tienen una estructura en la identificación de las trampas y cebos por ubicación según planos que puede llevar a confusiones (tanto en casetones como alguna de las trampas para cucarachas)
RH.2.2 La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	4	No se dispone de un programa de visitas completo (según certificado de tratamiento se realizan entre 2 y 4 visitas al mes).
GMA.4.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	3	Se observa diseño y seguimiento de objetivos del año 2019 (empresa Auditel), pero con el cambio de empresa en 2020 se observa diseño pero no seguimiento.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	3	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria. Incompleto en cuanto al contenido que debe tener según PPT.
MM.7.1. La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	3	En los documentos recibidos no están todos los productos utilizados según los certificados de tratamiento. Además los planos de casetones la numeración de trampas y cebos coincide con otras ubicadas en distintos lugares que luego se utiliza en los certificados de tratamientos con ubicaciones confusas.
SC.8.6. La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	4	Tres de las SIGIs se engloban en el título "00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO"
Media aritmética de los criterios generales del servicio de almacén	**4,3**	

Tabla 35. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio DD

C) INCIDENCIAS (DD)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias de desinsectación y desratización analizadas en la muestra de SIGIS (5) y quejas (0) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.

Las incidencias que se han detectado son:

1. El manual de procedimientos y sus anexos no detalla el programa de visitas, actuaciones según nivel de riesgo y frecuencias. Además es recomendable incluir la coordinación con otros servicios como limpieza (obligación de comunicar existencia de insectos/roedores) o TIGAs.
2. En los planos de los casetones se han numerado las trampas y cebos con la misma numeración que en otras plantas, dando lugar a que los certificados de tratamiento puedan llevar a errores en la interpretación.
3. No se muestra un programa que detalle la frecuencia de las acciones a realizar en cada una de las zonas del hospital.
4. No se muestra una evaluación y seguimiento de los objetivos concretos del servicio del año 2020.
5. El informe mensual contiene discordancias con los certificados de tratamiento y en algún caso con la información del propio informe.
6. Los certificados de tratamiento tienen una estructura en la identificación de las trampas y cebos por ubicación según planos que puede llevar a confusiones (tanto en casetones como alguna de las trampas para cucarachas)
7. No se muestra un listado de productos y medios utilizados por el servicio. Se utilizan productos de los que no se recibe la ficha técnica. Las fichas técnicas no se actualizan con la frecuencia con la que se actualizan en la web del registro de productos biocidas.

D) ÁREAS DE MEJORA (DD)

Un resumen de posibles áreas de mejora es:

1. Incluir en el manual de procedimientos mayor detalle en el programa de visitas, actuaciones según nivel de riesgo y frecuencias de tratamientos.
2. Disponer de la evaluación y seguimiento de los objetivos establecidos anualmente para este servicio todos los años. Prevenir el cambio de empresa subcontratada.
3. Revisar los planos y numerar las trampas y cebos que hay en casetones de forma que no puedan confundirse con otras. Identificar las trampas según el tipo y el producto (por ejemplo todas las que utilizan "TC3-LC Ecotrampa adhesiva cucarachas" numerarlas con las mismas siglas en lugar de MI-nº y TF-nº. Renumerar si es preciso y actualizar los planos.
4. Diseñar una estructura de informe mensual y de certificados de tratamiento que facilite la redacción de las actuaciones y no lleve a errores.
5. Realizar un listado de productos y diseñar un sistema de seguimiento de resoluciones, fichas técnicas y fichas de seguridad que permita que estén siempre actualizadas y que incluya todos los productos utilizados.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (DD)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
DDD.9.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de desinsectación y desratización. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,3**	**4,5**	4,4	4,7	4,5	3,7
DDD.9.2	La Unidad de Desinsectación y Desratización tiene en su manual de procedimientos un **programa**, autorizado previamente por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, de **lucha antivectorial** integrada y permanente. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio, aunque no está validado por la administración, y no desarrolla todos los apartados indicados por PPTE.	**3**	4	2	3	3	3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
DDD.9.3	En el **programa** se detallan los **métodos químicos, biológicos** y de ordenamiento del medio que se utilizan en base a una metodología científica, con métodos de captura y eliminación de las plagas humanitarias y de máximo respeto al medio ambiente. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio, aunque no está validado por la administración. Se tiende a la utilización de ecotrampas que no contienen productos biocidas.	**4**	4	2	3	3	3
DDD.9.4	En el **programa** se detallan las **acciones** a realizar **en cada una de las zonas** internas del hospital y zonas exteriores (garajes, jardines, desagües y en general todo el perímetro de protección alrededor del hospital), así como la **frecuencia** de los tratamientos. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio salvo lo relacionado con las frecuencias de los tratamientos por zona.	**3**	**3**	2	3	4	3
DDD.9.5	En el **programa** se detallan los **índices aceptables** por tipología de plagas para cada una de las zonas y niveles para verificar la eficiencia de los tratamientos, acordados con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio salvo lo relacionado niveles de verificación de eficiencia.	**3**	**3**	2	3	3	3
DDD.9.6	En el **programa** se incluye el procedimiento para establecer con el Servicio de Medicina Preventiva **medidas correctivas puntuales o correcciones** del programa general cuando los índices de eficiencia señalados no ofrezcan los resultados esperados por ambas partes. El manual de procedimientos en sus anexos incluye estas medidas y las correcciones se incluyen en los certificados de tratamiento.	**4**	4	2	4	4	3
DDD.9.7	En el **programa** se incluyen los **estudios** a realizar para recomendar a la Administración Sanitaria la adopción de metodologías pasivas o técnicas de ordenamiento del medio tanto en el aspecto de modificación como en el de manipulación ambiental. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio y las recomendaciones se incluyen en los certificados de tratamiento.	**4**	4	2	4	4	3
DDD.9.8	En el **programa** se incluye el horario acordado con el Hospital para evitar disfunciones en el área a actuar. Los horarios son los indicados por el servicio de medicina preventiva, según indica el socio operativo.	**5**	**5**	3	5	3	3
DDD.9.9	En el **programa** se incluye La **cualificación y preparación** sobre manipulación y aplicación de plaguicidas, así como bionomía y conocimiento de las especies objetos de control del personal responsable de llevar a cabo el programa. Todos los aplicadores cumplen con la normativa vigente en cuanto a cualificación y preparación, aportando sus carnets de aplicadores o certificados de profesionalidad.	**5**	**5**	5	5	5	1
DDD.9.10	El **Plan de Emergencias** del Hospital contempla las **funciones y actuaciones** del servicio de desinsectación y desratización, acordadas con la Administración Sanitaria (forma de comunicación, responsable, procedimiento de activación de la emergencia y tiempos de actuación, seguimiento, etc.). El Plan de emergencias del hospital aplica a todos los servicios y trabajadores y se evalúa con los criterios generales.						3

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
DDD.9.11	Con carácter **bimensual** se presenta un **informe detallado** de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. Conjuntamente con el informe se presenta el **certificado del tratamiento** realizado para que esté expuesto en aquellos locales que por ley sea de obligado cumplimiento. El informe mensual enviado a la administración incluye las actividades realizadas por el servicio. Los informes contienen aspectos mejorables en cuanto a la identificación de los puntos tratados y trampas y cebos que se han cambiado.	2	5	5	5	5	4
DDD.9.12	Los **productos** que se utilizan están **previamente autorizados** por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. Se realiza un **listado** de los productos a utilizar con la información necesaria. El servicio dispone de fichas técnicas de los productos utilizados, así como de la autorización para su uso de medicina preventiva. No se muestra un listado de productos. Se han utilizado productos que no están en la documentación recibida.	2	5	3	4	5	5
DDD.9.13	La **desinsectación** se planifica y realiza según el nivel de riesgo y la zona, siendo diaria el nivel 0, semanal para el nivel I, quincenal para el nivel II, mensual para el nivel III y semestral para el nivel IV. Los registros incluidos en los informes mensuales permiten identificar los niveles de riesgo de las zonas a las que aplican aunque no se desarrolla en el manual de procedimientos. Las 5 SIGIs están relacionadas con la desinsectación.	4	4	2	3	4	2
DDD.9.14	La **desratización** se planifica y realiza según el nivel de riesgo y la zona **semestral** (colocación y revisión de todos los puntos de tratamiento con toma de datos y seguimiento) y el **mantenimiento** que es **trimestral** en todo el hospital, **mensual** en cafeterías cocinas, halls, offices, consultas, sótanos, mortuorio, administración, área quirúrgica y comedores y **diaria**, en la salida de ropa sucia, contenedores y aquellos servicios que lo soliciten previamente Los registros incluidos en los informes mensuales permiten identificar los niveles de riesgo de las zonas a las que aplican aunque no se desarrolla en el manual de procedimientos.	4	5	2	4	4	4
NUEVO DDD.9.15	La Unidad de Desinsectación y Desratización realiza mensualmente las actividades necesarias para mantener el hospital libre de insectos y roedores. Las 5 SIGIs están relacionadas con la presencia de insectos.	4	5	4	5	4	5
DDD.9	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN**	**3,7**	4,3	2,9	4,0	4,0	3,2

Tabla 36. Evaluación de los criterios DD "Desinsectación y desratización"

F) PUNTOS FUERTES (DD)

Se detectan áreas que se han considerado puntos fuertes del servicio que debe mantener:

- Acceso a la documentación del servicio realizado mediante web
- La frecuencia mensual de los informes en lugar de bimensual

G) CONCLUSIONES (DD)

El servicio de desinsectación y desratización diseña los procesos y cumple con la normativa vigente y las obligaciones establecidas en los pliegos de concesión. El desarrollo de los procedimientos es mejorable en contenido al igual que los informes mensuales y los certificados de tratamiento. Documenta los productos y medios que utiliza, aunque no muestra un listado de productos y ni las fichas de todos los productos utilizados. Los aplicadores de tratamiento disponen de los certificados obligados para actuar con biocidas. El servicio apenas tiene incidencias en la muestra analizada (5 SIGI en dos años y ninguna queja). Obtiene una puntuación buena en el nivel de excelencia y calidad evaluado (3,7 sobre 5).

4.2.10. SERVICIO DE TRANSPORTE INTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR TIGAS

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO TIGAS (TIG)

Socio operativo: EULEN en 2019 y desde 1/1/2020 **Ilunion**

Responsable del servicio: **Eusebio Navas Sánchez**

Responsable a nivel servicio: David Arance Sanz y María Encarnación Díaz_Pavón Arvizu (Responsables de Servicio con Eulen) y David Fernández Soria y María Encarnación Díaz_Pavón Arvizu (Responsables de Servicio con Ilunion)

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO TIGAS			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	14/4/21	Documento elaborado por Ilunion, sin fecha. Contiene aspectos de programación y operatividad del servicio. No incluye las especificaciones técnicas del servicio (ver protocolo básico del servicio y PPTE)
2	Socio operativo	30/3/21	EULEN en 2019 y desde 1/1/20 ILUNION
3	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Eusebio Navas Sánchez
4	Comunicación cambio de empresa	30/3/21	Comunicado el 3/12/19 a la administración
5	Responsable a nivel servicio	3/2/21	David Fernández y Mª Encarnación Díaz_Pavón (Responsables de Servicio Ilunion)
6	Validación por administración del manual de procedimientos	14/4/21	No y sin evidencias de entrega a la administración
7	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, PRL)	3/2/21 14/4/21	Plan de calidad de EULEN para TIGAS y almacenes del año 2019, seguimiento solo de los ambientales y hasta tercer trimestre. Del 2020 (Ilunion) se muestra el plan de calidad y medioambiente sin seguimiento.
6	Informes mensuales del servicio con anexos	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
7	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, y 45001)	3/2/21 14/4/21	Servicio incluido en el certificado de concesión. Ilunion dispone de los tres certificados vigentes como empresa.
8	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	29/1/21	Incluido en los informes mensuales
9	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29/1/21 14/4/21	Incluido en los informes mensuales y en el manual de procedimientos
10	Tipo de control de presencias de personal operativo	14/4/21	Registro de presencias del 29/3/21. Informe generado del Sistema registro jornada (CTI)
11	Formación del personal	3/2/21 14/4/21	Se reciben los diplomas y certificados 2019 y 2020 y 2021 hasta marzo. Se muestra también el programa del año 2020
12	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio		No se reciben en relación con este servicio
13	Formatos del servicio para realizar la actividad	14/4/21	Se recibe el formato utilizado por el servicio
14	Registros de actividad del servicio	14/4/21	Se muestra el registro y el tratamiento de la información
15	Medios y equipos del servicio	14/4/21	Listado de medios utilizados y propietario
16	Sigis y quejas al menos dos últimos años	4/2/21	Recibido completo

Tabla 37. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio TIGAS

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (TIG)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.6 La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	2	No hay evidencias de medición y seguimiento de objetivos del 2020, y del 2019 este seguimiento no es de todo el año.
DGC.1.8 La concesionaria tiene establecidos los mecanismos de coordinación y comunicación adecuados con las empresas contratadas, la dirección de la concesionaria y la dirección del hospital.	4	La muestra de SIGIs contiene alguna incidencia relacionada con la comunicación con el retén (48651, 48734)
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	Algunas incidencias SIGIs muestran retrasos (48449, 48651, 48650, 48671, 48699, 48734, 48736, 48934)
RH.2.1 La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	Se dispone de un control de presencias mediante huella digital, además de informes de actividades por operario. Además los programas de los puestos se realizan para cubrir los picos de actividad. Sin embargo se detectan algunas SIGIs y quejas relacionadas con la insuficiencia de personal en momentos puntuales.
RH.2.6 El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	1	No se muestran acciones formativas relacionadas con la profesión y su reciclaje
RH.2.8 El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en atención a usuarios, visitantes y trabajadores, e incluye los cursos que la administración sanitaria ha determinado para una mejor asistencia al usuario.	1	No se muestran cursos relacionados con atención al usuario
GMA.4.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	2	El servicio no muestra objetivos relacionados más allá de los establecidos a nivel concesión o los incluidos en el plan de calidad de cuyo seguimiento y medición no hay evidencias.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	2	El manual de procedimientos no está validado por la administración sanitaria. No incluye las especificaciones técnicas del servicio y partes del documento están repetidas y con redacción dudosa.
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	1	No se realizan encuestas de satisfacción del personal.
SC.8.2 La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	4	Se observan SIGIs y quejas que podrían relacionarse con este criterio (comportamiento y trato, traslados realizados por familiares)

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
SC.8.3. La concesionaria y empresas contratadas realizan sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.	4	Se detectan SIGIs relacionadas con la ubicación de materiales (45967 balas de oxígeno en los pasillos)
SC.8.6. La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	4	72 de las SIGIs engloban el título "00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO"
Media aritmética de los criterios generales del servicio TIGA	**4,5**	

Tabla 38. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio TIGAS

C) INCIDENCIAS (TIG)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias del servicio de Transporte interno y gestión auxiliar analizadas en la muestra de SIGIS (79) y quejas (5) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- No se especifican los mecanismos de comunicación y coordinación con los profesionales sanitarios en los puntos clave (comunicación traslado de paciente que asegure la identificación inequívoca del mismo, el traslado en el medio adecuado como silla de rueda o camilla, con o sin oxígeno, etc.) ni otros procedimientos clave en este servicio (respeto a la intimidad del paciente, puesta a punto de los medios de traslado de pacientes como sillas de ruedas, etc.).

Las incidencias que se han detectado son:

1. No se muestra una evaluación y seguimiento de los objetivos concretos del servicio del año 2020. Del año 2019 solo se muestra seguimiento uno de los trimestres.
2. No se imparte formación en las actividades propias de la profesión (traslado de pacientes, movilización de pacientes, apoyo a los profesionales sanitarios en las distintas unidades asistenciales, etc.), ni en atención al usuario/paciente.
3. El manual de procedimientos no contempla las especificaciones técnicas de los distintos procesos, lo que imposibilita conocer la operatividad del servicio.
4. No se realizan encuestas de satisfacción a los trabajadores del servicio (clima laboral, satisfacción profesional o similar).

D) ÁREAS DE MEJORA (TIG)

Un resumen de posibles áreas de mejora además de la corrección de las incidencias detectadas es:

1. Documentar las actividades del servicio, especialmente las exigidas por PPTE. Anexar esta documentación al manual de procedimientos, de forma que la operatividad quede claramente diseñada.
2. Disponer de la evaluación y seguimiento de los objetivos establecidos anualmente para este servicio todos los años. Prevenir el cambio de empresa subcontratada.

3. Impartir formación relacionada con la profesión de los TIGAs y con la atención al usuario. Formar al personal en la operatividad del servicio una vez documentada.
4. Realizar encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (TIG)

ID	CRITERIOS TRANSPORTE INTERNO-EXTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR (TIG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
TIG.10.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de Transporte interno-externo y gestión auxiliar. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,5**	4,4	4,3	4,5	4,5	3,9
TIG.10.2	El manual de procedimientos establece el **sistema para las peticiones de movilización o traslado** de los pacientes durante todos los días del año en los horarios que determina la Administración. El procedimiento se ha realizado teniendo en cuenta las necesidades de sus usuarios (personal sanitario y pacientes). El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad, solo la establece como una de las funciones de los trabajadores del servicio.	**2**	4	4	5	4	4
TIG.10.3	El manual de procedimientos recoge el **protocolo de traslado a quirófanos** y fija los tiempos programados para realizar estas actuaciones y el sistema para el **traslado urgente** de los pacientes. El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad, solo la establece como una de las funciones de los trabajadores del servicio.	**2**	4	4	5	4	4
TIG.10.4	El Servicio cuenta y **tiene identificadas** a las personas formadas según su **cualificación**, identificando especialmente a las personas cualificadas para áreas muy críticas y críticas. La dotación para cada cualificación y **franja horaria es superior a la dotación prevista** para estas Unidades, de forma que desde otra área o desde el retén puede darse la cobertura adecuada ante incidencias. En caso preciso se cuenta con los **procedimientos alternativos** para garantizar esta función, garantizando igualmente la formación y disponibilidad adecuada. La dotación de personal para áreas críticas viene indicada en los informes mensuales. No obstante, se detectan incidencias que podrían relacionarse con este criterio en la muestra de SIGIS y quejas recibidas (falta de personal, retrasos)	**4**	4	4	4	5	3
TIG.10.5	En el manual de procedimientos del Servicio se especifica el **sistema para atender las peticiones de traslado de pacientes fallecidos** desde la dependencia del hospital donde se produzca hasta el Tanatorio del Hospital, velando porque en todo momento se mantenga la dignidad de la persona fallecida, e incorporando las ajustes que establezca la política del hospital. El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad, solo la establece como una de las funciones de los trabajadores del servicio.	**2**	4	5	5	4	4
TIG.10.6	El manual de procedimientos establece el **sistema para atender las peticiones de recogida, reparto y transporte** de especímenes, sangre, plasma, muestras e informes de todo ello, entre salas, departamentos y laboratorios de acuerdo con la política del Hospital. El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad, solo la establece como una de las funciones de los trabajadores del servicio.	**2**	4	5	5	4	4
TIG.10.7	El manual de procedimientos recoge la **gestión de los stocks** de ropa y el procedimiento para **reposición de ropa** nueva en coordinación con el servicio de lavandería. En la actualidad esta actividad la realizan los trabajadores del servicio de lavandería de ILUNION.			4	5	4	4

ID	CRITERIOS TRANSPORTE INTERNO-EXTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR (TIG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
TIG.10.8	El manual de procedimientos establece las **actividades, circuitos y materiales precisos** para cumplir escrupulosamente los **circuitos de limpio y sucio** y sigue las recomendaciones y normas establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva. El manual de procedimientos no incluye información sobre lo indicado en el criterio.	**1**	1	4	5	4	3
TIG.10.9	El manual de procedimientos establece el sistema para **proporcionar mobiliario general y equipamiento clínico**, que incluye todo tipo de traslado de mobiliario y equipos clínicos incluidos los portátiles con el **tiempo de respuesta** que se establezcan en caso de emergencia, urgencia o traslado programado. El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad, solo la establece como una de las funciones de los trabajadores del servicio.	**2**	4	5	5	4	4
TIG.10.10	El servicio tiene tienen establecidos los circuitos, horarios, frecuencias y controles con el servicio de **farmacia**, que figuran en el manual de procedimientos para la **entrega y recogida de carros de medicación** de los pacientes. El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad.	**1**	4	5	5	4	4
TIG.10.11	El manual de procedimientos establece el sistema para proporcionar un **servicio postal interno**, entre los centros del Hospital y con aquellos otros Centros que, por su naturaleza, requieran un continuo o diario cruce de comunicaciones escritas. La distribución del correo se programa atendiendo a los circuitos establecidos y a la urgencia del correo recibido. El manual de procedimientos no desarrolla esta actividad, solo la establece como una de las funciones de los trabajadores del servicio.	**2**	4	5	5	4	4
TIG.10.12	El personal de registro de documentación tiene formación específica para este puesto y en su contrato existe una **cláusula de confidencialidad** y las medidas disciplinarias y de todo tipo prevista por su incumplimiento. Existe un documento firmado que garantiza que los trabajadores del servicio respetan los derechos de los usuarios del Hospital, así como guarda la debida reserva y confidencialidad respecto de toda la información y documentación a la que tengan acceso durante la realización de sus actividades.	**5**	5	5	5	5	5
TIG.10.13	El personal de la unidad **comunica** a la Administración Sanitaria los **totales de gasto de las máquinas de franqueo**, el total de **productos postales** recibidos y distribuidos, el número de devoluciones al remitente, las entregas y repartos especiales y el correo certificado y las incidencias producidas en el servicio. Los informes mensuales enviados a la Administración Sanitaria incluyen la información indicada en el criterio, que es de aplicación en este hospital.	**5**	5	5	5	5	5
TIG.10.14	El manual de procedimientos establece la forma en que se colocan las **hojas de información, posters y boletines de la información** que determine la Administración sanitaria en los tablones de anuncios. El manual de procedimientos no contempla esta actividad.	**1**	4	5	5	4	4
TIG.10.15	El manual de procedimientos establece el programa para proporcionar a las áreas asistenciales que lo precisen, el **suministro de envases o balas de carácter portátil que contengan gas de uso clínico**, así como la retirada de envases y el procedimiento para solicitar la retirada de los mismos. El manual de procedimientos no contempla esta actividad.	**1**		4	5	4	4

ID	CRITERIOS TRANSPORTE INTERNO-EXTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR (TIG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
TIG.10.16	El manual de procedimientos contiene la **cartera de servicios de Fotocopias, Encuadernación y Fotografía**, los posibles peticionarios de cada servicio (Unidades o GFH y persona autorizada), el volumen máximo a solicitar por servicio, periodo y peticionario (GFH), así como las tarifas internas aprobadas por la Administración. El manual de procedimientos no contempla esta actividad.	**1**	4	5	5	4	4
TIG.10.17	**El personal de la unidad realiza la movilización de los pacientes previa petición programada** (con una antelación de 24 horas y por medio del personal asignado área o proceso u otro próximo o el retén en caso de necesidad) y petición no programada y traslados a urgencias a la central de incidencias donde el responsable asigna al personal y según determine el responsable del servicio para cumplir con la programación de quirófano (diariamente y con antelación de 18 horas). Buena parte de las SIGIS y quejas encontradas en la muestra recibida se deben a retrasos en la atención de peticiones de movilización de pacientes, incluyendo algunas programadas.	**3**	4	4	4	3	4
TIG.10.18	El personal cualificado de la unidad realiza el **traslado de pacientes fallecidos** en **camilla** adecuada y por los circuitos establecidos, de forma que se garantiza la máxima discreción, **prepara el cadáver** para ser vista por sus parientes y cumplimenta el **registro** según la normativa aplicable. Una de las SIGIs está relacionada con este criterio.	**4**	5	5	5	4	5
TIG.10.19	El personal de la unidad realiza la **recogida, reparto y traslado de especímenes, sangre, plasma, muestras e informes** en las condiciones, tiempos, circuitos y horarios programados y no programados (directamente a la central de incidencias). Una de las SIGIs está relacionada con este criterio.	**4**	5	5	5	4	4
TIG.10.20	El personal de la unidad se **coordina con el servicio de lavandería** para la **reposición de ropa nueva**, almacenamiento de ropa, accesos restringidos, colocación y organización del almacén, preparación y traslado de carros de lencería siguiendo los circuitos adecuados, recogida de carros de lencería en los tiempos y horarios establecidos. Gran parte de estas actividades las realiza personal del servicio de lavandería. No se detectan SIGIS ni quejas en la muestra recibida.	**5**	4	NA	4	4	4
TIG.10.21	El personal de la unidad **traslada el mobiliario y equipamiento clínico** bajo peticiones programadas (asignadas por el responsable) y no programadas (remitidas a la central de incidencias) y urgentes. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	4	5	5	4	4
TIG.10.22	El personal de la unidad recoge y **traslada los carros de medicación** bajo las actuaciones programadas y las urgentes. Una de las SIGIs está relacionada con este criterio.	**4**	4	5	5	4	4
TIG.10.23	El personal de la unidad realiza la **gestión del correo desde el registro de entrada y salida de documentación**, donde se fecha, sella y franquea en su caso, se anotan los datos básicos y se transfiere en tiempo y por la ruta adecuada hasta el destinatario. Además realiza las gestiones con empresas de mensajería contratadas por el Hospital. No se detectan SIGIS ni quejas en la muestra recibida.	**5**	5	5	5	4	5
TIG.10.24	El personal de la unidad realiza la total y adecuada **provisión de gases** mediante la carga y descarga de las unidades de almacenamiento, así como los cambios en los puntos de servicio, recogida de unidades vacías (cuando están por debajo del 15% de su capacidad) en todas las instalaciones y transporte al punto de recogida central. Una de las SIGIs puede relacionarse con este criterio (ubicación en pasillos)	**4**	5	4	5	4	5

ID	CRITERIOS TRANSPORTE INTERNO-EXTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR (TIG)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
TIG.10.25	El personal de la unidad **atiende las peticiones** que se dirijan a la Unidad de **Fotocopias, Encuadernación y Fotografía** que cumplen con los requisitos de identificación e **informa mensualmente** de la actividad y el coste a la Administración Sanitaria. No se detectan SIGIS ni quejas en la muestra recibida.	**5**	5	5	5	4	5
TIG.10.26	El personal cualificado de la unidad realiza un sistema efectivo y seguro de **rasurado de pacientes** para intervención quirúrgica, bajo petición ordinaria o de urgencia y con supervisión de personal sanitario acreditado. No se detectan SIGIS ni quejas en la muestra recibida.	**5**	5	5	5	4	5
TIG.10.27	El personal formado de la unidad realiza la **dotación audiovisual** de las salas de reuniones, verificando el funcionamiento y puesta en marcha de los medios. No se detectan SIGIS ni quejas en la muestra recibida.	**5**	5	5	5	5	5
TIG.10.28	El personal formado de la unidad realiza el **control y vigilancia del cuidado de los animales** destinados a la investigación (alimentación, limpieza, acondicionamiento y limpieza de salas y jaulas, auxilio y asistencia en autopsias de animales y retirada y eliminación de animales según el protocolo previamente establecido y aprobado por la Administración Sanitaria. El Hospital no dispone de animalario.						
TIG.10.29	El personal de la unidad **informa** sobre los desperfectos, anomalías, roturas, robos o control de plagas que detecta. No se han detectado incidencias relacionadas.	**5**	5	5	5	5	5
TIG.10	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE TRANSPORTE INTERNO Y G. AUXILIAR**	**3,3**	4,3	**4,7**	**4,9**	**4,2**	**4,2**

Tabla 39. Evaluación de los criterios TIG "Servicio de transporte interno y g. auxiliar"

F) PUNTOS FUERTES (TIG)

Los puntos fuertes detectados durante la auditoría.

1. Registro de actividades del servicio en el retén de TIGAS (en papel y Excel)

G) CONCLUSIONES (TIG)

El servicio de TIGAS se presta cumpliendo la normativa vigente y los pliegos de concesión pero los procesos y requisitos no se han documentado. El sistema de control de documentación operativa del servicio es muy bueno, aunque no forma parte del manual de procedimientos. En los dos años de auditoría no se ha impartido formación relacionada con la profesión, ni tampoco con la atención al usuario. Se produce un aumento en el número de incidencias SIGI que indican una disminución en la satisfacción por parte de los profesionales sanitarios. Se dispone de un listado de los medios que se utilizan para prestar el servicio, detallando el propietario, pero no se documenta la puesta a punto de los medios de traslados de pacientes como sillas de ruedas. Los resultados del servicio son mejorables alcanzando una puntuación buena (3,3 sobre 5).

4.2.11. SERVICIO DE ALMACENES

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE ALMACENES (AL)

Socio operativo: EULEN en 2019 y desde 1/1/2020 **Ilunion**

Responsable del servicio: **Eusebio Navas Sánchez**

Responsable a nivel servicio: David Arance Sanz e Inmaculada (Responsable de Servicio) hasta 1/1/20 y actualmente **David Fernández Soria e Inmaculada (Responsable de Servicio)**

DOCUMENTACIÓN NECESARIA SERVICIO ALMACENES			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos (el actual)	14/4/21	Documento elaborado por Ilunion, sin fecha. Contiene la operatividad del servicio, además de aspectos de recursos humanos y los relacionados con SST.
2	Socio operativo	30/3/21	EULEN en 2019 y desde 1/1/20 ILUNION
3	Comunicación cambio de empresa	30/3/21	Comunicado el 3/12/19 a la administración
4	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Eusebio Navas Sánchez
5	Responsable a nivel servicio	3/2/21	Fernández Soria e Inmaculada (Responsable de Servicio)
6	Validación por administración del manual de procedimientos	14/4/21	No y sin evidencias de entrega a la administración
7	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, PRL)	3/2/21	Plan de calidad de EULEN para TIGAS y almacenes del año 2019, seguimiento solo de los ambientales y hasta tercer trimestre. Del 2020 (Ilunion) no se reciben.
8	Informes mensuales del servicio con anexos	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
9	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, y 45001)	3/2/21 14/4/21	Servicio incluido en el certificado de concesión. Ilunion dispone de los tres certificados vigentes como empresa.
10	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	29/1/21	Incluido en los informes mensuales
11	Formación del personal	3/2/21 14/4/21	Se reciben los diplomas y certificados 2019 y 2020 y 2021 hasta marzo. Se muestra también el programa del año 2020
12	Medios y equipos del servicio	14/4/21	Listado de medios utilizados y propietario
13	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio		No se reciben en relación con este servicio
14	Inventarios totales y parciales	14/4/21	Se muestran los inventarios del año 2019 y 2020 (sin fecha y sin terminar). No parece que se realicen inventarios parciales.
15	Acciones correctivas ante incidencias y su seguimiento		No se reciben
16	Sigis y quejas al menos dos últimos años	4/2/21	Recibido completo

Tabla 40. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Gestión de Almacenes

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (AL)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.6 La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	2	No hay evidencias de medición y seguimiento de objetivos del 2020, y del 2019 este seguimiento no es de todo el año.
DGC.1.9 La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	4	Existen medios y sistemas de gestión de almacenes de probada eficacia. En el hospital se utiliza el método tradicional de conteo con pistola y reposición posterior de almacenes.
DGC.1.10 La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	4	Algunas incidencias SIGIs muestran retrasos (47654, 47895, 48001, 51564, 51792, 51859, 51861, 52016, 52055, 52056, 52126, 52127, 52128, 52129, 52130)
RH.2.6 El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	1	No se muestran acciones formativas relacionadas con la profesión y su reciclaje
GMA.4.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	2	El servicio no muestra objetivos relacionados más allá de los establecidos a nivel concesión o los incluidos en el plan de calidad de cuyo seguimiento y medición no hay evidencias.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria. No incluye todas las especificaciones técnicas del servicio (frecuencia y método de inventarios parciales y totales y circuitos de distribución por ejemplo)
CAL.6.9 Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	1	No se realizan encuestas de satisfacción del personal.
SC.8.6. La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	4	10 de las SIGIs engloban el título "00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO"
Media aritmética de los criterios generales del servicio de almacén	**4,7**	

Tabla 41. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Gestión de Almacenes

C) INCIDENCIAS (AL)

Se han clasificado en dos tipos:

- Observaciones: aspectos puntuales del servicio que no suponen una disminución de la calidad pero pueden dar lugar a desviaciones de los resultados
- Incidencias: incumplimiento de pliegos, normativa o procedimientos o errores cometidos durante las actuaciones que disminuyen la calidad del servicio o la ponen en riesgo.

Las observaciones detectadas se resumen a continuación:

- Las incidencias del servicio de almacenes analizadas en la muestra de SIGIS (35) y quejas (0) se han utilizado para evaluar los distintos criterios.
- El manual de procedimientos no incluye algunos aspectos que deberían estar como los circuitos de transporte de mercancías por el hospital o la frecuencia y método de realización de realización de inventarios, tanto totales como parciales.

Las incidencias que se han detectado son:

1. No se muestra una evaluación y seguimiento de los objetivos concretos del servicio del año 2020. Del año 2019 solo se muestra seguimiento uno de los trimestres.
2. No se imparte formación en las actividades propias de la profesión.
3. No se realizan encuestas de satisfacción a los trabajadores del servicio (clima laboral, satisfacción profesional o similar).
4. No se realizan inventarios parciales con frecuencia trimestral.

D) ÁREAS DE MEJORA (AL)

Un resumen de posibles áreas de mejora es:

1. Documentar el método y la frecuencia de realización de inventarios, así como los circuitos de transporte de mercancías por el hospital (circulación vertical y horizontal de materiales). Incluir inventarios parciales trimestrales. Diseñar los registros relacionados de forma que pueda conocerse la fecha en la que se realizan los conteos. Introducir el control de caducidades en estas acciones.
2. Revisar las caducidades, al menos cuando se realiza el inventario anual y parcial y disponer de un método que alerte de caducidades.
3. Disponer de la evaluación y seguimiento de los objetivos establecidos anualmente para este servicio todos los años. Prevenir el cambio de empresa subcontratada.
4. Impartir formación relacionada con la profesión, especialmente con los procesos y actividades del servicio.
5. Realizar encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores.
6. Mejorar el sistema de identificación de materiales y su ubicación en el almacén central y el resto de los almacenes. Formar al personal en la importancia del orden de los almacenes intermedios y del etiquetado legible de los materiales.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (AL)

ID	CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE ALMACENES (AL)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
AL.11.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de almacenes. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,7**	4,2	4,6	4,6	4,6	3,9
AL.11.2	El manual de procedimientos de la unidad desarrolla el **procedimiento de programación** de pedidos, **comunicación** al departamento de compras, **recepción, almacenaje, custodia** y **distribución** de mercancía. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio. No hay evidencias de su entrega a la administración ni de su validación.	**4**	4	5	5	4	4
AL.11.3	En el manual de procedimientos de la Unidad de Almacenes se contemplan **los mecanismos de control**, que en todo caso y como mínimo se ajustan a los **muestreos** y **auditorias previstos** recogiendo en la misma actuación las discrepancias que en este ámbito se produzcan. El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio, a falta de un sistema de alertas que impida la existencia de material caducado, y frecuencia de los controles relacionados con los inventarios.	**4**	4	4	5	4	4

ID	CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE ALMACENES (AL)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
AL.11.4	El servicio tiene establecido un **sistema de alertas** sobre las **variaciones significativas** e inesperadas de consumo que necesariamente afectan a las existencias y a la función de compra y los **stocks de seguridad**. Esta información se puede extraer del sistema SAP del servicio, aunque es la empresa pública la que se encarga de detectar variaciones inesperadas de consumo. Es mejorable en cuanto a las alertas relacionadas con las caducidades. Alguna incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio.	**4**	4	**5**	5	5	1
AL.11.5	El servicio dispone de los **pactos de consumo actualizados** de cada unidad del hospital con los productos y cantidades necesarias, identificando los grupos de materiales según los niveles de importancia en relación con la actividad asistencial de la Unidad. El servicio dispone de los pactos de consumo actualizados, y su funcionamiento está orientado a su cumplimiento. Alguna incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio.	**4**	5	**5**	3	5	4
AL.11.6	El servicio emite un **informe mensual** que contiene el listado de incumplimiento de programación de proveedores, relación de devoluciones y motivo, inventario de existencias y diferencias detectadas, incremento en el consumo de productos, respecto a lo pactado en las Unidades, análisis en referencia al protocolo acordado y otros que determine la Administración Sanitaria. La concesionaria emite los informes mensuales, y los envía en tiempo y forma adecuado.	**5**	5	**5**	4	5	3
AL.11.7	El responsable de almacén **realiza la confirmación de la programación automática** del pedido realizado por el Departamento de Compras y su conformidad con la emisión y la comunicación al proveedor para en un plazo máximo de 48 horas comunicar al Departamento de compras la programación de las entregas de todos los pedidos, según la rotación de los productos siguiendo el principio de almacén "cero" y el incumplimiento de los proveedores cuando ocurra. No se trabaja bajo el principio de almacén "cero" por decisión de la Administración, pero no se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	**5**	5	4	4
AL.11.8	El personal de recepción del Almacén **comprueba "in situ"** que **la mercancía** aportada es la requerida, validando el nº de pedido, proveedor, artículo, cantidad, precio, caducidad y cumplimiento de la programación. Si la mercancía no cumple los requisitos el responsable de almacén ordena la devolución inmediata. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	3	**5**	5	5	4
AL.11.9	El personal de almacén **registra las actividades de movimiento de mercancías** en el sistema informático. Alguna incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio.	**4**	5	4	5	5	4
AL.11.10	El personal de almacén **coloca los productos** no almacenables o **en tránsito** y los envía a la unidad peticionaria de inmediato. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	5	**5**	5	5	4
AL.11.11	El personal de almacén **ubica el material** en el lugar que le corresponde en el almacén general según su identificación en la aplicación informática. No se detectan incidencias relacionadas.	**5**	4	4	5	5	4
AL.11.12	El personal del almacén registra las **diferencias** entre el **inventario** y la aplicación informática identificadas en la **operatoria diaria** (previa autorización del responsable) y al menos **una vez al trimestre** realiza en fechas aleatorias los muestreos de inventario. No se realizan inventarios trimestrales.	**2**	3	**5**	5	4	3

ID	CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE ALMACENES (AL)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
AL.11.13	**Anualmente** la Unidad realiza un **inventario total** siguiendo el procedimiento que establece en el manual de procedimientos de la Unidad, previa notificación a la Administración Sanitaria y expresa autorización por su parte de las fechas y medidas adoptadas para garantizar los aprovisionamientos durante la realización del inventario. El manual de procedimientos no especifica el método de realización del inventario anual. Se muestra el inventario del año 2019 y 2020 (sin fechas de conteo ni medidas para garantizar los aprovisionamientos).	3	4	5	5	5	5
AL.11.14	El Servicio de Almacenes y Distribución mantiene el **stock de seguridad** y el **stock mínimo** de cada uno de los productos almacenables. Alguna incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio.	4	5	5	5	5	4
AL.11.15	En los **almacenes de las Unidades,** los productos se colocan en estanterías identificados por etiquetas de código de barras o similar, para facilitar el recuento de existencias y la reposición de material. El servicio usa el sistema del "doble cajetín" para controlar el recuento y reposición de los materiales almacenables. Alguna incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio.	4	4	5	5	4	4
AL.11.16	Los **almacenes de plantas** tienen los medios para mantener el **acceso restringido** a personal autorizado (acceso con llave, tarjeta, etc.), la colocación del material guarda el **orden previsto**, los dispositivos utilizados (etiquetas, cajones...) están en perfecto estado, el material que se repone se coloca "detrás" del material que se encuentra ya en el almacén para facilitar el uso del producto de menor plazo de caducidad. Alguna incidencia SIGI puede relacionarse con este criterio.	4	4	4	2	4	4
AL.11.17	El **transporte del material** se realiza con los elementos aprobados por la Dirección del Hospital (carros, etc.) y sigue siempre los circuitos verticales y horizontales fijados por la Dirección (montacargas, pasillos de servicios,...). Los circuitos deberían definirse en el manual de procedimientos. No se detectan incidencias relacionadas.	4	4	5	5	5	5
AL.11	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE ALMACENES	4,2	4,3	4,7	4,6	4,6	3,8

Tabla 42. Evaluación de los criterios ALM "Servicio de almacenes"

F) PUNTOS FUERTES (AL)

No se detectan

G) CONCLUSIONES (AL)

El servicio de almacenes se presta cumpliendo la normativa vigente, los pliegos de concesión y los procedimientos del servicio, a excepción de las observaciones encontradas en esta auditoría en relación con el control de caducidad y la realización de inventarios parciales (trimestrales). Dispone de los medios necesarios para cumplir con los objetivos del servicio, tanto humanos como materiales. Los resultados del servicio son muy buenos alcanzando una puntuación muy buena (4,2 sobre 5).

4.2.12. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO (ADM)

A) DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO (ADM)

Socio operativo: Explotadora del Hospital del Tajo

Responsable del servicio: Mª Victoria García García (Responsable de Servicio)

Responsable a nivel servicio: Yolanda Hijosa Estangüi

DOCUMENTACIÓN SERVICIO APOYO ADMINISTRATIVO			
Nº	DOCUMENTO	FECHA	OBSERVACIONES
1	Manual de procedimientos y anexos	31-1-19	El **manual de procedimientos** con fecha de vigencia **diciembre 2017**. Es un Word con 46 páginas. La información está actualizada.
2	Socio operativo	3/2/21	Explotadora del Hospital del Tajo
3	Responsable a nivel concesión	3/2/21	Mª Victoria García García
4	Responsable a nivel servicio	3/2/21	Yolanda Hijosa Estangüi
5	Validación por administración del manual de procedimientos	31-1-19	Entregado, no validado
7	Objetivos del servicio (calidad, medioambiente, etc.)	3/2/21	Completos y con seguimiento de los dos años.
8	Informes mensuales del servicio con anexos	29/1/21	Enero a diciembre de 2020.
9	Certificaciones del servicio (ISO 9001, 14001, 45001)	17/3/21	Se reciben los tres certificados válidos hasta 26-2-2024
10	Relación de personal operativo con: nombre, apellidos y categoría	29/1/21	En los informes mensuales se incluyen las programaciones para el mes siguiente. Esta programación no incluye la unidad administrativa.
		18/3/21	Significado de las siglas de los cuadrantes
11	Cuadrante de puestos a ocupar diariamente	29/1/21	Incluidos en informes mensuales
12	Tipo de control de presencias de personal operativo	18/3/21	Muestra de controles de presencia, de unidad administrativa y unidades de admisión.
13	Formación del personal	30/1/21	Las acciones formativas incluyen formación en la profesión, medioambiente y eficiencia energética, así como información y formación en seguridad y salud en el trabajo.
14	Documentación PRL	3/2/21	SPA, coordinación actividades empresariales, actuaciones por Covid, entrega de EPIs
15	Encuestas de clima laboral o similar a los trabajadores del servicio	3/2/21	Se recibe la encuesta con los resultados de 20 trabajadores y la explotación de datos de 30 encuestas.
16	Registros del servicio	18/3/21	Se reciben muestras de los distintos registros del servicio.
17	Muestreo aleatorio para conocer conocimientos del personal (evaluación periódica)		Se indica que se realiza pero no se registra.
18	Sigis y quejas al menos dos últimos años	4/2/21	Recibido completo
19	Manual de información actualizado de teléfonos y cargos directivos, ubicaciones y horarios de funcionamiento del hospital		

Tabla 43. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Administrativos

B) EVALUACION DE CRITERIOS GENERALES (ADM)

La evaluación de los criterios generales se ha realizado siguiendo la metodología ofertada encontrando las siguientes desviaciones de la puntuación máxima (5):

CRITERIOS GENERALES EVALUADOS CON PUNTUACIÓN INFERIOR A 5		
CRITERIO GENERAL	**P**	**EVALUACIÓN**
DGC.1.9 La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	4	No se muestran claramente identificados los medios, incluyendo programas, utilizados en cada puesto de trabajo.
RH.2.1 La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	4	Se detecta alguna incidencia relacionada con la cobertura de puestos.
CAL.6.4 La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	4	El manual de procedimientos está entregado pero no validado por la administración sanitaria.
MM.7.1 La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	2	No se documentan todos los medios del servicio. En el PPTE se indica entre la documentación a aportar por servicio los "Recursos materiales y técnicos que se utilizarán en la prestación del servicio Directamente" con independencia del propietario de los mismos.
SC.8.2 La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	4	Algunas incidencias pueden relacionarse con este criterio (quejas por trato y llamadas no atendidas o atendidas en tiempo superior al establecido)
Media aritmética de los criterios generales del servicio de apoyo administrativo	**4,9**	

Tabla 44. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Apoyo administrativo

C) INCIDENCIAS (ADM)

Las observaciones detectadas:

- Las quejas analizadas en la muestra recibida están principalmente relacionadas con el proceso de citación y atención telefónica. Las SIGIS están principalmente relacionadas con la atención telefónica. Se han utilizado para la evaluación de los criterios relacionados.
- En general se cubren los puestos ofertados, sin embargo las presencias de algunos días indican que se cubren menos horas que las indicadas en los puestos de los informes mensuales: entre media y siete horas en los puestos de admisión y entre media hora y 8,5 horas en los puestos de las unidades administrativas. Además la nomenclatura de las siglas utilizadas para programar los cuadrantes de cada mes hay que actualizarla, ya que aunque se modifica la fecha del documento, no se incluyen los cambios producidos desde el año 2017.
- No se reciben los medios utilizados por los trabajadores del servicio (en cada puesto se debe identificar los puntos informáticos, teléfonos, terminales en la central de teléfonos, formatos para registros, programas, pantallas de información a usuarios, turnometros, etc.). Con independencia del propietario de estos equipos, deben estar identificados. Además se debería disponer de un listado de los programas que se utilizan en cada puesto de trabajo, para poder programar acciones formativas encaminadas a la mejora de su usabilidad.

Las incidencias detectadas son:

1. No se reciben evidencias del muestreo aleatorio (para evaluar el desempeño del personal) o similar, aunque se indica que se realiza por los responsables. Actividad que también queda reflejada en el manual de procedimientos.

D) ÁREAS DE MEJORA (ADM)

Un resumen de posibles áreas de mejora es:

1. Documentar los medios del servicio de cada puesto de trabajo (aunque la propiedad de los medios sea otra entidad), detallando horarios de funcionamiento y programas utilizados.
2. Realizar evaluaciones de desempeño o similar para cumplir con el muestreo aleatorio para conocer los conocimientos del personal en las tareas que realizan.
3. Desarrollar áreas de mejora con el objetivo de mejorar los indicadores relacionados con la atención telefónica.

E) VALORACIÓN DE CRITERIOS (ADM)

ID	CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
ADM.12.1	La concesionaria cumple con los **criterios generales** que aplican al servicio de Gestión de personal administrativo. Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.	**4,9**	**4,6**	**4,2**	4,5	4,5	3,8
ADM.12.2	El **manual de procedimientos** de la unidad contempla **procedimientos** para desarrollar las actuaciones administrativas necesarias para que el **personal de la Administración Sanitaria** (personal directivo, personal asistencial, personal de gestión), pueda realizar su trabajo y para proporcionar el servicio de **Recepción / Información de pacientes y visitantes** y el funcionamiento de la Centralita Telefónica, todos los días al año en los turnos y con las condiciones acordadas con la Administración Sanitaria. El manual de procedimientos actualizado incluye lo indicado en el criterio y se ha entregado pero no está validado.	**4**	**4**	**3**	5	3	3
ADM.12.3	La Unidad cuenta con una **gestión técnica informatizada** compatible e integrada con los aplicativos de la CAM. No aplica en cuanto a que sea compatible e integrada con los aplicativos del hospital, puesto que la administración sanitaria, en el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos no lo autoriza. Sin embargo la gestión técnica del servicio utiliza otros aplicativos informáticos para gestionar las actividades.	**5**	**5**	**5**	5	5	
ADM.12.4	La Unidad de Gestión de Personal Administrativo cuenta con **personal capacitado y especializado** para desarrollar las **funciones administrativas** requeridas por la dirección, las áreas asistenciales, el área de Docencia, Investigación, Biblioteca y Formación Continuada y el área no asistencial (unidad de gestión económica, Suministros y Compras, Unidad de Recursos Humanos Control y Registro de entradas y salidas de documentos y paquetes, Unidad de servicios generales y Unidad Técnica de Control. Los registros de las programaciones mensuales del servicio incluyen esta clasificación, así como los puestos definidos según las actividades a realizar. Se imparte formación adecuada al puesto.	**5**	**5**	**4**	4	4	3
ADM.12.5	El **manual de procedimientos** de la unidad contiene los **nombres y los cargos relevantes del hospital y sus ubicaciones** actualizados a ser posible, 48 horas antes del cambio. En el manual de procedimientos se indica la actualización constante a partir de la información proporcionada por la administración, pero no se incluye en el manual sino en la documentación correspondiente del servicio.	**5**	**5**	**5**	5	5	5

ID	CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
ADM.12.6	La unidad dispone de un Manual con información sobre la **ubicación de todas las dependencias** del hospital y de los medios disponibles para **discapacitados,** actualizado. El manual de información consiste en el acceso de los administrativos a los procedimientos que desarrolla la administración en relación con los distintos procesos en los que interviene. Pueden acceder para su consulta pero no modificarlos.	5	5	5	5	5	5
ADM.12.7	El manual de procedimientos establece el procedimiento necesario para **facilitar la tarjeta de identificación de acceso** a las personas. Incluido en el manual de procedimientos y sin incidencias. El manual de procedimientos no está validado por la administración.	4	4				
ADM.12.9	La unidad dispone de un **manual actualizado de información de teléfonos** de todas las dependencias del Hospital y sus horarios de funcionamiento, el nombre, apellidos, lugar de ubicación, teléfono y horarios de atención de las personas relevantes del Hospital, los teléfonos y horarios de atención de otros Centros de la Red Única Sanitaria y otros teléfonos de interés. Esta información está disponible en los ordenadores y teléfonos de cada puesto de trabajo y en el listado proporcionado por la administración.	5	5	5	5	5	2
ADM.12.13	El **personal administrativo** realiza las **funciones propias de la Administración y otros soportes** según el catálogo de servicios acordado. Se detectan quejas relacionadas con lo indicado en el criterio (errores en citaciones, quejas por reprogramaciones sin avisar al interesado, etc.).	4	4	4	4	4	4
ADM.12.14	El **personal que realiza la recepción e información** de pacientes, familiares y visitantes **conoce la ubicación** de todas las dependencias del hospital, de los **medios** para personas **discapacitadas** disponibles y del **nombre**, apellidos, lugar de ubicación y teléfono de las **personas relevantes** del Hospital, tanto de la Dirección, como mandos intermedios ya sean de la Administración Sanitaria como de la Sociedad Concesionaria. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	4	5	5	4
ADM.12.15	La **recepción / información de pacientes**, familiares y visitantes se realiza **en turno de mañana, tarde y noche** atendiendo los requerimientos de información, para lo que debe conocer la **ubicación de todas las dependencias** del hospital y de los medios disponibles para **discapacitados** y los nombres y ubicaciones de los cargos relevantes. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	4	4	4
ADM.12.16	El personal de la Unidad **acompaña a enfermos, familiares o visitantes** al lugar donde vayan del Hospital cuando se haya programado. No se detectan incidencias relacionadas.	5	5	5	5	5	
ADM.12.17	La Unidad **organiza los actos** que determine la Administración Sanitaria (Congresos, Mesas, Jornadas de difusión, etc.) y bajo sus directrices, previa comunicación con un plazo mínimo de cuatro días de antelación. No se detectan incidencias ni SIGIS relacionadas.	5	5	5	5	5	5
ADM.12.18	La Unidad de **Atención Telefónica atiende** todas **las llamadas** que se realizan desde el exterior del Hospital y que necesiten información que no se facilite automáticamente por la centralita telefónica y atiende las llamadas del interior del Hospital, ya sea de pacientes o de personal. La mayoría de las SIGIS y quejas en la muestra analizada están relacionadas con la atención telefónica.	4	4	4	3	4	4

ID	CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)	I6	I5	I4	I3	I2	I1
ADM.12.20	El **personal** de la unidad de **atención telefónica conoce** los teléfonos de todas las dependencias del Hospital y sus horarios de funcionamiento, el nombre, apellidos, lugar de ubicación, teléfono y horarios de atención de las personas relevantes del Hospital, los teléfonos y horarios de atención de otros Centros de la Red Única Sanitaria y otros teléfonos de interés. No se detectan incidencias relacionadas	5	4	5	4	5	4
ADM.12.21	Periódicamente el responsable de la Unidad realiza un **muestreo aleatorio para verificar** los **conocimientos** y actualizaciones de su personal administrativo de apoyo a las unidades y de la unidad de Atención telefónica. No existen evidencias de este muestreo, aunque la responsable indica que esta verificación la realiza todos los días.	2	2	2	2	2	2
ADM.12.22	El tiempo máximo de respuesta para llamada de entrada es 30 segundos, de urgencia de 10 segundos y se considera llamada perdida tras un minuto. El **porcentaje de llamadas perdidas no excede el 3%.** La mayoría de las SIGIS en la muestra analizada están relacionadas con lo indicado en el criterio (altos tiempos de respuesta y altos porcentajes de llamadas perdidas).	4	4	3	3	4	2
ADM.12.23	La Unidad de Atención Telefónica **localiza a las personas que están de guardia** localizada en los sistemas de intercomunicación de larga distancia, cuando sean requeridas por el personal sanitario acreditado del Hospital. No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio.	5	5	5	5	5	5
ADM.12	**INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO**	**4,5**	4,5	4,3	4,3	4,2	3,5

Tabla 45. Evaluación de los criterios ADM "Servicio de administrativos"

F) PUNTOS FUERTES (ADM)

1. Objetivos del servicio, que valoran por áreas los aspectos operativos, de calidad y medioambiente del servicio y de seguridad y salud en el trabajo. Además se definen indicadores para medir los resultados.
2. Cumplimiento de criterios generales muy bueno (4,9 sobre 5).

G) CONCLUSIONES (ADM)

El servicio de apoyo administrativo y gestión auxiliar ha documentado los procesos que desarrolla, disponiendo de un manual de procedimientos actualizado y entregado a la administración sanitaria, aunque no está validado por esta.

Tiene documentado la clasificación del personal según su cualificación. Programa la cobertura de puestos acorde a la demanda del servicio.

No muestra información sobre todos los medios materiales que utiliza para prestar el servicio. Debe documentar los puntos de atención y los horarios de funcionamiento de estos puestos.

Es el servicio que recibe mayor número de incidencia por quejas de clientes, relacionadas con la gestión de citas. Es el servicio concesional que más contacto tiene con pacientes y familiares tanto a su llegada al hospital, como por teléfono, por lo que debe quedar claro su operatividad y formación, especialmente en atención al cliente.

El servicio de administrativos cumple con los criterios establecidos en los pliegos de concesión y alcanza una puntuación muy buena (4,5). La evolución en los últimos 12 años es adecuada, siendo este el año con mayor puntuación o nivel de calidad en la operatividad del servicio.

5. RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de auditoría 5
Tabla 2. Evaluación de los criterios DGC "Dirección, Gestión y control de servicios" 10
Tabla 3. Evaluación de los criterios RH "Recursos humanos" 13
Tabla 4. Evaluación de los criterios PRL "Seguridad, salud y prevención de riesgos laborales" 16
Tabla 5. Evaluación de los criterios GMA "Gestión Medioambiental" 18
Tabla 6. Evaluación de los criterios EDS "Eficiencia energética y desarrollo sostenible" 20
Tabla 7. Evaluación de los criterios CAL "Gestión de la calidad" 23
Tabla 8. Evaluación de los criterios MM "Medios Materiales" 24
Tabla 9. Evaluación de los criterios SC "Situaciones Críticas" 26
Tabla 10. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Limpieza 28
Tabla 11. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio de limpieza 29
Tabla 12. Evaluación de los criterios LIM "Servicio de Limpieza" 32
Tabla 13. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Seguridad 34
Tabla 14. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio de seguridad 35
Tabla 15. Evaluación de los criterios SEG "Servicio de Seguridad" 39
Tabla 16. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Restauración/cafetería 41
Tabla 17. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio de restauración y cafetería 42
Tabla 18. Evaluación de los criterios RES "Servicio de Restauración" 46
Tabla 19. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Gestión de residuos 48
Tabla 20. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio gestión de residuos 49
Tabla 21. Evaluación de los criterios GR "Servicio de Gestión de residuos" 53
Tabla 22. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio de Mantenimiento 54
Tabla 23. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Mantenimiento 55
Tabla 24. Evaluación de los criterios MTO "Servicio de Mantenimiento" 59
Tabla 25. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Viales y Jardines 60
Tabla 26. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Viales y jardines 61
Tabla 27. Evaluación de los criterios VJ "Servicio de Viales y jardines" 64
Tabla 28. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Lavandería 65
Tabla 29. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Lavandería 66
Tabla 30. Evaluación de los criterios LAV "Servicio de Lavandería" 69
Tabla 31. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Esterilización 70
Tabla 32. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Esterilización 71
Tabla 33. Evaluación de los criterios EST "Servicio de Esterilización" 73
Tabla 34. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Desinsectación y desratización 75
Tabla 35. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio DD 76
Tabla 36. Evaluación de los criterios DD "Desinsectación y desratización" 79
Tabla 37. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio TIGAS 80
Tabla 38. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio TIGAS 82
Tabla 39. Evaluación de los criterios TIG "Servicio de transporte interno y g. auxiliar" 86
Tabla 40. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Gestión de Almacenes 87
Tabla 41. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Gestión de Almacenes 88
Tabla 42. Evaluación de los criterios ALM "Servicio de almacenes" 91

Tabla 43. Documentación solicitada y fecha de recepción del servicio Administrativos.....92
Tabla 44. Detalle de criterios generales evaluados por debajo de 5 del servicio Apoyo administrativo.....93
Tabla 45. Evaluación de los criterios ADM "Servicio de administrativos" 96